



DIA MUNDIAL DA
SEGURANÇA
DO PACIENTE
SOBRASP



**Aliança para o
Parto Seguro
e Respeitoso**

CUIDADO MATERNO E NEONATAL SEGURO:

teoria e prática interdisciplinar e multiprofissional

Atena
Editora
Ano 2021

Aline Albuquerque
Claudia Toledo
Cristina Ortiz Sobrinho Valet
Luis Antonio Diego
Victor Grabois
Virgínia Leismann Moretto
(Organizadores)



DIA MUNDIAL DA
SEGURANÇA
DO PACIENTE
SOBRASP



**Aliança para o
Parto Seguro
e Respeitoso**

CUIDADO MATERNO E NEONATAL SEGURO:

teoria e prática interdisciplinar e multiprofissional

Atena
Editora
Ano 2021

Aline Albuquerque
Claudia Toledo
Cristina Ortiz Sobrinho Valet
Luis Antonio Diego
Victor Grabois
Virgínia Leismann Moretto
(Organizadores)

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes editoriais

Natalia Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Copyright © 2021 Sociedade Brasileira para a

Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora

pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tesccarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Diretoria Gestão 2020

Victor Grabois

Presidente

Luiza Maria Gerhardt

Vice-Presidente

Paola Andreoli

1ª Secretária

Luis Antonio dos Santos Diego

2º Secretário

Sonia Silva Ramirez

Diretora Financeira

Claudia Fernanda de Lacerda Vidal

Diretora Científica

Janaína Reis Lemos Barbosa

Diretora de Relações Institucionais

Cuidado materno e neonatal seguro: teoria e prática interdisciplinar e multiprofissional

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadores: Aline Albuquerque
Claudia Toledo
Cristina Ortiz Sobrinho Valete
Luis Antonio dos Santos Diego
Victor Grabois
Virgínia Leismann Moretto
Supervisão: Claudia Toledo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C966 Cuidado materno e neonatal seguro: teoria e prática interdisciplinar e multiprofissional / Organizadoras Aline Albuquerque, Claudia Toledo, Cristina Ortiz Sobrinho Valete, et al. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Outros organizadores
Luis Antonio dos Santos Diego
Victor Grabois
Virgínia Leismann Moretto

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5983-574-4
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.744211609>

1. Maternidade. 2. Gestante. 3. Neonatal. 4. Políticas públicas. I. Albuquerque, Aline (Organizadora). II. Toledo, Claudia (Organizadora). III. Valete, Cristina Ortiz Sobrinho (Organizadora). IV. Título.

CDD 306.8743

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

ORGANIZADORES/ AUTORES/ COAUTORES

ORGANIZADORES

ALINE ALBUQUERQUE - Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

CLAUDIA TOLEDO - Diretora Geral e de Clinical Solutions da Elsevier no Brasil. Membro fundador e representante Brasil da Americas Continental Health Alliance. Membro do Conselho Curador e do Conselho Científico da SOBRASP.

CRISTINA ORTIZ SOBRINHO VALETE - Doutora em Epidemiologia - UERJ. Professora Associada do Departamento de Medicina/Área de Saúde da Criança e Adolescente da Universidade Federal de São Carlos. Grupo Temático de Pediatria da SOBRASP.

LUIS ANTONIO DOS SANTOS DIEGO - Doutor em Anestesiologia - UNESP. Professor Associado da Universidade Federal Fluminense. Diretor da SOBRASP e da SBA.

VICTOR GRABOIS - Doutor em Saúde Pública ENSP Fiocruz. Presidente da SOBRASP. Coordenador Executivo do Proqualis/ICICT/Fiocruz.

VIRGÍNIA LEISMANN MORETTO - Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFRGS. Presidente da Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras e Obstetrites-RS. Membro da Câmara Técnica da Saúde das Mulheres do COREN RS

AUTORES/COAUTORES

ALINE ALBUQUERQUE - Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

ANA TEREZA CAVALCANTI DE MIRANDA - Livre-docente em Obstetrícia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Mestre em Medicina - Clínica Obstétrica - pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. MBA - Saúde – COPPEAD - UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil. Certified Robust Process Improvement Yellow Belt.

BEATRIZ DE FREITAS JUNQUEIRA - Pediatra Neonatologista. Mestranda em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde pela UFRN, Rio Grande do Norte, Brasil. Especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela ENSP/Fiocruz. Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Estadual Infantil e Maternidade Dra. Alzir Bernardino Alves, da Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil. Membro do GTT de Pediatria da SOBRASP.

CARLA BETINA ANDREUCCI POLIDO - Médica obstetra, mestrado e doutorado em Ciências da Saúde pela UNICAMP. Pós-doutorado em Epidemiologia na London School of Hygiene and Tropical Medicine. Professora Adjunta no Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, Brasil.

CLAUDIA DOLORES TRIERWEILER SAMPAIO DE OLIVEIRA CORRÊA - Doutoranda em Saúde Pública na Escola de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

CLAUDIA REGINA CACHULO LOPES- Professora de Pediatria da Universidade de Santo Amaro, São Paulo, SP, Brasil.

CINTHIA TORRES LEITE - Fisioterapeuta especialista em cuidados intensivos neonatais e pediátricos, Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

CRISTINA HELENA BRUNO - Doutora em Ciências. Professora do Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil.

CRISTINA ORTIZ SOBRINHO VALETE - Pediatra Neonatologista. Doutora em Epidemiologia pela UERJ. Professora Associada do Departamento de Medicina da UFSCar. São Carlos/SP, Brasil. Membro do GTT de Pediatria da SOBRASP.

DANIELA CAMPOS DE ANDRADE LOURENÇÃO- Pós-Doutorado em Segurança do Paciente. Doutorado em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

DANIELA FRANCO LEANZA - MD, Médica Ginecologista e Obstetra. Gerente Médica do Departamento de Medicina Preventiva do Grupo NotreDame Intermédica, São Paulo, SP, Brasil.

DENISE LEÃO SUGUITANI - MSc – Fundadora e Diretora Executiva da Associação Brasileira de Pais e Familiares de Bebês Prematuros (ONG Prematuridade.com), Porto Alegre, RS.

DENISE SCHAUREN SCHUCK - Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal pela Faculdade Unyleya. Preceptora do Programa de Atenção à Saúde Materno-Infantil da Residência de Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. Tutora Estadual do Método Canguru no Rio Grande do Sul. Enfermeira Assistencial na Unidade de Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.

EDITH MARIA BARBOSA RAMOS - Doutora em Políticas Públicas. Professora do Mestrado em Direito da UFMA. Coordenadora do Mestrado Profissional em Direito da UNICEUMA, São Luís, Maranhão, Brasil.

ELENICE LORENZI CARNIEL - Mestre em Pediatria e Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Chefia de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.

FRANCIS SOLANGE VIEIRA TOURINHO - Secretária de Ações Afirmativas e Diversidades da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pesquisadora de Produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora- DT2/ CNPq.

JOÃO BATISTA MARINHO DE CASTRO LIMA - Médico Obstetra/ginecologista. Diretor Clínico do Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, MG.

KALLINE ELER - Professora de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Doutora em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB).

KELLY CRISTINA RODRIGUES - MBA – CEO da Patient Centicity Consulting, São Paulo, SP, Brasil.

LAÍS DE HOLANDA JUNQUEIRA - Gerente de Qualidade, Segurança do Paciente e Inovação da Elsevier, Holanda. Membro do Conselho Científico, GTT para COVID-19 e GTT de Diversidade e Inclusão da Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente. Membro honorário da Fundación para la Seguridad del Paciente no Chile. Membro da International Association of Innovation Professionals. Certified Six Sigma Green Belt.

LAURA LEISMANN DE OLIVEIRA - Doutora em Enfermagem. Enfermeira Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, Brasil.

LENICE GNOCCHI DA COSTA REIS - Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

LUANA FERREIRA DE ALMEIDA - Doutora em Educação em Ciências e Saúde. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem – Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Membro da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente – SOBRASP. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

MARIANA MINATEL BRAGA - Doutora em Ciências Odontológicas, Área de Concentração Odontopediatria. Professora Associada do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

MARIANE EMI SANABE - Doutora em Ciências Odontológicas, Área de Concentração Odontopediatria. Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,

Mato Grosso do Sul, Brasil.

MARIENE JAEGER RIFFEL - Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, Porto Alegre, RS, Brasil.

MARINEI CAMPOS RICIERI - Mestre em Biotecnologia Aplicada à Saúde da Criança e do Adolescente. Farmacêutica Clínica e Especialista Líder do Núcleo de Pesquisa Clínica do Hospital Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil.

