



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 Obstetrizes-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 Valete
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.jci-whitepaper.com/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. Holzmueller 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.

Data de aceite: 01/09/2021

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
<http://lattes.cnpq.br/0440973442113840>

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
<http://lattes.cnpq.br/9571473474329827>

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
<http://lattes.cnpq.br/1626035806921265>

RESUMO: Uma abordagem sobre os aspectos da gestão em maternidade segura incluindo o emprego dos indicadores para uma maternidade segura, o gerenciamento de recursos humanos; o gerenciamento de recursos físicos e da infraestrutura.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em maternidade; indicadores de processo; indicadores de resultado; segurança materna; segurança neonatal; qualidade do cuidado; gerenciamento

de recursos; segurança do paciente; parto seguro; saúde materna.

ABSTRACT: An approach to aspects of safe motherhood management including the use of indicators for safe motherhood, human resources management; the management of physical resources and infrastructure.

KEYWORDS: Maternity management; process indicators; result indicators; maternal security; neonatal safety; quality of care; resource management; patient safety; safe childbirth; maternal health.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna constitui um indicador de acesso da mulher aos cuidados de saúde e da capacidade do sistema de saúde responder às suas necessidades, sendo, por conseguinte, um evento-sentinela. É, portanto, uma severa violação dos direitos reprodutivos das mulheres, visto que a maioria das mortes maternas podem ser evitadas com atenção à saúde precoce e de qualidade.¹

A mortalidade materna no Brasil é historicamente elevada e, em 2018, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, número bem acima da meta firmada com a Organização das Nações Unidas (ONU) para 2015 no escopo dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)

que seria de 35.² Devido a forma lenta e desigual entre as regiões brasileiras com que tem diminuído ao longo dos anos, dificilmente atingirá a meta estabelecida para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que é de reduzir, até 2030, a RMM para 30, salvo ações efetivas sejam priorizadas em toda a rede nacional de saúde.

A RMM é elevada em comparação com o grau de desenvolvimento do país e representa o paradoxo perinatal brasileiro, onde o uso crescente e inapropriado de tecnologias não necessariamente beneficia os indivíduos ou a sociedade. Tal prática pode levar a intervenções iatrogênicas e seus danos subsequentes, inclusive a morte.³

A mortalidade infantil, em seu componente neonatal (de zero a 28 dias), é sensível a determinantes relacionados à assistência (disponibilidade, tecnologia, dentre outros). Esse componente representa 69% da mortalidade infantil, dividido em 24% nas primeiras 24h, 28% após 24h até seis dias de nascido e 17% após seis dias até 28 dias. Portanto, o neonatal precoce de zero a seis dias de vida representou 52% de todos os óbitos infantis até cinco anos de idade nos anos de 2007 a 2016. Nos anos de 2015 para 2016 houve aumento de 2,6% no componente neonatal, mantida a tendência, teremos dificuldade de atingir a redução de 47% na mortalidade infantil em 2030, meta estipulada pelo Brasil para os ODS.⁴

Nesse sentido, recente série de importante periódico internacional sobre saúde materna corrobora com esta visão do que ocorre no Brasil, ao expor que no contínuo do cuidado materno nos sistemas de saúde em países com grau de desenvolvimento médio, duas situações extremas coexistem até mesmo dentro de um país, caracterizadas como “muito pouca intervenção oferecida tardiamente” ou “muita intervenção oferecida precocemente” o que significa que uma baixa qualidade dos serviços de cuidado materno limita os ganhos na melhoria dos desfechos maternos e neonatais. Ou seja, encaminhar as mulheres para uma assistência ao parto e nascimento em serviços em saúde que tenham recursos inadequados (insuficiente número de profissionais de saúde, treinamento, infraestrutura e suprimentos, bem como, a falta uma prática baseada em evidência), com frequência resulta em baixa qualidade do cuidado. Igualmente, um aumento na disponibilidade de serviços com uso excessivo e desnecessário de intervenções ultramedicalizadas, não baseadas em evidência em gestações e parto de baixo risco, ou uso de intervenções que podem salvar vidas quando apropriadamente utilizadas, mas que trazem danos se aplicadas de forma abusiva ou rotineira, não garantem a melhoria da qualidade do cuidado ofertado, além de causar danos, aumentam os custos da saúde e, com frequência, mostram desrespeito e abuso às mulheres.⁵

Diante de tal quadro, é urgente uma abordagem global para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde materna, que seja fundamentada na implementação de uma prática respeitosa e baseada em evidência.⁵

No Brasil, para contrapor-se aos problemas elencados, foram realizadas ações pelo

governo federal como de aumento do parto humanizado através da instituição do programa Rede Cegonha, e mobilização de iniciativas dirigidas ao setor de saúde suplementar como rede de hospitais filantrópicos e privados, através do programa “Parto Adequado”.^{6,7}

Os conceitos de segurança do paciente na saúde materna também surgem como um imprescindível arcabouço para a melhoria da qualidade do cuidado oferecido.

A partir desses pressupostos, a questão que se coloca é como a gestão pode colaborar no estabelecimento e sustentabilidade de maternidades seguras, entendidas aqui como aquelas que oferecem um cuidado respeitoso, centrado na mulher e seu feto/recém-nascido, baseado em evidência e em busca contínua pela melhoria do cuidado.

Nesse contexto, no presente artigo os aspectos da gestão abordados referem-se ao emprego dos indicadores para uma maternidade segura, o gerenciamento de recursos humanos e, na sequência o gerenciamento de recursos físicos e da infraestrutura para uma maternidade segura.

INDICADORES DE PROCESSO E DE RESULTADOS PARA UMA MATERNIDADE SEGURA

As principais causas de morte materna no Brasil são causas obstétricas diretas, preveníveis, como doenças hipertensivas, hemorrágicas, infecciosas, diretamente ligadas à qualidade da assistência oferecida durante o pré-natal, parto e nascimento.² O *near miss* materno, entendido como os casos de morbidade materna grave, ocorre com frequência 50 vezes maior do que a morte materna e pode causar danos importantes, muitas vezes de caráter permanente, sendo porém, uma realidade pouco discutida.⁸

De igual forma, as principais causas de morte neonatal são evitáveis. No ano de 2017, 74,7% dos óbitos foram por causas evitáveis ou passíveis de prevenção com assistência qualificada à mulher e ao feto/recém-nascido no pré-natal e parto/nascimento. Exemplificando em números, do total de 25.130 óbitos neonatais ocorridos no ano de 2016, 18.752 seriam evitáveis.⁴

Portanto, o desafio que se estabelece é como a gestão pode contribuir com o serviço para que ofereça um cuidado respeitoso, centrado na mulher e seu feto/recém-nascido, baseado em evidência e em contínua busca pela melhoria do cuidado.

Destaca-se primeiramente que a implementação de uma maternidade segura deve ser pautada pelo pressupostos de um cuidado centrado na mulher, no bebê e na família, voltado para aumentar a probabilidade de uma mulher saudável dar à luz a um bebê saudável, com uma relação entre a mulher, a família e a equipe pautada pela confiança e respeito mútuos, com respeito ao direito tanto da mulher quanto de sua família à informação sobre o cuidado prestado, garantindo a autonomia e promoção da escolha informada pela mulher e baseado nas melhores evidências científicas disponíveis.⁹

No Brasil, os elementos intervenientes na estratégia empregada para a segurança do paciente implicam no conhecimento e cumprimento de normas e regulamentos que regem os estabelecimentos de saúde. Nesse sentido, considerando que os gestores devem analisar e monitorar os riscos e os eventos adversos, no contexto de uma maternidade segura, faz-se necessário a avaliação dos processos de assistência materno-infantil.

O modelo avaliativo *donabediano* tornou-se referência, ao estabelecer a tríade composta pelas dimensões de estrutura, processo e resultado. Nesse modelo, a estrutura é reconhecida como a estrutura física, equipamentos, os recursos humanos, as políticas institucionais e os protocolos assistenciais. O processo corresponde às atividades desenvolvidas e nas relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os pacientes/usuários. Os resultados da atenção à saúde são as mudanças do estado de saúde que se podem atribuir à determinada atenção, dentro de um custo compatível com a sustentabilidade da organização.¹⁰

O processo de avaliação dos serviços de saúde é realizado utilizando indicadores, que são unidades de medida de uma atividade, empregados para descrever ações de saúde executadas e avaliá-las ao longo de um período de tempo.¹¹ Os indicadores de qualidade e segurança permitem ao gestor fundamentar a tomada de decisão e, ainda, subsidiar o planejamento e a implementação de ações de melhoria nos processos assistenciais.

Assim, a avaliação torna-se uma ferramenta imprescindível no processo de gestão de segurança e deve ser realizada de forma contínua durante todo o processo empregando indicadores e métricas.

Uma maternidade segura deve ter como uma de suas prioridades iniciais o estabelecimento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), pois qualidade do cuidado e segurança do paciente são conceitos intimamente relacionados. Estima-se que 2% das mulheres sofram um evento adverso sério durante o parto, o que para o Brasil, com cerca de 3 milhões de nascimento ao ano, representariam 60.000 casos de evento adverso anuais. Salienta-se que o dado foi estimado para um país desenvolvido, ou seja, pode ser que essa porcentagem seja até superior no Brasil.^{12,13}

O estabelecimento do NSP é ditame legal, conforme Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013, de responsabilidade da direção do serviço e favorecerá a melhoria do cuidado ofertado no âmbito da assistência materna e neonatal, pois terá como seus princípios a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde e servirá como um comitê de promoção da qualidade assistencial, independente da forma de organização do serviço (público, privado, filantrópico, primário ou secundário, entre outros). Importante destacar que a presença do coordenador médico e de enfermagem são componentes obrigatórios do NSP.¹³

Além disso, deve-se ter claro os eventos-sentinelas que serão monitorados em

busca de oportunidades de melhoria. Esses eventos deverão ser notificados, investigados e analisados para busca de suas causas ou determinantes (ex. análise de causa-raiz).¹³

Os eventos podem ser separados por eventos maternos, fetais/neonatais e organizacionais. Cita-se como exemplo de eventos sentinela materno a morte materna, parto eletivo planejado, eclâmpsia, dentre outros; como fetal/neonatal ter-se-ia a morte fetal ou neonatal que ocorre com peso igual ou maior que 500 gramas; como organizacional a não disponibilidade do prontuário. Cada serviço deve estabelecer seus eventos sentinelas e suas prioridades, adaptando-os ao tipo de serviço e organização, sem esquecer que evento morte é prioritário estar na lista.¹³

Imprescindível é implementar, também, os indicadores estrutura, de processo e resultado para avaliar a qualidade da assistência. Alguns eventos sentinelas podem servir de indicadores de processo e de resultado.¹³

Para efeitos de comparação e análise com outros serviços, podem ser adotados indicadores de processo e de resultados já estabelecidos (realizar as adaptações requeridas para a realidade de cada serviço, se necessário) na literatura e por organismos internacionais e nacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o *Institute for Health Improvement* e o *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, ambos dos Estados Unidos da América, e os nacionais, como os determinados pelo Ministério da Saúde (MS), dentre outros.

Exemplo de indicadores para os centros de partos normais foi estabelecido pela Portaria GM/MS n.º 11/2015 a serem aferidos mensalmente como total de partos realizados, separados por profissionais (enfermeiro e médico), percentual partos em adolescentes, na água, em posição vertical, episiotomias, lacerações de 1º e 2º grau, laceração 3º e 4º grau, rotura artificial de membrana, partos com ocitocina no 2º estágio, presença de acompanhante durante o TP/Parto/Puerpério, mulheres assistidas com 6 ou mais consultas de Pré-Natal, percentual de RN com peso ao nascer < 2.500 g e > 4.000g, com idade gestacional < 37 semanas e > 41 semanas, com Apgar < 7 no 5º minuto, com contato pele a pele ininterrupto imediato após o nascimento, percentual de transferência de parturientes do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivo da transferência, percentual de transferência da puérpera e do RN do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivos da transferência e percentual de avaliação/procedimento médico obstétrico ou pediátrico na unidade.¹⁴

Após a definição dos indicadores, a forma como se dará a coleta dos dados que alimentarão esses indicadores, bem como o compartilhamento e transparência das informações devem ser previstas pelo NSP. Os padrões normativos que servirão para balizar os dados encontrados também deverão ser estabelecidos. Podem ser as determinações legais nacionais e regionais, ou de empresas certificadoras, sociedades científicas, entre outras.

Para a análises dos dados realiza-se uma comparação dos resultados obtidos com os padrões normativos esperados para buscar oportunidades de melhorias e investigação de falhas em relação ao padrão de cuidado determinado. Podem ser usados alguns métodos de análise, como análise de causa-raiz nos casos de ocorrência de eventos-sentinelas, no sentido de coibir ou minimizar a recorrência do fato.

Se houver oportunidades de melhorias, o NSP deve buscar o planejamento para a realização das modificações desejadas. Para isso pode lançar mão de várias ferramentas para implementação das mudanças como o método desenvolvido pelo JBI Austrália, que visa um sistema de saúde baseado em evidência e o método de Planejar, Fazer, Estudar e Agir (PFEA), do inglês PDSA (*Plan, Do, Study, Act*). O modelo PFEA é um método utilizado para o aprendizado ação-orientado em que se realiza um estudo aprofundado das mudanças a serem implementadas, acelerando o processo de melhoria da assistência através da metodologia da tentativa e aprendizado.^{13,15}

Outros fatores importantes na implementação e sustentabilidade de maternidade segura podem ser elencados como desenvolver o trabalho em equipe, com ênfase em liderança, comunicação assertiva, monitoramento da situação e suporte mútuo; realizar simulações clínicas no ambiente de trabalho; implementar de diretrizes clínicas baseadas em evidência e protocolos clínicos, podendo ser utilizadas diretrizes nacionais e internacionais que melhor se adequem ao serviço de saúde materna e neonatal, desenvolvidas ou apoiadas por sociedades de especialistas nacionais e internacionais como Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes (ABENFO), *International Confederation of Midwives* (ICM), Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), *The International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), por agências ou institutos internacionais como *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) do Reino Unido e a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos, bem como da OMS e do MS do Brasil; desenvolver e implementar listas de verificação de checagem de segurança (check-list) como lista de verificação para o parto seguro da OMS, classificação de risco hemorrágico, classificação de risco obstétrico, entre outros; Pacotes de intervenções combinadas como os propostos pelo IHI; rondas de segurança e educação permanente dos profissionais.^{13,16}

GERENCIAMENTO DE RECURSOS HUMANOS SOB A ÓTICA DA SEGURANÇA MATERNA E NEONATAL

Para que a assistência materna e neonatal seja de qualidade e segura, o serviço deve fornecer todos os recursos necessários, incluindo, quadro de pessoal qualificado, devidamente treinado e legalmente habilitado. A equipe deve ser multiprofissional, dimensionada quantitativa e qualitativamente e pode apresentar diferentes composições,

de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda, atendendo as normatizações vigentes.^{13,17}

Cabe a enfermeira obstetra e a obstetriz o acompanhamento da evolução do trabalho de parto e execução do parto sem distocia, realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessárias, bem como, a identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico.¹⁸ O médico obstetra, por sua vez, pode acompanhar todas as etapas do trabalho de parto, incluindo as eventuais distocias. Cabe ressaltar que todos os profissionais devem, necessariamente, possuir registro ativo no respectivo Conselho de Classe.

Para garantir a segurança da parturiente e do neonato, todos os profissionais envolvidos na assistência, devem desenvolver cultura de segurança, prestar atendimento humanizado, indicar e realizar procedimentos de forma individualizada e baseados em evidências e estar apto para identificar complicações obstétricas e atender às urgências e emergências.^{13,17}

O serviço de assistência materna e neonatal deve ter um Responsável Técnico (RT) e um substituto, devidamente habilitados pelo respectivo Conselho de Classe. O RT, juntamente com a Diretoria do serviço, deverá coordenar e supervisionar a equipe técnica, adotar medidas que garantam a humanização e segurança da assistência, elaborar protocolos institucionais, avaliar os indicadores de qualidade do serviço, desenvolver estratégias para rastreabilidade de todos os processos e, de forma, constante, proporcionar educação permanente para a equipe.^{13,17}

Entre as ações de educação permanente, deve-se incluir capacitações que objetivem o estabelecimento e manutenção de uma cultura de segurança do paciente, garantindo práticas seguras que protejam o binômio mãe e bebê e os próprios profissionais. Entre essas práticas, podemos destacar o desenvolvimento de mecanismos eficazes de identificação da mãe e do bebê, comunicação clara entre os membros da equipe e com os pacientes e familiares, uso seguro de medicamentos, utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), medidas para a prevenção, controle e notificação de eventos adversos relacionados à assistência.

Aos membros da equipe, com possibilidade de exposição a agentes biológicos ou químicos, as instituições devem fornecer EPI completo, incluindo vestimentas e calçados compatíveis com o risco enfrentado. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do trabalhador de saúde e a segurança do paciente são domínios de prática inseparavelmente interligados. Riscos de saúde e segurança para profissionais de saúde podem levar a riscos para os pacientes, danos ao paciente e resultados adversos para o paciente.¹⁹

Os princípios que norteiam o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente,

da OMS, para a próxima década, visam, prioritariamente, a eliminação de danos evitáveis. Para isso, o plano é regido pelos princípios de envolver pacientes e familiares como parceiros em cuidados seguros; alcançar resultados por meio do trabalho colaborativo; analisar dados para gerar aprendizado; traduzir evidências em melhorias mensuráveis; basear as políticas e ações na natureza do ambiente de atendimento; usar conhecimentos científicos e a experiência do paciente para melhorar a segurança; incutir a cultura de segurança na concepção e prestação de cuidados de saúde.¹⁹ Tais princípios, ampla e profundamente discutidos com a comunidade científica são totalmente aplicáveis para a manutenção de maternidades seguras.

GERENCIAMENTO DE RECURSOS FÍSICOS E DA INFRAESTRUTURA PARA UMA MATERNIDADE SEGURA

A gestão dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal no Brasil, com vistas à melhoria da qualidade e segurança dos pacientes, requer o comprometimento do gestor quanto aos aspectos estruturais, de equipamentos, materiais e medicamentos, de acordo com a complexidade e necessidade de atendimento à demanda das ações de atenção à saúde materna-infantil.

Considerando a dimensão da estrutura física e de equipamentos conforme os preceitos de Donabedian, a estrutura refere-se àquilo que é relativamente estável no sistema, como os recursos físicos, financeiros, humanos e materiais, incluindo o manejo destes com vistas à melhoria nos resultados e da assistência aos usuários do serviço.¹⁰ Ainda, de acordo com Donabedian, uma boa estrutura poderá contribuir com bons resultados ao intervir no processo de trabalho.

Cabe ressaltar que no âmbito da segurança do paciente a estrutura física adequada, conforme a legislação vigente no país, promove as práticas seguras como por exemplo a higiene das mãos, ao prever e disponibilizar os insumos, produtos, equipamentos e instalações necessários para higienização das mãos de profissionais de saúde, pacientes, acompanhantes e visitantes.

Nesse sentido, a vigilância sanitária brasileira (ANVISA) assume o desafio de promover uma atenção obstétrica e neonatal de qualidade, que reduza os agravos resultantes do próprio processo reprodutivo e minimize os danos relacionados ao processo assistencial.¹³ Para tanto, preconiza o emprego do processo normativo, ações de fiscalização e orientação aos serviços de saúde para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Os gestores e demais atores responsáveis pela infraestrutura física, equipamentos e de recursos materiais devem atentar para a legislação vigente ao construir, reformar ou adaptar na estrutura física dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. As principais

diretrizes e resoluções normativas são a RDC 36/2008 (Resolução da Diretoria Colegiada nº 36), de 03 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (ANVISA, 2008), onde no artigo 2º estabelece que a construção, reforma ou adaptação na estrutura física dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ser precedida de avaliação e aprovação do projeto físico junto à autoridade sanitária local, em conformidade com a RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. E ainda, a Portaria do Ministério da Saúde nº 11, de 7 de janeiro de 2015, Anexo I e Anexo III, que redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.^{13,14,17}

A RDC 36/2008 no seu artigo 5º estabelece que a infraestrutura física do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ser baseada na proposta assistencial, atribuições, atividades, complexidade, porte, grau de risco, com ambientes e instalações necessários à assistência e à realização dos procedimentos com segurança e qualidade.

Para além das normativas relativas à infraestrutura, materiais e equipamentos, cabe considerar que as condições de trabalho interferem diretamente na qualidade e segurança do paciente nos serviços de atenção obstétrica.

Um estudo sobre a compreensão das condições de trabalho vivenciadas por médicos e enfermeiros da sala de parto de um serviço de referência para o nascimento humanizado, identificou as dificuldades associadas à infraestrutura física deficiente, falta de materiais e manutenção de equipamentos e evidenciou a necessidade garantir melhores condições de trabalho aos seus profissionais.²⁰

No que tange ao impacto das condições de trabalho no clima de segurança e na promoção de práticas seguras, cabe ressaltar o papel preponderante do gestor de uma maternidade segura para a melhoria das condições de trabalho, visando oferecer recursos adequados para uma assistência digna e de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adicionalmente às questões apresentadas, cabe ressaltar que a reflexão sobre a precarização do trabalho em saúde, agravadas pela crise pandêmica vivenciada pelo país, e a necessidade de sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro, torna imperativo que os órgãos governamentais, os gestores, os profissionais de saúde, os pacientes e seus

familiares promovam o compromisso para um cuidado ético, seguro e de qualidade ao ser humano e sua coletividade.

REFERÊNCIAS

1. Victora GC et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*. 2011 [citado em 30 jun 2021]; 377 (9780): 1863-1876. Disponível em: <https://bit.ly/3bAEhHl>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. v.51, n.20, 2020. [citado em 28 jun 2021]; Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/#:~:text=Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20N%C2%B0%2020,%2C%20dispon%C3%ADveis%20no%20Sinan%20Online>.
3. Diniz, SG. Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*. v.19, n.2, p.313-326, 2009. [citado em 28 jun 2021]; Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/05/genero_saude_materna.pdf.
4. Brasil Ministério da Saúde. Mortalidade Infantil e na Infância. SVS/CGIAE, 2018 [citado em 30 jun 2021]; Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Oficina-mortalidade-materna-e-infantil-CIT-MESA-Ana-Nogales.pdf>
5. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet Series Maternal health 2*. *The Lancet*, 2016 [citado em 30 jun 2021]; p.19-35. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF); 2011. [citado 06 abril 2021]; Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
7. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LB, Ribeiro AA, Thomaz EB, Abreu F et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [citado 06 abril 2021];35(7):e00223018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2019000905002&lng=en.
8. Callaghan WM, Mackay AP, Berg CJ. Identification of severe morbidity during delivery hospitalizations, United States, 1991-2003. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2008 [citado 06 abril 2021];199(2):133.e1-e8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18279820/>
9. Reis LGC. Maternidade segura. In: Sousa P, Mendes W. comps. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* [online]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 391-415. [citado em 06 jul 2021]; Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0019>.
10. Donabedian, A. The Quality of Medical Care. *Science*. 1978; 200(4344):856-64.
11. Rossaneis MA, Gabriel CS, Haddad MCFL, Melo MRAC, Bernardes A. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2014 [citado em 08 julho 2021]; out/dez;16(4):769-76. Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i4.22956>.
12. Forster A, Fung I, Caughey S, Oppenheimer I, Beach C, Shojania K. et al. Adverse events detected by clinical surveillance on an obstetric service. *Obstet. Gynecol.* v. 108, p. 1073-1083, 2006.

13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2014 [citado em 08 julho 2021]; 103p. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17077227/>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. [citado em 08 julho 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html.
15. Costa MFBNA, Sichieri K, Poveda VB, Baptista MC, Aguado PC. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm.* 2020 [citado em 08 julho 2021]; 73(Suppl 3):e20200187. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>.
16. WHO – World Health Organization. Patient safety. Safe Childbirth Checklist, 2013. [citado em 06 jul 2021]; Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/background_document.pdf.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Nº 36, DE 3 de junho de 2008. [citado em 06 jul 2021]; dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html.
18. BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 jun. 1986. [citado em 20 jul 2021]; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm.
19. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva; 2021[citado 20 Jul 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan> .
20. Dodou, Hilana Dayana et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. *Cadernos Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 25, n. 3 [Citado 18 julho 2021], pp. 332-338. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/zXcmpgF64RV6NHbjMyFkCx/?lang=pt>.

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

Data de aceite: 01/09/2021

João Batista Marinho de Castro Lima

Médico obstetra/ginecologista. Diretor Clínico do Hospital Sofia Feldman Belo Horizonte, MG

RESUMO: A assistência ao parto e ao nascimento afeta a vida de milhões de pessoas ao redor do mundo. A Organização Mundial de Saúde projeta cerca de 140.000.000 de nascimentos no mundo para o ano de 2021 e para o Brasil cerca de 2.800.000.1 Incluindo as mães, esses números devem ser duplicados. Isso tem se traduzido ainda em uma mortalidade materna e neonatal elevada, majoritariamente nos países de renda baixa e média. Apesar de melhorias nos últimos anos, aproximadamente 810 mulheres morrem a cada dia por causas preveníveis relacionadas à gravidez e o nascimento. Soma-se a isso as cerca de 6.700 mortes neonatais que ocorrem a cada dia, o que representa 47% de todas as mortes de crianças abaixo dos 5 anos de idade, além de 2 milhões que nascem mortas a cada ano, 40% dessas durante o parto.² Por isso, a OMS escolheu como tema para o Dia Mundial da Segurança do Paciente 2021, a ser comemorado em 17 de setembro deste ano, a “Assistência materna e neonatal segura” com o chamamento para “Agir agora para um nascimento seguro e respeitoso”. Os objetivos da campanha são: 1) Aumentar a consciência global no que concerne

à segurança materna e neonatal, particularmente durante o parto; 2) engajar múltiplos interessados e adotar estratégias inovadoras para melhorar a segurança materna e neonatal; 3) Fazer um chamamento para ações urgentes e sustentáveis por todos os interessados, objetivando escalar esforços, alcançar os não alcançáveis e assegurar assistência materna e neonatal segura, particularmente durante o parto e 4) advogar a adoção das melhores práticas nos pontos de atenção para prevenir riscos e danos a todas as mulheres e recém-nascidos durante o nascimento. Este capítulo aborda a organização em rede e saúde materna e perinatal; e a assistência em rede e segurança no cuidado materno e neonatal.

PALAVRAS-CHAVE: Rede de atenção obstétrica; perinatal; obstetrícia; cuidado materno; cuidado neonatal; qualidade do cuidado; segurança do paciente; parto seguro; saúde materna.

ABSTRACT: Delivery and birth care affect the lives of millions of people around the world. The World Health Organization projects about 140,000,000 births globally for the year 2021, and for Brazil, about 2,800,000.1, Including mothers, these numbers must be doubled. This has also translated into high maternal and neonatal mortality, mostly in low- and middle-income countries. Despite improvements in recent years, approximately 810 women die each day from preventable causes related to pregnancy and childbirth. Added to this are the approximately 6,700 neonatal deaths that occur each day, representing 47% of all deaths of children under 5 years of age, in addition to the 2

million stillborn deaths each year, 40% of these during childbirth.² Therefore, WHO chose as the theme for World Patient Safety Day 2021, to be celebrated on 17 September this year, “Safe maternal and newborn care” with the call to “Act now for a birth safe and respectful.” The campaign’s objectives are: 1) To increase global awareness regarding maternal and newborn safety, particularly during childbirth; 2) engage multiple stakeholders and adopt innovative strategies to improve maternal and newborn security; 3) Call for urgent and sustainable actions by all stakeholders, aiming to scale efforts, reach the unachievable and ensure safe maternal and newborn care, particularly during childbirth and 4) advocate the adoption of best practices in points of care to prevent risks and harm to all women and newborns during birth. This chapter addresses maternal and perinatal health and networking; and network assistance and safety in maternal and neonatal care.

KEYWORDS: Obstetric care network; perinatal; obstetrics; maternal care; neonatal care; quality of care; patient safety; safe childbirth; maternal health.

INTRODUÇÃO E CONTEXTO

A assistência ao parto e ao nascimento afeta a vida de milhões de pessoas ao redor do mundo. A Organização Mundial de Saúde projeta cerca de 140.000.000 de nascimentos no mundo para o ano de 2021 e para o Brasil cerca de 2.800.000.¹ Incluindo as mães, esses números devem ser duplicados. Isso tem se traduzido ainda em uma mortalidade materna e neonatal elevada, majoritariamente nos países de renda baixa e média. Apesar de melhorias nos últimos anos, aproximadamente 810 mulheres morrem a cada dia por causas preveníveis relacionadas à gravidez e o nascimento. Soma-se a isso as cerca de 6.700 mortes neonatais que ocorrem a cada dia, o que representa 47% de todas as mortes de crianças abaixo dos 5 anos de idade, além de 2 milhões que nascem mortas a cada ano, 40% dessas durante o parto.² Por isso, a OMS escolheu como tema para o Dia Mundial da Segurança do Paciente 2021, a ser comemorado em 17 de setembro deste ano, a “**Assistência materna e neonatal segura**” com o chamamento para “**Agir agora para um nascimento seguro e respeitoso**”. Os objetivos da campanha são: 1) Aumentar a consciência global no que concerne à segurança materna e neonatal, particularmente durante o parto; 2) engajar múltiplos interessados e adotar estratégias inovadoras para melhorar a segurança materna e neonatal; 3) Fazer um chamamento para ações urgentes e sustentáveis por todos os interessados, objetivando escalar esforços, alcançar os não alcançáveis e assegurar assistência materna e neonatal segura, particularmente durante o parto e 4) advogar a adoção das melhores práticas nos pontos de atenção para prevenir riscos e danos a todas as mulheres e recém-nascidos durante o nascimento.

Sem prejuízo de outras ações que devem ser implementadas pelos interessados e responsáveis pela saúde das pessoas em todos os níveis de atenção para garantir que o nascimento ocorra de maneira segura e respeitosa, esse artigo versará sobre a organização

em rede dos sistemas de saúde, particularmente a rede de atenção obstétrica e neonatal e qual a sua contribuição para responder de forma positiva ao chamamento da OMS.

ORGANIZAÇÃO EM REDE E SAÚDE MATERNA E PERINATAL

A ideia primordial de organização da assistência à saúde em rede surgiu do relatório Dawson, publicado em 1920 e que recebeu o nome do seu principal autor, “Lord Dawson of Penn”. Esse relatório interino foi produzido por uma demanda do ministério da saúde inglês e lançou as bases dos sistemas de cuidado em rede, integrando os níveis primário, secundário e outros serviços de saúde. A centralidade do plano foi a proposta de criação de uma rede de centros de saúde de atenção primária em cada distrito, onde haveria disponibilidade de serviços diagnósticos, cirúrgicos e de laboratório, estendidos também aos cuidados à criança e à maternidade. No modelo proposto, os profissionais de saúde deveriam referir apenas os casos complexos para especialistas e centros secundários, no caso os hospitais distritais.³ Essa proposta, entretanto, só foi implementada com a criação do Sistema Nacional de Saúde Inglês, em 1948. Posteriormente, outros países foram implantando as ideias de Dawson de acordo com a realidade de cada um.⁴

Em relação à assistência obstétrica e neonatal, no final da década de 60 e início dos 70, alguns países desenvolvidos começaram a organizar sistemas de atenção perinatal em rede. O objetivo principal dessa organização foi identificar mulheres com gestações de alto risco em tempo suficiente para que fossem transferidas para hospitais de maior complexidade na mesma região geográfica, onde pudessem receber assistência adequada, seja na gravidez e/ou no parto, assim como para recém-nascidos de risco não identificados durante o pré-natal. Em cada região um hospital especializado em assistência materna e neonatal de alto risco foi estabelecido, incluindo-se no planejamento, o transporte adequado⁵. Nos EUA esse conceito faz parte das atuais diretrizes de assistência perinatal do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas e da Academia Americana de Pediatria. Elas trazem recomendações completas para a organização da assistência em rede e definem as cinco responsabilidades essenciais do sistema: 1) oferecer acesso abrangente a serviços de assistência à saúde perinatal; 2) comprometer-se com uma abordagem de assistência à saúde centrada na família e na mulher; 3) oferecer cuidados culturalmente e linguisticamente apropriados; 4) educar a população sobre saúde reprodutiva e 5) prestar contas de todos os componentes da oferta de cuidados à saúde do sistema. Os cuidados são divididos em assistência pré-concepcional, assistência ambulatorial pré-natal e assistência à maternidade. A assistência pré-natal é dividida em nível básico, especializado e subespecializado e a assistência à maternidade em centros de nascimento, nível I (básico), nível II (especializado), nível III (subespecializado) e nível IV (Centros Regionais de Assistência à Saúde Perinatal).⁶

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a organização

da assistência à saúde em rede vem sendo incorporada e aperfeiçoada em todos os seus dispositivos legais e outras diretrizes normativas. Quanto à rede de assistência obstétrica e neonatal, a Rede Cegonha⁷, instituída em 2011, estabeleceu os seus critérios de funcionamento, os princípios, os objetivos, a territorialização e a organização através dos seus quatro componentes: 1) pré-natal; 2) parto e nascimento; 3) puerpério e atenção integral à saúde da criança e 4) transporte sanitário e regulação. Na continuidade foram publicadas as portarias: 930/2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave⁸, a 1.020/2013, instituindo as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco⁹ e a 11/2015 redefinindo as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal.¹⁰

A ASSISTÊNCIA EM REDE E SEGURANÇA NO CUIDADO MATERNO E NEONATAL

A mortalidade materna ainda elevada no mundo e as mortes fetais e infantis no período que ronda o nascimento, representam um grande desafio a ser enfrentado por todos os interessados em sua solução. Sobre a mortalidade materna, convém lembrar que para cada mulher que morre, muitas outras apresentam graves complicações durante a gravidez, parto ou puerpério, mas não necessariamente evoluem para o óbito. É a morbidade materna grave ou “near miss”.¹¹ Em relação   crianç a deve-se acrescentar aquelas que não morrem, mas podem apresentar complicações e sequelas que impactarão por toda a sua vida. Embora muitos desses eventos estejam relacionados a uma baixa qualidade da assistência nos pontos de atenção, outros têm relação com a organização e funcionamento da rede de assistência obstétrica e neonatal no território. São os desfechos ocasionados por falta de acesso ou demora a tratamentos oportunos e no nível adequado para o cuidado.