MARISTELA SANTINI MARTINS - Pós-doutorado. Professora Doutora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Líder do Grupo de Pesquisa Qualidade e Segurança em Serviços de Enfermagem e de Saúde, São Paulo, São Paulo, Brasil.

MARLISE DE OLIVEIRA PIMENTEL LIMA - Doutorado. Professora Doutora do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Core Staff do JBI Brasil Centro de Excelência, São Paulo, São Paulo, Brasil.

PRISCILA BERNARDI GARZELLA - Doutora em Ciências Farmacêuticas. Consultora de práticas de qualidade e segurança no Hospital Israelita Albert Einstein. Membro da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente – SOBRASP. São Paulo, São Paulo, Brasil.

RAYLLA ALBUQUERQUE - Mestre em Bioética. Discente do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

RENATA SAYURI ANSAI PEREIRA DE CASTRO - Pediatra Neonatologista. Mestre em Pediatria pela UNESP de Botucatu. Professora Assistente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR. São Carlos/SP, Brasil. Membro do Departamento Científico de Neonatologia da SPSP.

SANDRA MARA CAMPOS ALVES - Doutora em Saúde Coletiva. Coordenadora do Programa de Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

SONIA SILVA RAMIREZ - Mestre em Ciências. Professora da disciplina Segurança do Paciente no Programa de Residência de Cirurgia Traumato-bucomaxilofacial da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Diretora Tesoureira da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente – SOBRASP. Rio de Janeiro, Brasil.

TAMARA SOARES - Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Enfermeira Assistencial na UTI Neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.

VIRGÍNIA LEISMANN MORETTO - Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Porto Alegre, RS, Brasil.

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP) organizou a presente obra “Cuidados maternos e neonatais seguros” com objetivo de compilar reflexões oriundas de variados campos do conhecimento visando conferir visibilidade à temática e contribuir para a consolidação do conhecimento produzido no país e a conscientização sobre a sua importância. O tema “Cuidado materno e neonatal seguro” foi escolhido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a celebração do Dia Mundial da Segurança do Paciente, a ser comemorado no dia 17 de setembro de 2021. Como mote de ação, a OMS exorta todas as partes interessadas a “Agir agora para um parto seguro e respeitoso!”. Segundo dados expostos pela OMS, por ocasião do lançamento da campanha, aproximadamente 810 mulheres morrem todos os dias de causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto¹. Embora a Razão de Mortalidade Materna (RMM) tenha caído 38%, entre 2000 e 2017, em todo o mundo, 94% de todas as mortes maternas são verificadas em países de baixa e média renda.² No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, em 2018, a RMM no país foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto no ano anterior era de 64,53³. Ainda, ressalte-se que cerca de 6.700 recém-nascidos morrem todos os dias, o que representa 47% de todas as mortes de menores de 5 anos. Além disso, aproximadamente 2 milhões de neonatos nascem mortos todos os anos, com mais de 40% ocorrendo durante o trabalho de parto.⁴ No Brasil, 340 mil neonatos nascem prematuros anualmente, o equivalente a 931 por dia ou a 6 prematuros a cada 10 minutos. Registre-se, ainda, que 12% dos nascimentos no país acontecem antes da gestação completar 37 semanas, o dobro de países europeus.⁵

A pandemia da COVID-19 lançou luz sobre as questões de segurança materna e neonatal na medida em que os resultados maternos e fetais globais pioraram durante a pandemia, o que se expressa no incremento das mortes maternas, de natimortos, de rupturas de gravidez ectópica e de depressão materna.⁶ De acordo com dados do Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19, quanto à morte de gestantes e de puérperas, ressalta-se que “em 43 semanas de pandemia, em 2020, a média semanal de óbitos deste grupo foi de 10,5. Já em 2021, a média por semana chegou, até o início de abril, a

1 World Health Organization. World Patient Safety Day 2021. [citado em 8 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2021>. Acesso em: 5 ago. 2021.

2 World Health Organization. Maternal mortality. [citado em 8 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

3 Ministério da Saúde. Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>.

4 World Health Organization. World Patient Safety Day 2021. [citado em 8 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2021>. Acesso em: 5 ago. 2021.

5 XAVIER, Juliana. 17 de Novembro Dia Mundial da Prematuridade: IFF participa de estudo que busca reduzir as taxas de prematuridade. Disponível em: <http://iff.fiocruz.br/index.php/component/content/article/8-noticias/178-dia-mundial-prematuridade>. Acesso em: 5 ago. 2021.

6 CHMIELEWSKA, Barbara et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. volume 9, issue 6, E759-E772, 2021.

25,8, em apenas 14 semanas epidemiológicas”.⁷ Segundo o Observatório da Covid-19 da Fiocruz, “as gestantes e puérperas têm despontado como grupo de grande preocupação e o impacto da Covid-19 vem se somar a uma situação já trágica em nosso país, elevando a morte materna a níveis extraordinariamente elevados”⁸.

Diante de tal quadro, a SOBRASP organizou a presente obra com temáticas inéditas e que se encontra dividida em quatro Partes: Cuidado Materno Seguro, Cuidado Neonatal Seguro, Interfaces entre Cuidado Materno e Neonatal Seguro e Direitos e Ética no Cuidado Materno e Neonatal Seguro. Os eixos se estruturam em 18 Capítulos originais, escritos especificamente para a presente obra.

Na primeira Parte, que diz respeito ao Cuidado Materno Seguro, a obra conta com os seguintes Capítulos: 1. Uso seguro de medicamento na gestação; 2. Segurança Farmacológica na Assistência Perinatal; 3. Jornada da paciente do pré-natal ao parto e puerpério: como garantir a experiência e o cuidado seguro? ; 4. Enfermagem Obstétrica como estratégia para um parto seguro e respeitoso; 5. Assistência materna segura e respeitosa; 6. Morte materna no Brasil – avanços, desafios e possibilidades.

Na Parte sobre o Cuidado Neonatal Seguro, os Capítulos abordaram os temas: 1. Cuidado neonatal seguro e respeitoso; 2. Amamentação na primeira hora de vida como proteção ao bebê além da sobrevivência; 3. Assistência pré-natal pediátrica: garantia de saúde materno- infantil por toda vida.

Na terceira Parte: Interfaces entre Cuidado Materno e Neonatal Seguro, são apresentados os Capítulos que versam sobre: 1. A segurança da gestante e do neonato no cuidado odontológico; 2. A rede de atenção obstétrica e o cuidado materno e neonatal seguro; 3. Sistemas seguros para o cuidado materno e neonatal seguro; 4. Gestão em maternidade segura.

Por fim, a última Parte, sobre Direitos, Equidade e Ética, traz os Capítulos subsequentes: 1. Aspectos bioéticos do cuidado materno e neonatal seguro; 2. O parto seguro e respeitoso sob a ótica dos direitos da paciente; 3. Direito humano ao cuidado materno e neonatal seguro: um olhar a partir das políticas públicas do Sistema Único de Saúde; 4. Direito ao cuidado seguro do neonato sob a perspectiva dos direitos humanos; Equidade e diversidade na maternidade segura.

Esta obra exclusiva e inovadora expõe o compromisso da SOBRASP com o dever compartilhado de toda a sociedade brasileira de assegurar que as mulheres e recém-nascidos não estejam sujeitos a condições inseguras em seus cuidados que os conduzam ao risco de morte e de danos evitáveis. Esta obra tem o papel de contribuir para a conscientização sobre a importância do parto respeitoso e seguro, de modo que os direitos da mulher e do recém-nascidos sejam guias balizadores das práticas dos profissionais envolvidos em seu cuidado.

7 FRANCISCO, Rossana Pulcineli; VIEIRA, Lucas Lacerda; RODRIGUES, Agatha S. 'Obstetric Observatory BRAZIL-COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services.' 2021.

8 FIOCURZ. A Covid-19 e a mortalidade materna. Boletim Covid-19. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_2021-semanas_20-21-red.pdf. Acesso em: 5 ago. 2021.

PREFÁCIO

A maternidade como modelo de sistema de qualidade e segurança

A biologia humana e a saúde são um continuum que inicia no berço; ou melhor, antes mesmo de nascermos. Pode parecer óbvio e lógico que a prestação do cuidado siga uma abordagem de sistemas, a fim de otimizar processos e desfechos. Assim, o modelo Donabedian se encaixa muito bem como uma estrutura conceitual, entretanto, a realidade dos sistemas de saúde e seus silos, somada ao comportamento humano e determinantes sociais, têm limitado o progresso em direção a essa visão.

A maternidade é uma experiência e um processo enraizado em todos nós, independente de raça, etnia, época e localização geográfica. A expectativa de qualquer gestação é a chegada de uma prole saudável. A gestação é uma condição única sob várias perspectivas. Como um estado ou condição de saúde, a gestação normalmente pode ser planejada. A maioria das gestações começa com uma expectativa e leva a um resultado feliz. Como um processo fisiológico, existem riscos e processos negativos que podem transformar uma gestação normal e saudável em um evento de saúde crítico. Nem todas as complicações podem ser previstas e/ou atenuadas. No entanto, muitos fatores de risco podem ser identificados, planejados e gerenciados de forma a evitar a progressão para um desfecho negativo. A gestação também é única por ter um ponto de partida (concepção) e um ponto de chegada (parto) claramente identificáveis. No entanto, a otimização dos processos obstétricos e neonatais associados à maternidade se estende além desses pontos de partida e chegada. Por isso, o pensamento e abordagem baseados em sistemas, associados aos princípios do *human design*, são uma aplicação perfeita para o cuidado materno e perinatal, e podem definir um processo de cuidado e uma experiência otimizada para a futura mãe, o feto/bebê, a família e os cuidadores.

O que acontece quando expandimos nosso pensamento sobre a saúde e os cuidados maternos para antes mesmo da gestação, tornando-os parte do continuum do cuidado? É característica única da maternidade a oportunidade de rastrear, educar e antecipar a necessidade potencial de cuidado antes da ocorrência de um evento grave. A gestação oferece a oportunidade de preparar a paciente antes do início da gestação, o que é uma oportunidade única. Alguns riscos identificados antecipadamente deverão ser controlados, e outros podem ser mitigados por meio de uma combinação de autocuidado materno e intervenções clínicas. Se nos basearmos no pensamento e no modelo de cuidado atual, tal processo colaborativo e afinado para o cuidado não é necessário para todas as gestações. Mas e se a comunicação e colaboração fossem não apenas possíveis, mas eficientes e de melhor custo-benefício?

Qual seria o impacto psicossocial para uma futura mãe, do estreitamento de laços pessoais, de uma relação afinada com a equipe assistencial, de uma conexão e fácil acesso aos profissionais que tem a intenção de monitorar o progresso da gestação para além de verificações episódicas no consultório, e estarem disponíveis a qualquer momento para

responder perguntas, educar e orientar a paciente conforme necessário? Tudo isso é um pensamento fora da caixa sobre o que é ideal e o que é possível. Mas quando pensamos assim, as metas que estabelecemos para qualidade do cuidado e segurança do paciente também são expandidas a patamares mais elevados.

Hoje, as metas de qualidade e segurança são incrementais e definidas de forma ideal para o processo de cuidado atual. Aceitamos limites para o que podemos alcançar com qualidade e segurança porque existem barreiras que nos impedem de ir mais longe e alcançar os melhores resultados. Mas ao indagar por que os melhores resultados ainda não são obtidos, somos forçados a olhar para diferentes processos, tecnologias digitais e formas de visão clínica e liderança para entregar o melhor. Mudar é difícil, sem dúvida; a inovação traz consigo o desafio do desconhecido. O cuidado materno e perinatal é um processo de cuidado com pontos de início e de término bem definidos, que permite estabelecer o engajamento e as intervenções necessárias, bem como métricas para rastrear e avaliar desfechos em prazos relativamente curtos.

A biologia humana é complicada e, apesar do avanço da pesquisa científica, nosso conhecimento atual apenas arranha a superfície. É por isso que uma abordagem de sistemas, no que se refere a como reiteradamente definimos e prestamos serviços de saúde com base nos conhecimentos e padrões de cuidado mais atuais, é tão importante. Uma estrutura que garanta um processo consistente para avaliação e otimização contínua do processo de cuidado e da experiência, é essencial para apoiar a natureza em evolução da medicina. O foco em desfechos em termos de qualidade e segurança deve levar a processos de cuidado que considerem também a experiência dos pacientes e a de quem presta serviços de saúde. Na era da saúde digital, também devemos ter um propósito na integração inteligente da tecnologia com o processo, somada a uma liderança clínica ousada e eficaz na gestão de mudanças.

Considere um futuro completamente diferente de como abordamos a saúde e o cuidado atualmente. Devemos nos concentrar na saúde, e não apenas no cuidado, pois a necessidade do cuidado clínico é sempre precedida e prestada no contexto de cada pessoa a ser atendida. Tudo isso ainda pode parecer um sonho, mas podemos concordar que parece fazer sentido, e pode beneficiar muitas pessoas. Assim, aspirações ousadas são importantes para vislumbrar novas possibilidades para que possamos dar os passos na direção certa.

Ian Chuang, MD, MS, CCFP

Chief Medical Officer

EMEALAAP Health na Elsevier

SUMÁRIO

PARTE I - CUIDADO MATERNO SEGURO

CAPÍTULO 1..... 2

SISTEMAS SEGUROS PARA O CUIDADO MATERNO E NEONATAL SEGURO

Ana Tereza Cavalcanti de Miranda

Laís de Holanda Junqueira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7442116091>

CAPÍTULO 2..... 17

GESTÃO EM MATERNIDADE SEGURA

Daniela Campos de Andrade Lourenção

Maristela Santini Martins

Marlise de Oliveira Pimentel Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7442116092>

CAPÍTULO 3..... 28

A REDE DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E O CUIDADO MATERNO E NEONATAL SEGURO

João Batista Marinho de Castro Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7442116093>

CAPÍTULO 4..... 36

A SEGURANÇA DA GESTANTE E DO NEONATO NO CUIDADO ODONTOLÓGICO

Mariane Emi Sanabe

Mariana Minatel Braga

Claudia Dolores Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7442116094>

PARTE II - CUIDADO MATERNO SEGURO

CAPÍTULO 5..... 45

USO SEGURO DE MEDICAMENTO NA GESTAÇÃO

Sônia Silva Ramirez

Luana Ferreira de Almeida

Priscila Bernardi Garzella

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7442116095>

CAPÍTULO 6..... 53

SEGURANÇA FARMACOLÓGICA NA ASSISTÊNCIA PERINATAL

Cristina Helena Bruno

Marinei Campos Ricieri

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7442116096>

CAPÍTULO 7..... 61

JORNADA DA PACIENTE DO PRÉ-NATAL AO PARTO E PUERPÉRIO: COMO GARANTIR A EXPERIÊNCIA E O CUIDADO SEGURO?

Kelly Cristina Rodrigues
Daniela Franco Leanza
Denise Leão Suguítani

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7442116097>

CAPÍTULO 8..... 69

ENFERMAGEM OBSTÉTRICA COMO ESTRATÉGIA PARA UM PARTO SEGURO E RESPEITOSO

Laura Leismann de Oliveira
Mariene Jaeger Riffel
Virgínia Leismann Moretto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7442116098>

CAPÍTULO 9..... 77

ASSISTÊNCIA MATERNA SEGURA E RESPEITOSA

Carla Betina Andreucci Polido

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7442116099>

CAPÍTULO 10..... 84

MORTE MATERNA NO BRASIL – AVANÇOS, DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Lenice Gnocchi da Costa Reis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.74421160910>

PARTE III - CUIDADO NEONATAL SEGURO

CAPÍTULO 11..... 96

CUIDADO NEONATAL SEGURO E RESPEITOSO

Cristina Ortiz Sobrinho Valet
Beatriz de Freitas Junqueira
Renata Sayuri Ansai Pereira de Castro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.74421160911>

CAPÍTULO 12..... 104

AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA COMO PROTEÇÃO AO BEBÊ ALÉM DA SOBREVIVÊNCIA

Denise Schauen Schuck
Elenice Lorenzi Carniel
Tamara Soares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.74421160912>

CAPÍTULO 13.....	111
ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL PEDIÁTRICA: GARANTIA DE SAÚDE MATERNO- INFANTIL POR TODA VIDA	
Claudia Regina Cachulo Lopes Cinthia Torres Leite	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.74421160913	
PARTE IV – DIREITOS, EQUIDADE E ÉTICA NO CUIDADO MATERNO E NEONATAL SEGURO	
CAPÍTULO 14.....	119
ASPECTOS BIOÉTICOS DO CUIDADO MATERNO E NEONATAL SEGURO	
Raylla Albuquerque	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.74421160914	
CAPÍTULO 15.....	127
O PARTO SEGURO E RESPEITOSO SOB A ÓTICA DOS DIREITOS DA PACIENTE	
Aline Albuquerque	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.74421160915	
CAPÍTULO 16.....	136
DIREITO HUMANO AO CUIDADO MATERNO E NEONATAL SEGURO: UM OLHAR A PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	
Sandra Mara Campos Alves Edith Maria Barbosa Ramos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.74421160916	
CAPÍTULO 17.....	145
DIREITO AO CUIDADO SEGURO DO NEONATO SOB A PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS	
Kalline Eler	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.74421160917	
CAPÍTULO 18.....	153
EQUIDADE E DIVERSIDADE NA MATERNIDADE SEGURA	
Francis Solange Vieira Tourinho	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.74421160918	