Quando se estuda os determinantes da morte materna, é consensual entre especialistas que as complicações que podem levar ao desfecho são, em sua maioria, de surgimento emergencial, que não podem ser previstas com acurácia suficiente e que a ç es oportunas e efetivas diante do surgimento de alguma complicação é que podem evitar essas mortes.¹² Em relação à mortalidade fetal e neonatal sabe-se que a ç es desenvolvidas na comunidade e no nível primário de assistência podem impactar de maneira significativa na sua redução.¹³ Entretanto, a assistência ao parto de mulheres com complicações na gravidez e a recém-nascidos prematuros ou com problemas graves em centros de maior complexidade pode contribuir ainda mais para isso.⁶

Segundo Black et al.¹³ as intervenções essenciais destinadas a evitar a mortalidade materna, fetal e neonatal devem ser executadas em todos os níveis do cuidado, divididos em plataformas (quadro 1). Com essa organização, estima-se que 13% das mortes maternas podem ser evitadas por a ç es na comunidade, 71% na atenção primária e 16%

em hospitais.

Plataforma ^a			
	Trabalhador comunitário ou posto de saúde ^b	Centro de Atenção Primária ^c	Hospitais de nível I e de referência ^d
Gravidez	1. Preparação para o parto seguro e cuidado neonatal; planejamento de emergência.	1. Manejo da gravidez indesejada	1. Esteroides antenatais
	2. Suplementação de micronutrientes	2. Triagem e tratamento para HIV e sífilis	2. Sulfato de magnésio
	3. Educação nutricional	3. Manejo do abortamento e cuidados pós-aborto	3. Tratamento da sepse
	4. Tratamentos preventivos	4. Antibióticos para ruptura prematura de membranas	4. Indução do parto com 41 semanas
	5. Suplementação alimentar	5. Manejo de condições clínicas crônicas (hipertensão, diabetes etc.)	5. Manejo da gravidez ectópica
	6. Educação em planejamento familiar	6. Aplicação de toxóide tetânico	6. Detecção e manejo de restrição do crescimento fetal
	7. Testagem para HIV	7. Triagem de complicações da gravidez 8. Início de esteroides antenatais 9. Início de sulfato de magnésio (dose de ataque) 10. Detecção de sepse	
Parto	8. Assistência ao parto de mulheres de baixo risco por atendentes habilitados	11. Assistência ao parto de mulheres de baixo risco e manejo inicial das complicações obstétricas antes da transferência	7. Assistência ao parto de mulheres de alto risco, incluindo parto operatório
Puerpério	9. Promoção do aleitamento materno		
Recém-nascido	10. Controle térmico de recém-nascidos prematuros	12. Cuidados mãe Canguru	8. Assistência completa ao recém-nascido prematuro
	11. Ressuscitação neonatal		9. Manejo das complicações do recém-nascido
	12. Antibióticos orais para pneumonia	13. Antibióticos orais e injetáveis para manejo da sepse, pneumonia e meningite	
		14. Manejo da icterícia neonatal	

Nota: **a.** Todas as intervenções dos níveis de menor complexidade poderão ser executadas pelo nível de complexidade imediatamente maior; **b.** O trabalhador comunitário ou posto de saúde consiste em um trabalhador de saúde treinado e apoiado baseado nas comunidades ou próximo delas, trabalhando em casa ou em posto de saúde fixo. **c.** Um centro primário de saúde é uma unidade de saúde que possui médico ou outro oficial clínico e sempre uma enfermeira obstétrica para oferecer assistência médica básica, pequenas cirurgias, assistência à gravidez e planejamento familiar e assistência a partos não complicados; **d.** Hospitais de primeiro nível e de referência oferecem cuidados completos para condições médicas e neonatais complicadas, partos e cirurgias.

Quadro 1 – Intervenções Essenciais para a Saúde Materna e Neonatal.

Fonte: Modificado de referência 13.

Quanto às mortes fetais seria 19%, 46% e 35%, respectivamente. As mortes neonatais 48%, 12% e 40%, respectivamente. Convém frisar que esse modelo de cuidado difere da organização, competências e intervenções do que geralmente ocorre no Brasil. Fazendo um paralelo, a plataforma comunitária corresponderia no Brasil à atenção básica incluindo assistência ao parto para mulheres de baixo risco por assistentes qualificados, o que seria realizado em centros de parto normal extra hospitalares onde existir. A plataforma primária inclui a assistência institucional ao parto e manejo inicial de complicações antes da transferência, o que corresponderia no Brasil à assistência pré-natal em centros de saúde e ambulatórios e a assistência ao parto em maternidades de baixo risco que também realizam partos operatórios, o que seria um nível primário mais qualificado. Na plataforma hospitalar estão os hospitais de primeiro nível e de referência, o que corresponderia no Brasil às maternidades de alto risco de acordo com a portaria 1.020/2013.⁹ Esse modelo de atenção, pressupõe uma rede organizada, integrada e com forte vínculo entre os serviços, além de ampliação das ações e competências dos níveis primários. Além do mais, deve garantir que mulheres e crianças recebam assistência no nível apropriado, incluindo os mais complexos, em tempo hábil.

O modelo das três demoras¹⁴ pode ser utilizado para avaliar a oportunidade e qualidade do acesso a serviços e ações efetivas para a prevenção de mortes maternas. São elas: 1^a) o tempo transcorrido entre o início da complicação e o reconhecimento da necessidade de transporte até um ponto de atenção; 2^a) o tempo que transcorre após sair de casa até chegar ao ponto de atenção e 3^a) o tempo transcorrido entre a chegada no ponto de atenção até receber cuidados qualificados. A primeira demora está relacionada a ações comunitárias de educação e esclarecimento ao público a respeito das complicações da gravidez e onde e como buscar ajuda em tempo hábil. A segunda demora está relacionada à distância e condições de acesso (rodovias, transporte etc.) ao local onde a mulher receberá a assistência, assim como normas de funcionamento das unidades de saúde (ex. não funcionam à noite e em finais de semana) e ao tempo transcorrido entre o primeiro atendimento em um nível de menor complexidade e a chegada a um nível mais complexo, caso for necessária a transferência. Neste caso, a segunda demora está associada à falta de coordenação, articulação, integração e vinculação entre os diversos níveis assistenciais quando existentes em uma mesma região. Isso pode atrasar a chegada da mulher ao local onde receberá o tratamento efetivo que poderá evitar a sua morte. A terceira demora está relacionada à qualidade do cuidado nos pontos de atenção como o treinamento e habilidade dos profissionais, a disponibilidade de diretrizes padronizadas de cuidado e acesso a hemoderivados, drogas, procedimentos diagnósticos e cirúrgicos avançados e equipamentos essenciais. Embora no Brasil, em termos normativos, essa rede esteja estruturada, apresenta muitas deficiências funcionais, carecendo de um processo de avaliação e adoção de medidas que visem à sua melhoria. Existem necessidades

de aprimoramento em relação à coordenação, definição e pactuação clara de papéis e responsabilidades, organização do sistema de transporte e competências de cada nível assistencial e das unidades que os compõem, além de uma maior integração e vinculação entre estes.

CONCLUSÕES

Entre tantas ações a serem implementadas para garantir uma assistência segura e respeitosa na gravidez e no nascimento, objetivando reduzir os agravos e a mortalidade ainda elevada nesse grupo, a organização e funcionamento adequado de uma rede de cuidados é parte essencial dessas ações. Uma rede de assistência obstétrica e neonatal ou assistência perinatal, além do seu processo normativo, deve funcionar de forma efetiva, com serviços completamente integrados e vinculados entre si. As responsabilidades, papéis e competências de cada nível do cuidado devem ser definidas e pactuadas com clareza e todos devem assumir as suas responsabilidades na prática, promovendo uma gravidez e um nascimento saudável e respeitoso com uma assistência centrada na mulher e sua família.

REFERÊNCIAS

1. Maternal, newborn, child and adolescent health and ageing. Data Portal [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado em 26 jul 2021]. Disponível em: [https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/number-of-births-\(thousands\)](https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/number-of-births-(thousands)).
2. World Health Organization (WHO). World Patient Safety Day 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado em 26 jul 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2021>.
3. Consultative Council on Medical and Allied Services (Ministry of Health, Great Britain). The Dawson report on the future provision of medical and allied services 1920: an interim report to the Minister of Health [Internet]. Reprinted edition. London: King Edward's Hospital Fund for London; 1950 [citado em 26 jul 2021]. 38 p. Disponível em: https://archive.kingsfund.org.uk/concern/published_works/000018795?locale=fr.
4. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. Ago 2010 [citado em 26 jul 2021];15 (5): 2307-2316. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YWH9n3DqK6wRwB8VLdvpZYG/?lang=pt&format=pdf>.
5. Yu VYH, Dunnb PM. Development of regionalized perinatal care. Seminars in Neonatology. 2004; 9: 89–97.
6. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care [Internet]. 8th edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017 [citado em 27 jul. 2021]; 693 p. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 24 jun 2011 [citado em 27 jul. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 10 mai 2012 [citado em 27 jul. 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília, 29 mai 2013 [citado em 27 jul. 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente parto e nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, 07 jan 2015 [citado em 27 jul. 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html.

11. World Health Organization (WHO). Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [citado em 28 jul. 2021]; 33 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf;jsessionid=BB75E0CaB596F2F7E602469F5FC00830?sequence=1.

12. Filippi V, Chou D, Ronsmans C, Graham W, Say L. Levels and Causes of Maternal Mortality and Morbidity. In: Black, RE, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N. editors. 2016. Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health. Disease Control Priorities [Internet]. 3rd edition, volume 2. Washington, DC: World Bank; 5 abr. 2016 [citado em 28 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361917/>.

13. Black, RE, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N. Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health. Disease Control Priorities [Internet]. 3rd edition, volume 2. Washington, DC: World Bank; 2016. Chapter 1, Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Key Messages of This Volume [citado em 28 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361926/>.

14. Thaddeus S; Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. Soc. Sci. Med. 1994;38(8):1091-1110.

A SEGURANÇA DA GESTANTE E DO NEONATO NO CUIDADO ODONTOLÓGICO

Data de aceite: 01/09/2021

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
<http://lattes.cnpq.br/7832051489928460>

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
<http://lattes.cnpq.br/1745187242372454>

Claudia Dolores Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa

Doutoranda em Saúde Pública na Escola de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa Lisboa, Portugal

RESUMO: A segurança do paciente é estrutura central para a qualidade do atendimento em saúde. No cuidado integral que se pretende oferecer à gestante e ao neonato, o Ministério da Saúde brasileiro reconhece o papel determinante da saúde bucal ao apresentar a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado como um de seus indicadores no Programa Previne Brasil, preconizando idealmente uma avaliação odontológica a cada trimestre de gestação. Nestes momentos, as necessidades odontológicas da

gestante devem ser atendidas visando prevenir agravos que possam comprometer o seu bem-estar e do bebê, inclusão que está alinhada ao tema proposto no Dia Mundial da Segurança do Paciente neste ano de 2021: “Cuidado materno e neonatal seguro”. Desse modo, com o objetivo de iluminar esse aspecto do cuidado, discorrer-se-á neste capítulo acerca dos principais pontos que possam levar a ocorrência de eventos adversos à gestante e ao neonato, bem como apontar medidas que possam favorecer um cuidado em saúde mais seguro.

PALAVRAS-CHAVE: Gestante; neonato; odontológico; odontologia; saúde bucal; qualidade do cuidado; segurança do paciente; parto seguro; saúde materna.

ABSTRACT: Patient safety is a central structure for the quality of health care. In the comprehensive care that is intended to offer pregnant women and newborns, the Brazilian Ministry of Health recognizes the determining role of oral health by presenting the proportion of pregnant women with dental care provided as one of its indicators in the Prevent Brazil Program, ideally recommending a dental evaluation every trimester of pregnancy.

KEYWORDS: Pregnant; neonate; dental; dentistry; oral health; quality of care; patient safety; safe childbirth; maternal health.

A segurança do paciente é estrutura central para a qualidade do atendimento em saúde. No cuidado integral que se pretende

oferecer à gestante e ao neonato, o Ministério da Saúde brasileiro reconhece o papel determinante da saúde bucal ao apresentar a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado como um de seus indicadores no Programa Previne Brasil, preconizando idealmente uma avaliação odontológica a cada trimestre de gestação.¹

Nestes momentos, as necessidades odontológicas da gestante devem ser atendidas visando prevenir agravos que possam comprometer o seu bem-estar e do bebê, inclusão que está alinhada ao tema proposto no Dia Mundial da Segurança do Paciente neste ano de 2021: “Cuidado materno e neonatal seguro”.

Desse modo, com o objetivo de iluminar esse aspecto do cuidado, discorrer-se-á neste capítulo acerca dos principais pontos que possam levar a ocorrência de eventos adversos à gestante e ao neonato, bem como apontar medidas que possam favorecer um cuidado em saúde mais seguro.

AS REPERCUSSÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO NA CAVIDADE BUCAL

As alterações metabólicas provocadas pelo estado gestacional afetam o organismo feminino como um todo, incluindo o estado emocional e psicológico. As repercussões na cavidade bucal decorrentes da intensa liberação hormonal que ocorre neste período podem tornar a mulher mais propensa a situações de desconforto, tais como: aumento nos níveis de inflamação gengival com a presença de sangramento; granulomas; agudização das infecções presentes; entre outras.^{2,3} A liberação aumentada de citocinas inflamatórias e prostaglandinas na circulação sanguínea, bem como a presença de focos infecciosos, tendem a liberar mais sinalizadores inflamatórios, amplificando ainda mais a resposta.³

Existe uma relação entre a doença periodontal e a prematuridade e/ou baixo peso do recém-nascido sendo, inclusive, um preditor da pré-eclâmpsia.^{2,3} Mesmo sem essa comprovação peremptória, a realização do tratamento periodontal melhora a condição bucal da gestante enquanto a falta de atendimento odontológico traz prejuízo ao seu bem-estar e, por conseguinte, ao bem-estar do neonato.²

Assim, além do planejamento familiar, seria ideal que a mulher passasse por uma avaliação de saúde prévia à gravidez para identificar, e buscar reduzir antecipadamente, possíveis problemas ou constrangimentos. Entretanto, essa é uma realidade distante, em especial no que tange ao aspecto de tratamento ou manutenção da saúde bucal na gestação. Para muitas mulheres a gestação é um momento impróprio ao atendimento odontológico, seja pela dificuldade de acesso, desconhecimentos de sua parte ou pela falta de orientação dos próprios profissionais de saúde.⁴

O TRATAMENTO DE ROTINA E A GESTÃO DA URGÊNCIA

Durante a gestação é ideal que se disponibilize três consultas odontológicas à gestante abordando fatores importantes ao bem-estar materno-infantil, buscando resolver os problemas odontológicos que se fizerem necessários. Todas as consultas devem contemplar orientações quanto à higiene bucal, avaliação dos sinais vitais e a observação do nível de ansiedade em relação ao atendimento odontológico, a fim de tranquilizar a gestante e esclarecer suas dúvidas. Na consulta do último trimestre deve-se intensificar recomendações para os cuidados iniciais em relação ao recém-nascido, em especial aleitamento materno.⁴

O atendimento odontológico poderá ser prestado em qualquer momento da gestação, principalmente nos casos de dor e/ou infecção.² Entretanto, o segundo trimestre é o período mais favorável para a realização de procedimentos que exijam maior tempo de consulta. Esta é a fase na qual já não há as indisposições comuns aos três meses iniciais e o volume abdominal ainda não é suficiente para causar desconforto quando a gestante fica em posição supina. Esta posição resulta na compressão da veia cava inferior e da artéria aorta, embora isto possa ser amenizado inclinando-se a gestante para o lado esquerdo com a utilização de um apoio macio para melhorar o retorno venoso.

Em relação à prescrição medicamentosa, o cirurgião-dentista deve basear-se em uma anamnese meticulosa e utilizar aqueles medicamentos sabidamente seguros para o período gestacional que são os considerados das categorias A e B, segundo a *Food and Drugs Administration*.³ Em linhas gerais recomenda-se, no caso de gestantes sem comorbidades: (I) anestésico local - até 2 tubetes de lidocaína 2% com epinefrina 1:100000 (2); (II) dor leve a moderada - paracetamol em dosagens recomendadas; (III) quadros infecciosos persistentes - amoxicilina associada ou não ao clavulanato, penicilinas, cefalosporinas; clindamicina; (IV) anti-inflamatórios não esteroidais são contraindicados no 2º e 3º trimestres, pois podem propiciar o fechamento prematuro do ducto arterioso ou a hipertensão do feto, entre outros riscos³. Em outros casos, como gestantes de alto risco, o cirurgião-dentista deve recorrer ao médico responsável para avaliação e determinação de conduta em conjunto.

Afora a terapia medicamentosa, muitas vezes são indispensáveis as radiografias, e estas podem ser executadas com segurança, a despeito da preocupação com efeitos teratogênicos, desde que o aparelho esteja calibrado e sejam utilizados recursos, tais como: protetor de tireoide e o avental de chumbo como barreira física^{2,3}; o uso de posicionadores radiográficos para diminuir a chance de erro de técnica e a consequente repetição do exame; os filmes ultrasensíveis ou aparelhos digitais com a finalidade de reduzir o tempo de exposição.³ Não realizar o exame radiográfico pode ocasionar maior prejuízo, em especial se desta omissão resultar um diagnóstico incorreto e, como consequência, um tratamento inapropriado.

É importante ressaltar, ainda, que a ausência de atendimento odontológico afeta diretamente a qualidade de vida da gestante e poderá causar danos permanentes à sua saúde bucal. Fraturas dentárias, necessidade de tratamento endodôntico, dentes erodidos, doença periodontal, entre outros problemas dessa ordem, além da manutenção de um foco de infecção e da dor, limitam a capacidade da gestante de alimentar-se e afetam seu estado geral de saúde.^{3,4} Postergar o atendimento desta paciente para depois do parto, quando o recém-nascido demanda intenso cuidado e reduz o tempo disponível para que a mulher cuide de si, pode prejudicá-la ainda mais, inclusive com perdas dentárias precoces.

O CUIDADO ODONTOLÓGICO NO PUERPÉRIO E AO NEONATO

A fase puerperal é marcada por importantes ajustes e adaptações no que tange ao binômio mãe-bebê e deste com o mundo à sua volta. Sendo assim, a atenção à saúde de ambos deve levar em conta, além dos aspectos anátomo-fisiológicos, a questão psicossocial.

Anatomicamente, a cavidade bucal do neonato é recoberta por uma mucosa rosada, possui rodetes gengivais firmemente aderidos à mandíbula e à maxila edêntulas. Sobre estes rodetes se observa um cordão fibroso, bem desenvolvido nos recém-nascidos que ajudam na sucção e desaparecem com a erupção dentária. No palato, há a presença pronunciada das rugosidades palatinas e da papila palatina na qual se insere o freio labial superior que auxilia na amamentação. No lábio superior, encontra-se a formação do calo de amamentação onde se apoia o mamilo materno. Os freios labiais e linguais que são constituídos por tecidos mucosos, apresentam espessura e flexibilidades variáveis de um bebê para outro e são responsáveis pela mobilidade dos lábios e da língua, respectivamente.

No período neonatal, a amamentação, sabidamente benéfica para a saúde geral do bebê, está se estabelecendo. Nesse momento, onde há um intenso desenvolvimento do recém-nascido, a alimentação adequada é crucial, e muitas vezes a dificuldade de amamentar representa um dos maiores desafios⁵. Além de diferentes aspectos adaptativos que essa fase envolve, algumas alterações morfo/patológicas podem estar associadas a esse quadro, como discutido a seguir.

As alterações mais observadas nos bebês são: os cistos de inclusão do recém-nascido (pequenos nódulos brancos ou amarelados encontrados eventualmente nos rodetes gengivais e no palato), a presença de dentes ao nascer (dentes natais) ou que irrompem no primeiro mês de vida (dentes neonatais), as fissuras labiais ou palatinas e a anquiloglossia (inserção inadequada do freio lingual). Todas essas alterações apresentam baixa prevalência, mas quando identificadas/presentes podem causar dúvidas e algumas repercussões relevantes. Os cistos do recém-nascido tendem a regredir espontaneamente dentro do primeiro ano de vida. Já as fissuras labiais e/ou palatinas podem ter um impacto

bastante maior e demandar um cuidado adicional importante de uma equipe multiprofissional. Por fim, os dentes natais/neonatais e a anquiloglossia deverão ser avaliados quanto ao impedimento da amamentação e risco de aspiração, no caso dos dentes natais e neonatais, devido à possível falta de implantação radicular⁶. Como a associação da anquiloglossia e amamentação é um tópico ainda controverso e bastante atual, cabe aprofundar o assunto a seguir.

No Brasil, a lei federal nº 13002/14 regulamentou o teste de triagem neonatal para a anquiloglossia do freio lingual com o objetivo de ajudar na amamentação. Conhecido como “Teste da Linguinha”, o procedimento é realizado ainda na maternidade e indicado para todos os recém-nascidos. A Associação Brasileira de Odontopediatria e a Sociedade Brasileira de Pediatria se posicionaram contrárias a esse tipo de rastreamento populacional, uma vez que a validade do teste é controversa, e também não há certeza se o tratamento cirúrgico realmente beneficiará a amamentação de todos os bebês triados.^{7,8}

Como se sabe, a amamentação pode ser influenciada por outros fatores como, por exemplo, a condição social da mãe, bem como o preparo e disponibilidade desta em amamentar⁹. Apontar a anquiloglossia como fator causal e incitar a busca cirúrgica para tentar solucionar o problema poderá ser infrutífero e potencializar a possibilidade de causar danos ao paciente ou mesmo aos seus familiares por consequência da frustração, caso o processo de amamentação não se desenvolva a contento^{7,8}. Ainda assim, para aqueles que realmente identificarem dificuldades na amamentação, a indicação do procedimento cirúrgico pode ser avaliada e, se necessário, indicada pelo profissional.

FATORES CONTRIBUINTES E BARREIRAS DE PREVENÇÃO AO DANO

Medidas que visam a prevenir a ocorrência de danos já foram abordadas anteriormente, mas alguns aspectos ainda merecem exploração, pois amplificam a possibilidade de erros e podem funcionar como fator contribuinte ao evento adverso.

Dentre eles, algumas características do próprio ofício odontológico como uma atuação solitária e fragmentada, altamente dependente da intervenção direta do executante¹⁰, assim como possibilidade de vieses cognitivos que induzem o profissional ao erro inconsciente, como por exemplo, o excesso de autoconfiança, a tendência de julgar com base apenas no que se leu ou ouviu recentemente e mesmo a confiança excessiva na informação que se recebeu.¹¹

Assim, a capacitação, o treinamento, a ergonomia, o tempo e os insumos operacionais adequados a cada atendimento são primordiais para reduzir o risco da ocorrência de danos e alcançar um resultado satisfatório¹⁰. Além disso, o profissional de saúde bucal deverá ser apto não somente à execução de procedimentos, mas também ao acolhimento e às orientações que se fizerem necessárias.

No caso da gestante, como o atendimento é multiprofissional, a equipe de saúde bucal deve sempre consultar outras opiniões quando houver dúvidas e, mediante a necessidade de encaminhamentos, estes devem ser o mais detalhado possível para coibir possíveis enganos. Algumas medidas relacionadas à gestão organizacional dos serviços podem facilitar a aplicação de tais ações, como por exemplo, a utilização de listas de verificação; a manutenção de prontuário com informações detalhadas acessível a toda a equipe; o monitoramento e a avaliação constante dos processos de trabalho.¹¹

Por outra vertente, imputar preocupações exageradas à gestante pode implicar em amplificação do seu estresse psicológico, o que pode trazer prejuízos desnecessários tanto para a gestante como para o seu núcleo familiar. Colocar o enfoque na promoção da saúde ao invés de focar em possíveis doenças (que muitas vezes não acontecerão) ameniza o problema.

Assim, é importante que toda a equipe esteja apta a esclarecer de forma cautelosa e precisa mitos e questionamentos que permeiam o imaginário social, tais como: é normal perder dentes na gestação? Não tem problema a gengiva sangrar? O feto “rouba” o cálcio da mãe e por isso o dente fica fraco? A gestante não pode receber anestesia ou realizar radiografias? O tratamento odontológico só poderá ser realizado após o parto? É preciso escovar os dentes de leite? O uso da chupeta faz mal?⁴

Nesse aspecto, governo e as entidades de classe também possuem papel fundamental. É essencial que estes organismos colaborem com a elaboração de políticas, programas e orientações de condutas técnico-profissionais em relação à gestante e ao recém-nascido. Preocupando-se em difundir ativamente tais diretrizes para que a sociedade seja exposta a um processo educativo, que efetive uma real mudança de paradigmas e fuja dos mitos, reforçando a importância da promoção da saúde e prevenção das doenças bucais.

Por fim, a conformação de um ambiente favorável à segurança do paciente odontológico exige uma cultura de segurança fortalecida que deve ser fomentada com o apoio das lideranças, o incentivo à notificação de eventos adversos e o estímulo constante à discussão de ações para que visem reduzir danos ao paciente. A meta a ser alcançada envolve todos os atores participantes do cuidado, a centralidade no paciente, a busca pela efetividade e equidade dos cuidados e a valorização do trabalho em equipe.^{10,11}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do atendimento odontológico durante a gestação e o puerpério está relacionada ao posicionamento adequado em todas as esferas envolvidas no atendimento de saúde à gestante. Para que este período transcorra o mais que possível livre de eventos adversos, faz-se necessária a capacitação e o treinamento de profissionais da saúde bucal, demais profissionais da saúde e gestores, tanto quanto o envolvimento das próprias

gestantes e de seus familiares.

As estratégias que contribuem para proteger a paciente dos danos evitáveis, sejam eles físicos e/ou psicológicos, visam driblar desde fatores contribuintes que vão desde os viesamentos cognitivos dos profissionais, a desconformidade no trato com os registros documentais, a translação insuficiente do conhecimento científico para a prática clínica e/ou para as Políticas Públicas de Saúde, até o pouco esclarecimento que pode vir a afastar a gestante ou a puérpera do atendimento odontológico.

Nesse período, a qualidade e a segurança do atendimento em saúde não se relacionam somente aos procedimentos realizados. A falta de intervenção oportuna também é um importante entrave à qualidade do cuidado e pode estar relacionada aos mitos existentes sobre o atendimento odontológico, especialmente durante a gestação. Portanto, se faz necessária a conscientização de todos para que, livre do medo e da desinformação, a gestante seja acolhida e atendida em suas necessidades de saúde, dentre elas a odontológica.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS. Vol. 07. 2020. p. 1–12. [acesso em 10 de jul. de 2015]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf
2. Gaberline CCD, Konishi F, Politano GT, Echeverria S. Associação Brasileira de Odontopediatria. Da gestação aos primeiros anos de vida. In: Associação Brasileira de Odontopediatria. Diretrizes para procedimentos clínicos em Odontopediatria. Rio de Janeiro: Santos; 2020. p. 03-07.
3. ADA - American Dental Association. Oral Health Conditions During Pregnancy. Oral Health Topics, 2021. [acesso em 15 de jul. de 2021]. Disponível em: <https://www.ada.org/en/member-center/oralhealth-topics/pregnancy>
4. Rocha JS, Arima L, Chibinski AC, Werneck RI, Moysés SJ, Baldan MH. Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. Cadernos de Saúde Pública. 2018; 34(8):e00130817
5. Peres KG, Chaffee BW, Feldens CA, Flores-Mir C, Moynihan P, Rugg-Gunn A. Breastfeeding and Oral Health: Evidence and Methodological Challenges. Journal of Dental Research. 2018; 97(3): 251-258.
6. Braga MM, Mattos-Silveira J, Ferreira FR, Almeida, M CJ, Corrêa FNP, Côrrea MSNP. Diagnóstico e Plano de Tratamento em Odontopediatria. In: Maria Salete Nahas Pires Correa. (Org.). Odontopediatria na Primeira Infância Uma visão multidisciplinar. 1aed.São Paulo: Quintessence, 2017. p. 1
7. Associação Brasileira de Odontopediatria. Nota de esclarecimento. 2017. [acesso em 10 de jul. de 2021]. Disponível em: <https://aproped.org.br/nota-de-esclarecimento-protocolo-de-avaliacao-do-frenulo-da-lingua-em-bebes-teste-da-linguinha/>.
8. Sociedade Brasileira de Pediatria. Nota de esclarecimento. 2017. [acesso em 10 de jul. de 2021]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/nota_esclarecimento-dc_neo.pdf.

9. Souza-Oliveira AC, Cruz PV, Bendo CB, Batista WC, Bouzada MCF, Martins CC. Does ankyloglossia interfere with breastfeeding in newborns? A cross-sectional study. *Journal of clinical and translational research*. 2021; 7(2): 263-269.
10. Corrêa CDTSO, Sousa P, Reis CT. Segurança do paciente no cuidado odontológico: revisão integrativa. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 36, n. 10 [acesso em 10 jul. 2021], e00197819. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197819>
11. Bailey E, Dungarwalla M. Developing a Patient Safety Culture in Primary Dental Care. *Primary Dental Journal*. 2021; 10(1): 89-95.

**PARTE II -
CUIDADO MATERNO SEGURO**

USO SEGURO DE MEDICAMENTO NA GESTAÇÃO

Data de aceite: 01/09/2021

Sonia Silva Ramirez

Mestre em Ciências. Professora da disciplina Segurança do Paciente no Programa de Residência de Cirurgia Traumatobucomaxilofacial 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, Rio de Janeiro, Brasil

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
<http://lattes.cnpq.br/0262666425067349>

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
<http://lattes.cnpq.br/9143483105031099>

RESUMO: A necessidade de avançar com as ações para a segurança do paciente na assistência à saúde é cada vez mais premente e a

construção de uma cultura sustentável surge como fator preponderante neste cenário. Assim, o uso seguro de medicamentos, neste contexto, além da execução de melhorias práticas baseadas em evidências científicas, requer ainda o envolvimento e atenção de profissionais de saúde e pacientes. A assistência segura tem sido abordada como uma das preocupações mundiais. No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente foi instituído em 2013 desencadeando, no mesmo ano, a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Esta instituiu a obrigatoriedade da criação dos núcleos de segurança do paciente, que tem como principais atribuições a identificação de riscos relacionados às metas de segurança do paciente, a implementação de ações de prevenção de incidentes, o acompanhamento de indicadores e a notificação de incidentes em todos os estabelecimentos de saúde. Este capítulo aborda os erros de medicação e os medicamentos potencialmente perigosos, as práticas seguras no uso de medicamentos, e as estratégias para redução dos erros de medicação envolvendo o binômio mãe-filho.

PALAVRAS-CHAVE: Medicamento; gestação; farmacoterapia; criança; segurança do paciente; medicamentos sem danos; erros de medicamentos; saúde da mulher.