**PARTE I -
CUIDADO MATERNO SEGURO**

SISTEMAS SEGUROS PARA O CUIDADO MATERNO E NEONATAL SEGURO

Data de aceite: 01/09/2021

Ana Tereza Cavalcanti de Miranda

Livre-docente em Obstetrícia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Medicina - Clínica Obstétrica - pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. MBA-Saúde -COPPEAD-UFRJ. Certified Robust Process Improvement Yellow Belt
<http://lattes.cnpq.br/7156663553651630>

Laís de Holanda Junqueira

Gerente de Qualidade, Segurança do Paciente e Inovação da Elsevier, Holanda. Membro do Conselho Científico, GTT para COVID-19 e GTT de Diversidade e Inclusão da Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente. Membro honorário da Fundación para la Seguridad del Paciente no Chile. Membro da International Association of Innovation Professionals. Certified Six Sigma Green Belt

RESUMO: Uma abordagem sobre a necessidade de sistemas seguros na saúde materna e neonatal. Sistemas são tradicionalmente definidos como um conjunto de processos. O crescimento exponencial de novos conhecimentos científicos destacou a importância de um segundo componente dos sistemas seguros: um ambiente que direciona a tomada de decisão segura. A justificativa para essa separação de processos e decisões está na própria natureza dos cuidados de saúde - um ambiente de tomada de decisão

rápida com impacto determinante nas vidas das pessoas envolvidas.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas seguros; cuidado materno; cuidado neonatal; qualidade do cuidado; segurança do paciente; parto seguro; saúde materna; jornada da qualidade e segurança; nudge; engajamento do paciente; alfabetização em saúde; educação profissional; cuidado ao paciente; melhoria contínua.

ABSTRACT: An approach to the need for safe systems in maternal and newborn health. Systems are traditionally defined as a set of processes. The exponential growth of new scientific knowledge has highlighted the importance of a second component of secure systems: an environment that drives secure decision-making. The justification for this separation of processes and decisions lies in the very nature of healthcare - an environment for rapid decision-making with a decisive impact on the lives of the people involved.

KEYWORDS: Safety systems; maternal care; neonatal care; quality of care; patient safety; safe delivery; maternal health; quality and safety journey; nudge; patient engagement; health literacy; professional education; patient care; continuous improvement.

“Ninguém está seguro até que todos estejamos seguros”

Amina Mohammed

Secretária-Geral Adjunta das Nações Unidas

A necessidade de promover sistemas seguros na área da saúde é recomendada há mais de duas décadas, e foi popularizada através do relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”¹. Apesar dos avanços significativos, o tema segurança do paciente permanece um desafio global para gestores, profissionais de saúde e para a sociedade, de forma geral. Milhões de pessoas sofrem danos devido a cuidados de saúde não seguros no mundo, resultando em 2,6 milhões de mortes por ano em países de baixa e média renda, sendo a maior parte desses óbitos evitável. Por isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a segurança do paciente como uma prioridade global de saúde, instando os pacientes, profissionais de saúde, formuladores de políticas e o setor de saúde a lutarem pela segurança do paciente. Uma das iniciativas da OMS para engajar a comunidade é a campanha anual do Dia Mundial da Segurança do Paciente.

Neste ano de 2021, o tema definido pela OMS para o Dia Mundial da Segurança do Paciente é “Cuidado materno e neonatal seguro”. Embora entre os anos de 2000 e 2017 a razão de mortalidade materna (RMM) mundial tenha decrescido 38%² e esta seja uma redução significativa, os indicadores de saúde materna e perinatal permanecem alarmantes. Aproximadamente 810 mulheres morrem diariamente em decorrência de causas preveníveis relacionadas à gestação e parto, sendo 94% das mortes maternas registradas em países de baixa e média renda³. Igualmente trágicos são os números que relatam óbitos de recém-nascidos: cerca de 6700 recém-nascidos morrem diariamente em decorrência de causas preveníveis, representando 47% de todas as mortes de crianças abaixo de 5 anos de idade. A OMS reporta ainda 2 milhões de natimortos anualmente, sendo 40% durante o parto. A maioria dessas mortes são evitáveis por meio do acesso oportuno ao cuidado seguro e de qualidade, por profissionais de saúde qualificados.

Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) definiu os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS, dentre os quais está a redução da mortalidade materna e neonatal. Duas metas estabelecidas no ODS.3 dizem respeito especificamente ao cuidado materno e neonatal seguro, a serem alcançadas até 2030: reduzir a RMM global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para no máximo 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para no máximo 25 por 1.000 nascidos vivos⁴.

Em 2018, durante a reunião da Comissão Nacional de Combate à Mortalidade Materna e lançamento da Semana Nacional de Mobilização pela Saúde das Mulheres, o Ministério da Saúde assumiu a meta de redução de 51,7% da RMM até 2030, que corresponde a 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos⁵. Assim, o Brasil ajustou a meta 3.1 para “Até 2030, reduzir a razão de mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100.000 nascidos vivos”. Historicamente, os esforços em direção a diminuição da RMM no Brasil logram sucesso, porém, desde 2012 não se observa redução sustentada

da razão de mortalidade materna. O indicador mais recente divulgado em 2019 pelo Governo Federal para ODS 3.1 aponta uma razão de mortalidade materna de 59.1, ainda longe do cumprimento da meta de 30 ⁶.

A maior parte destes óbitos são resultado de causas obstétricas diretas, ou seja, “*complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultados de qualquer dessas causas*”. De acordo com o Boletim Epidemiológico emitido em 20 de maio de 2020 pelo Ministério da Saúde, estas causas diretas foram responsáveis por 67% dos óbitos maternos de 1996 a 2018 ⁷. Dentre as causas diretas, as que se destacaram foram hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto. As causas indiretas citadas pelo mesmo Boletim foram doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, AIDS e doenças infecciosas e parasitárias maternas.

Os anos de 2020 e 2021 apresentam ainda um complicador global e local para o cuidado materno e neonatal seguro: a interrupção dos serviços essenciais de saúde causada pela pandemia da COVID-19. De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), entre janeiro e abril de 2021, houve um aumento expressivo de casos de gestantes e puérperas e de óbitos maternos por Covid-19 em 12 países. Nesta análise, o Brasil figura com o maior número de óbitos e uma assustadora taxa de letalidade de 7,2%, ou seja, mais que o dobro da atual taxa de letalidade do país, que é de 2,8%. Os efeitos adversos na pandemia da COVID-19 não estão limitados à morbidade e mortalidade causadas diretamente pela doença. A dificuldade de acesso aos cuidados necessários para manejo da COVID-19 foram fator determinante na composição da alta taxa de letalidade, uma vez que 23,2% das gestantes e puérperas mortas por Covid-19 não chegaram a ser admitidas em UTIs e 33,6% delas não foram intubadas⁸. A dificuldade do acesso aos serviços pré-natais também foi maior, uma vez que muitos serviços e recursos pré-natais foram realocados para o cuidado de pacientes com COVID-19⁹.

SISTEMAS SEGUROS

A abordagem sugerida pelo relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” foi de que os erros evitáveis e os custos associados poderiam ser mitigados pela criação e implementação de “sistemas seguros” capazes de reconhecer e minimizar sistematicamente as fontes de erros humanos, uma vez que “a segurança é uma característica dos sistemas, e não de seus componentes. A segurança é uma propriedade emergente dos sistemas”¹⁰.

Sistemas são tradicionalmente definidos como um conjunto de processos. O crescimento exponencial de novos conhecimentos científicos destacou a importância de um segundo componente dos sistemas seguros: um ambiente que direciona a tomada

de decisão segura. A justificativa para essa separação de processos e decisões está na própria natureza dos cuidados de saúde - um ambiente de tomada de decisão rápida com impacto determinante nas vidas das pessoas envolvidas.

Por tratar-se de um ambiente dependente da atividade humana, ele é exposto à fragilidade da falha humana. Analogamente, o Modelo da Cultura Justa afirma que todos os humanos são falíveis e sujeitos a erros quando os ambientes em que praticam não são à prova de erros, mas dão espaço para erros. Nesse modelo, o erro humano é responsável pela maioria dos incidentes com pacientes¹¹. Portanto, a melhoria dos desfechos é alcançada por meio do desenvolvimento de processos sistêmicos que dificultam a ocorrência de erros, por meios mais complexos do que a simples punição dos infratores. O objetivo do modelo é o desenvolvimento de processos que visem criar sistemas “à prova de erros” e que apoiem ações mais seguras ao longo do atendimento ao paciente.

Quando o sistema falha e se estabelece um cenário de difícil acesso aos serviços de saúde, escassez de recursos, e falta de diretrizes claras, baseadas em evidências científicas, exacerbam-se as limitações da qualidade do cuidado, tornando-se os desfechos dependentes de os profissionais de saúde agirem como *heróis*, criando artifícios individuais a fim de evitar danos aos pacientes. Embora necessários em muitas situações, estes artifícios individuais não são sustentáveis, tendo em vista que não resolvem falhas sistêmicas.

A noção de *heroísmo dos profissionais de saúde* foi enfatizada durante a pandemia da COVID 19, porém a cultura do heroísmo não é nova. Começa na jornada educacional dos profissionais de saúde, na qual alunos são ensinados a criar artifícios para “consertar” os problemas enfrentados por um indivíduo. Embora estes artifícios individuais ajudem o paciente que está na frente do profissional, são as melhorias no sistema que irão melhorar a qualidade e a segurança do cuidado, não apenas para este paciente, mas também para o paciente que será atendido amanhã e para os pacientes atendidos por outros profissionais. Essa melhoria sistêmica é alcançada com a criação e manutenção de sistemas seguros, que enfatizam as condições sob as quais profissionais são bem-sucedidos, e não as condições sob as quais fracassam.

No entanto, processos seguros por si só não garantem a segurança em todas as etapas do cuidado, uma vez que processos são inerentemente interligados a atividades de tomada de decisão individual. Em determinadas circunstâncias, o erro de diagnóstico é o resultado de erros humanos, e não de erros de processo¹². Claramente, as decisões individuais dos profissionais da saúde orientam as atividades de diagnóstico e tratamento do paciente; e os próprios pacientes podem influenciar dramaticamente o cuidado, tanto favorável quanto desfavoravelmente, com base em seus comportamentos, escolhas, e estilo de vida. Médicos e pacientes são sensíveis a estímulos externos oriundos do ambiente e de outros indivíduos nas unidades de emergência. O paciente percebe-se sujeito à

necessidade de entregar-se à investigação por outra pessoa, em ambiente comumente hostil, objetiva ou subjetivamente. Essas circunstâncias levam o paciente a sentir-se vulnerável e inseguro. A qualidade e intensidade das manifestações afetivas resultantes podem influenciar a interpretação dos sintomas e impactar na acurácia do diagnóstico e tratamento pelo médico. Neste contexto, é fácil entender a sensação de vulnerabilidade experimentada por muitos médicos expostos a um ambiente de eterna imprevisibilidade e prontidão, dificuldade de comunicação com pacientes, peso da imensa responsabilidade de tomar, em pouquíssimo tempo, decisões extremamente importantes - literalmente questões de vida ou morte¹³.

Neste âmbito, o uso de diretrizes clínicas e a orientação com base em evidências são consideradas práticas essenciais para melhoria da qualidade e segurança do paciente¹⁴. Para entender melhor a necessidade de informações atuais, confiáveis e baseadas em evidências para apoiar a tomada de decisão clínica, é importante observar como as decisões são tomadas em ambientes de saúde. A tomada de decisão clínica é baseada na teoria do processo dual; (1) um processo rápido, não analítico, implícito e enviesado, frequentemente baseado em heurísticas; e (2) um processo analítico explícito que depende de raciocínio hipotético e contrafactual, no qual os detalhes são considerados e questionados por meio do uso de informações diferentes. Embora tendamos a pensar que as decisões são sempre analíticas, o sistema não-analítico e implícito prevalece nos processos de tomada de decisão do dia a dia, incluindo decisões relacionadas ao cuidado. Com as pressões de tempo e as prioridades concorrentes que os clínicos enfrentam rotineiramente, a maioria acaba por usar processos intuitivos, não analíticos, implícitos e tendenciosos em um grau maior do que o raciocínio analítico. Embora essa estratégia de tomada de decisão rápida possa economizar tempo e muitas vezes resultar em diagnósticos corretos e resultados favoráveis no cuidado ao paciente, é por natureza mais sujeita a erros quando os casos dos pacientes são mais complexos¹⁵ e quando os profissionais estão mais estressados e com pouco tempo.

Mas os pacientes não são os únicos a sofrer as consequências dos erros. O'Beirne et al. compartilham que 82,4% dos médicos experimentaram emoções negativas após incidentes relacionados à segurança do paciente, com o impacto dessas emoções variando em natureza e gravidade, do medo de erros futuros à frustração e perda de confiança social¹⁶. Os enfermeiros também sofrem em muitos níveis ao longo de suas carreiras como resultado de envolvimento em um incidente, mesmo anos após a ocorrência do erro¹⁷.

Os sistemas seguros entrelaçam, portanto, processos seguros e tomadas de decisão seguras, incluindo ajustes na arquitetura de escolha e uma sólida sinergia entre pessoas, processos, conhecimento e tecnologia.

NUDGES, O INCENTIVO EM DIREÇÃO À TOMADA DE DECISÃO SEGURA

A teoria comportamental sugere que a racionalidade é limitada por fatores psicológicos, associações emotivas e suposições mentais que distorcem a realidade, dificultando o processo de tomada de decisão racional¹⁸. É nesse contexto que surge o conceito de *nudge*, popularizado pelo livro “*Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*”¹⁹, dos autores Cass Sunstein e Richard Thaler, ganhador do prêmio Nobel por suas contribuições à economia comportamental. Os autores definem *nudge* como uma ferramenta capaz de orientar o comportamento, otimizando as escolhas do cidadão ao incentivar comportamentos mais seguros e saudáveis, tanto em uma perspectiva individual, como na perspectiva da comunidade. O aspecto fundamental dos *nudges* é a manutenção da liberdade de escolha do indivíduo.

Nudges estão presentes em nosso dia a dia e funcionam como ‘pequenos empurrões’ que geram mudanças em seus hábitos ou comportamentos, beneficiando a si e a sociedade à sua volta. Se você possui um smartwatch, é provável que tenha se levantado após receber uma mensagem dizendo que ficou sentado por muito tempo. Ou talvez tenha subido um andar de escada para garantir que bateria sua meta diária de passos. Caso seu carro tenha um sistema de GPS, provavelmente você já ativou o mapa mesmo para dirigir em um caminho que você já conhece. Em todos os cenários acima, a arquitetura de escolha nos incentiva a tomar decisões com base em *nudges*. No entanto, a decisão de se levantar, subir de escada ou seguir o caminho mais rápido é sua. Essas pequenas dicas, ou sinais que orientam a um caminho são fundamentais para a mudança.

O uso de *nudges* na área da saúde, como forma de encorajar decisões mais saudáveis, vem sendo continuamente explorado²⁰. Um exemplo do uso de *nudge* na saúde é o incentivo à doação de órgãos. Segundo a ciência do comportamento, barreiras psicológicas importantes impedem as pessoas de se tornarem doadoras de órgãos, incluindo o viés do *status quo* - a tendência em manter o *status quo* mesmo quando uma mudança seria benéfica e é alinhada com nossos valores e crenças pessoais. Em Ontário, Canadá, um experimento governamental²¹ avaliou o uso de *nudges* para registro de doação de órgãos. Dentre as intervenções, os pesquisadores incluíram as seguintes frases como *nudges*: “Se você precisasse de um transplante, você o faria?” e “Como você se sentiria se você ou um ente querido precisasse de um transplante e não conseguisse? Por favor ajude-nos a salvar vidas e registre-se hoje.”. O experimento observou um aumento de até 143% no número de novos registros. No Reino Unido, um ensaio clínico randomizado do *Behavioral Insights Team*, também conhecido como *Nudge Unit*, concluiu que *nudges* no registro de doação de órgãos poderiam resultar em 100.000 novos registros por ano, um aumento de 40%²². No Rio de Janeiro, a NudgeRio, unidade de projetos de ciência comportamental criada pelo Instituto Fundação João Goulart, utilizou-se de *nudges* para criar estratégias com o objetivo de aumentar a adesão e continuidade do tratamento da

tuberculose: a abordagem via telefone, cujo objetivo é coletar feedbacks sobre o quadro do paciente, além de lembrá-lo de retornar ao hospital para realizar a baciloscopia de controle; e a distribuição de uma caderneta motivadora, que visa incentivar a utilização correta e regular dos antibióticos distribuídos²³.