ABSTRACT: The need to move forward with patient safety in health care is increasingly pressing, and the construction of a sustainable culture emerges as a preponderant factor in this

scenario. Thus, in this context, the safe use of medicines, in addition to implementing practical improvements based on scientific evidence, also requires the involvement and attention of health professionals and patients. Safe care has been addressed as one of the world's concerns. In Brazil, the National Patient Safety Program was instituted in 2013, triggering, in the same year, the Resolution of the Collegiate Board – RDC n° 36 of the National Health Surveillance Agency. This instituted the mandatory creation of patient safety centers, whose main attributions are identifying risks related to patient safety goals, the implementation of incident prevention actions, the monitoring of indicators, and the notification of incidents in all health facilities. This chapter discusses medication errors and potentially dangerous medications, safe practices in using medications, and strategies for reducing medication errors involving the mother-child binomial.

KEYWORDS: Medication; pregnancy; pharmacotherapy; children; patient safety; medicines without harm; medication errors; women's health.

INTRODUÇÃO

A necessidade de avançar com as ações para a segurança do paciente na assistência à saúde é cada vez mais premente e a construção de uma cultura sustentável surge como fator preponderante neste cenário. Assim, o uso seguro de medicamentos, neste contexto, além da execução de melhorias práticas baseadas em evidências científicas, requer ainda o envolvimento e atenção de profissionais de saúde e pacientes.

A assistência segura tem sido abordada como uma das preocupações mundiais. No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente foi instituído em 2013¹ desencadeando, no mesmo ano, a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n° 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária². Esta instituiu a obrigatoriedade da criação dos núcleos de segurança do paciente, que tem como principais atribuições a identificação de riscos relacionados às metas de segurança do paciente, a implementação de ações de prevenção de incidentes, o acompanhamento de indicadores e a notificação de incidentes em todos os estabelecimentos de saúde.²

Em se tratando de medicamentos, ou seja, da meta 3 de segurança do paciente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 2017, o desafio global de Medicamentos Sem Danos, o terceiro que envolve a segurança do paciente. A partir deste, foram elencadas três áreas prioritárias de atuação: polifarmácia, transição de cuidados e situações de alto risco, nas quais está incluída a gestação, visto que o uso de medicamentos nesta fase de vida deve ocorrer com muita cautela. O objetivo do desafio global em reduzir a ocorrência de eventos adversos (EA) graves e evitáveis, decorrentes de erros de medicação em 50%, até 2022, teve como proposta a utilização de estratégias de melhorias para cada etapa do processo de medicamentos: prescrição, dispensação, administração, monitoramento e uso.^{3,4}

O presente capítulo se estrutura em três momentos, a saber: a) Erros de medicação e os medicamentos potencialmente perigosos; b) Práticas seguras no uso de medicamentos e c) Estratégias para redução dos erros de medicação envolvendo o binômio mãe-filho.

ERROS DE MEDICAÇÃO E OS MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS

Os erros de medicação estão entre os incidentes mais frequentes na assistência à saúde, no entanto, podem ser evitados em alguma das etapas anteriormente citadas para quais a equipe multidisciplinar envolvida deve estar atenta, sendo imprescindível a criação de estratégias para redução de falhas dentro de cada instituição.^{5,6}

Erro de medicação está descrito como “qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado de medicamentos”. Por este conceito, pode ou não causar dano ao paciente, no entanto, cabe ressaltar que são responsáveis por pelo menos uma morte diária, atingindo aproximadamente 1,3 milhões de pessoas por ano, nos Estados Unidos e representam a segunda causa mais frequente (18,3%) de EA ocorridos no mundo.³ Neste cenário, surge preocupação maior em relação àqueles medicamentos com potencial, previamente conhecido, de provocar danos ao paciente quando existe erro na sua utilização: os medicamentos potencialmente perigosos (MPP).³ Desta forma, o fortalecimento das práticas seguras no uso de medicamentos na assistência, especialmente os MPP, é fator contribuinte essencial para a segurança do paciente.

Para o alcance de tais práticas relativas aos MPP algumas estratégias se fazem necessárias, a saber: armazenamento em local com acesso limitado e segregado dos demais medicamentos, adoção de etiquetas que permitam a identificação diferenciada, implementação de dupla checagem no processo de dispensação e administração e sinalização dos MPP na prescrição médica.⁴

PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS

Os EA estão relacionados a problemas como falhas de comunicação entre profissionais e processos mal desenhados, refletindo em erros de diagnóstico e tratamento medicamentoso inadequado.^{7,8}

Diante dessa problemática, recomenda-se, além da adoção de protocolos claros e objetivos, compartilhado com os colaboradores responsáveis pela prescrição, dispensação, aprazamento, preparo e administração de medicamentos.⁹

De acordo com o protocolo de uso seguro de medicamentos³, a prescrição deve conter a identificação do paciente e ser realizada em formulário institucional. Estudos recomendam também a utilização de prescrições eletrônicas com sistemas de alerta que

desaconselham o uso de medicamentos inadequados para cada tipo de paciente, conforme o risco identificado nas entrevistas e exames físicos.¹⁰ Além disso, este tipo de prescrição permite a legibilidade, itens necessários à prescrição segura e informações sistematizadas.¹¹

Para a dispensação segura, estudos indicam a utilização do sistema de dose unitária, que consiste na distribuição dos medicamentos com doses prontas para a administração de acordo com a prescrição médica, para serem administradas, sem necessidade de cálculos e manipulação prévia antes da administração ao paciente.¹² Ademais, a dupla checagem da dispensação permite a identificação de erros como prescrição de medicamento sem expressão da dose, tempo de infusão e sem especificação do diluente, bem como do volume necessário.¹³

Em relação ao preparo de medicamentos, aconselha-se a confirmação da prescrição com o que foi dispensado, além do uso de etiquetas de identificação contendo informações como o nome do paciente, o medicamento, dose e via a ser administrado. Após o preparo de medicamentos, segue-se para a etapa de administração. Algumas medidas como a checagem de itens que obrigatoriamente devem ser conferidas antes da administração: paciente, medicamento, via, dose, horário, registro, compatibilidade medicamentosa, orientação ao paciente e direito de recusa ao medicamento; podem ser utilizadas nessa etapa para prevenir erros e garantir a segurança do paciente.³

Para além de tudo que foi descrito, faz-se necessário também o engajamento do próprio paciente, familiares e cuidadores para que participem ativamente nas decisões relacionadas ao uso seguro de medicamentos, tirando dúvidas quanto ao tipo de medicamento, dosagem, posologia e cuidados antes, durante e após sua administração.⁵

Não menos importante, a automedicação deve ser considerada prática insegura no período gestacional tendo em vista todos os riscos que envolvem o binômio mãe-filho. Desta forma, os cuidados e recomendações para o uso seguro de medicamentos não se restringem ao ambiente hospitalar ou ambulatorial.¹⁴

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DOS ERROS DE MEDICAÇÃO ENVOLVENDO O BINÔMIO MÃE-FILHO

As estratégias para controle dos possíveis danos relacionados aos medicamentos, tem especial importância durante o uso na gestação, visto que, alguns fármacos são capazes de atravessar a barreira placentária, atingir o feto e nele desenvolver seus efeitos farmacológicos. Também durante a lactação pode haver transferência do fármaco para o leite materno e conseqüentemente para a criança.¹⁵

Isso ocorre porque a placenta funciona como uma barreira semipermeável, o que possibilita a passagem de fármacos do plasma materno para o fetal. Assim, fármacos lipofílicos, não ionizados no plasma materno, de baixo peso molecular (< 600Daltons)

e baixa ligação a proteínas plasmáticas tem grande probabilidade de cruzar a barreira placentária causando efeitos também ao feto.¹⁶

Os riscos do uso de medicamentos durante a gestação sempre foram estudados e em 1979 ganharam uma classificação, pelo órgão regulador americano *Food and Drug Administration* – FDA. Atualmente novas regras impõem que dados mais completos sobre a atuação de fármacos estejam presentes nas bulas dos medicamentos. O risco de malformação fetal, impactos durante o parto e no nascimento também devem estar especificados na bula. Essa estratégia corrobora para uma avaliação e prescrição médica mais criteriosa, devendo os profissionais de saúde manterem-se atentos e atualizados por ocasião do uso de medicamentos para gestantes.¹⁵ Neste contexto, a automedicação, mais do que nunca, deve ser desestimulada.

Além do exposto, corrobora para o cenário preocupante, a realidade de que os ensaios clínicos para medicamentos não incluem pessoas gestantes. Por este motivo, as informações de segurança na pré-comercialização, para esse grupo, não são suficientes para traduzir a maioria dos efeitos aos quais podem estar submetidas no uso de medicamentos, especialmente se o fazem por automedicação, sem o devido monitoramento e acompanhamento por profissional especializado. Os danos envolvendo o uso de medicamentos na gestação podem incluir: teratogenicidade, risco de perda fetal, restrição do crescimento uterino, prematuridade, dentre outros e estão associados às limitadas informações relacionadas à segurança no uso de medicamentos nesta fase de vida.¹⁷ Cerca de 10% das alterações congênitas estão relacionadas à exposição materna a medicamentos.¹⁸

A partir dos riscos elencados, a adoção de medidas que visam a prevenção de erros de medicação na gestação é fundamental para a segurança do binômio mãe-filho. As estratégias de prevenção envolvem não só os profissionais da saúde, como também a própria gestante que pode ter participação ativa na busca de informações sobre o uso seguro de medicamentos.¹⁸

ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

- Avaliar a relação entre o risco e o benefício do tratamento medicamentoso durante a gravidez.¹⁹
- Confirmar com a paciente, previamente à prescrição, informações como: está grávida? Está planejando engravidar? Existe a possibilidade de estar grávida?¹⁶
- Avaliar a possibilidade da substituição para medicamentos com menores efeitos sobre o bebê em situações, nas quais é recomendado manter ou iniciar um tratamento medicamentoso.¹⁴

O perfil de segurança de alguns medicamentos varia de acordo com a idade gestacional, sendo imprescindível que profissionais da saúde tenham conhecimento e optem pela terapia mais segura, considerando o tempo gestacional e condições de saúde da paciente.

ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELA PRÓPRIA GESTANTE:²⁰

- Evitar a automedicação. Antes de iniciar ou interromper o uso de qualquer medicamento, conversar com o profissional de saúde.
- Perguntar ao profissional de saúde, quando necessário o uso de medicamentos, qual a melhor alternativa, priorizando a saúde do bebê.
- Buscar orientações com o profissional de saúde, sempre que for necessário ajuste de dose do medicamento em uso.
- Informar ao profissional de saúde todos os medicamentos que já faz uso, incluindo plantas medicinais, fitoterápicos e vitaminas.
- Comunicar ao profissional de saúde qualquer problema suspeito durante o tratamento.

O cuidado centrado nas necessidades do paciente, especialmente em sistemas complexos, como os serviços de saúde, é grande desafio a ser alcançado e a promoção do uso seguro de medicamentos na gestação traz, particularmente, relevantes pontos a serem considerados visando a redução de incidentes e agravos nesta fase da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo buscou discorrer sobre os erros de medicação, enfatizando o uso de medicamentos potencialmente perigosos. Essa problemática requer ainda mais o estabelecimento das práticas seguras no uso de medicamentos e a implementação de estratégias para redução dos erros de medicação envolvendo o binômio mãe-filho, no período gestacional.

Diante desse panorama, recomendam-se ações voltadas para profissionais de saúde e gestantes, tendo em vista os atores envolvidos no processo de cuidado e autocuidado. Espera-se que medidas elencadas possam ser estimuladas nas instituições de saúde, com vistas à segurança do binômio mãe-filho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de

Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil. Brasília, 04 mar 2013 [citado em 20 jul 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

2. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução de diretoria colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil. Brasília, 26 jul 2013 [citado em 20 jul 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013. Anexo 3: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos [Internet]. Brasília, 24 set 2013 [citado em 20 jul 2021]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>

4. Institute for Safe Medication Practices. High-Alert Medications in Acute Care Settings [Internet]. Canadá, 2018 [citado em 20 jul 2021]. Disponível: <https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-acute-list>.

5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017 [citado em 20 jul 2021]. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf

6. Organização Mundial da Saúde. Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. Geneva: WHO, 2017.

7. Forte ECN, Pires DEP, Martins MMFPS, Padilha MICS, Schneider DG, Trindade LL. Nursing errors in the media: patient safety in the window. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [citado em 20 jul 2021];72(Suppl 1):189-96. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gB8CrCgLTZTKm54GjdNfVHxR/?lang=en> doi: 10.1590/0034-7167-2018-0113

8. Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [citado em 20 jul 2021];72(1):27-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gB8CrCgLTZTKm54GjdNfVHxR/?format=html> doi: 10.1590/0034-7167-2017-0647

9. Miei DB, Oliveira EBC, Fonseca REP, Mininel VA, Zem-Mascarenhas SH, Machado RC. Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [citado em 20 jul 2021];72(Suppl 1):320-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gMgPrclKfVvq3VvCz6KJhKH/?lang=en> doi: 10.1590/0034-7167-2017-0658

10. Gomes LH. Prescrição eletrônica de medicamentos: interações medicamentosas registradas em um hospital na cidade de São Paulo. [Dissertação na internet]. São Paulo, Brasil: Fundação Getúlio Vargas; 2020. [citado em 21 jul 2021]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/29645/TA%20-%20Luiz%20Gomes%20-%202002-09b.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

11. Santos PRA, Rocha FLR, Sampaio CSJC. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180347. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>.

12. Siqueira CC, Bueno DS, Santos RC, Benati MAFNO, Rolim ELG. Estudo sobre a atuação farmacêutica no sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária e coletiva, com ênfase na recuperação do paciente. Rev. Saberes. 2020;13(1).

13. De Farias LT, Moreira PR, Honorato AM, Gonçalves LS, Mello UOMC. Dupla checagem de medicamentos dispensados a pacientes críticos: um relato de experiência. In: Perspectivas

Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde [Internet]. VI Simpósio Multiprofissional em Saúde & IV Encontro de Residentes em Saúde do Mato Grosso do Sul; 28 set. 2003; Mato Grosso do Sul, 2018 [citado em 20 jul 2021]; [p.72-101]. Disponível em: <https://seer.ufms.br/index.php/pecibes/article/view/6962>

14. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.

15. Ribeiro AS, Melquisedec VS, Priscilla GG, Ketene WS, Michele PU, Ricardo L. Risco potencial do uso de medicamentos durante a gravidez e a lactação. Infarma Ciências Farmacêuticas [Internet]. 2019 [citado em 20 jul 2021];25(1):62-67. Disponível em: <http://revistas.cff.org.br/infarma/article/view/441> doi: 10.14450/2318-9312

16. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Uso seguro de medicamentos na gestação. Boletim ISMP [Internet]. Brasil, 2019 [citado em 20 jul 2021]. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2020/02/boletim_ismp_dezembro.pdf

17. Sinclair SM, Miller RK, Chambers C, Cooper EM. Medication Safety During Pregnancy: Improving Evidence-Based Practice. J Midwifery Womens Health [Internet] 2016 [citado em 20 jul 2021];61(1):52-67. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmwh.12358> doi: 10.1111/jmwh.12358

18. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Treating for Two: Medicine and Pregnancy [Internet]. 2019. [citado em 20 jul 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/pregnancy/meds/treatingfortwo/index.html>

19. NHS Foundation Trust. Medicines in pregnancy [Internet]. 2019. [citado em 20 jul 2021]. Disponível em: <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/medicines-in-pregnancy/>

20. FDA. Food and Drug Administration. Medicine and Pregnancy [Internet]. 2019. [citado em 20 jul 2021]. Disponível em: <https://www.fda.gov/consumers/free-publications-women/medicine-and-pregnancy>

SEGURANÇA FARMACOLÓGICA NA ASSISTÊNCIA PERINATAL

Data de aceite: 01/09/2021

Cristina Helena Bruno

Doutora em Ciências. Professora do Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos
São Carlos, São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/7690269357195395>

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

RESUMO: A Organização Mundial de Saúde lançou em 2016 o terceiro desafio global para a segurança do paciente, alertando para a problemática medicamentosa no cuidado à saúde e para adoção de estratégias de segurança na cadeia terapêutica, com o intuito de reduzir danos graves e evitáveis relacionados ao uso de medicação. O capítulo aborda a farmacocinética do neonato e o impacto no efeito do medicamento, as medidas de segurança na cadeia terapêutica medicamentosa; o uso seguro de medicamentos off label e não licenciados; o uso de solução com concentração padronizada, o Sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária (SDMDU), e o empoderamento do paciente/cuidador.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança farmacológica; segurança do paciente; administração de

medicamentos; educação em enfermagem; farmacocinética; perinatal; medicamentos na gravidez; segurança medicamentosa; qualidade do cuidado; parto seguro; saúde materna; saúde da mulher; saúde da criança; SDMDU.

ABSTRACT: In 2016, the World Health Organization launched the third global challenge for patient safety, alerting to the drug problem in health care and for the adoption of safety strategies in the therapeutic chain, in order to reduce serious and avoidable damage related to use of medication. The chapter addresses the neonate's pharmacokinetics and the impact on the drug's effect, the safety measures in the drug therapeutic chain; the safe use of off-label and unlicensed drugs; the use of standardized concentration solution, the unit dose drug distribution system (SDMDU), and the empowerment of the patient/caregiver.

KEYWORDS: Pharmacological safety; patient safety; medication administration; nursing education; pharmacokinetics; perinatal; medications in pregnancy; drug safety; quality of care; safe childbirth; maternal health; women's health; children health; SDMDU

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde lançou em 2016 o terceiro desafio global para a segurança do paciente, alertando para a problemática medicamentosa no cuidado à

saúde e para adoção de estratégias de segurança na cadeia terapêutica, com o intuito de reduzir danos graves e evitáveis relacionados ao uso de medicação¹.

Tais estratégias permanecem contemporâneas e incentivam planos assistências que abordam 4 domínios: *segurança medicamentosa*, na perspectiva de envolver os pacientes; *medicamentos como produtos*, tendo como foco aqueles com maior risco devido a características próprias, como por exemplo, fármacos com índice terapêutico estreito; *educação, treinamento e monitoramento de cuidados à saúde*; e *sistemas e práticas de gestão de medicamentos*².

Levando-se em conta as pessoas ou pacientes que usam medicamentos em geral, a população pediátrica dividida nas faixas etárias neonato (0-28 dias), lactente (>28 dias a 12 meses), criança (1 a 12 anos) e adolescente (13 a 18 anos)² apresenta-se como um grupo vulnerável aos riscos medicamentosos e erro de medicação.

Entre os motivos temos o fato de que a farmacocinética dessa população de pacientes é muito variável, principalmente em se tratando de recém-nascidos. Para essa subpopulação, em especial, o uso e o efeito de medicamentos dependem de parâmetros como idade gestacional, maturidade orgânica (expressão e atividade de receptor, metabolismo celular e atividade enzimática), além de características da doença (insuficiência renal, sepse, prematuridade e outros)³. Conhecer tais parâmetros é uma medida de segurança na assistência medicamentosa.

FARMACOCINÉTICA DO NEONATO E O IMPACTO NO EFEITO DO MEDICAMENTO

Sobre os aspectos farmacocinéticos do neonato, as particularidades que podem impactar sobre o efeito do medicamento estão relacionadas principalmente às fases de absorção e distribuição.

A absorção enteral pode ser influenciada no recém-nascido por fatores como o pH, ausência ou diminuição de enzimas e secreções digestivas e tempo de esvaziamento gástrico⁴. Por exemplo, até os 10 dias de vida o pH fisiológico do RN é entre 6-8 (acloridria), devido ao conteúdo residual de líquido amniótico no estômago. Isso faz com que medicamentos via oral com características básicas (por exemplo, teofilina) aumentem sua absorção, com risco inclusive de toxicidade^{5,6}.

Um fator que pode interferir na velocidade de absorção é o tempo de esvaziamento gástrico e peristaltismo intestinal. No neonato essa função é lenta (6-8h) e irregular, o que confere uma taxa de absorção errática do medicamento, que em outras palavras quer dizer que haverá uma demora na liberação do fármaco para o intestino delgado, promovendo um efeito tardio para os medicamentos que precisam desse ambiente para melhor absorção^{5,6}. Ao contrário, com o tempo de esvaziamento gástrico prolongado, os medicamentos

absorvidos no estômago podem sofrer maior absorção, tornando-os mais vulneráveis a intoxicações⁷. Portanto, a ação de segurança que auxilia na prática clínica é disponibilizar acesso fácil e rápido (guias impressos ou online) aos medicamentos que são ácidos ou básicos.

Outro parâmetro farmacocinético que impacta na indicação de medicamentos é o potencial de ligação às proteínas plasmáticas. No recém-nascido a termo, o percentual de proteína total em relação à massa corpórea total é de 11%. Quanto menor a concentração de proteínas totais no plasma, principalmente albumina, maior a quantidade de fármaco livre com alta ligação proteica na circulação sanguínea⁸. Isso explica porque a ceftriaxona é um antibiótico contraindicado na neonatologia, pois a ceftriaxona tem uma ligação à albumina de 95% e acaba por competir e deslocar a bilirrubina da albumina, deixando bilirrubina livre no sangue e com o risco de atravessar a barreira hematoencefálica causando encefalopatia grave (kernicterus)⁹.

O neonato tem permeabilidade dérmica aumentada devido a pele ser menos queratinizada, o que aumenta o grau de hidratação e aumento da biodisponibilidade de medicamentos tópicos três vezes mais que o adulto, com grande risco de efeitos tóxicos.^{5,6}

Outros parâmetros fisiológicos do recém-nascido que devem ser levados em conta na avaliação do uso de medicamentos são: *alto teor de água corporal*, o que pode influenciar na efetividade de antimicrobianos hidrofílicos⁵; *função renal com baixa depuração e valores mais altos de tempo de ½ vida*, fazendo com que o medicamento permaneça mais tempo no organismo e risco de supra efeito¹⁰ *persistência da albumina fetal*, a qual tem menor afinidade pelos fármacos, mantendo-os na fração livre e disponíveis para depuração, o que impacta na efetividade⁶.

MEDIDAS DE SEGURANÇA NA CADEIA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

O desafio global “medicação sem danos” imprime um olhar para algumas situações de risco como medicamentos de alta vigilância, polifarmácia e transição do cuidado¹, embora haja muitas outras a serem atendidas. Portanto, considerando a população pediátrica e os riscos inerentes a ela, do ponto de vista da assistência à saúde medicamentosa, elencamos algumas estratégias dirigidas para esse público e que podem ser desenvolvidas para garantir a segurança na cadeia terapêutica medicamentosa, as quais serão abordadas neste capítulo. São elas: 1) uso seguro de medicamentos *off label* e não licenciados; 2) uso de solução padrão; 3) sistema de dose unitária para distribuição de medicamentos; 4) medicamentos de alta vigilância; 5) empoderamento do paciente/cuidador.

USO SEGURO DE MEDICAMENTOS *OFF LABEL* E NÃO LICENCIADOS

A ausência de medicamentos em concentrações e formas farmacêuticas adequadas ao paciente pediátrico demanda um número significativo de etapas (transformação, diluição) para adaptar os medicamentos existentes no mercado, principalmente para o paciente hospitalizado. As formulações líquidas são as mais indicadas devido ao uso de sondas para administração¹¹. A escassez de formulações parenterais para uso pediátrico requer a necessidade de se realizar várias operações de cálculo pela equipe de saúde e diluições seriadas, com conseqüente aumento de manipulação e doses fracionadas, o que pode induzir aos erros de medicação¹².

Portanto, uma prática comum e necessária na assistência ao paciente pediátrico hospitalizado é a prescrição de medicamentos *off label* e/ou não licenciados. O primeiro refere-se à prescrição de um produto em que alguma circunstância do uso (indicação, frequência, dose) não consta nas informações oficiais e aprovados do produto (bula)¹³, ou seja, não foi autorizado pela agência reguladora local, o que não implica que o uso seja incorreto¹⁴, mas sim que monitorizações sejam mais frequentemente realizadas. O uso não licenciado, por sua vez, não possui registro junto ao órgão regulador ou é sobre medicamentos que foram manufaturados ou modificados em hospital¹⁵.

Nestes dois critérios (uso *off label* e não licenciado) a medida de segurança seria realizar um levantamento na unidade local que trace um perfil de prescrição e uso destes medicamentos, para que sejam adotadas ações de segurança, como por exemplo, análise da prescrição (indicação, dose, via, frequência), monitorização sérica e monitorização proativa das principais reações.

USO DE SOLUÇÃO COM CONCENTRAÇÃO PADRONIZADA

Consiste na obtenção de uma solução (fármaco + solução diluente) com concentração conhecida e padronizada, reduzindo a variabilidade de concentrações e volumes. A implantação desta recomendação reduziu em 73% a quantidade de erro¹⁶.

Em UTI pediátrica o uso de inotrópicos e drogas vasoativas são comuns. Estas são administradas rotineiramente em infusão contínua e atuam em pequenas doses, com dose-resposta dependente de efeitos curtos e rápidos. Isso leva a um alto risco de efeitos adversos, exigindo cuidado e precisão na prescrição, preparação e administração. Essa prática ainda é pouco realizada no Brasil^{16,17}.

Em estudo realizado em hospital pediátrico em que houve a incorporação de solução com concentração padronizada para dobutamina, milrinona, dopamina e epinefrina, foi possível atender a diferentes faixas de peso e condições clínicas de pacientes pediátricos em UTI. Foram estipuladas 3 concentrações diferentes (baixa e alta concentração e restrição hídrica). A modificação do sistema de farmacoterapia para incluir uma solução

padrão foi a mais segura e reduziu os riscos de efeitos adversos¹⁷.

SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR DOSE UNITÁRIA (SDMDU)

Como já mencionado, os erros de cálculos efetuados pelos profissionais da assistência são um risco inerente ao seu processo de trabalho. Implantar ações que se antecipem à falha humana e de visão sistêmica podem ser preventivas e eficientes. Com relação à distribuição e dispensação de medicamentos, a dose unitária é a que tem maior condição de garantir a segurança do preparo, pois não requer cálculos e nem a manipulação do medicamento pela enfermagem¹⁸.

O SDMDU se inicia com a avaliação da prescrição médica pelo farmacêutico (1ª barreira), o fracionamento do medicamento no ambiente da farmácia hospitalar, sob a supervisão farmacêutica (2ª barreira), e a distribuição desses medicamentos de forma unitarizada (3ª barreira), em dosagens prontas, nos horários padronizados e identificados individualmente até o momento da administração, promovendo inclusive a rastreabilidade¹⁸.

Medicamentos de alta vigilância (MAV)

Por definição os MAV, ou medicamentos potencialmente perigosos, possuem risco aumentado de provocar danos significativos ao paciente em decorrência de uma falha no processo de utilização. Os erros com esses medicamentos geralmente não são frequentes, mas quando ocorrem as consequências tendem a ser graves¹⁹.

Na UTI neonatal do Hospital Pequeno Príncipe (Curitiba/PR), dos medicamentos prescritos no ano de 2019 12% foram MAV, entre eles fentanil (51%), midazolam (13,7%) e metadona (9,1%), seguidos por anfotericina B desoxicolato, heparina, clonidina, lorazepam, epinefrina, morfina, tramadol, esmolol e amiodarona (dados da autora). Conhecer o perfil de MAV na unidade local é fundamental para planejar estratégias de segurança do uso. Por exemplo o fentanil, que na neonatologia pode causar rigidez torácica, uma reação adversa potencialmente fatal. Sabendo disso, precisa-se orientar a equipe para o manejo seguro desse fármaco, incluindo: dupla checagem da prescrição da dose e infusão lenta, por exemplo²⁰.

As principais recomendações de segurança para a prevenção de erros de medicação envolvendo MAV são dadas pelo ISMP-Brasil e podem ser consultadas na íntegra em seu boletim¹⁹.

EMPODERAMENTO DO PACIENTE/CUIDADOR

Por vezes o paciente e seu cuidador estão à margem do processo de cuidado à saúde, sendo meros espectadores dos medicamentos administrados. Incluir o paciente

no seu processo de cuidado à saúde é uma forte estratégia para a prevenção de erros. O empoderamento do paciente é, na sua essência, um processo educativo sobre o uso de medicamentos, sobretudo na administração deles. Ou seja, o paciente/cuidador pode ser, de fato, a última barreira para a intercepção do erro²¹.

O empoderamento do paciente traz em seu bojo o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários para que ele possa ter a tomada de decisões acerca da sua saúde. Quanto mais capacidade de compreensão o paciente/cuidador tiver sobre o seu estado de saúde, maior será a interatividade deste com a equipe de saúde e maior será a garantia da assistência em conformidade com os requisitos que mitiguem riscos e atendam às suas necessidades reais²².

Algumas ações práticas de inclusão e empoderamento do paciente/cuidador são: realizar dupla checagem com o paciente/cuidador; incluir o cuidador no *round* (visita clínica); disponibilizar informações em forma de relatórios ou lista impressa dos medicamentos em uso enquanto hospitalizado²¹, conferência em conjunto do medicamento prescrito a ser administrado.

REFERÊNCIAS

- 1 Sheikh A; Dhingra-Kumar N; Kelley E; Kienny MP; Donaldson LJ. The Third Global Patient Safety Challenge: Tackling Medication-related Harm. Bulletin of The World Health Organization [Internet]. 2017 [citado em 14 jul 2021]; 95, 546–546A. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5537758/pdf/BLT.17.198002.pdf>. Doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.198002>.
- 2 Taketomo CK; Hodding JH; Kraus DM. Pediatric & Neonatal Dosage Handbook. American Pharmacists Association. LexiComp, 22nd Edition. 2015. 2500p.
- 3 Allegaert K; Van de Anker JN. Clinical Pharmacology in Neonates: Small Size, Huge Variability. Neonatology [Internet]. 2014 [citado em 14 jul 2021]; 105(4):344-349. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4111147/pdf/nihms571243.pdf>. Doi: 10.1159/000360648
- 4 Silva P. Farmacologia. 8^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- 5 Morselli PL; Franco-Morselli R; Bossi L. Clinical Pharmacokinetics in Newborns and Infants Age-related Differences and Therapeutic Implications. Clinical Pharmacokinetics [Internet]. 1980 [citado em 14 jul 2021]; 5(6): 485–527. Disponível em: Doi:10.2165/00003088-198005060-00001.
- 6 Liberato E; Souza PM; Lopes CAN; Cruz L. Fármacos em crianças. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2008: Rename 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. p. 18-25.
- 7 Bartelink IH; Rademaker CMA; Schobben AFAM; Anker, JNVD. Guidelines on Paediatric Dosing on the Basis of Developmental Physiology and Pharmacokinetic Considerations. Clinical Pharmacokinetics [Internet]. 2006 [citado em 14 jul 2021]; 45(11): 1077-1097. Disponível em: <https://doi.org/10.2165/00003088-200645110-00003>
- 8 Fuchs FD, Wannmacher L. Farmacologia Clínica e Terapêutica. 5^a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2017.

- 9 Hile GB; Musick KL; Dugan AJ; Bailey AM; Howington GT Occurrence of Hyperbilirubinemia in Neonates Given a Short-term Course of Ceftriaxone versus Cefotaxime for Sepsis. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics* [Internet]. 2021 [citado em 14 jul 2021]; 26(1): 99-103. Disponível em: Doi: 10.5863/1551-6776-26.1.99
- 10 Aizenstein ML. *Fundamentos para o Uso Racional de Medicamentos*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2016.
- 11 Pinto S; Barbosa CM. Medicamentos Manipulados em Pediatria: Estado Actual e Perspectivas Futuras. *Revista Arquivos de medicina*, [Internet]. 2008 [citado em 14 jul 2021]; 22(2-3): 75-84. Disponível em: <https://docplayer.com.br/18704327-Medicamentos-manipulados-em-pediatria-estado-actual-e-perspectivas-futuras.html>
- 12 Belela ASC; Pedreira MLG; Peterlini MAS. Erros de Medicação em Pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [Internet]. 2011 [citado em 14 jul 2021]; 64(3): 563-569. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300022>
- 13 Aronson JK; Ferner RE. Unlicensed and Off-label Uses of Medicines: Definitions and Clarification of Terminology. *Brazilian Journal of Clinical Pharmacology* [Internet]. 2017 [citado em 14 jul 2021];83(12):2615-2625. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5698582/pdf/BCP-83-2615.pdf>. Doi: 10.1111/bcp.13394.
- 14 Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Medicamentos Novos, Pesquisa e Ensaios Clínicos. Como a Anvisa vê o uso off label de medicamentos. 2015. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/informacoes-tecnicas13>
- 15 Ferreira LA; Ibiapina CC; Penido MG; Fagundes EDT. A Alta Prevalência de Prescrições de Medicamentos off label e não Licenciados em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Brasileira. *Revista da Associação Médica Brasileira* [Internet]. 2012 [citado em 14 jul 2021]; 58(1):82-87. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/6VwnpvP9mpQTMrrdsbsbZ9Dn/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000100019>
- 16 Perkins J; Aguado-Lorenzo V; Arenas-Lopez S. Standard Concentration Infusions in Pediatric Intensive Care: The Clinical Approach. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*. [Internet]. 2017 [citado em 14 jul 2021]; 69(5): 537-543. Disponível em: Doi: 10.1111/jphp.12604. Epub 2016 Aug 14. PMID: 27524291
- 17 Barreto HAG; Sestren B; Boergen-Lacerda R; Soares LCC. Standard Concentration Infusions of Inotropic and Vasoactive Drugs in Paediatric Intensive Care: a Strategy for Patient Safety. *Journal of Pharmacy and Pharmacology* [Internet].2019 [citado em 14 jul 2021]; 71(5): 826-838. Disponível em: Doi:10.1111/jphp.13065.
- 18 Jara MC. Unitarização da dose e segurança do paciente: responsabilidade da farmácia hospitalar ou da indústria farmacêutica? *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde* [Internet]. 2012 [citado em 14 jul 2021]; 3 (3): 33-37. Disponível em: http://www.sbrafh.org.br/v1/public/artigos/RBFHSSV3N3_Artigo06_ID199.pdf
- 19 Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos – ISMP. Boletim Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar – lista atualizada 2019. Volume 8. N 1. Fev. 2019.
- 20 Micromedex®. *Micromedex® Healthcare Series* [Internet database]. Thomson Reuters (Healthcare) Greenwood Village (CO); 2006.
- 21 Fredericks, JE; Bunting Jr, RF. Implementation of a Patient-friendly Medication Schedule to Improve Patient Safety within a Healthcare System. *Journal of Healthcare Risk Management* [Internet]. 2010 [citado em 14 jul 2021]; 24(4): 22-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhrm.20030>

22 Nobre FAP; Rodrigues MKS; Costa RMA; Albuquerque EVS; Romão CMSB; Nascimento CCC; Tavares MOQL; Collaço LPB. Empoderamento e Promoção à Saúde: Uma Reflexão Emergente. Brazilian Journal of Health Review [Internet]. 2020 [citado em 14 jul 2021]; 3(5): 14584-14588. Disponível em: file:///C:/Users/User/AppData/Local/Temp/18316-47167-1-PB.pdf DOI:10.34119/bjhrv3n5-253

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

Data de aceite: 01/09/2021

Kelly Cristina Rodrigues

MBA – CEO da Patient Centicity Consulting
São Paulo, SP, 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, Brasil

RESUMO: A assistência pré-natal de qualidade é fundamental para garantir o bem-estar do binômio materno-fetal e para redução de morbimortalidade materna e perinatal evitáveis através de ações de promoção à saúde, rastreamento, diagnóstico e prevenção de doenças. A gravidez é um período de intensas transformações físicas e psíquicas que têm impacto em todos os aspectos da vida da mulher. Por estes motivos, as gestantes necessitam de uma abordagem integral à saúde, com profissionais capacitados e dispostos a ouvir suas expectativas, medos, ansiedades, entendendo sua rede de apoio e auxiliando a gestante a ser protagonista da sua gestação. Este capítulo aborda a experiência da gestante com o pré-natal; a experiência da gestante no momento

do parto; e a experiência da gestante no puerpério.

PALAVRAS-CHAVE: Jornada do paciente; gestante; experiência do paciente; cuidado seguro; pré natal; parto; puerpério; cuidado do paciente; segurança do paciente; cuidado coordenado.

ABSTRACT: Quality prenatal care is essential to ensure the maternal-fetal binomial's well-being and reduce preventable maternal and perinatal morbidity and mortality through health promotion, screening, diagnosis, and disease prevention actions. Pregnancy is a period of intense physical and psychological changes that impact all aspects of a woman's life. For these reasons, pregnant women need a comprehensive approach to health, with trained professionals willing to listen to their expectations, fears, anxieties, understanding their support network, and helping the pregnant woman to be the protagonist of her pregnancy. This chapter addresses the experience of pregnant women with prenatal care, the experience of the pregnant woman at the time of delivery, and the experience of the pregnant woman in the puerperium.

KEYWORDS: Patient journey; pregnant; patient experience; safe care; prenatal care; childbirth; puerperium; patient care; patient safety; coordinated care.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal de qualidade é fundamental para garantir o bem-estar do binômio materno-fetal e para redução de morbimortalidade materna e perinatal evitáveis através de ações

de promoção à saúde, rastreamento, diagnóstico e prevenção de doenças.

A gravidez é um período de intensas transformações físicas e psíquicas que têm impacto em todos os aspectos da vida da mulher. Por estes motivos, as gestantes necessitam de uma abordagem integral à saúde, com profissionais capacitados e dispostos a ouvir suas expectativas, medos, ansiedades, entendendo sua rede de apoio e auxiliando a gestante a ser protagonista da sua gestação.

O acesso a uma assistência de qualidade e o início precoce do acompanhamento ainda no primeiro trimestre da gestação são essenciais para alcançar uma experiência positiva na gravidez, definida pela OMS como:

[...] manter a normalidade física e sociocultural, manter uma gravidez saudável para a mãe e para o bebê (incluindo prevenção e tratamento de riscos, doenças e morte), ter uma transição eficaz para uma experiência positiva durante o trabalho de parto e parto, alcançando a maternidade positiva, que inclui autoestima, competência e autonomia.¹

INICIANDO A EXPERIÊNCIA DA GESTANTE COM O PRÉ-NATAL

Por ser um momento de intenso contato com o sistema de saúde e um momento oportuno para realização de ações de prevenção, promoção e educação em saúde, no pré-natal, todos os profissionais de saúde devem ser estimulados e treinados para orientar as gestantes em relação a importância de uma alimentação saudável, do controle do ganho de peso durante a gestação, da importância da atividade física e da necessidade de cessar o uso de substâncias nocivas à saúde.¹ Para promover o cuidado centrado no paciente, além das orientações de promoção da saúde, na primeira consulta de pré-natal, o profissional deve fazer uma extensa avaliação dos antecedentes pessoais, antecedentes ginecológicos e obstétricos, antecedentes familiares e histórico medicamentoso e vacinal², para personalizar o plano de cuidado de acordo com os fatores de risco apresentados.

As gestantes devem receber a Carteira da Gestante na primeira consulta e esta deve conter todas as informações sobre o seu estado de saúde, resultados de exames laboratoriais e ultrassonografias realizadas, para garantir continuidade, qualidade e segurança no cuidado durante a sua jornada.

Nas consultas de pré-natal de risco habitual, sejam elas realizadas por médicos, enfermeiros ou grupos e rodas de conversa também é indicado que as gestantes recebam orientações sobre o momento do parto. Cabe à equipe de saúde orientar os casais em relação aos sinais e sintomas do trabalho de parto, às vantagens do parto normal e os riscos de uma cesariana desnecessária, métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor, práticas seguras e práticas não recomendadas durante o trabalho de parto, parto, o que é violência obstétrica e qual a importância da amamentação e do contato

pele a pele na primeira hora de vida.²

Essas orientações devem abrir espaço para o casal expressar suas dúvidas e sentimentos, os tornando mais confiantes.² Para auxiliar nessas discussões e reflexões, pode-se elaborar um Plano de Parto para registrar as escolhas do casal, independente da via de parto escolhida pelo casal ou indicada pelo profissional.

A grande maioria das gestações são consideradas de baixo risco ou de risco habitual e transcorrem sem complicações. No entanto, estima-se que 15% são de alto risco³, necessitando de uma assistência pré-natal diferenciada para acompanhamento e tratamento oportuno de doenças crônicas descompensadas, intercorrências obstétricas e fetais, reduzindo os riscos de um resultado desfavorável.

A prematuridade e as complicações relacionadas ao parto prematuro são a principal causa de mortalidade infantil antes dos 5 anos de idade no mundo todo.⁴ Dentre as causas evitáveis de trabalho de parto prematuro destaca-se a infecção do trato urinário e as infecções vaginais. Para prevenção das infecções gênito-urinárias é muito importante educar as gestantes em relação aos hábitos de ingestão hídrica, diurese e higiene íntima. A infecção urinária não tratada está associada a maior risco de trabalho de parto prematuro e complicações como baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas, corioamnionite, sepsse materna e neonatal.⁵ Recomenda-se a coleta de urocultura em cada trimestre da gestação para identificação e tratamento da bacteriúria assintomática^{1,5} e o questionamento ativo sobre sintomas urinários e secreção vaginal nas consultas de pré-natal para que o tratamento seja prescrito precocemente.

Gestantes de alto risco devem receber orientações sobre as possibilidades de um parto prematuro e sobre possíveis complicações relacionadas ao quadro clínico materno e/ou fetal que podem afetar a via de parto, idade gestacional e bem-estar do recém-nascido. É importante que as gestantes entendam quais são os riscos da prematuridade e o impacto na saúde do bebê a curto e a longo prazo, além de serem preparadas para uma internação em UTI neonatal e para receber alta sem o filho nos braços, iniciando uma longa jornada de acompanhamento diário do recém-nascido até a alta hospitalar.

A EXPERIÊNCIA DA GESTANTE NO MOMENTO DO PARTO

A experiência do parto deve ser positiva em todos os cenários, seja na rede privada ou pública, de risco habitual ou alto risco, parto normal ou parto cesárea, termo ou pré-termo.

Com o objetivo de tornar o parto mais seguro em um ambiente hospitalar, normalmente são adotadas várias tecnologias e procedimentos que contribuem para a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Porém, em contrapartida, expõem o binômio a muitas intervenções, que devem ser utilizadas de forma parcimoniosa e

não de forma rotineira, como: a episiotomia, o uso de ocitocina, a cesariana, aspiração nasofaríngea, além de outras. O excesso de intervenções pode deixar de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos nesse processo, mostrando o quanto as mulheres precisam ser acolhidas de diversas formas, desde o processo de educação em saúde para que possa compreender de forma mais ampla a sua situação até o processo de decisão compartilhada, todos estes atributos se referem ao modelo do cuidado centrado no paciente.

Por isso, torna-se imprescindível a qualificação da atenção à gestante, a fim de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde, conforme descrito na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Norma⁶ que busca qualificar o modo de nascer no Brasil e recomenda que informações sobre os benefícios do parto normal, possíveis complicações do parto normal e do parto cesárea, locais de parto disponíveis e qual o local mais adequado para as suas necessidades (domicílio, maternidade, centro de parto normal) e riscos do parto domiciliar.

Além das recomendações de caráter técnico-assistencial, as orientações sobre a comunicação com a gestante durante o trabalho de parto, ratificam como precisamos ainda trabalhar aspectos básicos para estabelecer vínculos e prestar uma assistência mais segura se colocando disponível a atender as suas necessidades assistenciais auxiliando-a a se adaptar ao ambiente e ao momento em que irá viver.

Algumas recomendações da diretriz são:

- Cumprimentar a mulher com um sorriso e uma boa acolhida, se apresentar e explicar qual o seu papel nos cuidados e indagar sobre as suas necessidades, incluindo como gostaria de ser chamada.
- Manter uma abordagem calma e confiante, demonstrando a ela que tudo está indo bem.
- Bater na porta do quarto ou enfermaria e esperar antes de entrar, respeitando aquele local como espaço pessoal da mulher e orientar outras pessoas a fazerem o mesmo.
- Perguntar à mulher como ela está se sentindo e se alguma coisa em particular a preocupa.
- Se a mulher tem um plano de parto escrito, ler e discutir com ela.
- Verificar se a mulher tem dificuldades para se comunicar da forma proposta, se possui deficiência auditiva, visual ou intelectual; perguntar qual língua brasileira (português ou libras) prefere utilizar ou, ainda, para o caso de mulheres estrangeiras ou indígenas verificar se compreendem português.

- Avaliar o que a mulher sabe sobre estratégias de alívio da dor e oferecer informações balanceadas para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela.
- Encorajar a mulher a adaptar o ambiente às suas necessidades.
- Solicitar permissão à mulher antes de qualquer procedimento e observações, focando nela e não na tecnologia ou na documentação.
- Mostrar a mulher e aos seus acompanhantes como ajudar e assegurar-lhe que ela o pode fazer em qualquer momento e quantas vezes quiser. Quando sair do quarto, avisar quando vai retornar.
- Envolver a mulher na transferência de cuidados para outro profissional, tanto quando solicitar opinião adicional ou no final de um plantão.

Em 2011, foi instituída ainda, a Rede Cegonha, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

No componente parto e nascimento da Rede Cegonha figura como ação a adoção de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1996.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal⁶ incluem questões muito importantes para a experiência da paciente, como: apoio físico e emocional, experiência e satisfação das mulheres em relação à dor no trabalho de parto, estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, entre outras.

A EXPERIÊNCIA DA GESTANTE NO PUERPÉRIO

A assistência ao binômio não se restringe ao pré-natal e parto. Para garantir a experiência e o cuidado seguro também deve se considerar o puerpério que, além da mulher, deve ter como foco de atenção o recém-nascido, seja ele a termo ou prematuro (nascidos com menos de 37 semanas de gestação).

Torna-se necessário, nesta fase, muita disponibilidade afetiva por parte dos profissionais, além de todas aquelas premissas já bem conhecidas de segurança do paciente como: linguagem clara e adequada ao nível de entendimento do paciente, checagem do que foi entendido por ele e, a importância de orientar também um familiar, acompanhante ou a pessoa que estará no convívio do paciente no domicílio.

Para conduzir um processo de cuidado seguro durante o puerpério também deve-se atribuir responsabilidades dentro das equipes e definir um programa de avaliação

contínua. Todos os cuidadores devem ser treinados para identificar riscos, compreender os procedimentos de higiene e segurança e analisar situações de risco e acidentes.

A atenção ao binômio no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. No pós-parto, o alojamento conjunto favorece o aprendizado dos pais quanto aos cuidados com o bebê, sendo também um estímulo ao aleitamento materno e ao vínculo afetivo familiar.⁷

Para capacitarmos as famílias para cuidado do bebê em casa, é recomendado um planejamento e um checklist de alta, com o objetivo de desenvolver a habilidade da família no cuidado com o bebê, diminuindo suas angústias, ajudando-os a identificar recursos disponíveis na comunidade e evitando reinternações.⁷

A equipe de saúde deve conduzir o processo de alta conforme as dúvidas e as ansiedades da família, considerando suas subjetividades e especificidades e usando a escuta como um recurso assistencial valioso, a fim de garantir a eficácia do aprendizado.⁸ O saber científico deve chegar às famílias através de orientações claras e vocabulário acessível, se possível com entrega de material explicativo, no intuito de reforçar a educação em saúde; a imposição de condutas precisa ser evitada dando lugar à negociação e compartilhamento de saberes.⁹

No Brasil, o nascimento de bebês prematuros corresponde a 11,5% dos nascidos vivos.¹⁰ A prematuridade está associada a complicações respiratórias, cardíacas, gastrointestinais, neurológicas, visuais, entre outras¹¹ e os bebês prematuros devem ser acompanhados por uma equipe interdisciplinar pelo menos durante os dois primeiros anos de suas vidas, a fim de identificar possíveis sequelas do nascimento antecipado e intervir precocemente, evitando danos à saúde.¹²

Amamentar o bebê prematuro pode ser um processo mais difícil, quando comparado com o bebê a termo, mas é totalmente possível e deve ser estimulado. A mãe do bebê prematuro que não pode ser amamentado, deve ser estimulada a esgotar seu leite no lactário ou banco de leite do hospital.¹²

O esquema vacinal do prematuro é, em grande parte, semelhante aos bebês a termo, no entanto existem algumas diferenças em relação ao momento de aplicação da primeira dose de acordo com o peso e idade gestacional do nascimento.¹³ Por essa razão, manter a família informada é primordial para que se cumpra o calendário vacinal.

Por fim, outros cuidados essenciais para o cuidado do prematuro estão relacionados a alta hospitalar. Deve-se recomendar a restrição de visitas, evitar locais aglomerados, manter as práticas de higienização de mãos e ventilar os locais onde o bebê está, evitando também contato com pessoas doentes.

CONCLUSÃO

Inúmeras ações devem ser praticadas pelos profissionais de saúde para uma boa experiência da mulher no ciclo gravídico-puerperal, independentemente de suas escolhas quanto ao parto, amamentação e cuidados com o recém-nascido. Entre elas destacam-se as que estão relacionadas ao cuidado centrado, a qualidade e segurança assistencial e a jornada da paciente.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [internet]. 1ª edição. Luxemburgo: World Health Organization; 2016 [citado em 16 jul. 2021]. 172 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
2. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa [internet]. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. 1ª edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2016 [citado em 16 jul. 2021]. 231 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [internet]. 5ª edição. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2012. 302 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
4. World Health Organization. Preterm birth. Genebra: World Health Organization; 19 fevereiro 2018 [citado em 16 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
5. Santos Filho OO, Telini AH. Infecções do trato urinário durante a gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 87/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco)
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal-versão resumida [internet]. 1ª edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 16 jul. 2021]. 51 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico [internet]. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 [citado em 16 jul. 2021]. 162 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
8. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
9. Alves VH, Costa SF, Vieira BDG. A permanência da família em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: imaginário coletivo dos enfermeiros. Ciência, Cuidado e Saúde. 2009;8(2):250-56. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8206> doi <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v8i2.8206>
10. Nascer no Brasil; Sumário Executivo; Reproductive Health 2016; 13 (Supplement 3). Childbirth in Brazil.

11. World Health Organization. Preterm birth. Genebra: World Health Organization; 19 fevereiro 2018 [citado em 16 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

12. Nieto G, Rugolo LM, Sadeck LSR, Silveira RC, Garbers R. Nascer prematuro: manual de orientação aos pais, familiares e cuidadores de prematuros na alta hospitalar. 1ª edição. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier; 2016 [citado em 16 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/PDF/Manual%20de%20orientacao%20pais%20de%20prematuros.pdf>

13. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM). Para o prematuro: conheça as proteções essenciais para os prematuros. São Paulo, SP: SBIM; [citado em 16 jul. 2021]. Disponível em: <https://familia.sbim.org.br/seu-calendario/prematuro>

ENFERMAGEM OBSTÉTRICA COMO ESTRATÉGIA PARA UM PARTO SEGURO E RESPEITOSO

Data de aceite: 01/09/2021

Laura Leismann de Oliveira

Doutora em Enfermagem, Enfermeira Obstétrica
do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS
<http://lattes.cnpq.br/4655092948234106>

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
<http://lattes.cnpq.br/0917615370935190>

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
<http://lattes.cnpq.br/3168278018636298>

RESUMO: Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil esbarram no modelo hegemônico da assistência ao parto. Este é centrado na figura do médico e tem como premissa um corpo feminino separado de sua mente; uma máquina defeituosa, imprevisível que necessita de intervenções para organizar e ajustar as funções fisiológicas relacionadas ao parto; as ações intervenientes não consideram os desejos e necessidades referidos pela mulher; o hospital é considerado uma fábrica onde se produzem bebês por meio desta máquina. Assim descrito, este modelo foi denominado por Davis-Floyd¹ de modelo tecnocrático de assistência ao parto. No

modelo tecnocrático, tanto máquina quanto seu produto podem sofrer danos irreparáveis quando reajustados o que, nesta lógica, pressupõe que os atos de “correção” e seus “corretores” sejam mais importantes que a “máquina” a ser corrigida. Este capítulo aborda a trajetória em direção ao parto seguro e respeitoso, a formação e o reconhecimento profissional da enfermeira obstetra, e a enfermagem obstétrica como estratégia para um parto seguro e respeitoso.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem obstétrica; parto; segurança do paciente; qualidade do cuidado; PRONAENF; centro de parto normal; CPN; obstetizes; parto seguro; saúde materna.

ABSTRACT: The sexual and reproductive rights of women in Brazil collide with the hegemonic model of childbirth care. This is centered on the figure of the doctor and is premised on a female body separate from her mind; a faulty, unpredictable machine that needs interventions to organize and adjust physiological functions related to childbirth; the intervening actions do not consider the desires and needs mentioned by the woman; the hospital is considered a factory where babies are produced using this machine. Thus described, this model was called by Davis-Floyd¹ the technocratic model of childbirth assistance. In the technocratic model, both the machine and its product can suffer irreparable damage when readjusted, which, in this logic, presupposes that the acts of “correction” and their “correctors” are more important than the “machine” to be corrected. This chapter addresses the trajectory towards safe and respectful birth, the

training and professional recognition of the obstetric nurse, and obstetric nursing as a safe and respectful birth strategy.

KEYWORDS: Obstetric nursing; childbirth; patient safety; quality of care; PRONAENF; natural childbirth center; CPN; midwives; safe childbirth; maternal health.

TRAJETÓRIA EM DIREÇÃO AO PARTO SEGURO E RESPEITOSO

Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil esbarram no modelo hegemônico da assistência ao parto. Este é centrado na figura do médico e tem como premissa um corpo feminino separado de sua mente; uma máquina defeituosa, imprevisível que necessita de intervenções para organizar e ajustar as funções fisiológicas relacionadas ao parto; as ações intervenientes não consideram os desejos e necessidades referidos pela mulher; o hospital é considerado uma fábrica onde se produzem bebês por meio desta máquina. Assim descrito, este modelo foi denominado por Davis-Floyd¹ de modelo tecnocrático de assistência ao parto. No modelo tecnocrático, tanto máquina quanto seu produto podem sofrer danos irreparáveis quando reajustados o que, nesta lógica, pressupõe que os atos de “correção” e seus “corretores” sejam mais importantes que a “máquina” a ser corrigida.

Em contraposição a este modelo tecnocrático surge o conceito de humanização de assistência ao parto, onde o foco da atenção é dirigido à mulher, lugar onde o parto acontece. A proposta de humanização do parto prevê a assistência integral, onde a atenção não é dirigida somente ao aparelho reprodutor. Neste modelo de atenção a inclusão de tecnologias diversas e consideração às necessidades da mulher e sua família, respeitando seus desejos e de acordo com as melhores evidências científicas disponíveis.²

Nunca houve um deslocamento pleno a esse modelo de humanização. O incentivo a ele produziu um cenário onde lutas acontecem: discussões sobre boas práticas, evidências científicas, ética, segurança e, sobretudo a inclusão da enfermeira obstetra na assistência ao pré-natal e ao parto.³

Oficialmente, o Brasil assume compromissos relacionados ao parto e nascimento a partir do ano 2000, com a portaria 569 do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Entre seus princípios e diretrizes, estabelece que toda a gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, incorporando condutas acolhedoras e não-intervencionistas.²

Tais medidas foram sendo incrementadas por meio de regulamentos, como a Lei nº 11.108/2005. Esta lei expressa a garantia da parturiente ter um acompanhante da sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, porém esta garantia é frequentemente ameaçada em instituições onde o modelo tecnocrático prevalece.⁴

Em 2011 houve a regularização do PHPN por meio do lançamento da estratégia da Rede Cegonha. Com esta estratégia houve a possibilidade de estabelecer, formalmente, uma rede de cuidados para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; à criança foi assegurado o direito ao nascimento seguro. Os principais objetivos da Rede Cegonha continuam sendo a implementação de um modelo à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto e ao nascimento, fundamentado em práticas baseadas em evidências científicas, garantia de acompanhante de escolha da mulher durante o acolhimento, o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e ampliação da atuação da enfermagem obstétrica.⁵

O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia⁶, em publicação endossada pelo Colégio Americano de Enfermeiras Obstetras, preconiza a necessidade do uso de abordagens apropriadas para o manejo intraparto de mulheres de baixo risco, em trabalho de parto espontâneo, centradas na família, o que vai ao encontro das recomendações do Ministério da Saúde e Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Essas abordagens foram publicadas pela primeira vez em 2017 e ratificadas em 2019 e 2021.

A FORMAÇÃO E O RECONHECIMENTO PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA OBSTETRA

Altas taxas de cesariana, de mortalidade materna e de prematuridade apontam dificuldades no avanço da inclusão dos programas governamentais direcionados à atenção pré-natal, parto e nascimento. A constatação de que os hospitais de ensino continuam reproduzindo uma assistência tecnocrática com ações inadequadas e mantendo afastada a expertise da enfermagem obstétrica^{7,8}, fez com que no ano de 2017 o Ministério da Saúde lançasse o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia⁹ (Apice ON). Tal iniciativa foi iniciada em uma rede de hospitais com atividades de ensino para os quais foi estabelecido como objetivo a implementação e disseminação de boas práticas e mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão. A inclusão da assistência aos partos normais de baixo risco por enfermeiras obstetras/obstetrizes foi considerada uma das prioridades neste aprimoramento e, para isso, os hospitais de ensino deveriam fomentar espaços preponderantes na formação, especialmente nas modalidades de especialização e de residência.¹⁰

O aumento significativo no uso de boas práticas na atenção ao parto e nascimento são evidenciados a partir de 2011, coincidentemente após a implementação das estratégias e ações desenvolvidas pela Rede Cegonha^{5,11,12}. A partir daí verifica-se, além de uma grande diminuição no uso de intervenções desnecessárias, um incremento no âmbito da formação e qualificação de recursos humanos¹². Nesta direção foram editados o Programa Nacional de Bolsas para Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF), em 2012;

o Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica (CAEO), em 2013 e o projeto para o Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (APICE ON), no ano de 2017.¹²

Tais ações indicam a preocupação de instituições governamentais e de profissionais da enfermagem em repensar o ensino, desde a graduação em Enfermagem, ressaltando os modelos de assistência ao parto no Brasil e as vantagens da inserção da enfermeira obstetra na atenção às mulheres, porém desviando-se do modelo tecnocrático com um ensino baseado em evidências científicas.¹³

No ano de 2018 foi lançada mundialmente a campanha *Nursing Now*¹⁴ apoiada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e o parlamento inglês. Seus objetivos tiveram como foco o fortalecimento e valorização da profissão da enfermagem e em especial da enfermeira obstetra, descrevendo-as como profissionais essenciais para atingir as metas estabelecidas nos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável global, nacional e localmente.

A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA COMO ESTRATÉGIA PARA UM PARTO SEGURO E RESPEITOSO

As ações da enfermeira são amparadas na Lei nº 7498/86 e no Decreto nº 94406/87, que regulamentam o exercício da enfermagem no Brasil. Preveem a assistência às gestantes, parturientes e puérperas no parto normal, na identificação de distocias e de tomar providências até a chegada do médico; inclui a realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando se tratar de enfermeira obstetra.

Estudos consistentes e recomendações que deveriam impactar nas decisões de gestores sobre modelos de atenção ao parto e nascimento estão disponíveis na Revisão Sistemática da Cochrane¹⁵ que avaliou 15 estudos, envolvendo 17.674 mulheres. Este estudo comparou o modelo de assistência obstétrica liderado por enfermeiras obstetras versus outros modelos de assistência e teve como conclusão que as gestantes atendidas por enfermeiras obstetras tiveram menor probabilidade de sofrer intervenções inadequadas, maior probabilidade de se sentirem satisfeitas com os cuidados recebidos e sem aumento nos resultados adversos maternos e perinatais. Essas mulheres também tiveram maior chance de parto natural espontâneo, com maior sensação de controle sobre a experiência do parto e maior chance de serem atendidas pela enfermeira obstetra/obstetriz conhecida previamente. A revisão sistemática evidenciou a redução do uso de anestesia peridural, de episiotomias e de parto com fórceps ou vácuo extrator. Não houve diferença na taxa de cesarianas nos países estudados e as mulheres pertencentes ao grupo atendido pelas enfermeiras obstetras/obstetrizes tiveram menor probabilidade de parto prematuro e de perder seu bebê.

Em meta-análise que investigou desfechos maternos e perinatais em diferentes

locais de assistência ao parto¹⁶ foi descrito que mulheres que planejaram partos hospitalares tiveram duas vezes menos chance de parto normal do que as mulheres que planejaram partos em Centros de Parto Normal. Ainda, mulheres com gravidez de baixo risco em países de alta renda, não evidenciaram impacto significativo nos resultados perinatais adversos quanto ao local de nascimento planejado. As mulheres que planejavam dar à luz em um Centro de Parto Normal (CPN) ou no domicílio tiveram chances significativamente mais baixas de intervenção e morbidade grave no trabalho de parto e nascimento. O trauma perineal grave ou hemorragia teve taxa menor em partos domiciliares planejados do que em unidades obstétricas hospitalares.

Salienta-se que a atenção ao parto em Centros de Parto Normal, no Brasil ou em outros países, é liderada por enfermeiras obstétricas ou *midwives*.

Comparativamente, há evidências¹⁷ sobre não haver diferenças estatísticas significativas nos desfechos quanto à mortalidade infantil, às chances de natimortalidade, à morte neonatal precoce e perinatais, relacionadas aos nascimentos ocorridos em hospitais, CPNs e no domicílio, entre gestações de baixo risco. Neste estudo, os partos ocorridos em CPNs e no domicílio foram atendidos por enfermeiras.

Estudos internacionais^{16,18} e nacionais^{11,19}, apontam que, em partos fora do hospital e conduzidos por enfermeiras obstetras/obstetrizes, não houve resultados adversos para as mães e recém-nascidos. Entre os resultados considerados favoráveis evidenciou-se que as mulheres tiveram mais partos vaginais espontâneos, amamentaram mais e tiveram menores taxas de intervenções inadequadas do que as mulheres que pariram em unidades hospitalares. As chances de mortalidade perinatal não diferiram entre os locais de nascimento. Houve chance significativamente mais baixas de admissão em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal para os partos ocorridos fora do hospital.

A atenção ao parto que ocorre em CPN se configura um dispositivo complexo onde a atenção prestada pela enfermeira envolve aspectos do ensino e formação profissional, com desenvolvimento de pesquisas cujo foco é a assistência ao parto como evento fisiológico, social e cultural próprio de cada mulher. Neste modelo, a mulher tem direito à escolha tanto do local do parto quanto do profissional que a assiste.¹⁹

Tantos resultados favoráveis traduzem-se em importantes implicações para os custos e serviços de saúde; apoiam a proliferação de CPNs e de partos domiciliares bem como de sistemas para apoiar estes locais, incluindo diretrizes profissionais e de educação.¹⁶

Em todo o Brasil, entre 571 maternidades estudadas e cadastradas na Rede Cegonha, 309 promoveram assistência direta e mais frequente de enfermeiras com inserção de boas práticas durante o TP, parto e com o recém-nascido. Nestas, houve maior uso de partograma, de oferta de líquidos e de alimentos, maior incentivo à livre movimentação da gestante e do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor,

maior contato pele a pele do recém-nascido com a mãe e maior oferta do seio materno na sala de parto¹¹. A administração de soro por punção venosa foi menos frequente, bem como o uso de ocitocina e analgesia durante o TP. No parto, o uso da posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia foi menor. A cesariana também foi menos frequente, em comparação às maternidades que não integram as ações desta profissional. Portanto, os resultados do estudo confirmaram a assistência da enfermeira obstétrica como menos intervencionista no parto, além de expor o avanço no uso das boas práticas.¹¹

A média de ocorrência de partos vaginais assistidos por enfermeiras ocorrida nas maternidades brasileiras avaliadas foi de 30%, chegando a 46% no Norte do país. Por outro lado, as regiões Centro-Oeste e Sul tiveram as menores frequências, respectivamente 19,6% e 18,5%. Apenas a paridade distinguiu as mulheres em relação ao tipo de profissional que assistiu ao parto: as primíparas foram mais atendidas por médicos.¹¹

Os avanços identificados foram considerados insuficientes em relação à competência e contribuição das enfermeiras obstétricas para a atenção à partos vaginais de gestantes de risco habitual. Neste modelo observou-se maior oferta de boas práticas e diminuição de intervenções desnecessárias, redução de chances de cesariana, proporções mais elevadas de partos fisiológicos, resultados mais seguros e de menor custo.¹¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação da enfermagem obstétrica no Brasil e, principalmente da enfermeira obstetra, demonstra avanços significativos em sua atuação e nos resultados maternos e perinatais.

O modelo colaborativo na atenção ao parto incorpora a atuação de outros profissionais da área da saúde e, nele, tem-se observado uma otimização da atuação conjunta entre médicos e enfermeiras. Nesta atenção, cada profissional atua de acordo com as necessidades da mulher em ações potencializadoras e não excludentes.

A inserção de enfermeiras obstetras/obstetrizes na atenção ao parto e nascimento tem promovido um cuidado equilibrado às mulheres, com respeito ao processo fisiológico da parturição e a utilização de intervenções, quando necessárias.

O cuidado é reconhecidamente associado à mestria da enfermagem, distinguido como uma expertise reconhecida no campo da saúde nas práticas de cuidado. A enfermagem obstétrica tem sido valorizada por sua habilidade estratégica para mudança do modelo assistencial ao parto respeitoso e seguro.