O público leigo não é o único impactado positivamente por pequenas modificações na “arquitetura de escolha”. Estudos relatam que *nudges* podem influenciar positivamente o comportamento de profissionais da saúde: mudanças na organização das opções de tratamento no prontuário eletrônico levaram a uma redução absoluta de 12% na prescrição de tratamentos agressivos²⁴, assim como prescrição adequada de enxaguatórios bucais para pacientes em cuidados intensivos²⁵.

Nudges seguros para profissionais de saúde podem variar desde lembretes de procedimentos operacionais padrão até o suporte ativo no momento da tomada de decisão clínica. Considere o cenário de uma enfermeira iniciando um turno na unidade de internação e assumindo um caso de uma paciente pós-cesariana. A enfermeira acessa o prontuário e verifica o plano de cuidados daquela paciente. O plano contém os parâmetros a serem medidos e as ações a serem realizadas com base na avaliação da paciente e nas evidências científicas/clínicas disponíveis. Para esta paciente, por exemplo, o controle do sangramento e monitoramento de sinais de infecção estão incluídos na lista de parâmetros; e as ações subsequentes são baseadas em uma diretriz de prática clínica. A decisão clínica da enfermeira é orientada tanto pela lista de verificação quanto pela diretriz, evitando erros de omissão e levando à prática baseada em evidências. Assim que a enfermeira se aproximar do leito, ela será impactada por outros *nudges* que a direcionarão à tomada de decisão segura, como por exemplo uma pulseira com risco de queda no braço da paciente que leva à adoção do protocolo de queda. Como os *nudges* fazem parte do dia a dia do profissional, eles devem ser intencionalmente projetados para promover a segurança, agindo como lembretes de medidas de segurança ou preenchendo lacunas de informações.

Para pacientes, os *nudges* podem variar de lembretes de compromissos a ações ativas de engajamento do paciente. Vamos revisitar o cenário acima, desta vez da perspectiva da paciente: a paciente acorda em seu quarto e quer se levantar. As grades elevadas do leito lembram a paciente que ela não deve ficar de pé sozinha. Ela então observa um folheto educacional perto do leito. Neste folheto, constam informações sobre o risco de queda, reforçando o que havia sido explicado pela equipe antes do encaminhamento da paciente para o centro cirúrgico. Isso lembra a paciente de não se levantar sem pedir ajuda. Esses dois *nudges* são exemplos de compartilhamento de conhecimento que leva a uma decisão mais segura, bem como um *nudge* de segurança física.

Assim, os *nudges* apoiam fundamentalmente as partes interessadas que podem carecer de informações ou são tendenciosas para a tomada de decisões inseguras, ao mesmo tempo que não prejudica as partes interessadas que não o fazem. Para tanto, os

nudges devem ser baseados em evidências científicas sólidas e nas melhores práticas disponíveis.

NAVEGANDO COM SEGURANÇA PELA JORNADA DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Em última análise, os *nudges* devem ser projetados para facilitar a navegabilidade no sistema e apoiar os tomadores de decisão para que façam escolhas que promovam o bem-estar das partes envolvidas. *Nudges* podem se apresentar em formatos analógicos ou de tecnologia digital - sendo esta última mais sustentável e mais fácil de promover e implementar. Em tempos de atualização acelerada do conhecimento crítico, a tecnologia digital permite atualizações ao vivo que alcançam as partes interessadas com mais rapidez. Por exemplo, uma atualização de uma diretriz de prática clínica relacionada a gestantes com COVID-19 pode ser posta em prática de forma mais rápida e segura se os protocolos hospitalares estiverem disponíveis digitalmente. A simples operação de atualização e distribuição de um protocolo após definição do conteúdo – alguns cliques *versus* a impressão de cópias e distribuição física - já justifica considerar a adoção da tecnologia digital na arquitetura de decisão.

Portanto, a criação e uso de *nudges* podem ser grandes aliados na criação de sistemas seguros, apoiando a tomada de decisão e adesão aos processos. Avançando um passo na criação e manutenção de sistemas seguros de suporte à segurança do paciente, podemos ressaltar seis pilares importantes que compõem a Jornada de Qualidade e Segurança do Paciente²⁶ desenvolvida em parceria com a Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente: Engajamento da Comunidade e Alfabetização em Saúde; Gerenciamento da Informação; Educação e habilidades dos profissionais; Cuidado ao paciente; Participação do paciente; e Pesquisa e Melhoria Contínua.

ENGAJAMENTO DA COMUNIDADE E ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE

O engajamento da comunidade e promoção da alfabetização em saúde têm como objetivo a aproximação da população com a saúde e vice-versa, reconhecendo a importância do cuidado seguro e do envolvimento da comunidade para a segurança do paciente. Parte essencial desse esforço é a educação e entendimento de aspectos básicos da saúde.

No caso de cuidados maternos e neonatais, a aproximação das pacientes ao ambiente seguro do cuidado pode ser facilitada através da melhoria da alfabetização em saúde e da educação das comunidades, podendo ser apoiada por *nudges* em forma de materiais informativos analógicos e digitais, na forma de panfletos ou aplicativos. Exemplo disso é a criação de uma lista de verificação pré-concepção, que gera o perfil de risco da

gestação e pode, assim, incentivar a empoderar mulheres a prepararem-se adequadamente para a gestação²⁷.

Mesmo quando imbuídas da intenção, pequenas distrações podem ocasionar a falta da tomada de atitude e ação, como por exemplo a ausência em uma consulta pré-natal. Nestes casos, a tecnologia pode ser uma grande aliada para o empurrão que falta para a ação. O Departamento de Saúde Pública da Califórnia e Immunize Nevada fizeram uma parceria com o Text4Baby, serviço de mensagens com informações para gestantes. Durante a parceria, mensagens de texto eram enviadas para gestantes com lembretes de consultas com os bebês e vacinação contra hepatite B. Estes *nudges* aumentaram a taxa de presença em seis pontos percentuais para consultas ao médico e cinco pontos percentuais para imunizações²⁸.

Ainda na visão de engajamento da comunidade, é importante ressaltar que mudanças sociais mais amplas também repercutem nas mudanças observadas na saúde materna. A violência por parceiro íntimo aumentou durante a pandemia²⁹ e já foi destacada como contribuinte para o aumento da mortalidade materna³⁰. As mulheres têm uma probabilidade desproporcionalmente maior de ficarem desempregadas e assumir mais tarefas domésticas por causa do fechamento de creches e escolas. As restrições financeiras e de tempo resultantes provavelmente terão consequências de longo prazo para a saúde física, emocional e financeira das mães durante a gravidez e no futuro³¹.

Assim, sistemas seguros devem avaliar o uso da tecnologia como ferramenta complementar para a construção de arquiteturas de escolha e via robusta de engajamento da comunidade que alcance explicitamente indivíduos e comunidades vulneráveis, estimulando comportamentos seguros.

GERENCIAMENTO DA INFORMAÇÃO

Os líderes do sistema de saúde devem trabalhar para garantir que as informações corretas cheguem ao local correto, no momento correto. A crise de saúde de 2020 acelerou a velocidade das mudanças em processos e procedimentos de dias para minutos. A admissão de pacientes em unidades de cuidados intensivos, as medidas de prevenção de infecções, a reorganização da equipe e a escassez de equipamentos de proteção individual - EPIs - foram fatores que contribuíram para mudar os processos e adaptá-los para orientar a equipe na direção mais segura possível.

Tomemos como exemplo a escassez do respirador com filtro facial (FFR) N95, que foi o tema de discussões acaloradas no início de 2020. Os hospitais precisavam estar cientes das evidências mais atuais compartilhadas pelas autoridades a fim de adaptar suas políticas sobre alternativas para contingência e modo de crise, incluindo a reutilização após a descontaminação³².

Estas políticas atualizadas, por sua vez, podem ter sua adesão facilitada através de *nudges*, que informam os profissionais sobre as mudanças e ‘trazem a política à vida’. Por exemplo, alertas, avisos gerais no prontuário eletrônico ou até mesmo o uso de frases de incentivo para adesão. Um experimento realizado em um hospital nos Estados Unidos observou um aumento relevante na higienização das mãos de profissionais através do uso de lembretes das implicações da não-higienização para os pacientes³³.

Olhando para o futuro, a velocidade da mudança no processo pode ser reduzida; no entanto, permanece a necessidade de garantir que as mudanças no processo sejam precisas, oportunas e ganhem a adesão da equipe de forma sustentável.