REFERÊNCIAS

1. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. International

- Journal of Obstetrics & Gynecology [Internet]. 2001 [citado em 2 jul 2021];75(Suppl 1): 5-23. Disponível em <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1020322246> doi: 10.1016/S0020-7292(01)00510-0
2. Brasil. Portaria nº 569/MS, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000 [citado em 2 jul. 2021]. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
 3. Riffel MR, Moretto VL, Silveira R. Enfermagem obstétrica: trajetória e constituição em sete décadas da Escola de Enfermagem da UFRGS. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2020 [citado em 2 jul 2021];41:e20190142. Disponível em <https://www.scielo.br/r/genf/a/h4jxJ7NQzzFND4QwDcy7nyk/?lang=pt> doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190142
 4. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005 [citado em 2 jul. 2021]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.html
 5. Brasil. portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011 [citado em 2 jul. 2021]. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
 6. The American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG: Committee Opinion 766. Approaches to limit intervention during labor and birth. Obstetrics & Gynecology [Internet]. 2019 [citado em 12 jul 2021];2:e164-173. Disponível em <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth> doi: 10.1097/AOG.0000000000003074. PMID: 30575638
 7. Mendes YMMB, Rattner D. Cesarianas em hospitais universitários brasileiros: uma análise por meio da Classificação de Robson. Revista Panamericana de Saúde Pública [Internet]. 2021 [citado em 12 jul 2021]; 45: e16. Disponível em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53289> doi: 10.26633/RPSP.2021.16
 8. Mendes YMMB, Rattner D. Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice ON: estudo de linha de base. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2020 [citado em 12 jul 2021];54:23 Disponível em <https://www.scielo.br/rj/rsp/a/wWgCwMGQs9kMjdDXRZWPTzp/?format=pdf&lang=pt> doi: org/10.11606/s1518-8787.2020054001497
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 2 jul. 2021]. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 51p. [citado em 2 jul. 2021]. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
 11. Gama SGND, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CKRTD, Silva SDD, *et al.* Delivery care by obstetric nurses in maternity hospitals linked to the Rede Cegonha, Brazil - 2017. Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2021 [citado em 2 jul 2021];26(3):919-929. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/45jmN5Lrvb9hjnN5nj3YnVj/?lang=pt> doi: org/10.1590/1413-81232021263.28482020
 12. Sanfelice CFO, Tiburcio CA, Anastácio JV, Barros GM. Curso de aprimoramento para enfermeiras obstétricas do Projeto Apice On: relato de experiência. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [Internet]. 2020 [citado em 9 jul 2021];24(2): e20190212. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1090262> doi: 10.1590/2177-9465-ean-2019-0212

13. Cavalcante LG, Barbosa DA, Carvalho BB, Souza JTAH, Oliveira RTS, Costa GFC, et al. Estratégias do enfermeiro obstetra para diminuição dos métodos intervencionistas durante o parto normal. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [citado em 2 jul 2021];10(2):e49510211896. Disponível em <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11896> doi: 10.33448/rsd-v10i2.11896
14. *Nursing now* [Internet]. Londres. 2021. Nursing Times celebra o impacto global da campanha Nursing Now [citado em 5 mai 2021]. Disponível em <https://archive.nursingnow.org/nursing-times-celebrates-global-impact-of-the-nursing-now-campaign/>
15. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2016 [citado em 2 jul 2021]; Issue 4(CD004667). Disponível <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full> doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
16. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery* [Internet]. 2018 [citado em 2 jul 2021];62:240-255. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29727829/> doi: 10.1016/j.midw.2018.03.024. Epub 2018 Apr 3. PMID: 29727829
17. Homer CSE, Cheah SL, Rossiter C, Dahlen HG, Ellwood D, Foureur MJ, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000 - 2012: a linked population data study. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [citado em 2 jul];29;9(10):e029192. Disponível em <https://bmjopen.bmj.com/content/9/10/e029192> doi: 10.1136/bmjopen-2019-029192. PMID: 31662359; PMCID: PMC6830673
18. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Systematic Reviews* [Internet]. 2012 [citado em 12 jul 2021];15;2012(8):CD000012. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22895914/> doi: 10.1002/14651858.CD000012.pub4. PMID: 22895914; PMCID: PMC7061256
19. Medina ET, Mouta RJO, Silva SCSB, Gama SGN. Resultados maternos e neonatais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas nos centros de parto normal no Brasil: uma revisão de escopo. *Research, Society and Development* [Internet]. 2020 [citado em 2 jul 2021];9(9):p.e854997933. Disponível em <https://www.rsjournal.org/index.php/rsd/article/view/7933> doi: 10.33448/rsd-v9i9.7933

Data de aceite: 01/09/2021

Carla Betina Andreucci Polido

Médica obstetra, mestrado e doutorado em Ciências da Saúde pela UNICAMP e 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, São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/8276149979667627>

RESUMO: O cuidado seguro em obstetrícia pauta-se na qualificação da assistência durante todo o processo do atendimento da gestante/parturiente/puérpera, em busca da redução da morbidade e da mortalidade materna. Em conceitos ampliados, a assistência segura inclui a prevenção quaternária, que consiste no conjunto de medidas para diminuir os riscos da hipermedicalização e hiperdiagnóstico, e o cuidado livre de danos, que tem por finalidade evitar a percepção negativa sobre a experiência do tratamento, que pode ter efeitos adversos sobre aspectos orgânicos, mentais e de bem-estar social das mulheres. O artigo discute e propõe estratégias para oferta de cuidado materno seguro e respeitoso baseiam-se em princípios intercambiáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência materna; cuidado materno; parto seguro; saúde materna; qualidade do cuidado; segurança do paciente; estratégia de cuidado materno.

ABSTRACT: Safe care in obstetrics is based on the qualification of assistance throughout the process of care for pregnant women/parturients/ puerperal women, seeking to reduce maternal morbidity and mortality. In broad concepts, safe care includes quaternary prevention, which consists of a set of measures to reduce the risks of hypermedicalization and hyperdiagnosis, and damage-free care, which aims to avoid a negative perception about the treatment experience, which can have adverse effects on organic, mental and social welfare aspects of women. The article discusses and proposes strategies for providing safe and respectful maternal care based on interchangeable principles.

KEYWORDS: Maternal care; safe childbirth; maternal health; quality of care; patient safety; maternal care strategy.

1 | INTRODUÇÃO

A segurança é um dos componentes da qualidade do cuidado a pacientes, juntamente com a efetividade, oportunidade, eficiência e equidade. Nesse sentido, a segurança é definida como “evitabilidade, prevenção e melhoria dos resultados adversos ou lesões provenientes do processo assistencial”¹.

O cuidado seguro em obstetrícia pauta-se na qualificação da assistência durante todo o processo do atendimento da gestante/parturiente/puérpera, em busca da redução da

morbidade e da mortalidade materna. Em conceitos ampliados, a assistência segura inclui a prevenção quaternária, que consiste no conjunto de medidas para diminuir os riscos da hipermedicalização e hiperdiagnóstico ², e o cuidado livre de danos, que tem por finalidade evitar a percepção negativa sobre a experiência do tratamento, que pode ter efeitos adversos sobre aspectos orgânicos, mentais e de bem-estar social das mulheres ³.

A prevenção quaternária é especialmente significativa no Brasil quando se fala em segurança, uma vez que a assistência obstétrica no país é considerada altamente intervencionista. Procedimentos desnecessários que aumentam a morbidade e a mortalidade materna devem ser evitados, como cesarianas sem indicação clínica que alimentam as altas taxas de cesariana, realização de episiotomias, indução farmacológica ou por amniotomia do trabalho de parto, obrigatoriedade de posições maternas supinas para o nascimento e separação mãe-bebê, entre outros ^{3,4}. Além disso, desrespeito e abusos, também chamados de violência obstétrica, foram observados durante os atendimentos a 56% das mulheres na coorte “Nascer no Brasil”⁵ e são uma constante preocupação mundial atualmente⁶.

A assistência inadequada ao parto leva à morte de 287.000 mulheres por ano no mundo⁷. Com a prospecção dos dados internacionais, estima-se que no Brasil, há cerca de 60.000 eventos adversos ligados ao parto por ano que podem levar a mortes maternas e perinatais evitáveis. Há cerca de três milhões de nascimentos por ano no Brasil e procedimentos relacionados à assistência ao parto são a terceira causa de internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde no país ^{8,9}, o que ressalta a relevância para indicadores de Saúde da promoção do cuidado obstétrico seguro.

É importante destacar que o cuidado à gestação e ao parto extrapola a atenção hospitalar, iniciando-se na comunidade através do seguimento clínico do pré-natal, da disponibilidade da oferta de educação em Saúde para a gestante e seus familiares e formação de redes de apoio, como apoio à amamentação, apoio nutricional, suporte social, entre outros. Recentemente, a atenção institucional ao parto incluiu as casas de gestantes, bebês e puérperas, e os centros de parto normal intra e extra hospitalares, como forma de ampliação da diversidade dos cenários de atenção obstétrica ¹⁰.

Além da importância numérica, o cuidado obstétrico ideal é multiprofissional, com participação de obstetrias, enfermeiros obstetras, obstetras, pediatras e anesthesiologistas, além das equipes de apoio das maternidades, hospitais e centros de parto (serviço social, serviço de psicologia, serviços de acolhimento e recepção) que atuam em esquema de atendimento contínuo. As diversas configurações de equipes de trabalho e a diversidade de cenários de atendimento podem desencadear maior risco de falhas de comunicação e heterogeneidade de qualidade da assistência ¹¹.

Outro aspecto não menos relevante é a concepção multidimensional da atenção materna e neonatal, incluindo aspectos afetivos, emocionais e de construção de família.

Na assistência materna e neonatal, os fatores humanos, sociais, psicológicos e culturais devem ser considerados. Como o cuidado seguro em obstetrícia implica em prevenção de danos durante a assistência, devemos considerar neste contexto que sofrimentos tais como o social, psíquico, cultural e moral são considerados danos, bem como complicações orgânicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a Lista de Verificação para Partos Seguros em 2009 ¹², com condutas técnicas aplicadas ao cuidado durante o parto que são baseadas em evidências científicas. As listas de verificação resumem práticas de checagem de procedimentos que podem ser adotadas em maternidades e centros de parto globalmente, com objetivo de reduzir a ocorrência de mortes maternas, mortes de bebês intraparto por causas relacionadas ao nascimento, e de mortes neonatais. Em iniciativa similar, em 2014 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil desenvolveu um documento resumindo os principais conceitos e procedimentos para obtenção de uma assistência materna e neonatal segura ¹³, contendo não apenas a proposta de listas de checagem, mas também recomendações de implantação da iniciativa em todos os estabelecimentos de atenção ao parto no Brasil.

Do ponto de vista prático, as estratégias para oferta de cuidado materno seguro e respeitoso baseiam-se em princípios intercambiáveis, que podem ser resumidos nos tópicos:

- Treinamento de equipes com simulações
- Elaboração de protocolos e diretrizes
- Desenvolvimento de estratégias de comunicação
- Aplicação de listas de checagem
- Uso de tecnologia da informação e educação (escores de alerta)
- Liderança com realização de rondas de segurança em todos os níveis de assistência

2 | TREINAMENTO DE EQUIPES COM SIMULAÇÕES

O treinamento das equipes uniformiza os cuidados, que passam a ser independentes de esforços individuais heterogêneos. O treinamento simulado de situações de urgência/emergência comuns em Obstetrícia faz com que as equipes pratiquem intervenções necessárias em um ambiente seguro, potencialmente melhorando resultados maternos e perinatais quando as intercorrências ocorrem na realidade. Simulações também permitem a identificação de fraquezas individuais e da equipe, revelando os erros mais comuns. Os treinamentos devem ser realizados no próprio cenário de atenção, ou seja, na maternidade/

centro de parto em questão, com auxílio de manequins, se necessário e factível. Os treinamentos devem ser propostos após a criação de novos protocolos, e periodicamente repetidos para familiarização de toda equipe com os procedimentos de segurança.

3 | ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS E DIRETRIZES

A elaboração de protocolos é etapa fundamental para a qualificação do cuidado. Deve ter por princípio a utilização das melhores evidências científicas disponíveis para situações específicas, com adaptação para o contexto local de infraestrutura e recursos humanos. A discussão ampliada dos protocolos com toda equipe multiprofissional permite que seja desenvolvido um modelo mental compartilhado (a equipe entende e segue os mesmos protocolos).

4 | DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

As falhas de comunicação são um importante fator de geração de danos na assistência, e estima-se que são responsáveis por grande parte dos eventos sentinelas perinatais. Podem ser devidas à conjuntura das relações interprofissionais da assistência obstétrica, como hierarquia, intimidação, falha de trabalho em equipe e falha na cadeia de comando. As falhas de comunicação podem ser reduzidas substancialmente a partir da discussão conjunta dos protocolos e dos treinamentos com simulação das situações de risco (eventos sentinelas).

A comunicação de informações relevantes sobre a paciente deve basear-se em técnicas definidas, buscando resolução de conflitos, verbalizando preocupações de segurança e garantindo que as mensagens sejam entendidas corretamente. O treinamento da comunicação entre os diversos membros da equipe multiprofissional é de fundamental importância. A comunicação deve basear-se em foco, atuação e objetivos, como no exemplo do **Quadro 1**.

A comunicação deve ser padronizada, com a utilização de alertas pré-definidos que rapidamente informam a toda equipe do surgimento de novos eventos, de forma a explicar rápida e objetivamente a situação, o contexto clínico, a avaliação realizada e a recomendação de conduta terapêutica. Recomendamos a comunicação em alça fechada, ou seja, a repetição do comando da conduta, com confirmação de escuta e realização da medida proposta, como exemplificado no **Quadro 2**.

Recomendamos que sejam realizadas periodicamente reuniões de equipe rápidas, conhecidas como “*briefing*” (antes dos eventos, para pactuação das rotinas), “*huddles*” (reuniões durante assistência em eventos inesperados) e “*debriefing*” (auditorias posteriores). Particularmente o *debriefing* deve sempre buscar reflexões sobre os

procedimentos executados e os resultados obtidos. As perguntas norteadoras desse movimento devem ter enfoque em aspectos positivos, evitando recriminações ou punições. Devem incluir:

- O que foi bem-feito, e por quê?
- O que poderia ter sido feito melhor, e por quê?
- O que você faria diferente na próxima vez?

5 | APLICAÇÃO DE LISTAS DE CHECAGEM

As simulações do trabalho em equipe devem incluir a percepção de alerta para a situação de risco ou evento sentinela. O primeiro passo é a identificação de situações comuns da rotina da maternidade, e a partir delas destacar eventos sentinelas, ou seja, situações em que a evolução habitual do quadro clínico não ocorreu. A utilização de listas de checagem ou verificação da OMS, que já são disponíveis, pode ser muito útil ¹². As listas de checagem auxiliam os profissionais a se lembrarem das ações e procedimentos que são essenciais para um bom cuidado. Cada tarefa da lista é uma ação crucial que, se não executada, pode levar a danos para a mulher e para o bebê. As listas de verificação da OMS contemplam quatro momentos da internação na maternidade/centro de parto: admissão, antes do nascimento (trabalho de parto/cirurgia cesariana), quarto período do parto (até uma hora após o nascimento) e antes da alta. Adicionalmente, a instituição pode incluir listas de checagem adicionais para intercorrências específicas, como as propostas pelo Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (ACOG), que incluem checagens de segurança para indução de parto, cesariana planejada e agendada, parto vaginal após cesarianas (PVAC), distocia dos ombros etc ¹⁴.

6 | USO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO (ESCORES DE ALERTA)

Vários sistemas obstétricos de alerta precoce têm sido descritos com o objetivo de detectar sinais de sintomas clínicos de deterioração dos sinais vitais, com o objetivo de intervenção precoce, como o MEOWS (*Modified Early Obstetrics Warning System* - Sistema de Alerta Precoce em Obstetrícia Modificado)¹⁵. O uso de tecnologia da informação promove maior adesão aos cuidados baseados em diretrizes, vigilância e monitoramento aprimorados de pacientes e diminuição dos erros de medicação, o que pode ser uma ferramenta importante nas rotinas das maternidades.

7 | LIDERANÇA COM REALIZAÇÃO DE RONDAS DE SEGURANÇA EM TODOS OS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA

A liderança do grupo deve ser definida, e os líderes das equipes devem designar e esclarecer funções e responsabilidades de todos os membros, realocar recursos humanos para equilibrar a carga de trabalho e promover reuniões periódicas de equipe. Todo o trabalho em equipe deve basear-se em constante monitoramento da situação de cada paciente, reconhecendo particularidades do cenário e do papel de cada membro da equipe de atendimento ao parto. Os membros da equipe devem monitorar os planos de cuidado e o comportamento de seus colegas, os outros membros da equipe. O desenvolvimento da interdependência entre todos os membros é crucial para seu funcionamento.

8 | SUGESTÕES ADICIONAIS

Adicionalmente, a notificação de eventos sentinelas maternos e perinatais é outra ferramenta para assistência segura. Além de prover dados estatísticos para análises das intercorrências mais frequentes em cada cenário local, a notificação permite que esses eventos possam ser investigados retrospectivamente, e identifica possíveis relações da intercorrência com falhas na assistência.

Um aspecto que não pode ser negligenciado é a avaliação da saúde de todos os membros das equipes de trabalho, considerando aspectos como fadiga, dependência química, uso contínuo de medicações, ocorrência de estresse, e doenças agudas e crônicas. Durante os plantões, é preciso garantir intervalos para alimentação e eliminação, essenciais para o bem-estar dos profissionais de saúde durante seus plantões.

9 | CONCLUSÃO

O cuidado materno seguro e respeitoso passa pela organização dos serviços obstétricos em torno de lideranças e trabalho em equipe, utilizando estratégias de comunicação eficientes, elaboração de protocolos baseados em evidências científicas e auditoria retrospectiva de eventos sentinelas. O uso de listas de verificação (checagem) e escores de alerta precoce também podem ser muito úteis na identificação de eventos sentinelas para desfechos indesejados.

REFERÊNCIAS

1. Charles Vincent. Patient Safety. 2nd ed. 19t. Wiley-Blackwell, editor. Hoboken, New Jersey; 2010. 432 p.
2. Tesser CD. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? Rev Saude Publica. 2017 Dec; 51:116. Doi:10.11606/S1518-8787.2017051000041

3. Salgado H de O, Souza JP, Sandall J, Diniz CSG. Segurança do paciente em maternidades brasileiras: O termômetro de segurança da maternidade como ferramenta para melhorar a qualidade da assistência. *Rev Bras Ginecol e Obstet.* 2017;39(5):199–201. Doi:10.1055/s-0037-1602704
4. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica.* 2014 Aug;30(suppl 1):S17–32. Doi:10.1590/0102-311X00151513
5. Leite TH, Pereira APE, Leal M do C, da Silva AAM. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *J Affect Disord.* 2020 Aug; 273:391–401. Doi: 10.1016/j.jad.2020.04.052
6. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. *World Heal Organ [Internet].* 2015;4. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_cze.pdf
7. Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG.* 2014 Mar;121 Suppl:1–4. Doi:10.1111/1471-0528.12735
8. Brasil. MS/SVS/DASIS. Nascidos vivos – Brasil. Nascim p/resid.mãe segundo Região [Internet]. 2019. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação. Brasil [Internet]. 2021. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
10. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA No 1.020, DE 29 DE MAIO DE 2013 [Internet]. 2013. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html
11. Scarrow PK. Patient safety in obstetrics and beyond. Vol. 31, *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality.* United States; 2009. p. 3. Doi:10.1111/j.1945-1474.2009.00039.x
12. OMS 2009. Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros [Internet]. Who. 2017. 61 p. Available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/scc_implementation-guide_portuguese/en/
13. Brasil. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Anvisa. 2014.
14. ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Patient Safety Checklists. [Internet]. 2012 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://libguides.und.edu/ob-gyn/patient-safety-checklists>
15. Breslin A, Zakaria M, Manager LW, Connor D, Buckley M. THE ROYAL FREE HOSPITAL NHS TRUST MATERNITY CLINICAL GUIDELINES MEOWS Guidance in Maternity Lead Consultant for Labour ward or in response to practice developments. *RFH Obs Pulse Adult RFH Rec Blood Press Neurol Obs.* 2008;(May).

MORTE MATERNA NO BRASIL – AVANÇOS, DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Data de aceite: 01/09/2021

Lenice Gnocchi da Costa Reis

Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4979803732115771>

RESUMO: A morte materna segue sendo uma tragédia que atinge milhares de mulheres por ano¹ e por isso precisa ser objeto de políticas públicas consistentes e permanentes, particularmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, esse é um tema presente na agenda política e de pesquisa, que se intensificou a partir da década de 1980. É inegável que houve avanços, como pode ser visto a partir do declínio da Razão de Morte Materna (RMM), que caiu de 143,2 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, no início da década de 1990², para 59,1, em 2018.³

PALAVRAS-CHAVE: Morte materna; mortalidade materna; pesquisa; saúde da mulher; parto; qualidade do cuidado; segurança do paciente; parto seguro; saúde materna.

ABSTRACT: Maternal death remains a tragedy that affects thousands of women each year¹ and therefore needs to be the object of consistent and permanent public policies, particularly in developing countries. In Brazil, this is a theme present on the political and research agenda,

which intensified from the 1980s onwards. It is undeniable that there have been advances, as can be seen from the decline in the Maternal Death Ratio (RMM), which fell from 143.2 maternal deaths per 100,000 live births in the early 1990s² to 59.1 in 2018.³

KEYWORDS: Maternal death; maternal mortality; search; women's health; childbirth; quality of care; patient safety; safe delivery; maternal health.

INTRODUÇÃO

A morte materna segue sendo uma tragédia que atinge milhares de mulheres por ano¹ e por isso precisa ser objeto de políticas públicas consistentes e permanentes, particularmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, esse é um tema presente na agenda política e de pesquisa, que se intensificou a partir da década de 1980. É inegável que houve avanços, como pode ser visto a partir do declínio da Razão de Morte Materna (RMM), que caiu de 143,2 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, no início da década de 1990², para 59,1, em 2018.³

A queda observada, no entanto, não foi suficiente para alcançarmos as metas internacionais estabelecidas, que embora sejam ambiciosas, são factíveis. O conhecimento e as tecnologias necessárias para garantir uma atenção à saúde de boa qualidade e segura às mulheres, não só durante a gestação, parto e puerpério, mas ao longo de toda sua vida, estão

disponíveis no país, mas são muitos os desafios para a mudança desse quadro.

Há muito se afirma que a morte materna é apenas a ponta do iceberg.⁴ Isso quer dizer que a saúde das mulheres pode ser comprometida por outros eventos durante o ciclo gravídico-puerperal que, se não levam à morte, podem afetar suas vidas e de suas famílias de diferentes maneiras. Certo é que gravidez e parto são processos fisiológicos e a maior parte das mulheres precisa de cuidados básicos e apropriados na hora certa, em ambiente limpo, com apoio emocional de sua escolha para se sentirem confiantes e seguras.

Alcançar uma situação aceitável e mais justa em relação à saúde das mulheres, em especial durante o ciclo gravídico-puerperal, requer esforços de múltiplas dimensões e atuação em diversas frentes. A combinação da produção científica de boa qualidade, do ativismo e da mobilização social, com uma gestão em saúde pautada em evidências científicas, voltada para os interesses da população e aberta a sua participação na definição e avaliação das políticas para a saúde das mulheres, parece ser fundamental para que se crie um efeito sinérgico e duradouro que possa pôr fim a essa situação perversa de descaso com a vida das mulheres. Nesse capítulo alguns exemplos dessas três linhas de atuação serão brevemente apresentados.

A PESQUISA SOBRE A TEMAS RELACIONADOS À MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

A área da obstetria pode ser considerada pioneira em pesquisas e estudos voltados à produção de evidências consistentes para tornar o cuidado mais efetivo e seguro. O Inquérito Confidencial sobre Mortes Materna, iniciado em 1952, no Reino Unido e a *Oxford Database of Perinatal Trials*, que data de 1988, e que deu origem a *Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* e à *Cochrane Library*, demonstram esse empenho.⁵ A América Latina também contribuiu com esse esforço, a produção de Roberto Caldeyro-Barcia, que coordenou o Centro Latino-Americano de Perinatologia (Clap) e se tornou uma referência internacional desde a década de 1970, é um exemplo importante. O Brasil também tem uma longa trajetória de pesquisa nessa área e vale citar o professor José Galba de Araújo, da Universidade Federal do Ceará, reconhecido internacionalmente por seu pioneirismo na humanização do parto, na adoção de tecnologias apropriadas e valorização de lideranças locais na atenção obstétrica.

A produção científica no Brasil sobre temas relacionados à mortalidade materna e à atenção obstétrica segue rica e diversificada. Há diversos grupos de pesquisa no país que produzem estudos importantes como os da Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo (USP); do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, de Pernambuco; do Centro de Pesquisas Epidemiológicas/Universidade Federal de Pelotas; do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) e da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), ambos da Fundação

Oswaldo Cruz (Fiocruz); e da Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas. Esses são apenas alguns entre muitos outros espalhados pelo país igualmente relevantes.

Pesquisadores desses grupos têm feito grandes esforços e em várias oportunidades trabalham de forma cooperativa, desenvolvendo projetos de caráter nacional e publicando em periódicos altamente conceituados.^{6,7,8}

A ampla divulgação de conhecimento baseado nas melhores evidências científicas tem sido objeto de atuação das instituições de ensino e pesquisa e de organizações profissionais. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), é um exemplo, ao longo de décadas, promove debates e a atualização dos profissionais com informações confiáveis. Nessa mesma linha, o Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, do IFF/Fiocruz, que iniciou suas atividades em 2017, reúne um conjunto de conteúdos que propiciam a atualização, a melhoria da prática clínica e a troca de experiências entre os profissionais. Mais recentemente, outras organizações profissionais voltadas para a gestão em saúde, a qualidade do cuidado e segurança do paciente também têm contribuído para a divulgação de conhecimento, instrumentos, ferramentas para a melhoria da atenção ao parto e nascimento.

Outro exemplo atual de cooperação e divulgação de informações, é o Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19, que faz parte do projeto Observatório Obstétrico Brasileiro. Pesquisadores da USP, em parceria com pesquisadores da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), disponibilizam uma plataforma interativa de monitoramento, análises exploratórias dos dados dos casos de Covid-19 em gestantes e puérperas notificados no SIVEP-Gripe. São informações de boa qualidade, disponíveis em tempo oportuno para gestores, outros pesquisadores e profissionais de saúde⁹. Seus dados e análises foram fundamentais para embasar a decisão de imunizar gestantes e puérperas contra a Covid-19.

Toda essa produção nos permite conhecer diferentes aspectos, pois abordam desde questões clínicas, incorporação de tecnologias, efetividade de intervenções e se ampliam na medida em que outros grupos, inclusive de outras áreas do conhecimento, também tomam temas como parto e nascimento como questões de estudo. Por utilizarem um amplo arsenal teórico metodológico, muitas facetas são hoje conhecidas e podem embasar as iniciativas dos gestores. Assim, além das principais causas de morte, do conjunto de fatores que interferem na sua ocorrência, de como se distribuem no território nacional, há muitas outras informações relevantes disponíveis.

Sobre as causas de morte materna, os dados mais recentes apontam que as principais seguem sendo os distúrbios hipertensivos, a hemorragia, a infecção puerperal e as complicações do aborto, que precisam ser consideradas.⁶ De acordo com dados do Ministério da Saúde, apesar de ter havido diminuição da RMM, o ritmo dessa redução diminuiu e ela ainda está muito acima do aceitável.³ Além disso, com a pandemia de

Covid-19, a situação no Brasil agravou-se dramaticamente¹⁰ e revelou que ainda há muito a se avançar para oferecer um cuidado adequado e oportuno a todas as mulheres que dele necessitem, em todos os níveis de complexidade.

Atualmente se conhece bastante bem a rede de serviços voltados às mulheres, desde o acesso ao planejamento reprodutivo¹¹, a estrutura das maternidades¹², o perfil das intervenções no trabalho de parto², a adesão às boas práticas de atenção ao parto e nascimento¹³, fatores relacionados ao aborto¹⁴, entre outros aspectos. Há também um conjunto expressivo de publicações sobre morbidade materna, incorporando amplo espectro de complicações, de eventos de gravidades diversas, incluindo o *near miss* materno¹⁵, e muitos outros que abordam aspectos relacionados à violência obstétrica¹⁶, à qualidade do cuidado e à segurança do paciente.¹⁷

As evidências científicas disponíveis trazem oportunidade para intervenções mais consistentes e suscitam debates que podem identificar lacunas, ampliar e atualizar o escopo das pesquisas. Para isso é necessário a manutenção de uma política de fomento à pesquisa, que tenha caráter mais perene e que possibilite o desenvolvimento científico e tecnológico e a incorporação de novos grupos de pesquisa de todo o país.

A MOBILIZAÇÃO SOCIAL EM PROL DA SAÚDE DAS MULHERES E DO PARTO E NASCIMENTO SEGUROS – COMPROMISSO, PERSISTÊNCIA E AVANÇOS

O descontentamento com a forma como a atenção à saúde das mulheres, em especial no tocante às questões reprodutivas, era tratada no país, resultou em mobilização de grupos de mulheres e de profissionais de saúde, em vários estados brasileiros. Desde a década de 1980, vários grupos de matizes e inserções distintas na sociedade se unem em prol dos direitos das mulheres e vários desses grupos se dedicam ao direito ao parto e nascimento humanizados.

Com a redemocratização do país e a realização de eventos internacionais de grande repercussão mundial, como a Conferência de Nairobi, em 1987, sobre a “Maternidade Segura”, ganha força o reconhecimento da morte materna como algo injusto e inaceitável e que precisava ser enfrentado por políticas públicas para se garantir o direito à vida, à saúde, ao parto e ao nascimento respeitosos e seguros.¹⁸ Depois foram muitas outras conferências internacionais que mantiveram o tema dos direitos das mulheres em debate, provocando o compromisso de países e organizações com a redução das iniquidades e injustiças, com o apoio a maior participação das mulheres nas decisões políticas, com a melhoria da atenção à saúde e com a proteção das mulheres.

No Brasil, o movimento de mulheres atuou fortemente. Em 1983, o lançamento do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) é um marco importante e exemplifica o papel da organização da sociedade civil para o compromisso e a atuação

do Estado.¹⁹ Em 1986, foi a vez de se garantir a incorporação de resoluções no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, inclusive a convocação da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, realizada nesse mesmo ano. Dessa conferência resultou a “Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes”, em que se reafirmava o direito da mulher à atenção à saúde, de forma integral e não reduzida ao seu papel de mãe.²⁰

Na década de 1990, foi fundada a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos que reúne diversos grupos feministas, organizações não governamentais, pesquisadores e outros ativistas do movimento de mulheres e feministas. Inauguram o trabalho em rede, de abrangência nacional, desenvolvem ações de *advocacy* e controle social na área da saúde sexual e reprodutiva, e trazem entre seus princípios o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, importante alicerce para a busca por uma atenção de qualidade e redução da morte materna no país.²¹

Como mencionado, alguns grupos se dedicaram mais especificamente às questões da assistência obstétrica e tiveram forte presença na discussão da humanização do parto e do nascimento no Brasil.²² Merece menção especial a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) que, a partir da década de 1990, reúne em rede associados que se movimentam em todo o país. A ReHuNa tem sido uma força que se atualiza e renova, persiste nos seus princípios de redução de intervenções, com base em evidências científicas, no protagonismo da mulher e no compromisso com o bem estar e “bem nascer”. Atualmente está disponibilizando conteúdo especial sobre a Covid-19, tendo em vista as graves repercussões da pandemia para a saúde das gestantes, puérperas e seus bebês.²³ Há ainda outras organizações igualmente relevantes que lutam pelos direitos sexuais e reprodutivos da mulher como a Parto do Princípio, que também se organiza em rede reunindo mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro.²⁴

Atualmente, organizações mais “jovens” têm tido papel de destaque, aprofundam os debates acerca das questões de gênero e de raça, trazem à tona o tema da violência obstétrica, renovam e dão maior visibilidade as suas reivindicações, impulsionando a agenda da administração pública.

A maior parte desses movimentos/organizações visa mudanças que propiciem melhorias na atenção à saúde da mulher, em especial que assegurem a humanização do parto e do nascimento. Muitos buscam também se aproximar do ideário da universalidade, da integralidade e da equidade que inspiram e orientam a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e reconhecem que as políticas são objeto de disputa, de ação organizada e firme e que muitas iniciativas implementadas pelos gestores foram fruto desse processo de atuação comprometida e persistente.