EDUCAÇÃO E HABILIDADES DOS PROFISSIONAIS

O crescente corpo de conhecimento na área da saúde exige dedicação contínua dos profissionais para se manterem atualizados e prestarem cuidados de excelência. Esta aceleração da criação e divulgação do conhecimento vêm ganhando força ao longo dos anos. Em 1950, o conhecimento médico publicado levava cerca de 50 anos para dobrar. Em 1980, este tempo acelerou para 7 anos. Em 2010, a estimativa caiu para 3,5 anos e em 2020, a projeção era de 73 dias, sem considerar a pandemia. Ou seja, a cada dois meses, todo o conhecimento médico dobraria de volume. Nesse cenário, manter-se atualizado é cada vez mais difícil.

A pandemia evidenciou esse desafio de atualização do conhecimento profissional de forma avassaladora. Muitos profissionais envolvidos em saúde materna e neonatal em todo o mundo não receberam treinamento em COVID-19 em sua unidade de saúde. Em uma pesquisa, Seeman et al apontaram que 53% dos participantes de países de baixa e média renda e 31% de países de alta renda não se sentiam bem informados sobre como cuidar de uma gestante com COVID-19³⁴.

Para complicar ainda mais essa equação, a saúde é reconhecida mundialmente como uma atividade sujeita ao estresse. Os profissionais de saúde correm risco de ansiedade, depressão, esgotamento, insônia, sofrimento moral e transtorno de estresse pós-traumático.^{35, 36} A síndrome de *burnout* grave afeta até 33% dos enfermeiros de cuidados intensivos e até 45% dos médicos de cuidados intensivos. A pandemia aumentou o fardo: um estudo realizado na China relatou altas taxas de depressão (50%), ansiedade (45%), insônia (34%) e angústia (72%) durante a pandemia de COVID-19³⁷. Em cuidados maternos e neonatais, 90% dos participantes relataram altos níveis de estresse.²²

O dinamismo do conhecimento clínico e das habilidades direciona os líderes mais uma vez a uma posição em que atuam como arquitetos do sistema, projetando *nudges* para apoiar os esforços de educação contínua e o desenvolvimento de habilidades necessárias para as mudanças constantes da área da saúde.

CUIDADO AO PACIENTE

Este pilar da jornada aborda o cuidado ao paciente, ressaltando a prática baseada em evidência e cuidado centrado no paciente. A falha em aplicar o conhecimento teórico na prática é tradicionalmente descrito como a lacuna entre o saber e o fazer, em inglês chamado de “Know-Do Gap”. Esta lacuna, claramente evidenciada durante a crise pandêmica, não representa um desafio novo. De fato, o relatório de 2018 da Lancet Global Health Commission afirmou que “cuidados de baixa qualidade são agora uma barreira maior para reduzir a mortalidade do que o acesso insuficiente.”³⁸

A redução do *Know-Do Gap* começa com o acesso às evidências mais atuais e segue com a transformação de conteúdo disponível somente para leitura em conteúdo acionável que pode ser integrado ao fluxo de trabalho do profissional de saúde. A criação desses fluxogramas, protocolos e orientações integrados deve ser priorizada pelos arquitetos de sistemas seguros, com a inserção de *nudges* que apoiem a criação de pontes entre o conhecimento teórico e a prática.

Conforme descrito anteriormente neste capítulo, *nudges* que direcionam o tomador de decisão para decisões seguras podem estar presentes no prontuário do paciente. Por exemplo, ao incorporar diretrizes de prática clínica (Know) ao fluxo de trabalho através de protocolos (Do). A tecnologia digital é uma grande aliada da criação de *nudges* e atualização do conhecimento.

PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE

A Aliança Global para Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde indica a participação do paciente no cuidado como forma de aprimorar a segurança do mesmo.³⁹

Interações inconsistentes entre paciente-profissional, falta de informação, cuidado desrespeitoso e abusivo são reconhecidas como importante barreira ao acesso ao cuidado, especialmente no âmbito dos cuidados maternos.^{40, 41, 42} Por sua vez, a falta de envolvimento no cuidado ao bebê pode levar à perda do papel materno e à disrupção dos laços criados entre mãe e bebê durante um momento crucial, o que pode afetar a saúde física e mental das mães e, a longo prazo, ter um impacto negativo no desenvolvimento cognitivo e físico do bebê.⁴³

Portanto, a comunicação entre paciente/familiar e profissional é importante fator para a participação da paciente no cuidado e conseqüentemente, para melhoria da segurança, como por exemplo no reconhecimento de sinais de deterioração clínica e ação imediata para evitar agravos ao paciente. *Nudges* são excelentes aliados não só para ressaltar oportunidades de educação, mas também a participação ativa do paciente no cuidado

através de lembretes do conteúdo educacional.

Conforme avanços ocorram, os arquitetos de sistema precisam repensar como a tecnologia digital disponível pode ser usada e adaptada para estimular pacientes a participar de sua saúde, incluindo escolhas seguras, e promovendo um comportamento seguro no continuum do tratamento.

PESQUISA E MELHORIA CONTÍNUA

A atual pandemia unificou e acelerou os esforços de pesquisa em todo o mundo. A necessidade de descobrir, publicar e promover descobertas clinicamente relevantes veio em uma velocidade sem precedentes. Pesquisas inovadoras, como as primeiras vacinas, dobraram nossos esforços contra o SARS-CoV-2, somando outras descobertas fundamentais que agora são uma prática comum, como a adoção da posição prona para pacientes com respiração espontânea com insuficiência respiratória hipoxêmica grave por COVID-19⁴⁴, e a testagem de gestantes ao entrar na maternidade com seguimento de protocolo dependente do resultado do teste de COVID-19.

Aplicar a pesquisa na prática do dia a dia como melhoria contínua é uma característica de um sistema que evolui com a evolução do conhecimento científico, clínico e operacional. A democratização do conhecimento e sua inserção no sistema apoia a sustentabilidade da prática baseada em evidências. Os *nudges*, por sua vez, funcionam como pontes entre conhecimento e ação, trazendo a melhoria contínua para o fluxo de trabalho dos profissionais.

CONCLUSÃO

A criação de sistemas seguros que preconizam a definição de processos seguros e um ambiente de tomada de decisão segura é ferramenta importante para aprimorar a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Dentro da tomada de decisão, os *nudges* são táticas que podem ser usadas para apoiar os tomadores de decisão, uma vez que sugerem caminhos seguros enquanto respeitam sua liberdade de escolha. A navegação da jornada de Qualidade e Segurança do Paciente 2.0 tem como objetivo destacar aspectos importantes para a sustentabilidade da segurança do paciente, ressaltando em seus pilares: Engajamento da Comunidade e Alfabetização em Saúde; Gerenciamento da Informação; Educação e Habilidades dos Profissionais; Cuidado ao Paciente; Participação do Paciente; e Pesquisa e Melhoria Contínua.

Na medida em que os sistemas progridam e evoluam, a liderança deve abraçar seu papel de designer da arquitetura de decisão. Os profissionais da linha de frente, por sua vez, devem abraçar seu papel de identificadores e relatores de vulnerabilidades do sistema. Conforme o heroísmo clínico transiciona para a manutenção de sistemas seguros,

todos devemos agir como partes ativas do sistema para promover mudanças e melhorar a qualidade do atendimento e a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT Corrigan J, & Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C., National Academy Press 2000.
2. World Health Organization, UNICEF, United Nations Population Fund and The World Bank. Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017 WHO, Geneva, 2019
3. Maternal Mortality. UNICEF. 2019 [citado em 2021 Jul 21]. Disponível em : <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>
4. Objetivo 3. Governo Federal do Brasil. 2019 [citado em 2021 Jul 21]. Disponível em <https://odsbrasil.gov.br/objetivo/objetivo?n=3>
5. ODS 3. IPEA. 2019 [citado em 2021 Jul 21]. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html> Commented [1]: não sei se está correto ou se foi erro de digitação
6. Objetivo 3. Governo Federal do Brasil. 2019 [citado em 2021 Jul 21]. Disponível em <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador311>
7. Boletim Epidemiológico 20. Fiocruz. 2020. citado em 2021 Jul 21]. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atengcao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>
8. Boletim Observatorio COVID-19 FIOCRUZ Semanas epidemiológicas 20 e 21, 2020. citado em 2021 Jul 21]. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_2021-semanas_20-21-red.pdf
9. Takemoto ML, Menezes MO, Andreucci CB, Knobel R, Sousa L, Katz L, Fonseca EB, Nakamura-Pereira M, Magalhães CG, Diniz CS, Melo AS. Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil: a surveillance database analysis. BJOG. 2020.
10. Cook RI. Two Years Before the Mast: Learning How to Learn About Patient Safety. Presented at "Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care.;" Rancho Mirage, CA. November 8–10; 1998.
11. Fargen K, Friedman W. The Science of Medical Decision Making: Neurosurgery, Errors, and Personal Cognitive Strategies for Improving Quality of Care. World Neurosurgery. 2014;82(1-2):21-29.
12. Zwaan L. Patient Record Review of the Incidence, Consequences, and Causes of Diagnostic Adverse Events. Archives of Internal Medicine. 2010;170(12):1015.
13. Junqueira PH. Medicina de Emergência. In: Glaucia CC, Oliveira PRN (organizators). O apoio psicológico nas especialidades médicas. Curitiba, Editora Appris, 2018. P. 141 –146.
14. Clinical Practice Guidelines: Closing the Gap Between Theory and Practice –Joint Commission International. Citado em 21 July 24 Disponível em : [JCI-Whitepaper_CPGs-Closing-the-gap-between-theory-practice.pdf](https://www.jointcommissioninternational.com/~/media/Whitepaper_CPGs-Closing-the-gap-between-theory-practice.pdf) (clinicalkey.com)
15. Bordini B, Stephany A, Kliegman R. Overcoming Diagnostic Errors in Medical Practice. The Journal of Pediatrics. 2017;185:19-25.e1.
16. O'Beirne M, Sterling P, Palacios-Derflingher L, Hohman S, Zwicker K. Emotional Impact of Patient Safety Incidents on Family Physicians and Their Office Staff. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2012;25(2):177-183.

17. Koehn A, Ebright P, Draucker C. Nurses' experiences with errors in nursing. *Nursing Outlook*, 2016, Volume 64, Issue 6, 2016, Pages 566-574.
18. Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, 1974.
19. Thaler R.H Sunstein C.R. *Nudge: Improving decisions about Health, Wealth and Happiness*. London: Penguin Books; 2008, 2009.
20. Quigley M. Nudging for health: on public policy and designing choice architecture. *Medical Law Review*. 2013;21(4):588-621
21. Ontario.ca. 2021 [citado em 3 August 2021]. Disponível em : <https://www.ontario.ca/page/behavioural-insights-pilot-project-organ-donor-registration>
22. United Kingdom. Cabinet office, Behavioral Insights Team. 2013 Applying Behavioural Insights to Organ Donation: preliminary results from a randomised controlled trial. *American Journal of Public Health* 97:634–641.
23. Andrade OM. NudgeRio: um caso de aplicação de Ciência Comportamental às Políticas Públicas *Revista Cadernos do Desenvolvimento Fluminense*, 2020
24. Tannenbaum D, Doctor J, Persell S, Friedberg M, Meeker D, Friesema E et al. Nudging Physician Prescription Decisions by Partitioning the Order Set: Results of a Vignette-Based Study. *Journal of General Internal Medicine*. 2014;30(3):298-304.
25. Bourdeaux C, Thomas M, Gould T, Malhotra G, Jarvstad A, Jones T et al. Increasing compliance with low tidal volume ventilation in the ICU with two nudge-based interventions: evaluation through intervention time-series analyses. *BMJ Open*. 2016;6(5):e010129.
26. Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente [citado em 3 August 2021]. Disponível em : www.sobrasp.org.br/jornada-da-qualidade
27. Van Vliet-lachotzki E. An electronic preconception checklist on Internet: www.zwangerwijzer.nl. 2007
28. Text4baby -Data and Evaluation. partners.text4baby.org. 2021 [citado em 3 August 2021]. Disponível em : <https://partners.text4baby.org/index.php/about/data-and-evaluation>
29. Bradley NL DiPasquale AM Dillabough K Schneider PS Health care practitioners' responsibility to address intimate partner violence related to the COVID-19 pandemic. *CMAJ*. 2020; 192: E609-E610
30. Saving lives, improving mothers' care. Rapid report: learning from SARS-CoV-2-related and associated maternal deaths in the UK. . [Npeu.ox.ac.uk](http://npeu.ox.ac.uk). 2021 [citado em 3 August 2021]. Disponível em : https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrace-uk/reports/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2020_v10_FINAL.pdf
31. Gewin V. The career cost of COVID-19 to female researchers, and how science should respond. *Nature*. 2020; 583: 867-869
32. Healthcare Workers . Centers for Disease Control and Prevention. 2021 [citado em 3 August 2021]. Disponível em : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html>
33. Grant AM, Hofmann DA. It's Not All About Me: Motivating Hand Hygiene Among Health Care Professionals by Focusing on Patients. *Psychological Science*. 2011;22(12):1494-1499.
34. Semaan AT, Audet C, Huysmans E, Afolabi BB, Assarag B, Banke-Thomas A, Blencowe H, Caluwaerts S, Campbell OM, Cavallaro FL, Chavane L. Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. *BMJ Global Health*. 2020;5(6):e002967

35. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. A Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals. A Call for Action. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016 Jul 1;194(1):106-13
36. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, Chevret S, Schlemmer B, Azoulay E. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007 Apr 1;175(7):698-704
37. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H, Kang L, Yao L, Huang M, Wang H, Wang G, Liu Z, Hu S. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020 Mar 2;3(3):e203976.
38. Patient Safety World Health Organization. 2021 [citado em 3 August 2021]. Disponível em : <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/patient-safety>
39. Holzmüller CG, Wu AW, Pronovost PJ. A framework for encouraging patient engagement in medical decision making. *Journal of Patient Safety*, 2012; 8(4), 161–164.
40. Rosen HE, Lynam PF, Carr C, Reis V, Ricca J, Bazant ES, Bartlett LA. Quality of M, newborn care study Group of the M, Child Health Integrated P: Direct observation of respectful maternity care in five countries: a cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:306.
41. Lambert J, Etsane E, Bergh AM, Pattinson R, van den Broek N. I thought they were going to handle me like a queen but they didn't: a qualitative study exploring the quality of care provided to women at the time of birth. *Midwifery*. 2018;62:256–63.
42. Bohren MA, Titiloye MA, Kyaddondo D, Hunter EC, Oladapo OT, Tunçalp Ö, Byamugisha J, Olutayo AO, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Defining quality of care during childbirth from the perspectives of Nigerian and Ugandan women: a qualitative study. *Int J Gynecol Obstet*. 2017;139:4–16.
43. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, Ewald U, Dykes F. Separation, closeness experiences in the neonatal environment g: closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatr*. 2012;101(10):1032–7.
44. Thompson AE, Ranard BL, Wei Y, Jelic S. Prone Positioning in Awake, Nonintubated Patients With COVID-19 Hypoxemic Respiratory Failure. *JAMA Intern Med*. 2020;180(11):1537–1539.



DIA MUNDIAL DA
SEGURANÇA
DO PACIENTE
SOBRASP



Aliança para o
Parto Seguro
e Respeitoso

Apoio



ELSEVIER

O livro *Cuidado Materno e Neonatal Seguro: teoria e prática interdisciplinar e multiprofissional* é parte das iniciativas da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP) para debater o tema escolhido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Dia Mundial da Segurança do Paciente, em 17 de setembro de 2021.

Escrito em autoria ou coautoria por trinta e cinco renomados especialistas em suas áreas, o livro busca instrumentalizar e trazer a reflexão sobre os diversos temas que afetam a qualidade do cuidado e a segurança da mãe e do bebê.

Através das iniciativas do Dia Mundial da Segurança do Paciente 2021, a SOBRASP objetiva envolver várias partes interessadas a adotar estratégias eficazes e inovadoras para melhorar a segurança materna e neonatal; incentivar cuidados maternos e neonatais seguros, especialmente durante o parto; promover a adoção das melhores práticas no local de atendimento para prevenir riscos evitáveis e danos a todas as mulheres e recém-nascidos durante o parto.



DIA MUNDIAL DA
SEGURANÇA
DO PACIENTE
SOBRASP



Aliança para o
Parto Seguro
e Respeitoso

Apoio



ELSEVIER

O livro Cuidado Materno e Neonatal Seguro: teoria e prática interdisciplinar e multiprofissional é parte das iniciativas da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP) para debater o tema escolhido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Dia Mundial da Segurança do Paciente, em 17 de setembro de 2021.

Escrito em autoria ou coautoria por trinta e cinco renomados especialistas em suas áreas, o livro busca instrumentalizar e trazer a reflexão sobre os diversos temas que afetam a qualidade do cuidado e a segurança da mãe e do bebê.

Através das iniciativas do Dia Mundial da Segurança do Paciente 2021, a SOBRASP objetiva envolver várias partes interessadas a adotar estratégias eficazes e inovadoras para melhorar a segurança materna e neonatal; incentivar cuidados maternos e neonatais seguros, especialmente durante o parto; promover a adoção das melhores práticas no local de atendimento para prevenir riscos evitáveis e danos a todas as mulheres e recém-nascidos durante o parto.