INICIATIVAS PARA GARANTIR O PARTO E NASCIMENTO SEGUROS

Desde a década de 1980 várias iniciativas vêm sendo implementadas na busca de reverter a situação da saúde materna no Brasil, tomando a RMM como seu indicador mais expressivo. Na década seguinte, logo após a criação do SUS, houve grande efervescência na produção acadêmica e forte mobilização social que fortaleceram as bases da humanização do parto e nascimento. Foram inauguradas maternidades, implementados projetos, instituídos programas, aprovadas leis, tanto pela esfera federal quanto por vários estados e municípios do país. Dentre as muitas iniciativas, algumas de caráter nacional que visam a melhoria da qualidade de atenção em todas as suas dimensões, serão brevemente mencionadas.

No ano 2000, o Brasil se comprometeu com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), definidos no âmbito da Organização das Nações Unidas, voltados para promover o desenvolvimento das sociedades até o ano de 2015. A partir das conferências e debates ocorridos durante os anos anteriores, foram estabelecidas metas e entre elas estava incluída a redução da mortalidade materna em três quartos do nível observado em 1990, até o ano de 2015.²⁵ A importância da inclusão da redução das mortes maternas entre esses objetivos e a adesão do Brasil está no reconhecimento, por parte do governo brasileiro, de que a vulnerabilidade social das mulheres joga importante papel para a manutenção do quadro de morbidade e mortalidade maternas. As pesquisas já apontavam que as mulheres mais pobres tinham maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e que as negras, indígenas e imigrantes sofriam discriminação e eram mais vulneráveis à violência institucional.²⁶ Desse modo, ficava evidente que para alcançar esse objetivo era preciso reduzir as desigualdades e promover a qualidade da atenção obstétrica. Assim, um conjunto de ações governamentais, envolvendo diversos setores e articulando com os diferentes segmentos da sociedade civil organizada, deveria ser empreendido no país.

Poucos meses antes do Brasil assumir esse compromisso, o Ministério da Saúde havia instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e já incorporava como elemento estruturante o direito das mulheres à atenção digna e à humanização do cuidado, recomendando que os profissionais e as instituições de saúde propiciassem um ambiente acolhedor, que o acesso fosse ampliado e que procedimentos inefetivos fossem abandonados, pois poderiam acarretar riscos desnecessários para mulher e para o bebê.²⁷

O ano de 2004 foi muito produtivo em termos de iniciativas do governo. Foi firmado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que envolveu o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), órgãos da administração federal e a sociedade civil organizada. Esse pacto tinha um amplo escopo e visava garantir acesso a serviços de boa qualidade em toda a rede de atenção voltada para o cuidado da mulher e do recém-nato,

desde o planejamento familiar, pré-natal, até o atendimento de urgências obstétricas e pediátricas. Além disso, incentivava o controle social de sua implementação²⁸ e preconizava a implantação dos comitês de morte materna e a capacitação para vigilância do óbito materno, como estratégias de melhoria do registro e da qualidade das informações.

Na esteira do entendimento de que a pobreza precisava ser enfrentada para que se obtivesse a redução da morte materna e neonatal, neste mesmo ano, é criado o Programa Bolsa Família.²⁹

Ainda em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que contou com a participação de movimentos sociais, sociedades e profissionais de saúde. Logo no ano seguinte, foram editadas as normas para a atenção humanizada ao abortamento e a lei que permitia a presença de acompanhante, de acordo com a escolha da mulher, durante todo o período de internação para o parto, no SUS. Em 2007, foi garantido o direito da gestante de vinculação à maternidade de assistência ao parto no SUS, visando promover o acolhimento das mulheres e evitar a peregrinação em busca de assistência.³⁰

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha. A ideia era organizar a rede e direcionar as mudanças no modelo de atenção ao parto. A Rede Cegonha pretende assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e, às crianças, garantir o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. A primeira avaliação de caráter nacional da atenção ao parto e nascimento após a implementação da Rede Cegonha foi realizada pelo Projeto Nascer no Brasil. O estudo mostrou que ainda permaneciam as altas taxas de cesariana, o uso excessivo de intervenções, falhas na organização dos serviços.² Outros estudos apontam que a implantação da rede se dá de forma desigual entre as regiões do país, havendo ainda inadequação dos serviços e necessidade de capacitação das equipes.¹³

Por fim, vale mencionar o investimento na elaboração de diversos protocolos e diretrizes clínicas para dar sustentação técnico-científica à mudança no modelo de atenção ao parto e orientar os profissionais de saúde e gestores. Foram publicadas recentemente as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana e as Diretrizes de Atenção à Gestante: o parto normal.^{31,32}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças necessárias para reverter a situação da morte materna e da qualidade da atenção à saúde da mulher no Brasil, em especial dos serviços voltado para o pré-natal e o parto, precisam ir muito além das intervenções técnicas. A mobilização social, o apoio político, a implantação completa das intervenções de amplo espectro, dada a natureza do problema, e sua manutenção, além do fomento permanente aos projetos de pesquisa,

são imprescindíveis para que os avanços duramente alcançados não sejam perdidos. As avaliações se constituem em valiosos instrumentos, identificam os avanços, mas também as falhas e desafios que precisam ser olhados de forma honesta, de modo a orientar profissionais e gestores sobre as correções necessárias.

É preciso pensar que para mudar um modelo de atenção, é imprescindível mudar a forma de olhar e entender a dinâmica dos serviços de saúde, do processo de atenção e do papel da mulher na sociedade. Para essas mudanças, a aproximação a novas temáticas e suas bases teóricas e instrumentais podem ser de grande valia. Nesse sentido, as contribuições da Segurança do Paciente, entendida como um conjunto organizado de atividades, que se propõe a mudar a cultura institucional e comportamentos, implementar tecnologias e procedimentos cientificamente embasados, a criar ambientes mais seguros para todos, de forma consistente e sustentável, pode auxiliar na melhoria da qualidade do cuidado, tornando os erros menos prováveis e reduzindo a ocorrência de eventos adversos.³³

Desenhar um plano de nacional voltado para a segurança do paciente em serviços obstétricos, que oriente seus gestores na incorporação de uma estrutura clara de liderança e governança, que contemple processos de gerenciamento de riscos, que promova uma cultura inclusiva e que valorize o trabalho em equipe, capaz de atuar em situações de rotina e de responder efetivamente às situações de emergência, pode ser mais uma iniciativa para alavancar as mudanças necessárias.

Assim nos aproximamos da proposição de Souza e Pileggi-Castro³⁴, que enfatizam a importância da prevenção quaternária em obstetrícia e a incorporação de práticas tais como as auditorias clínicas associadas a simulações realísticas para a capacitação das equipes no manejo de complicações obstétricas.

Sem dúvida, adotar radicalmente o Princípio da Não-Maleficência, que determina a obrigação de não infligir danos intencionalmente, é imprescindível para a área obstétrica, é reafirmar o respeito à vida - física e psíquica. Portanto, a escolha do tema “Cuidado materno e neonatal seguro” para o Dia Mundial da Segurança do Paciente, do ano de 2021, é bastante oportuno.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary. World Health Organization. [Internet]. 2019.[citado em 10 ago. 2021]. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327596>
2. Leal MC, Pereira, APE, Domingues, RMSM, Filha, MM Theme; Dias, MAB; Nakamura-Pereira, Marcos; Bastos, MH; Gama, SGN . Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. saúde pública. 2014;30(Sup):17-32

3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico N° 20. Volume 51. [Internet]. 2020. [citado em 10 ago. 2021]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/>
4. Laurenti, R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. *Rev. Saúde públ.* 1988, v.22:507-12.
5. Shah HM, Chung KC. Archie Cochrane and his vision for evidence-based medicine. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(3):982-988. doi:10.1097/PRS.0b013e3181b03928
6. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cien Saúde Colet.* [Internet] 2018; [citado em 10 ago. 2021] 23(6):1915-1928. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/?lang=pt> doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018
7. Esteves-Pereira AP, Deneux-Tharoux C, Nakamura-Pereira M, Saucedo M, Bouvier-Colle MH, Leal MC. Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in Brazil. *PLoS One* 2016;11(04):e0153396. doi: 10.1371/journal.pone.0153396
8. Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, et al; Brazilian Network for the Surveillance of Severe Maternal Morbidity study group. 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
9. Rodrigues A. Lacerda, L, Francisco, RPV 'Brazilian Obstetric Observatory' arXiv preprint arXiv:2105.06534 (2021).
10. Nakamura-Pereira M, Amorim MMR, Pacagnella RC, Takemoto MLS, Penso FCC, Rezende-Filho J, et al. COVID-19 and Maternal Death in Brazil: An Invisible Tragedy. *RevBrasGinecol Obstet.* 2020;42(8):445-7.
11. Trindade, R.E, Siqueira, B.B, de Paula, T.F, Felisbino-Mendes, M.S. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres Brasileiras.. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019. [citado em 10 ago. 2021]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-contracepcao-e-desigualdades-do-planejamento-reprodutivo-das-mulheres-brasileiras/17372?id=17372>
12. Bittencourt SDA, Domingues RMSM, Reis LGC, RamosMM, Leal MD. Adequacy of public maternal care services in Brazil. *Reprod Health* 2016;13(Suppl 3):120. Doi: 10.1186/s12978-016-0229-6
13. Bittencourt, S.D.A, Vilela, M.E.A, Oliveira, M.C, Santos, A.M., Silva, C.K.R.T, Domingues, R, Reis, A.C, Santos, G.L. Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha: Avaliação do grau de implantação das ações. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 [citado em 10 ago. 2021]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atencao-ao-parto-e-nascimento-em-maternidades-da-rede-cegonha-avaliacao-do-grau-de-implantacao-das-acoas/17663>
14. Menezes, Greice MS.; Aquino, EML.; Fonseca, Sandra Costa; Domingues, Rosa Maria Soares Madeira. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado em 10 ago. 2021]; 36(supl.1). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36suppl1/e00197918/>
15. Andrade, MS et al. Morbidade materna grave em hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2020[citado em 10 ago. 2021] Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, e00096419.
16. Leite TH, Pereira APE, Leal MDC, da Silva AAM. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *J Affect Disord.* 2020;273:391-

17. REIS, LGC. Maternidade segura. In: SOUSA, P., and MENDES, W., comps. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde [Internet]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, [citado em 10 ago. 2021].pp. 391-415. ISBN 978-85-7541-641-19 Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0019>..

18. Ventura, M. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. *Rev. Bioét.*, 2008, v.16, n.2, p.217-228.

19. Pitanguy, J. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: Giffin, Karen e Costa, Sarah H. (orgs.). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 19-38, 1999, p. 37.

20. Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:1073-83

21. Rede Feminista de Saúde [Internet]. A Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. s/d [citado em 10 ago. 2021]; [Apresentação]. Disponível em: <https://redesaude.org.br/institucional/>

22. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005; 10(3): 627-637.

23. ReHuNa. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. [Internet]. Sars-cov-2 e Covid-19. [citado em 10 ago. 2021]. Disponível em: <http://rehuna.org.br/noticias/sarscov2-covid19/>

24. Parto do Princípio [Internet]. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Quem Somos. [citado em 10 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/sobre> .

25. Martins, AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2006, vol.22, no.11, p.2473-2479. ISSN 0102-311X

26. Organização das Nações Unidas (ONU). *Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* New York: ONU; 2015.

27. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1281-1289.

28. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. 2004. [citado em 10 ago. 2021]. Disponível em: http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf

29. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet* 2013; 382(9886):57-64.

30. Rattner, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface*. 2009[citado em 10 ago. 2021] *Botucatu*, 13, 595-02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/c4knLrs3Rqg3SxzyR4QC3j/?lang=pt>

31. Ministério da Saúde. *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal*. [Internet]; Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [citado em 10 ago. 2021]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/DDT_Assistencia_PartNormal.pdf

32. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. [citado em 10 ago. 2021]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/diretrizes-nacionais-de-atencao-a-gestante-operacao-cesariana/>

33. World Health Organization (WHO). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; [Internet] 2021. [citado em 10 ago. 2021]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

34. Souza JP, Pileggi-Castro C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. Cad Saude Publica. 2014;30 Suppl 1:S1-S3. doi:10.1590/0102-311xpe02s114

**PARTE III -
CUIDADO NEONATAL SEGURO**

Data de aceite: 01/09/2021

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
<http://lattes.cnpq.br/3246791895201559>

Beatriz de Freitas Junqueira

Pediatra Neonatologista. Mestranda em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde pela UFRN. 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

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

RESUMO: A mortalidade neonatal é um problema de saúde pública. Representa cerca de 45% de todas as mortes em crianças menores de cinco anos e cerca de dois terços ocorrem nos primeiros três dias após o nascimento, em decorrência de complicações relacionadas a prematuridade, asfixia perinatal ou infecção. No

Brasil, embora a mortalidade de recém-nascidos (RN) venha reduzindo, uma parcela significativa ainda está associada à asfixia perinatal. A qualidade da assistência pré-natal e ao parto tem influência inquestionável nestes desfechos desfavoráveis. Práticas ultrapassadas ou pouco seguras precisam ser substituídas por práticas atualizadas e apoiadas em evidência científica, em equipe com formação específica e treinada nos guias de prática clínica voltados à assistência ao RN no parto e no período neonatal. Além disso, os estabelecimentos de saúde devem ter infraestrutura e processos de trabalho bem definidos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que as práticas seguras são uma prioridade. Este capítulo abrange: o cuidado centrado no paciente-família e comunicação efetiva, a Golden Hour, e a importância do cuidado neonatal baseado em evidências.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado neonatal; neonatal; cuidado centrado no paciente; golden hour; hora de ouro; clampeamento; comunicação efetiva; cuidado neonatal; medicina baseada em evidências; qualidade do cuidado; segurança do paciente; parto seguro; saúde materna.

ABSTRACT: Neonatal mortality is a public health problem. It represents about 45% of all deaths in children under five years of age. About two-thirds occur in the first three days after birth due to complications related to prematurity, perinatal asphyxia, or infection. In Brazil, although the mortality of newborns (NB) has been decreasing, a significant portion is still associated with

perinatal asphyxia. The quality of prenatal care and delivery has an unquestionable influence on these unfavorable outcomes. Outdated or unsafe practices need to be replaced by up-to-date practices supported by scientific evidence in a team with specific training and trained in clinical practice guides to assist newborns in childbirth and the neonatal period. In addition, health facilities must have a well-defined infrastructure and work processes. The World Health Organization (WHO) considers safe practices to be a priority. This chapter covers patient-family-centered care and effective communication, the Golden Hour, and the importance of evidence-based neonatal care.

KEYWORDS: Neonatal care; neonatal; patient-centered care; golden hour; golden hour; clamping; effective communication; neonatal care; evidence-based medicine; quality of care; patient safety; safe delivery; maternal health.

INTRODUÇÃO

A mortalidade neonatal é um problema de saúde pública. Representa cerca de 45% de todas as mortes em crianças menores de cinco anos e cerca de dois terços ocorrem nos primeiros três dias após o nascimento, em decorrência de complicações relacionadas a prematuridade, asfixia perinatal ou infecção. No Brasil, embora a mortalidade de recém-nascidos (RN) venha reduzindo, uma parcela significativa ainda está associada à asfixia perinatal.^{1,2}

A qualidade da assistência pré-natal e ao parto tem influência inquestionável nestes desfechos desfavoráveis. Práticas ultrapassadas ou pouco seguras precisam ser substituídas por práticas atualizadas e apoiadas em evidência científica, em equipe com formação específica e treinada nos guias de prática clínica voltados à assistência ao RN no parto e no período neonatal. Além disso, os estabelecimentos de saúde devem ter infraestrutura e processos de trabalho bem definidos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que as práticas seguras são uma prioridade.³

Vale ressaltar que embora esforços sejam feitos para que o cuidado materno no parto seja mais respeitoso, orientado em dignidade, privacidade, confidencialidade, segurança e na decisão compartilhada, pouco tem sido estudado sobre o cuidado neonatal respeitoso, que também é essencial. Os padrões de qualidade relacionados à “experiência do cuidado” neonatal foram pouco desenvolvidos pela OMS, em parte pelas limitações inerentes a incapacidade de verbalização do RN. Entretanto, estes indivíduos também necessitam ter dignidade e privacidade, mas fundamentalmente, necessitam do cuidado gentil e seguro, de ambientes compassivos onde a minimização da dor, a separação da mãe e intervenções desnecessárias sejam levadas ao limite.⁴

Nesse sentido, apresentaremos estratégias baseadas em evidência científica que contribuem para o cuidado neonatal seguro e respeitoso, como a comunicação efetiva, o cuidado centrado no paciente-família, os cuidados na “*golden-hour*” e a importância destas

estratégias para o cuidado neonatal.

CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE-FAMÍLIA E COMUNICAÇÃO EFETIVA

O Cuidado Centrado no Paciente e Família é uma filosofia de assistência que coloca a criança e sua família no centro de todas as decisões de cuidado em saúde. Fortalece a parceria entre os prestadores de cuidados, pacientes e famílias. No contexto neonatal, a família é compreendida como parte integrante do cuidado ao RN, precisando estar inserida em tudo o que lhe diz respeito. O livre acesso ao filho, o respeito, a informação e a decisão compartilhadas melhoram a saúde e o bem-estar do RN, diminuem o tempo de internação, fortalecem o vínculo do RN com a família e aumentam a taxa de amamentação.⁵

Os métodos de comunicação e o conteúdo das informações transmitidas são decisivos para os pais controlarem suas emoções, para amenizar o impacto das notícias difíceis e encontrarem suporte para enfrentar o futuro. A comunicação efetiva possibilita uma boa cooperação entre a família e os profissionais de saúde, além de melhorar os resultados para a saúde da criança e reduzir os conflitos judiciais.⁶

A OMS define os cuidados respeitosos de maternidade como uma abordagem que enfatiza os direitos fundamentais das mulheres, do RN e das famílias e que promove o acesso equitativo à assistência baseada em evidências, ao mesmo tempo que reconhece as necessidades e preferências únicas das mães e dos RN. É imprescindível a construção de uma cultura organizacional voltada para a ressignificação de crenças, valores e atitudes dos profissionais, valorizando a comunicação efetiva, que é a chave para facilitar o cuidado centrado no paciente e estabelecer uma relação de confiança entre a família e a equipe de saúde.⁷

As falhas na comunicação entre profissionais de saúde ou entre estes profissionais e os pacientes são um dos principais fatores diretos ou contribuintes para a ocorrência de erros e de eventos adversos no cuidado à saúde. A comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros que ocorrem na atenção à saúde. Assim, a comunicação efetiva é fundamental para a melhoria da segurança do paciente. Todas as formas de comunicação, principalmente entre as equipes, devem ser feitas de modo padronizado e estruturado, com a utilização de ferramentas e evitando-se a perda de informações, especialmente aquelas que têm impacto nos cuidados do paciente. As falhas na comunicação incluem a falta da comunicação, a comunicação errônea/incompleta ou ainda o não entendimento do que se quer comunicar. A comunicação efetiva reduz os erros e aumenta a satisfação dos pacientes e sua aderência às recomendações dadas.⁸

O trabalho em equipe é essencial para a eficiência e qualidade dos cuidados em saúde e leva a resultados favoráveis para o paciente. A simulação e o treinamento em equipe podem beneficiar os profissionais de saúde, melhorando a competência interprofissional, definida como o conhecimento de outros profissionais, incluindo a compreensão do seu

treinamento e do conjunto das habilidades e clareza das funções individuais e da equipe. No parto, a presença de equipes multiprofissionais incluindo membros com especialização em obstetrícia, ginecologia e neonatologia somada ao treinamento eficaz, com práticas de transferência e comunicação, aumentam a segurança ao nascimento, em especial, ao RN.⁹

Em organizações chamadas de alta confiabilidade, aquelas que mantêm um desempenho praticamente sem erros, ferramentas de comunicação têm sido utilizadas, algumas das quais poderiam ser adaptadas e utilizadas no setor da saúde. As ferramentas de aprendizagem incluem *debriefings*, simulações e sistemas de notificação com difusão de mensagens de segurança. Os *debriefings* envolvem a desconstrução de incidentes usando perguntas reflexivas, enquanto o treinamento com simulações envolve a revisita dos profissionais ao evento, buscando uma cultura centrada na comunicação, na liderança e na tomada de decisões.¹⁰

Além disso, é fundamental compreender que a implementação de protocolos clínicos é um desafio a perseguir e isto não prescinde da comunicação efetiva, das habilidades práticas da equipe e do uso de checklists. Como exemplo, é recomendado que o líder da reanimação neonatal conduza um *briefing* pré-ressuscitação, em especial nos nascimentos de risco, identifique intervenções que possam ser necessárias e pactue tarefas delegadas aos membros da equipe para que o sucesso da reanimação possa ser alcançado.¹¹

A comunicação não efetiva e as falhas relacionadas à comunicação se apresentam como oportunidades de melhoria. Há necessidade de aprimoramento, de desenvolvimento do senso de trabalho em equipe e de colaboração constante entre os profissionais, para tornar mais segura a assistência à saúde.¹²

“A GOLDEN HOUR”

A “*golden hour*” ou a hora de ouro, se refere à primeira hora de vida do RN, um momento de transição da vida intrauterina para a pós-natal, com necessidade de grandes adaptações pulmonares, cardíacas e metabólicas. Os protocolos clínicos da “*golden hour*” englobam ações importantes para tornar essa transição mais gentil e fisiológica, além de influenciar no prognóstico do RN, destacando-se o contato pele a pele, a prevenção da hipotermia ao nascimento, o clampeamento tardio do cordão umbilical e o estímulo ao aleitamento materno precoce.

O contato pele a pele consiste em colocar o RN com boa vitalidade em contato no abdome ou tórax materno logo após o nascimento e antes do clampeamento do cordão umbilical, mantendo-o assim ao longo da primeira mamada, independente da via de parto. É uma prática simples, de fácil aplicação e com muitos benefícios: promove a termorregulação do RN, prevenindo a hipotermia, aumenta a chance de sucesso e o tempo de aleitamento materno exclusivo, melhora a estabilidade cardiorrespiratória ao nascimento, melhora o

controle glicêmico, aumenta o vínculo entre os pais e o RN, regula o estresse e ansiedade dos pais e do RN, reduz o choro neonatal, promove a contração uterina, diminui o risco de hemorragia pós-parto e estimula o desenvolvimento cerebral neonatal.¹³ Dessa forma, outros cuidados, como a pesagem, o banho e outros procedimentos devem ser adiados sempre que possível, a depender da estabilidade do RN e da puérpera. Caso a mãe não tenha condições clínicas ou não deseje manter o contato pele a pele com seu filho, esta prática pode ser promovida com o pai ou com o familiar presente.

A hipotermia neonatal (temperatura axilar < 36,5°C) é preditor independente da mortalidade neonatal, causando aumento da frequência de óbito conforme a diminuição da temperatura corporal além de estar relacionada ao aumento da frequência de distúrbios respiratórios ao nascimento, da infecção neonatal e de hemorragia intracraniana em RN prematuros. Para manter a normotermia (entre 36,5 e 37,5°C) algumas medidas podem ser adotadas como o estímulo ao contato pele a pele, a secagem da cabeça e corpo do RN ao nascimento com compressas aquecidas, a manutenção da temperatura da sala de parto entre 23 e 26°C, o envolvimento dos RN prematuros < 34 semanas em saco plástico ao nascimento e o combate a hipotermia materna no parto.¹⁴

Ao nascimento, o clampeamento tardio do cordão umbilical (entre 30 e 180 segundos) em RN estáveis que não necessitam de reanimação, mantém a passagem de sangue pela placenta, promovendo a melhor adaptação cardiorrespiratória pós-natal e a transferência de maior volume sanguíneo para o RN. Essa prática se justifica por aumentar a concentração de hematócrito e hemoglobina e a reserva de ferro nos primeiros meses de vida, diminuir a necessidade de transfusão sanguínea, a incidência de anemia ferropriva, de enterocolite necrosante e de hemorragia intracraniana, além de melhorar o neurodesenvolvimento na primeira infância e por não causar prejuízos à saúde materna.¹⁵

A OMS recomenda o estímulo ao aleitamento materno precoce logo ao nascimento, como forma de promover a nutrição, o desenvolvimento e a sobrevivência infantil. O aleitamento na primeira hora de vida aumenta o tempo total de aleitamento materno exclusivo e diminui a mortalidade neonatal.¹⁶

Assim, os procedimentos preconizados na “*golden hour*” são simples, de fácil execução e com grandes benefícios para o RN e seus familiares, além de influenciar na construção de uma sociedade mais saudável.

IMPORTÂNCIA DO CUIDADO NEONATAL BASEADO EM EVIDÊNCIAS

Esforços vêm sendo envidados para determinar, através das melhores evidências científicas, as intervenções que possam reduzir especialmente as causas associadas à mortalidade neonatal. O cuidado neonatal chamado essencial precoce (*Early Essential Newborn Care*) é constituído por um pacote de medidas com foco na melhoria da qualidade

e das práticas neonatais. No centro desta estratégia encontram-se medidas de suporte no período intraparto para a mãe e para o RN. São protocolos clínicos baseados em evidência e preconizados pela OMS, como a realização de manobras de ressuscitação para o RN que não respira adequadamente e o tratamento antimicrobiano oportuno no caso de sepse neonatal suspeita. Embora a implantação destes protocolos clínicos sabidamente resulte em melhores desfechos para o RN no mundo todo, sabemos que muitos dos nascimentos ainda não estão alinhados a estas recomendações.¹⁷

É importante ressaltar que a prática baseada em evidências tem como base o uso sensato e consciente da melhor evidência científica, integrado à experiência clínica do profissional, mas também aos valores e preferências das pessoas. Entender a complexidade em torno da implementação destas práticas possibilita identificar seus pontos críticos e barreiras e enfrentá-los, resultando em melhoria da qualidade. Uma das estratégias para este enfrentamento é a colaboração em rede, como é o caso da Rede Vermont de Oxford, da qual alguns centros brasileiros participam. Através da rede e de intervenções multifacetadas foi possível, por exemplo, ampliar a administração mais precoce de surfactante para os RN prematuros, também uma prática baseada em evidências.¹⁸

O projeto Cada Bebê Importa (*Each Baby Counts*) desenvolvido no Reino Unido foi fruto do reconhecimento de que a falta de gerenciamento dos riscos associados ao nascimento poderia associar-se aos óbitos fetais intraparto em bebês de termo e a um cuidado chamado “subótimo”. Para enfrentarmos este problema precisamos reconhecer sua existência e atribuí-lo a devida importância. Nesse sentido, são investigadas as oportunidades de melhoria em pontos que são fundamentais para a detecção e intervenção como a interpretação da cardiocografia, o reconhecimento do risco, a comunicação entre a equipe, os fatores humanos individuais, educação e treinamento, bem como o manejo do parto e do cuidado neonatal.¹⁹

Neste contexto, os protocolos de reanimação neonatal decorrem de um conjunto de práticas baseadas em evidência revisadas periodicamente, com o objetivo de preencher as lacunas do conhecimento. A capacitação da equipe multiprofissional e a utilização efetiva destes protocolos resultam na redução da morbimortalidade neonatal. Seus efeitos são em curto, médio e longo prazos. O treinamento maciço da equipe multiprofissional contribuiu para a implementação destas práticas. Vale lembrar que as intervenções são preconizadas com base na melhor evidência disponível no momento. Como exemplo, a avaliação da frequência cardíaca através da monitorização por eletrocardiografia de três canais derivou de cinco ensaios clínicos não randomizados, que foram as melhores evidências disponíveis na época. Mais recentemente, algumas intervenções demonstraram, através de revisões sistemáticas, benefício para a assistência neonatal, com destaque para o uso da máscara laríngea, que revelou reduzir a necessidade de intubação traqueal do RN.²⁰

Ainda há muito a ser feito no âmbito da pesquisa, assistência e gestão, com foco na

melhoria do cuidado neonatal com base nas melhores evidências científicas, para que este efetivamente se torne seguro e, também, respeitoso.

REFERÊNCIAS

1. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. *Leves & trends in child mortality: report 2018, estimates developed by the UN inter-agency group for child mortality estimation*. New York: United Nations Children's Fund; 2018. Disponível em: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/09/UN-IGME-Child-Mortality-Report-2018.pdf>
2. Almeida MFB, Kawakami MD, Moreira LMO, Santos RMV, Anchieta LM, Guinsburg R. Early neonatal deaths associated with perinatal asphyxia in infants with >2500g in Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2017; 93(6): 576-84.
3. Ghebreyesus TA. How could health care be anything other than high quality? *Lancet Glob Health*. 2018; 6(11): e1140-1141.
4. Sacks E. Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care. *Reproductive Health*. 2017; 14 (1):66.
5. Franck LS, O'Brien K. The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Res*. 2019;111(15):1044-1059.
6. Serra G, Memo L, Coscia A, Giuffrè M, Iuculano A, Lanna M, *et al*. Recommendations for neonatologists and pediatricians working in first level birthing centers on the first communication of genetic disease and malformation syndrome diagnosis: consensus issued by 6 Italian scientific societies and 4 parents' associations. *Ital J Pediatr*. 2021; 47(1):94.
7. WHO Guidelines approved by the Guidelines Review Committee. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. [Internet]. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
8. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004; 13 (Suppl 1):i85-90.
9. Vanderbilt AA, Pappada SM, Stein H, Harper D, Papadimos TJ. Increasing patient safety with neonates via handoff communication during delivery: a call for interprofessional health care team training across GME and CME. *Adv Med Educ Pract*. 2017; 8:365-367.
10. Serou N, Sahota LM, Husband AK, Forrest SP, Slight RD, Slight SP. Learning from safety incidents in high-reliability organizations: a systematic review of learning tools that could be adapted and used in healthcare. *Int J Qual Health Care*. 2021; 33(1):mzab046.
11. Bennett SC, Finer N, Halamek LP, Mickas N, Bennett MV, Nisbet CC, *et al*. Implementing Delivery Room Checklists and Communication Standards in a Multi-Neonatal ICU Quality Improvement Collaborative. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2016; 42(8):369-76.
12. Moreira FTLS, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019; 40(esp):e20180308.
13. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16;5(5):CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11:CD003519.

14. Perlman J, Kjaer K. Neonatal and Maternal Temperature Regulation During and After Delivery. *Anesth Analg*. 2016;123(1):168-72.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth: ACOG Committee Opinion, Number 814. *Obstet Gynecol*. 2020; 136(6):e100-e106.
16. Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. Geneva: World Health Organization; 2017.
17. Xu T, Yue Q, Wang Y, Murray J, Sobel H. Childbirth and Early Newborn Care Practices in 4 Provinces in China: A Comparison With WHO Recommendations. *Global Health: Science and Practice*. 2018; 6(3): 565-73.
18. Soll RF, McGuire W. Evidence-Based Practice: Improving the Quality of Perinatal Care. *Neonatology*. 2019; 116 (3):193-8.
19. Robertson L, Knight H, Snelling EP, Petch E, Knight M, Cameron A, *et al*. Each baby counts: national quality improvement programme to reduce intrapartum-related deaths and brain injuries in term babies. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2017; 22(3): 193-8.
20. Trevisanuto D, Galderisi A. Neonatal Resuscitation: State of Art. *Am J Perinatol*. 2019; 36(2): S29-32.

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

Data de aceite: 01/09/2021

Denise Schauern 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

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

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

RESUMO: A amamentação na primeira hora de vida é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como um importante componente na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, devendo ser implementada como rotina hospitalar no intuito de reduzir a mortalidade neonatal. É potencialmente benéfica para as crianças de todos os países, porém seus benefícios parecem ser maiores entre os países com maiores

taxas de mortalidade neonatal, o que pode ser explicado pelo fato desses países possivelmente terem piores condições de assistência ao parto e nascimento. A importância da amamentação nos países de baixa e média renda é bem conhecida, mas existe menos consenso a respeito de sua importância nos países de alta renda. Apesar disso, apenas 37% das crianças menores de 6 meses são exclusivamente amamentadas nos países de baixa e média renda e, com poucas exceções, a duração da amamentação é menor em países de renda alta do que naqueles carentes de recursos. Estima-se que a ampliação da amamentação poderia prevenir 823.000 mortes em crianças menores de 5 anos e 20.000 mortes por câncer de mama a cada ano, demonstrando que a promoção da amamentação é igualmente importante nos países ricos e pobres. Este capítulo aborda a importância do aleitamento materno, seus benefícios e impactos.

PALAVRAS-CHAVE: Amamentação; proteção do recém nascido; aleitamento; qualidade do cuidado; segurança do paciente; parto seguro; saúde materna.

ABSTRACT: Breastfeeding in the first hour of life is recognized by the World Health Organization as an important component in promoting, protecting, and supporting breastfeeding. It should be implemented as a hospital routine to reduce neonatal mortality. It is potentially beneficial for children in all countries. Still, its benefits seem to be greater among countries with higher rates of neonatal mortality, which can be explained by the

fact that these countries possibly have worse conditions of assistance during delivery and birth. The importance of breastfeeding in low- and middle-income countries is well known, but there is less consensus about its importance in high-income countries. Despite this, only 37% of children under 6 months of age are exclusively breastfed in low- and middle-income countries. With few exceptions, the duration of breastfeeding is shorter in high-income countries than in resource-poor countries. It is estimated that scaling up breastfeeding could prevent 823,000 deaths in children under 5 and 20,000 deaths from breast cancer each year, demonstrating that breastfeeding promotion is equally important in rich and developing countries. This chapter addresses the importance of breastfeeding, its benefits, and its impacts.

KEYWORDS: Breast-feeding; protection of the newborn; quality of care; patient safety; safe delivery; maternal health.

A amamentação na primeira hora de vida é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como um importante componente na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, devendo ser implementada como rotina hospitalar no intuito de reduzir a mortalidade neonatal. É potencialmente benéfica para as crianças de todos os países, porém seus benefícios parecem ser maiores entre os países com maiores taxas de mortalidade neonatal, o que pode ser explicado pelo fato desses países possivelmente terem piores condições de assistência ao parto e nascimento.¹

A importância da amamentação nos países de baixa e média renda é bem conhecida, mas existe menos consenso a respeito de sua importância nos países de alta renda. Apesar disso, apenas 37% das crianças menores de 6 meses são exclusivamente amamentadas nos países de baixa e média renda e, com poucas exceções, a duração da amamentação é menor em países de renda alta do que naqueles carentes de recursos. Estima-se que a ampliação da amamentação poderia prevenir 823.000 mortes em crianças menores de 5 anos e 20.000 mortes por câncer de mama a cada ano, demonstrando que a promoção da amamentação é igualmente importante nos países ricos e pobres.²

A importância do aleitamento materno para a nutrição infantil e para a prevenção da morbidade e mortalidade infantis, assim como a prevenção de enfermidades crônicas, é bem reconhecida. Dessa maneira, a amamentação é um componente essencial para a sobrevivência materno-infantil e dos programas de saúde. Estudo realizado com 545 crianças de um município de Minas Gerais identificou que apenas 4% destas estavam em aleitamento materno exclusivo (AME) aos 6 meses de vida, 22,4% estavam em aleitamento predominante e 43,4% em aleitamento materno complementar. Foi evidenciado que no terceiro mês de vida as crianças já haviam recebido água (56,8%) e suco natural ou fórmula infantil (15,5%). Aos 12 meses de idade, 31,1% das crianças já haviam consumido suco artificial, 50% já consumiam doces e 25% já haviam consumido macarrão instantâneo.³ Reforçando a importância dos programas de saúde com enfoque no aleitamento materno e introdução alimentar adequada para garantir um crescimento e desenvolvimento saudáveis

às crianças. Portanto, o aleitamento materno iniciado de forma precoce após o parto (durante a primeira hora de vida é crucial para a sobrevivência imediata. O início precoce do aleitamento materno também tem sido relacionado à manutenção da amamentação por mais tempo e está associado a muitos outros resultados adicionais positivos no longo prazo, na nutrição e na saúde da mãe e da criança.⁴

Iniciar o mais cedo possível após o parto e a amamentar exclusivamente são dois componentes importantes e relacionados entre si que estabelecem o efeito protetor do aleitamento materno contra morbimortalidade neonatal. O início imediato da amamentação assegura que o recém-nascido receba o colostro, geralmente conhecido como a “primeira vacina” devido a seu rico conteúdo de importantes fatores imunológicos (tanto secretores quanto celulares), agentes antimicrobianos, anti-inflamatórios e vitamina A, todos importantes para a proteção imediata e no longo prazo contra infecções. Além disso, a prática da amamentação após o parto também ajuda a estabelecer padrões de amamentação de maior duração.⁴

O contato pele a pele na primeira hora de vida tem como benefícios a melhor efetividade da primeira mamada, estabelecimento de sucção eficaz de forma mais rápida, proporciona melhor regulação e manutenção da temperatura corporal do recém-nascido e estabilidade cardiorrespiratória. Este momento de interação mãe-bebê também resulta em melhores índices de aleitamento aos 4 meses e maior duração do AM, favorece comportamento de afeto, apego, vínculo e sentimentos de felicidade entre a díade. Estudo realizado em hospital universitário de Porto Alegre mostra que 45,2% das mulheres receberam informações sobre esta prática (contato pele a pele) no Centro Obstétrico e apenas 9% foram orientadas durante o pré-natal. Outras fontes desta informação foram mídia, amigos, grupos de gestantes, formação profissional na área e gestações anteriores. Este mesmo estudo trouxe dados sobre onde as mulheres receberam informação sobre aleitamento materno: 77,1% receberam no Centro Obstétrico ou no Alojamento Conjunto, 20% durante o pré-natal e 8,4% familiares.⁵ Dados que reforçam a importância das orientações durante o pré-natal, tornando a mulher mais empoderada sobre este assunto e mais preparada para a prática da amamentação.

Os benefícios a curto prazo do aleitamento materno são inúmeros. A redução da mortalidade infantil por causas evitáveis, tendo a amamentação um efeito protetor. Redução do risco de contrair diarreia e protege do agravamento do quadro, onde crianças que não são amamentadas têm 3 vezes mais chance de contrair, desidratar e morrer por diarreia do que as que amamentam. Proteção de doenças respiratórias devido aos fatores de proteção contidos no leite materno, interferindo de forma positiva no curso da doença. Crianças amamentadas têm menos chance de adquirir pneumonias ou bronquiolites. Outro benefício do aleitamento é a proteção contra alergias. Crianças amamentadas apresentam menos dermatites atópicas, alergia à proteína do leite de vaca, rinites e asma.⁶

Nos primeiros seis meses de vida, o aleitamento materno exclusivo promove nutrição adequada, auxilia no desenvolvimento das estruturas orais que serão responsáveis pela mastigação, fala e respiração nasal, desenvolvendo as funções do sistema estomatognático. O exercício que a criança faz ao retirar o leite da mama promove o desenvolvimento adequado das estruturas orais responsáveis pela prevenção de alterações de mastigação, deglutição, fala, má oclusão dentária e respiradores bucais.⁶

O aleitamento materno é indispensável para um melhor desenvolvimento global (cognitivo, motor, psíquico, emocional, fisiológico) da criança que, conseqüentemente, carregará esses benefícios ao longo da sua vida.⁷ (Silva, 2020) Um estudo coreano concluiu que o desenvolvimento de crianças que foram amamentadas por menos de 3 meses foi significativamente inferior ao de crianças que foram amamentadas por mais de 3 meses. Quando compararam os dois grupos identificaram diferença significativa na comunicação, resolução de problemas em 14,1 meses e linguagem expressiva aos 3 anos.⁸

A relação entre a amamentação e saúde mental também foi estudada, uma revisão sistemática da literatura afirma que crianças amamentadas por pelo menos três a quatro meses tiveram menos transtornos de conduta na infância.⁹

Evidências demonstram substancialmente que o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida tem efeito protetor e reduz o risco de sobrepeso e obesidade na vida adulta.¹⁰ Ser amamentado também tem efeito positivo a longo prazo sobre as medidas de massa óssea, principalmente na adolescência, o que sugere uma revisão sistemática sobre esse assunto.¹¹

Estudo a longo prazo sugere que a amamentação aumenta o desempenho nos testes de inteligência com efeitos na vida adulta, em nível individual e social, aumentando o nível de escolaridade e a capacidade de ganho de renda.¹² (Victora et al, 2015). Outra revisão com estudos mais recentes também reforça a hipótese de que a amamentação tem relação com o desempenho em testes de inteligência e com isso também sobre o capital humano e a capacidade de ganho financeiro na vida adulta.¹³

Benefícios relatados a longo prazo podem ser citados como o desenvolvimento adequado da cavidade bucal por melhora da conformação do palato duro e correto alinhamento dos dentes e boa oclusão dentária, promoção do vínculo afetivo entre mãe e bebê oportunizando que a criança aprenda muito cedo a se comunicar com confiança e afeto e com todas as vantagens relacionadas acima quando a amamentação é bem sucedida tem efeito na melhora da qualidade de vida destas famílias.¹⁴

Dentre as ações implementadas para promover o aleitamento materno, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) está entre as intervenções mais eficazes para melhorar as taxas de aleitamento materno na primeira hora (AMPH), aleitamento materno exclusivo (AME), amamentação predominante (AMP) e qualquer amamentação (AM).¹⁵

Estudo realizado para estimar a fração atribuível populacional da mortalidade infantil evitável mediante as mudanças em indicadores de amamentação no Brasil devido à Iniciativa Hospital Amigo da Criança, demonstrou que a prevalência de AMPH foi 11,7% maior nos bebês que nasceram em hospital amigo da criança (HAC) quando comparado aos bebês não nascidos em HAC, assim como aumentou em 7,9% o AME e em 2,1% o AM. Essas prevalências mais elevadas de amamentação resultaram na redução de 4,2% de mortes neonatais tardias, 3,5% de mortes por todas as causas e 4,2% de mortes por infecção, reforçando a importância de fortalecer e expandir a IHAC no Brasil como estratégia para aumentar a sobrevivência infantil.¹⁵

Outra estratégia necessária é a capacitação dos profissionais para o desenvolvimento de competências e habilidades em aleitamento materno para realizar intervenções adequadas e superar as possíveis barreiras à amamentação, sobretudo na primeira hora da vida.⁷ O manual da IHAC como um dos 10 passos para o sucesso na amamentação: *“Capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política”*.¹⁶ Estudo qualitativo realizado com enfermeiros de uma cidade do Rio de Janeiro mostrou que os profissionais entendem a importância dos saberes acerca dos métodos de orientação, posicionamento e estímulo ao aleitamento, de mostrar-se disponível para uma escuta ativa e para intervenções, em prol da amamentação, quando necessárias. Foi ressaltada a importância da comunicação efetiva entre o profissional e a nutriz para que o aleitamento se estabeleça de forma efetiva, inclusive salientando a importância de utilizar recursos visuais para facilitar a compreensão das informações.¹⁷

Dentre os fatores limitadores para a amamentação encontra-se a assistência restrita às normas da instituição hospitalar, o parto cesáreo, a não realização do pré-natal e a falta de incentivo ao alojamento conjunto.⁷

Outro fator limitante para a amamentação é o estado psíquico materno. A depressão pós-parto tem implicações diretas no aleitamento materno e no desenvolvimento infantil. Os profissionais de saúde e a rede de apoio desta mulher precisam estar atentos, pois se os sintomas forem identificados ainda no pré-natal e se forem manejados de forma adequada, o impacto deste evento na amamentação e no desenvolvimento do bebê será reduzido.¹⁸

REFERÊNCIAS

1. Boccolini CS, Carvalho MLD, Oliveira MICD, Pérez-Escamilla RP. A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría [Internet]. 2015 [citado em 06 jul. 2021];54(3):141-147. Disponível em: http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v54n3/v54n3_a05.pdf
2. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton N, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet. 2016;387(10017):475-490.
3. Lopes, W et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2018 [citado em 07 jul. 2021]; 36(2): 164-170. Disponível em: <https://www.scielo.br/rpp/a/>

4. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

5. Campos PM, Gouveia HG, Strada JKR, Moraes BA. Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2020 [citado em 05 jul. 2021];41(esp):e20190154. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/d9ZGSyPWYzSWvDv3r8fPHfp/?lang=pt> doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190154

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 4 v. : 115-132.

7. Silva CPVD, Fettermann FA, Assumpção PKD, Rosa ABD, Fernandes MNDS, Donaduzzi DSDS. Aleitamento materno exclusivo na primeira hora de vida do recém-nascido. *Saúde (Santa Maria) [Internet]*. 2020 [citado em 08 jul. 2021];46(1):1-14. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaudef/article/view/41745/pdf> doi:10.5902/2236583441745

8. Kim, K M. Choi, JW. Associations between breastfeeding and cognitive function in children from early childhood to school age: a prospective birth cohort study. *International Breastfeeding Journal [Internet]*. 2020 [citado em 08 jul. 2021]15(83). Disponível em: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13006-020-00326-4.pdf> doi:10.11606/S1518-8787.2018052000439

9. Poton WL, Soares ALG, Oliveira ERA, Gonçalves H. Breastfeeding and behavior disorders among children and adolescents: a systematic review. *Revista de Saúde Pública [Internet]*. 2018 [citado em 11 jul. 2021], 52(9). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/bmtnRRnqFhKS6jc3VJQXGrP/?lang=en>. doi:10.11606/s1518-8787.2018052000439.

10. Uwaezuoke SN, Eneh CI, Ndu IK. Relationship Between Exclusive Breastfeeding and Lower Risk of Childhood Obesity: a narrative review of published evidence. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics [Internet]*. 2017 [citado em 10 jul. 2021], 11. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5398325/pdf/10.1177_1179556517690196.pdf/ doi: 10.1177/1179556517690196.

11. Muniz, LC, Menezes, AMB, Buffarini, R. et al. Efeito da amamentação na massa óssea desde a infância até a idade adulta: uma revisão sistemática da literatura. *Int Breastfeed J [Internet]*. 2015 [citado em 11 jul. 2021], 10(31). Disponível em: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-015-0056-3> <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0056-3>

12. Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet Global Health [Internet]*. 2015 [citado em 10 jul. 2021], 3(4):199-205. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)70002-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)70002-1/fulltext). [http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(15\)70002-1](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(15)70002-1).

13. Horta BL, Sousa BA, Mola CL. Breastfeeding and neurodevelopmental outcomes. *Current Opinion In Clinical Nutrition & Metabolic Care*. maio 2018; 21(3): 174-178. doi: 10.1097/MCO.0000000000000453

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 184p.

15. Silva OLDO, Rea MF, Venâncio SI, Buccini GDS. A iniciativa hospital amigo da criança: contribuições para o incremento da amamentação e redução da mortalidade infantil no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2018 [citado em 08 jul. 2021];18(3):491-499. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rbsmi/a/vDkQ5MGb5qmDz46496vX4WC/?format=pdf&lang=pt> doi:10.1590/1806-93042018000300003
16. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança / Ministério da Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde - Brasília - 2010*
17. Azevedo ARR, Alves VH, Souza RMP, Rodrigues DP, Branco MBLR, Cruz AFN. O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2015 [citado em 10 jul. 2021];19(3): 439-445. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/BsFg7cnYsXZrxBHsV7cd7qD/?format=pdf&lang=pt> doi:10.5935/1414-8145.20150058
18. Lino CM, Ribeiro ZB, Possobon RF, Lodi JC. O impacto da depressão pós-parto no aleitamento materno e no desenvolvimento infantil: uma revisão integrativa. *Nursing* [Internet]. 2020 [citado em 10 jul. 2021]; 23(260): 3507-3511. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/260/pg31.pdf>

ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL PEDIÁTRICA: GARANTIA DE SAÚDE MATERNO- INFANTIL POR TODA VIDA

Data de aceite: 01/09/2021

Claudia Regina Cachulo Lopes

Professora de Pediatria da Universidade de Santo Amaro
São Paulo, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2122286089146340>

Cinthia Torres Leite

Fisioterapeuta especialista em cuidados intensivos neonatais e pediátricos, Hospital Israelita Albert Einstein
São Paulo, SP, Brasil

RESUMO: A consulta da gestante no terceiro trimestre de gestação pelo pediatra é uma oportunidade para redução da morbimortalidade neonatal associada à assistência na sala de parto e a consulta na primeira semana de vida. Esta consulta reduz os medos, as apreensões e a ansiedade da família em relação à chegada do filho, por antecipar informações e estratégias de enfrentá-las resolvendo situações do cotidiano dos bebês, além de empoderar os pais em cuidados eficientes dos seus filhos. Este capítulo aborda temas de aleitamento materno e seus impactos, a importância do pediatra e prevenção de doenças, entre outros.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-natal; saúde materna, saúde materno-infantil, amamentação; qualidade do cuidado; segurança do paciente; parto seguro; saúde materna.

ABSTRACT: The pediatrician's consultation of pregnant women in the third trimester of pregnancy is an opportunity to reduce neonatal morbidity and mortality associated with care in the delivery room and consultation in the first week of life. This consultation reduces the fears, apprehensions and anxiety of the family regarding the arrival of the child, by anticipating information and strategies to face them, solving daily situations for babies, in addition to empowering parents in efficient care for their children. This chapter addresses issues of breastfeeding and its impacts, the importance of pediatricians and disease prevention, among others.

KEYWORDS: Prenatal; maternal health, maternal and child health, breastfeeding; quality of care; patient safety; safe delivery; maternal health.

INTRODUÇÃO

A consulta da gestante no terceiro trimestre de gestação pelo pediatra é uma oportunidade para redução da morbimortalidade neonatal associada à assistência na sala de parto e a consulta na primeira semana de vida. Esta consulta reduz os medos, as apreensões e a ansiedade da família em relação à chegada do filho, por antecipar informações e estratégias de enfrentá-las resolvendo situações do cotidiano dos bebês, além de empoderar os pais em cuidados eficientes dos seus filhos^{1,2}.

Em 2017 a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) lançou um Manual de Orientações

para a realização dessa consulta. Neste mesmo documento, a SBP recomenda incentivar uma consulta pediátrica pré-natal, ressaltando que na gestação é um momento rico e apropriado para se discutir vários aspectos da saúde e segurança da criança³.

Um dos aspectos mais importantes nesta consulta é abordar a importância do aleitamento materno (AM). O papel protetor da amamentação contra mortes em crianças menores de 5 anos é de grande relevância, tanto para países de média e baixa renda, como para os de alta renda. Estima-se que o AM ótimo, ou seja, aquele que é exclusivo até 6 meses de idade e complementar até 2 anos, de acordo com a recomendação internacional, poderia prevenir cerca de 12% das mortes de crianças menores de 5 anos a cada ano. Há descrição de que metade dos episódios de diarreia e mais de 70% das internações por essa doença poderiam ser evitados pela amamentação, assim como um terço das infecções respiratórias e 57% das hospitalizações por elas causadas⁴.

Um estudo brasileiro demonstrou que lactentes amamentados exclusivamente com leite materno até seis meses são significativamente protegidos contra infecções por pneumococos, independentemente da vacinação pneumocócica⁵.

Falar em aleitamento materno é falar em proteção e promoção à saúde, tanto para a mãe quanto para o bebê. O leite materno é um alimento natural rico em proteínas, gorduras e outros nutrientes que hidrata e fortalece o bebê. Além disso, ele age como fator protetor para toda a vida devido aos anticorpos existentes, principalmente nas primeiras horas de vida onde ocorre o colostro, fase inicial do leite que fortalece ricamente o bebê. Além de todas as vantagens para o bebê, o leite materno protege a mãe devido a facilitação da cicatrização, contração uterina e recuperação do peso, além de prevenir contra doenças futuras como câncer e outras. Promover boas práticas de aleitamento materno é promover uma vida segura e feliz.

EXISTEM MUITAS VANTAGENS DO AM PARA O BEBÊ:

- 1- A amamentação supre todas as necessidades dos primeiros meses de vida, para o bebê crescer e se desenvolver sadio;
- 2- O leite materno é alimento completo porque contém vitaminas, minerais, gorduras, açúcares e proteínas, todos apropriados para o organismo do bebê;
- 3- O leite materno é limpo e pronto:
 - Sem risco de contaminação como na mamadeira;
 - Está pronto a qualquer hora, na temperatura certa para o bebê;
 - Não precisa ser comprado;

- 4- Ajuda no desenvolvimento orofacial (reduz 68% da má oclusão e melhora da função mastigatória), diminui a incidência de cáries e problemas na fala;
- 5- Tem mais fácil digestibilidade;
- 6- Bebês que mamam no peito apresentam melhor crescimento e desenvolvimento ajudando na prevenção do sobrepeso/obesidade (OMS estima redução de 25% da obesidade na vida adulta). Trabalhos científicos demonstram melhora no desenvolvimento cognitivo promovendo crianças mais inteligentes. Victora e col. demonstram aumento do Quociente de Inteligência (QI) na vida adulta e estudo americano demonstrou aumento de vocabulário^{6,7}.
- 7- É o alimento ideal, não sendo necessário oferecer água, chá ou nenhum outro alimento até os seis meses de idade.

EXISTEM MUITAS VANTAGENS DO AM PARA A MÃE:

- 1- As mulheres devem ser incentivadas a amamentar normalmente após a cirurgia;
- 2- Não há necessidade de descartar o leite materno após a anestesia;
- 3- Anestésicos e analgésicos não opióides são transferidos para o leite materno em quantidades muito pequenas. Não há evidências de efeitos no lactente para quase todos os medicamentos utilizados no período perioperatório;
- 4- Medicamentos como opióides e benzodiazepínicos devem ser usados com cuidado, principalmente após doses múltiplas e em mães de bebês de até 6 semanas de idade (corrigidos para a idade gestacional). Nessa situação, o bebê deve ser observado quanto a sinais de sonolência anormal e depressão respiratória, principalmente se a mulher estiver mostrando sinais de sedação. Medidas poupadoras de opióides são preferíveis para a mulher que amamenta. A anestesia local e regional tem benefícios a esse respeito e também interferem menos na capacidade da mulher de cuidar de seu bebê;
- 5- A codeína não deve ser usada por mulheres que amamentam, devido a preocupações com sedação excessiva em alguns bebês, relacionadas a diferenças no metabolismo;
- 6- Ajuda na saúde materna diminuindo incidência de câncer de ovário, mama e diabetes 2
- 7- Ajuda nas questões financeiras com diminuição do gasto com doenças na infância

e a melhora do QI melhoraria a renda familiar.

O aleitamento materno sem dúvidas promove proteção e melhorias tanto para mãe quanto para filho. Dentre vários benefícios, o vínculo que se faz através deste ato torna mãe e filho mais fortes e de certa forma promove uma redoma em torno deles através do amor⁸.

Dentre vários benefícios que o aleitamento materno promove é importante destacar fato que tange o quesito infecções respiratórias. A proteção do leite materno contra infecções respiratórias foi demonstrada em vários estudos. Assim como ocorre com a diarreia, a proteção é maior quando a amamentação é exclusiva nos primeiros seis meses. É comprovado que a amamentação diminui a gravidade dos episódios de tais infecções⁴.

Em Pelotas (RS), a chance de uma criança não amamentada ser internada por pneumonia nos primeiros três meses foi 61 vezes maior do que em crianças amamentadas exclusivamente⁹. Já o risco de hospitalização por bronquiolite foi sete vezes maior em crianças amamentadas por menos de um mês¹⁰.

Estima-se uma redução de 50% de episódios de otite média aguda em crianças amamentadas exclusivamente por 3 ou 6 meses quando comparadas com crianças alimentadas unicamente com leite de outra espécie¹¹.

Ocorre também a redução no risco de alergias. Estudos mostram que a amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida diminui o risco de alergia à proteína do leite de vaca, de dermatite atópica e de outros tipos de alergias, incluindo asma e sibilos recorrentes¹².

O sobrepeso ocorre consideravelmente mais em indivíduos que não amamentaram exclusivamente na primeira infância, o que já é descrito nas considerações da OMS. A maioria dos estudos que avaliaram a relação entre obesidade em crianças maiores de 3 anos e tipo de alimentação no início da vida constatou menor frequência de sobrepeso/obesidade em crianças que haviam sido amamentadas¹³.

Há evidências de que o aleitamento materno contribui para um melhor desenvolvimento cognitivo e ainda que há grande contribuição para o desenvolvimento e crescimento do bebê porque melhora a formação da cavidade oral, pois o exercício que a criança faz para retirar o leite da mama é muito importante para o desenvolvimento adequado de sua cavidade oral¹⁴.

Dentre muitas vantagens para a mulher que amamenta, destaca-se a proteção contra câncer de mama e diabetes tipo 2, além da proteção contra as seguintes doenças: câncer de ovário, câncer de útero; hipercolesterolemia, hipertensão e doença coronariana; obesidade; doença metabólica; osteoporose e fratura de quadril; artrite reumatoide; depressão pós-parto e diminuição do risco de recaída de esclerose múltipla pós-parto ^{11,15,16}.

Acerca das orientações sobre o aleitamento materno, elas se tornam importantes desde o preparo da mama para prevenção de fissuras, técnicas de extração para evitar

o ingurgitamento mamário, técnicas de armazenamento e oferta do leite ordenhado, início da amamentação ainda na sala de parto, manutenção por 6 meses no mínimo e preferencialmente por 2 anos, orientações contraindicando o aleitamento cruzado e o uso de chupetas e mamadeiras. Tais orientações devem avaliar, entretanto, as contraindicações do aleitamento e apoiar o aleitamento maternizado, evitando o leite de vaca integral, causa esse de grande carga proteica com aumento de alergias, sangramentos intestinais e risco de obesidade.

Reforçar conceitos sobre programação metabólica e o impacto da nutrição nos primeiros 1000 dias de vida (concepção até 2 anos de idade) sobre a saúde da criança e do futuro adulto são vitais para a saúde da criança, assim como o conceito da epigenética que pode alterar a expressão de até 80% dos genes através da nutrição adequada, exercícios físicos, infecções, estresse e uso ou o não uso de medicamentos. Vários estudos demonstram que o uso precoce de antibioticoterapia aumenta a chance de obesidade na vida futura¹⁷.

O pediatra pode reforçar a recomendação obstétrica de uma nutrição materna adequada, suplementação de ferro, ácido fólico e ômega 3, pois uma boa nutrição materna reflete na saúde do concepto e do neonato.

Há grande importância da participação do pediatra junto a família na discussão da via de parto, priorizando o parto vaginal que favorece a aquisição do microbioma da criança e sua importância na prevenção de doenças alérgicas (redução de 20% no risco de rinite/asma)^{18,19}.

O momento da consulta pode estabelecer um vínculo precoce para uma puericultura assertiva. Deve-se estimular que a gestante esteja acompanhada de seu companheiro(a) ou do membro da família que a ajudará nos cuidados do bebê.

A abordagem deve constar sobre intercorrências no pré-natal, como alterações na saúde materna e malformações ou síndromes genéticas já identificadas, esclarecendo dúvidas e apoiando a família nas medidas necessárias.

O histórico obstétrico como gestações anteriores, abortos, fertilizações, óbitos e prematuros, gemelaridade e incompatibilidade ABO/Rh podem ajudar a antever problemas. Deve-se estimular a realização dos testes de triagem neonatal sinalizando sua importância e ressaltar também sobre a importância sobre screening pré natal como pesquisa do estreptococo B e sua profilaxia de transmissão.

Da mesma forma, o histórico de traumas, febre, exantemas, exposição à radiação ou produtos químicos, uso de fármacos e drogas ilícitas e a prática de atividade física também podem antever problemas e atuar precocemente na orientação da família.

A orientação sobre a prevenção de doenças infecciosas deve reforçar a necessidade da vacinação contra influenza, coqueluche e nos dias de hoje contra SARS-CoV-2²⁰. Deve-

se avaliar o histórico familiar como consanguinidade, doenças familiares, rede de apoio familiar, condições de trabalho e condição sócio econômica. É necessário abordar sobre as adaptações na rotina da família, como pais, avós e irmãos.

Deve-se também demonstrar à família a importância da assistência pediátrica na sala de parto com administração da vitamina K para prevenção da doença hemorrágica e uso do colírio para prevenção da conjuntivite infecciosa, além da oportunidade de vacinação contra hepatite B minimizando a possibilidade da transmissão vertical da doença; dar orientações em relação aos cuidados do recém nascido como higienização do coto umbilical com álcool 70% e suas possíveis complicações como onfalite, granuloma, hérnia umbilical; posicionamento de dormir evitando o decúbito dorsal, higiene das mãos imediatamente antes de tocar o bebê; abordar crises de choro do bebê esclarecendo causas possíveis como fase de adaptação, que as cólicas são mais comuns a partir da 3ª semana de vida, regurgitações fisiológicas e características da doença do refluxo, aerofagia e técnica de arrotar quando for necessário, padrão de sono e perda e recuperação de peso como momento fisiológico são fundamentais para os bons cuidados do recém-nascido..

Cabe ao pediatra salientar os sinais de alerta de doenças nos primeiros meses como febre e diarreia diferenciando do padrão de fezes do leite materno, distensão abdominal, hipoatividade e como devemos proceder em cada situação. Empoderar os pais com os sinais de alerta e tentar entender os motivos do choro são fundamentais para a boa puericultura.

Nesta consulta também é importante sinalizar a maneira segura de transportar o recém nascido e em idades posteriores.

Infelizmente a execução da consulta do pediatra na gestação ainda não é uma rotina por vários motivos, como a falta de conhecimento da população dessa importância, a não inclusão na tabela de honorários da maioria dos planos de saúde complementar e não inclusão nas rotinas do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, desde 2016 ela faz parte do rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o atendimento pediátrico a gestantes do terceiro trimestre com código 1.01.06.04-9, porte 2B, com valor de R\$ 91,65.

Precisamos melhorar a assistência à criança e estendê-la para que fique mais ampla, o que inclui a assistência pré natal com benefícios a serem observados por toda a vida.

REFERÊNCIAS

1. Penholati RRM, Boroni JD, Carvalho EAA. Consulta pediátrica pré-natal. Rev Med M Gerais 2014; 24(2): 254-261.

2. França NPS. A Consulta Pediátrica Pré-natal: Um Guia para Antecipar Condutas Preventivas. 1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018. v. 1. 120p.

3. Manual de orientação: A consulta pediátrica pré-natal abril 2020
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387 (10033):2089-90.
5. Lopes, CRC, and Berezin, EN. Fatores de risco e proteção à infecção respiratória aguda em lactentes. *Revista de Saúde Pública* 43 (2009): 1030-1034.
6. Victora, Cesar G., et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet Global Health* 3.4 (2015): e199-e205.
7. Bershteyn, Anna, et al. Association between economic growth and early childhood nutrition. *The Lancet Global Health* 3.2 (2015): e79-e80.
8. Guia prático da Sociedade Brasileira de Pediatria 27 de abril 2017- Aleitamento materno continuado versus desmame.
9. Cesar, J. A.; Victora, C. G.; Barros, F. C.; Santos, I. S. & Flores, J. A., 1999. Impact of breastfeeding on admission for pneumonia during post-neonatal period in Brazil.
10. Albernaz EP, Menezes AM, Cesar JA. Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-natal. *R. Saúde Pública*, v. 37, p. 485-493, 2003.
11. IP, S. et al. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on Breastfeeding in Develop Countries. *Breastfeeding Medicine*, v. 4, p. 17-30, 2009. Suppl 1.
12. Van Odijk, J. et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy*, [S.I.], v. 58, p. 833-43, 2003.
13. Dewey, K. G. Is breastfeeding protective against child obesity? *J. Hum. Lact.*, v. 19, p. 9-18, 2003.
14. Horta, BL et al. Evidence of the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: WHO, 2007.
15. https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/album_seriado_aleitamento_materno.pdf Sucupira LSCA et al. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Promovendo o Aleitamento Materno 2a edição, revisada. Brasília 2007
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. BRASIL. Ministério da Saúde.
17. Wanderley Filho, Paulo André Duque and Andrea Marques Vanderlei Ferreira. "Antibióticos nas Fases Iniciais da Vida: Um Precursor da Obesidade Infantil." *Revista Portal: Saúde e Sociedade* 4.1 (2019): 1028-1054.
18. Kalliomaki, M., Isolauri, E. Role of intestinal flora in the development of allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2003;3:15–20.
19. Brandão HV, Vieira GO, Vieira TO, Camargos PA, Teles CAS, Guimarães AC, Cruz AA, Cruz CMS. Increased risk of allergic rhinitis among children delivered by cesarean section: a cross-sectional study nested in a birth cohort. *BMC Pediatrics*. 2016;16:57.
20. Recomendação Febrasgo na vacinação de gestantes e lactantes contra COVID-19 29 de janeiro 2021.

PARTE IV –
DIREITOS, EQUIDADE E ÉTICA NO CUIDADO MATERNO E
NEONATAL SEGURO

ASPECTOS BIOÉTICOS DO CUIDADO MATERNO E NEONATAL SEGURO

Data de aceite: 01/09/2021

Raylla Albuquerque

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

RESUMO: Embora amplamente conhecida por sua contribuição nas áreas de ética em pesquisa e ética biomédica, a Bioética não limita sua atuação a esses campos. Em especial na América Latina (AL), o seu escopo é bastante amplo e abrange discussões situadas nas áreas de ciências sociais, que se inter-relacionam com as temáticas de saúde. Devido ao contexto socioeconômico e cultural da AL, o caráter transdisciplinar da Bioética é imprescindível para a compreensão adequada das questões éticas que permeiam o cotidiano local. Portanto, antes de tratar das questões biomédicas relativas ao cuidado materno e neonatal, foco deste capítulo, é importante compreendermos o cenário em que essas ocorrem. Este capítulo aborda os aspectos relacionados à pandemia da COVID-19, e o cuidado materno e neonatal seguro sob uma perspectiva bioética.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética; covid-19; cuidado materno; cuidado neonatal; qualidade do cuidado; segurança do paciente; parto seguro; saúde materna.

ABSTRACT: Although widely known for its contribution to research ethics and biomedical ethics, Bioethics does not limit its performance in these fields. Especially in Latin America (LA), its scope is quite broad and encompasses discussions in social sciences, which are interrelated with health issues. Due to LA's socioeconomic and cultural context, the transdisciplinary character of Bioethics is essential for an adequate understanding of the ethical issues that permeate local daily life. Therefore, before dealing with the biomedical issues related to maternal and neonatal care, the focus of this chapter is to understand the scenario in which these occur. This chapter addresses aspects of the COVID-19 pandemic and safe maternal and neonatal care from a bioethical perspective.

KEYWORDS: Bioethics; Covid-19; maternal care; neonatal care; quality of care; patient safety; safe childbirth; maternal health.

INTRODUÇÃO

Embora amplamente conhecida por sua contribuição nas áreas de ética em pesquisa e ética biomédica, a Bioética não limita sua atuação a esses campos. Em especial na América Latina (AL), o seu escopo é bastante amplo e abrange discussões situadas nas áreas de ciências sociais, que se inter-relacionam com as temáticas de saúde. Devido ao contexto socioeconômico e cultural da AL, o caráter transdisciplinar da Bioética é imprescindível para a compreensão

adequada das questões éticas que permeiam o cotidiano local. Portanto, antes de tratar das questões biomédicas relativas ao cuidado materno e neonatal, foco deste capítulo, é importante compreendermos o cenário em que essas ocorrem.

A primeira regulação em defesa da maternidade, no âmbito global, advém da Conferência Internacional do Trabalho, realizada em 1919 pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). Em sua primeira Convenção de Proteção à Maternidade¹, foi instituído modelo pioneiro de “licença-maternidade”, com previsão de indenização durante o período de afastamento mínimo obrigatório após o parto, proteção ao aleitamento materno através da garantia de intervalos intrajornada, bem como garantia de não dispensa/demissão durante o período estabelecido. Tais medidas foram revisadas e aprimoradas em novas Convenções, visando resguardar a saúde da mãe e de seu(s) filho(s), bem como proteger a trabalhadora de possível discriminação baseada na maternidade. (1)

Em 1948, a Declaração Universal de Direitos Humanos previu, dentre outras coisas, o cuidado e assistência especial na maternidade e na infância. (2) Por sua vez, o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, realizado em 1966 pelas Nações Unidas, ratificou a necessidade de proteção especial às mães “durante um período de tempo razoável antes e depois do nascimento das crianças. Durante este mesmo período as mães trabalhadoras devem [se] beneficiar de licença paga ou de licença acompanhada de serviços de segurança social adequados”. (3)

Outro marco internacional ocorreu por ocasião da IV Conferência Mundial da Mulher, ocorrida em 1995, em Pequim. A Declaração e Plataforma de Ação produzida no evento foi adotada por 189 países, e traz uma série de objetivos estratégicos junto a medidas para o progresso das mulheres e promoção da igualdade de gênero. Dentre eles, pode-se destacar o direito à saúde sexual e reprodutiva, com atenção para a educação sexual e a prevenção da gravidez precoce — que resulta em riscos aumentados de morbimortalidade às jovens mães e aos seus filhos. Outras medidas de proteção da maternidade referem-se à proteção do emprego e acesso aos cuidados de saúde em decorrência da gestação, bem como ao reconhecimento do aborto como um problema de saúde pública. (4)

Nos anos 2000, a Organização das Nações Unidas estabeleceu as metas do milênio, também conhecidas como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com o apoio de 191 nações. (5) Dentre os 08 objetivos propostos, destaca-se a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, a redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde das gestantes enquanto metas que impactam a maternidade.

No Brasil, assim como a nível mundial, a meta para redução da mortalidade materna (que deveria ser de 75% até 2015) não foi alcançada. Além disso, embora o país tenha

1 A OIT adotou três Convenções que versam sobre proteção da maternidade, sendo a primeira a n° 3 (em 1919), seguida pela n° 103 (1952) e n° 183 (2000), sendo a última não ratificada no Brasil. Adicionalmente, a Convenção n° 102 (1952), que trata de normas mínimas da seguridade social, reconhece as prestações de maternidade como uma das áreas de proteção social.

alcançado a meta proposta para redução da mortalidade infantil no período, os maiores índices estão concentrados no período neonatal.

Para suceder os ODM, em 2015 foram acordados novos objetivos, denominados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que propõem, dentre outros, a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos, bem como acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos. (6)

Embora sejam inegáveis os avanços obtidos na proteção aos direitos das mulheres e dos neonatos, ainda há muito a se alcançar. Segundo a OMS, a maioria dos óbitos maternos são evitáveis por meio de uma gestão adequada da gravidez e nascimento, incluindo cuidados pré-natais, assistência ao parto e apoio no pós-parto. (7)

A falta desses cuidados, aliada ao desconhecimento dos sintomas de alerta, a demora para busca de atendimento, bem como a qualidade da assistência recebida e dificuldade de acesso a serviço especializado, por exemplo, constituem fatores importantes de risco para a morbimortalidade materna e infantil. Estima-se que, dentre as mortes ocorridas globalmente entre crianças menores de cinco anos, 47% destas ocorreu no primeiro mês de vida, sendo a taxa de mortalidade neonatal de 17 por 1.000 nascidos vivos no ano de 2019. (8)

No Brasil, a maioria das mortes maternas são causadas por hipertensão, infecções, hemorragias ou abortos provocados, fatores que poderiam ser minimizados com um suporte de saúde adequado. Por sua vez, a mortalidade neonatal também pode ser diretamente associada à qualidade dos cuidados recebidos durante a gestação, parto e pós-parto, considerando que os principais fatores de risco associados ao óbito neonatal no país são relacionados a infecções, prematuridade e o baixo peso ao nascer. A desproporção entre os índices de morbimortalidade materna e neonatal em relação a renda e desenvolvimento dos países revela essa desigualdade de acesso, da qualidade do serviço prestado a gestantes, puérperas e neonatos, bem como da informação recebida por estes.

ASPECTOS RELACIONADOS À PANDEMIA DA COVID-19

A diferença no desfecho materno entre países desenvolvidos e em desenvolvimento tem sido acentuada em virtude da pandemia da COVID-19. Embora estudos iniciais realizados nos Estados Unidos (9) e em alguns países da Europa (10,11) comecem a demonstrar risco aumentado de complicações maternas em virtude da doença, incluindo maior necessidade de ventilação e de suporte intensivo, não havia sido relatado aumento de mortalidade neste grupo.

Por sua vez, pesquisa realizada pelo Grupo Brasileiro de Estudos de COVID-19 e Gravidez aponta que, em 2020, o Brasil era líder mundial em mortes maternas por COVID-19, sendo responsável por cerca de 8 em cada 10 óbitos aconteciam no mundo. (12)

Entretanto, o levantamento realizado pela UNICEF, em 2021, traz uma atualização dessas informações. (13) De acordo com revisões sistemáticas realizadas e em andamento (14,15), há um aumento global do risco de morbidade e mortalidade materna entre gestantes sintomáticas para a COVID-19, bem como da probabilidade de partos prematuros e da necessidade de internação dos neonatos em cuidados intensivos. Estes riscos são elevados em países de baixa e média renda, conforme já vinha sendo relatado por pesquisadores brasileiros. (10)

Além do maior risco relacionado à infecção pela COVID-19, a interrupção ou funcionamento precário dos serviços essenciais de atenção à gestação, parto, pós-parto e cuidados neonatais e infantis, por conta da pandemia, contribui na exposição desses grupos a danos e riscos potenciais. (7) Essas modificações nos serviços de saúde motivadas ora pela preocupação em diminuir uma possível exposição, ora pelo remanejamento dos espaços e mão de obra para outros locais de combate à pandemia, sem o oferecimento de suporte alternativo, fez com que gestantes, puérperas e neonatos ficassem desassistidos – parcial ou completamente. Mesmo na população em geral, observou-se maior relutância em procurar atendimento em saúde, seja por medo de uma possível exposição ao vírus nas clínicas e hospitais, seja pelo não reconhecimento de sinais de alerta ou minimização de sintomas considerados leves ou de menor importância, fazendo com que as pessoas permanecessem em casa sem assistência adequada.

Outra disparidade relatada no contexto da assistência em saúde que se mostrou acentuada em virtude da pandemia é o racismo estrutural. Mulheres negras são mais frequentemente vítimas de violência e de uma assistência mais precária no contexto da gestação e parto, obtendo piores desfechos maternos e neonatais. (16) Esse cenário se repete no contexto de mortes maternas por COVID-19 no Brasil, pois há evidências de que, quando hospitalizadas, mulheres negras se encontravam em situação de maior gravidade, apresentando menor saturação de oxigênio e presença de dispnéia, bem como maiores taxas de internação em unidades de terapia intensiva e necessidade de ventilação mecânica assistida, além de apresentar quase o dobro de risco de morte em comparação com mulheres brancas. (17)

Esse fenômeno também foi relatado nos Estados Unidos, que demonstra o impacto desproporcional da COVID-19 em relação a minorias raciais, étnicas e de gênero no país, especialmente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde. (18)

CUIDADO MATERNO E NEONATAL SEGURO SOB UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA

Conforme demonstrado, os principais riscos relacionados à saúde materna e neonatal são permeados pelo aspecto socioeconômico. Uma criança nascida na África subsaariana tem uma probabilidade 10 vezes maior de morrer no primeiro mês de vida em relação a uma criança nascida em um país de alta renda, sendo esse número 12 vezes maior em relação a uma criança nascida na região da Austrália e da Nova Zelândia. O risco de morte neonatal no país com os maiores índices de mortalidade é 55 vezes maior do que no país com os menores índices. (8)

Da mesma forma, não há como se discutir cuidado em saúde no Brasil sem considerar o contexto de extrema desigualdade do próprio país. Devido a isso, apresentamos problemas sociais e sanitários comuns aos países em desenvolvimento, ao mesmo tempo em que nos deparamos com questões de saúde que afetam os países considerados desenvolvidos. Enquanto há mulheres e neonatos vítimas de infecções evitáveis, há também aquelas vítimas do excesso de intervenções e tecnologias utilizadas indiscriminadamente — como as cesarianas.

Cabe destacar que aspectos relacionados ao baixo peso ao nascer não são necessariamente associados apenas a baixas condições socioeconômicas. No Brasil, observamos o fenômeno inverso, com mulheres de classe média e alta tendo filhos prematuros (e eventualmente com baixo peso ao nascer), como reflexo do número extremamente elevado de cesarianas no país. Seja por opção materna, por indicação do profissional ou por alguma intercorrência gestacional, as taxas de cesariana brasileiras se encontram entre as maiores do mundo. Devido às cesarianas eletivas, observamos um número elevado de recém-nascidos prematuros e com demanda por unidades de terapia intensiva neonatal.

Diante deste cenário, a cesariana representa uma complexa equação no cuidado em saúde materno e neonatal. Por um lado, é imprescindível o acesso a este procedimento de maneira segura em regiões de maior fragilidade socioeconômica, uma vez que é uma cirurgia extremamente importante e necessária para proteger a saúde e a vida da mulher e do neonato, em determinadas circunstâncias. Por outro lado, sua utilização sem a devida indicação clínica pode causar danos, além de representar um desperdício de recursos, que poderiam ser mais adequadamente empregados. Observa-se um aumento dos índices globais de cesarianas, estimados atualmente em 21%, sendo a AL e o Caribe as regiões que apresentam os maiores índices, calculados em 42,8% (19) — sem que isso represente melhores desfechos maternos e neonatais, conforme já descrito anteriormente.

Ainda utilizando o exemplo das cesarianas, para além das questões de saúde coletiva associadas, é importante trazer a discussão para a esfera profissional-paciente. No que se refere ao cuidado materno e neonatal, um princípio indispensável a ser observado

se refere ao Cuidado Centrado no Paciente. Trazido por Albuquerque (20) como um dos Princípios que constituem os Direitos Humanos dos Pacientes (DHP), o Princípio do cuidado centrado no paciente visa assegurar que o tratamento em saúde leve em consideração os valores e preferências do paciente ao atender suas necessidades: físicas, sociais e emocionais. Esse princípio está particularmente relacionado ao respeito pela vida privada e o direito à informação do paciente, e é composto pela comunicação e informação entre profissionais e pacientes, estímulo ao suporte familiar e uma cultura organizacional que permita sensibilidade em relação às necessidades dos pacientes.

Para a devida utilização desse referencial, as mulheres precisam ser compreendidas considerando a sua dupla condição: a de pessoa vulnerável e a de pessoa central no processo terapêutico. Para que isso aconteça no contexto do cuidado materno e neonatal, as gestantes/puérperas devem ser envolvidas no processo terapêutico considerando não apenas os protocolos e manuais, mas também suas necessidades físicas e emocionais particulares. Devem ser ouvidas e adequadamente informadas sobre sua condição e prognósticos (e de seu filho), bem como condutas possíveis e seus desdobramentos, de modo a diminuir a assimetria entre profissional-paciente e estabelecer uma relação de cooperação, que garanta a participação destas no processo de tomada de decisão sobre as condutas e procedimentos a serem realizados. (20)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática do cuidado materno e neonatal, bem como sua relação com a Bioética, permite diversas abordagens. Não havendo possibilidade de esgotar o tema nem de propor soluções definitivas para a questão, devemos estar atentos ao básico. É fundamental a manutenção do cuidado em saúde materna e neonatal, incluindo a oferta de serviços essenciais e especializados de qualidade, com a devida atenção para fatores de risco presentes em cada caso que possam resultar em desfechos desfavoráveis, de forma a agir preventivamente. Para que isso ocorra, é imprescindível a atuação conjunta dos gestores (sejam eles públicos ou privados), dos profissionais da assistência e dos pacientes, atuando na garantia de acesso institucional, qualidade do serviço prestado e adesão às boas práticas em saúde, respectivamente.

As instituições de saúde devem prezar pela adoção de protocolos e procedimentos baseados nas melhores evidências disponíveis, realizando a capacitação contínua de seus profissionais e promovendo medidas de educação em saúde para gestantes, puérperas e seus familiares/acompanhantes.

Porém, cumpre ressaltar que as relações interpessoais são o fundamento do cuidado centrado no paciente e representam uma estratégia importante para a sua melhoria. Para além de medidas padronizadas baseadas apenas em *checklists*, é importante que o foco

esteja nas necessidades específicas de cada mulher/neonato durante o cuidado, de modo a atingir o melhor desfecho possível.

REFERÊNCIAS

1. Organização Internacional do Trabalho. Convenções ratificadas pelo Brasil. [citado em jul. 2021] Disponível em: <https://www.ilo.org/brasil/convencoes/lang-pt/index.htm>.
2. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. [citado em 12 jul. 2021] Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.
3. Organização das Nações Unidas. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 1966. [citado em 12 jul. 2021] Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf.
4. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Pequim, 1995. [citado em 12 jul. 2021] Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf.
5. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, 2000. [citado em 12 jul. 2021] Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>.
6. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, 2015. [citado em 12 jul. 2021] Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>.
7. World Health Organization. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [citado em 12 jul. 2021] Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>.
8. UNICEF. Levels & Trends in Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation United Nations Child Mortality Report 2020. [citado em 12 jul. 2021] Disponível em: <https://www.unicef.org/media/79371/file/UN-IGME-child-mortality-report-2020.pdf.pdf>.
9. Ellington S, Strid P, Tong VT, et al. Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22-June 7, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020; 69: 769-75.
10. Collin J, Bystrom E, Carnahan A, Ahrne M. Public Health Agency of Sweden's brief report: pregnant and postpartum women with SARS-CoV-2 infection in intensive care in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020;10.1111/aogs.13901.
11. Vivanti AJ, Mattern J, Vauloup-Fellous C, Jani J, Rigonnot L, El Hachem L, et al. Retrospective Description of Pregnant Women Infected with Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, France. *Emerg Infect Dis.* 2020; 26 (9): 2069-76.
12. Souza ASR, Melania MMR. Maternal mortality by COVID-19 in Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [online]. 2021;21(1):253-256. Disponível em: <https://www.scielo.br/r/rbsmi/a/R7MkrnCgdmyMpBcL7x77QZd/>.
13. UNICEF, International Pediatric Association (IPA). Do no harm: Maternal, Newborn and Infant Care during COVID-19 [online]. 2021. [citado em 12 jul. 2021] Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/do-no-harm-maternal-newborn-and-infant-care-during-covid-19/>.
14. Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T et al. Clinical manifestations, risk

factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020; 370:m3320.

15. Lassi Z, Ali A, Das J, Salam R, Irfan O, Bhutta Z. A systematic analysis of pregnant women with COVID-19: clinical presentation, and pregnancy and neonatal outcomes as per COVID-19 severity. Systematic Review in progress. PROSPERO 2020 CRD42020182048 Disponível em: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42020182048.

16. Leal MDC, Gama SGND, Pereira MACACO, Pacheco VE, Carmo CND, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais no pré-natal e parto no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2017; 33(Supl 1):e00078816.

17. Santos DS, Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Knobel R, Katz L, Salgado HO, Amorim MMR, Takemoto MLS. Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. *Clin Infect Dis*. 2020; 72(11): 2068-2069.

18. Tai DBG, Shah A, Doubeni CA, Sia IG, Wieland ML. The Disproportionate Impact of COVID-19 on Racial and Ethnic Minorities in the United States. *Clin Infect Dis*. 2020:ciaa815.

19. Betran AP, Ye J, Moller A, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health* 2021; 6: e005671. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671>.

20. Albuquerque A. *Direitos Humanos dos Pacientes*. 1ª ed. Curitiba: Juruá, 2016.

O PARTO SEGURO E RESPEITOSO SOB A ÓTICA DOS DIREITOS DA PACIENTE

Data de aceite: 01/09/2021

Aline Albuquerque

Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília
Brasília, Distrito Federal, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0059746882420074>

RESUMO: Este estudo objetiva apresentar um panorama do tratamento do tema na esfera do Sistema de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (doravante Sistema ONU de Direitos Humanos) e do Sistema Interamericano de Direitos Humanos (SIDH) e identificar direitos da paciente que se associam ao parto respeitoso e seguro, sob a perspectiva do referencial teórico-normativo do Direito do Paciente. Assim, se trata de pesquisa teórica e documental, baseada nas formulações de Cohen e Ezer, de Albuquerque, e Cook et al, bem como nos documentos produzidos no âmbito do Sistema ONU de Direitos Humanos e no SIDH, sobre direitos das pacientes nos cuidados em saúde. Embora se reconheça a importância dos estudos de gênero e aqueles formulados sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, este artigo tem como foco os direitos das mulheres sob cuidados maternos, particularmente por ocasião do parto, portanto, os direitos da paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Direito; direitos humanos; segurança do paciente; parto seguro; saúde

materna.

ABSTRACT: This study aims to present an overview of the treatment of the subject in the sphere of the Human Rights System of the United Nations (hereinafter the UN Human Rights System) and the Inter-American Human Rights System (SIDH) and identify the patient's rights associated with childbirth respectful and safe, from the perspective of the theoretical-normative framework of Patient Law. Thus, this is theoretical and documentary research, based on the formulations of Cohen and Ezer, Albuquerque, and Cook et al, as well as documents produced within the scope of the UN System of Human Rights and the SIDH, on the rights of patients in care in health. Although the importance of gender studies and those formulated on women's sexual and reproductive rights is recognized, this article focuses on the rights of women under maternal care, particularly during childbirth, therefore, on the patient's rights.

KEYWORDS: Law; human rights; patient safety; safe childbirth; maternal health.

INTRODUÇÃO

No ano de 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS) escolheu o tema “Cuidado materno e neonatal seguro” para o Dia Mundial da Segurança do Paciente, a ser celebrado 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 parto.¹ 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 64,5³.

A mortalidade materna é uma morte evitável. Em geral, resulta de violações de direitos das mulheres⁴ enquanto usuárias de serviços de saúde e titulares do direito de acesso em tempo oportuno a cuidados maternos de qualidade. Além disso, como pacientes, a mortalidade materna se correlaciona com questões atinentes, por exemplo, ao direito ao consentimento informado e ao direito de não ser tratada de forma desumana e degradante.

Nesse sentido, a noção de parto respeitoso e seguro, que diz respeito à prevenção da mortalidade e da morbidade materna, expande-se para englobar o respeito aos direitos das mulheres quando se encontram sob cuidados em saúde⁵. Esses direitos das mulheres no contexto do parto podem ser enquadrados como “direitos humanos das pacientes”, quando previstos nos tratados de direitos humanos, e como “direitos das pacientes”, quando inseridos nas legislações nacionais. Trata-se de direitos titularizados por mulheres que se encontram sob cuidados em saúde, os quais são objeto deste artigo e serão tratados, indistintamente, como “direitos das pacientes”.

Em vista de tal quadro, este estudo objetiva apresentar um panorama do tratamento do tema na esfera do Sistema de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (doravante Sistema ONU de Direitos Humanos) e do Sistema Interamericano de Direitos Humanos (SIDH) e identificar direitos da paciente que se associam ao parto respeitoso e seguro, sob a perspectiva do referencial teórico-normativo do Direito do Paciente.⁶ Assim, se trata de pesquisa teórica⁷ e documental, baseada nas formulações de Cohen e Ezer⁸, de Albuquerque^{6,9} e Cook et al¹⁰, bem como nos documentos produzidos no âmbito do Sistema ONU de Direitos Humanos e no SIDH, sobre direitos das pacientes nos cuidados em saúde. Embora se reconheça a importância dos estudos de gênero e aqueles formulados sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, este artigo tem como foco os direitos das mulheres sob cuidados maternos, particularmente por ocasião do parto, portanto, os direitos da paciente.

O presente artigo se estrutura em duas partes: a primeira aborda um panorama dos direitos humanos das mulheres aplicados ao contexto da saúde; e a segunda versa sobre o parto seguro e respeitoso à luz dos direitos da paciente.

PANORAMA DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES APLICADOS AO CONTEXTO DO PARTO SEGURO E RESPEITOSO

O panorama dos direitos das mulheres no contexto do parto seguro e respeitoso será exposto a partir da perspectiva do Sistema ONU de Direitos Humanos e do SIDH. Assim, na esfera do Sistema ONU de Direitos Humanos, antes de tratar da produção efetivada pelo Sistema referido, importa ressaltar alguns antecedentes históricos. Inicialmente, a Declaração e Programa de Ação de Viena, de 1993, insta os Estados a atribuir especial prioridade à redução das razões de mortalidade infantil e materna.¹¹ Quanto à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Conferência do Cairo, de 1994, que representou um marco para os direitos das mulheres, seu Programa de Ação contém como um dos seus escopos a promoção e a proteção dos direitos humanos das mulheres, bem como a redução da mortalidade e morbidade materna¹². Em 1995, a Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher - Pequim, prescreve a redução das “enfermidades e da mortalidade derivadas da maternidade”¹³. A mortalidade materna foi incluída como uma meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, estabelecidos na Resolução A/RES/55/2 e adotada aos 18 de setembro de 2000 pela Assembleia Geral da ONU. Com efeito, consta da Resolução citada que os Estados devem reduzir a mortalidade materna em ¼.¹⁴ Apesar das melhorias alcançadas nos cuidados maternos na Resolução A/RES/70/1, adotada pela ONU aos 21 de outubro de 2015 que fixa os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, a mortalidade materna é citada no Objetivo 3 “Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades”, “3.1 Até 2030, reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 por 100.000 nascidos vivos”.¹⁵

Na esfera do Sistema ONU de Direitos Humanos, o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (Comitê CEDAW) elaborou a Recomendação Geral nº 24: Artigo 12 da Convenção (mulher e saúde), de 1999, na qual assentou a obrigação dos Estados de assegurar acesso a serviços de saúde de qualidade que respeitem o direito ao consentimento informado, assegurem a confidencialidade das informações e sejam sensíveis às necessidades e perspectivas da mulher.¹⁶ O Comentário Geral nº 14 de 2000, do Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais que fixa o conteúdo do direito à saúde no plano internacional, pontua que “a realização do direito das mulheres à saúde requer a remoção de todas as barreiras que interferem no acesso aos serviços de saúde, educação e informação, inclusive na área da saúde sexual e reprodutiva.” Aduz, ademais, que “a prestação de serviços de saúde materna é comparável a uma obrigação fundamental que não pode ser derogada sob quaisquer circunstâncias”.¹⁷

Além da redução da mortalidade materna ser alçada ao patamar de consenso

ético-jurídico universal, no ano de 2006, o então Relator Especial sobre o Direito à Saúde da ONU, Paul Hunt, elaborou o primeiro relatório internacional sobre a perspectiva de direitos humanos aplicada à mortalidade materna. O Relatório A/61/338 foi aprovado pela Assembleia Geral da ONU aos 13 de setembro de 2006. Em tal documento, verifica-se que o direito à saúde é considerado uma ferramenta importante para a luta contra a mortalidade materna, na medida em que lança luz sobre a análise das suas causas, bem como enfatiza as obrigações dos Estados. Segundo o Relator, “políticas informadas pelo direito à saúde são provavelmente mais equitativas, sustentáveis e eficazes.”¹⁸ Em 2010, o Alto Comissariado da ONU para os Direitos Humanos lançou o Relatório sobre Mortalidade e Morbidade Materna Evitável e Direitos Humanos, em que aplica a Abordagem Baseada em Direitos Humanos à mortalidade e à morbidade materna, a qual abarca os seguintes princípios: *accountability*, participação, empoderamento, transparência e sustentabilidade.¹⁹

Ainda na esfera do Sistema ONU de Direitos Humanos, o Caso Alyne Pimentel consiste na primeira comunicação individual sobre mortalidade materna acolhida pelo Comitê CEDAW. No caso, o Estado brasileiro foi considerado, em 25 de julho de 2011, violador do direito ao acesso à saúde, do direito ao acesso à justiça e do direito a ter as atividades dos serviços privados de saúde reguladas pelo Estado, conjuntamente com o direito a não ser discriminada.²⁰ Por fim, destaca-se a Resolução A/HRC/33/L.3/Rev.1 do Conselho de Direitos Humanos da ONU, sobre mortalidade e morbidade materna evitável e direitos humanos²¹ e a sua Orientação Técnica sobre a Aplicação de uma Abordagem com base nos Direitos Humanos para a Execução de Políticas e Programas que visam reduzir mortalidade e morbidade evitáveis associadas à maternidade, de 2012.²²

No SIDH, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) conta com 19 relatórios temáticos sobre os direitos das mulheres. Em 2010, a CIDH elaborou relatório sobre acesso a serviços de saúde materna sob a perspectiva dos direitos humanos.²³ No último relatório sobre a temática dos direitos das mulheres, de 2019, a Comissão assevera que “a Convenção de Belém do Pará estabelece que a violência contra as mulheres inclui violência física, sexual e psicológica que ocorre na comunidade, em instituições de ensino, estabelecimentos de saúde ou em qualquer outro lugar”. A CIDH realizou audiências em 2015 e 2014, sobre o tema da violência obstétrica na Costa Rica e no México.²⁴

PARTO SEGURO E RESPEITOSO SOB A PERSPECTIVA DOS DIREITOS DA PACIENTE

Neste artigo, busca-se demonstrar que o parto seguro e respeitoso envolve o respeito e a promoção dos direitos da mulher no contexto dos cuidados em saúde. Para tanto, parte-se da premissa de que a mulher, quando se encontra em cuidado materno, a

despeito do local do parto e do tipo de profissional, está na condição de paciente⁶. Logo, o parto seguro e respeitoso pode ser abordado sob o prisma de um feixe de direitos das pacientes, extraídos das normas de direitos humanos e de legislações nacionais de direitos dos pacientes^{6,8,9}, enumerados no quadro apresentado neste artigo.

De acordo com a OMS, inúmeras mulheres em várias regiões do globo são submetidas a abusos, desrespeito, negligências e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde, o que configura uma violação aos direitos da paciente.²⁵ Nesse sentido, importa assinalar que, segundo a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará” adotada no âmbito do SIDH em 1994, a violência contra a mulher constitui violação dos seus direitos humanos e limita total ou parcialmente a observância, gozo e exercício de tais direitos. Desse modo, a violência nos cuidados maternos, denominada em algumas legislações estaduais como violência obstétrica, há que ser concebida sob o prisma dos direitos da mulher no contexto desses cuidados, portanto, dos direitos da paciente, na medida em que configura violação a tais direitos. Em consequência, a não garantia do parto seguro e respeitoso se caracteriza como uma inobservância do imperativo ético-jurídico de se assegurar a todas as mulheres uma gama de direitos no contexto do pré-parto, parto e do pós-parto.

Com efeito, a partir da perspectiva dos direitos da mulher sob cuidados em saúde, destaca-se que fatores subjacentes às violações de direitos dos pacientes em geral também estão presentes no caso da não garantia do parto seguro e respeitoso, como: (a) relação de poder assimétrica entre profissionais de saúde e paciente; (b) desumanização da paciente, quando é vista como um corpo a expelir um bebê; (c) injustiça testemunhal, que ocorre quando seus testemunhos são descartados como irrelevantes, confusos, emocionais, inúteis ou demorados e a injustiça hermenêutica, que se dá quando a sua voz é desconsiderada por não ser baseada na linguagem médica.²⁶

Sendo assim, sustenta-se uma abordagem baseada nos direitos da paciente para o parto seguro e respeitoso, em razão da linguagem dos direitos consistir em uma ferramenta reivindicatória para as pacientes, bem como por explicitar para profissionais e provedores de serviços de saúde suas obrigações ético-jurídicas no cuidado materno. Ademais, os direitos da paciente têm como seu principal fundamento o Cuidado Centrado no Paciente^{6,9}, que consiste em um dos elementos principais dos cuidados maternos de qualidade.²⁵ Nesse sentido, a exortação da OMS dirigida às partes interessadas no sentido de assegurar que todas as mulheres tenham um parto seguro e respeitoso não deve ser concebida e implementada de forma desconectada da abordagem baseada nos direitos da paciente. Com efeito, nos Padrões para Melhoria da Qualidade do Cuidado Materno e Neonatal da OMS, a definição de qualidade do cuidado apresenta duas dimensões: prestação do cuidado e experiência do cuidado. Essa última dimensão abarca a “comunicação eficaz com as mulheres e suas famílias sobre os cuidados prestados, suas expectativas e seus

direitos; cuidado com respeito e preservação de dignidade”²⁷. Por fim, destaca-se o primeiro passo dos “12 Passos para Cuidados Maternos Seguros e Respeitosos para Mães-Bebês e Familiares” da *International Childbirth Initiative*, de 2019, que preconiza uma abordagem baseada em direitos para se prover cuidado materno seguro e respeitoso²⁸, bem como o Relatório do Conselho de Direitos Humanos da ONU sobre mortalidade e morbidade materna evitáveis e direitos humanos, de 8 de julho de 2021, que sustenta a abordagem baseada nos direitos humanos para a eliminação da mortalidade e da morbidade materna evitáveis.²⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No ano de 2021 ainda temos, como humanidade, o compromisso ético de assegurar às mulheres um parto que não as coloque em risco de morte ou de sofrer danos. Esse pacto social e universal é um balizador da atuação dos Estados, provedores de serviços de saúde e de todos os profissionais que, direta ou indiretamente, se conectam com essa vivência das pacientes parturientes. Desse modo, o parto seguro e respeitoso, para além de ser uma questão de saúde, é um imperativo ético-jurídico que se entrelaça com o reconhecimento de que todas as pacientes têm direitos quando se encontram sob cuidados maternos, e que é papel dos profissionais respeitá-los e promovê-los, enquanto agentes centrais de uma nova cultura nos cuidados em saúde, de parceria, de tomada de decisão compartilhada e de assunção do protagonismo da paciente.

Direitos da paciente relacionados ao parto respeitoso e seguro	Práticas caracterizadoras da violação dos direitos da paciente
Direito de ser informada	Negação de informação sobre sua saúde e tratamentos aplicáveis, evolução de seu parto e estado de saúde de seu filho, bem como sobre diferentes intervenções médico-hospitalares que podem ocorrer durante esses processos.
Direito de participar da tomada de decisão	Desconsideração de sua vontade e preferências e sua não inclusão nas decisões, tomadas sobre seu cuidado, particularmente acerca das circunstâncias em que o parto deve ocorrer, considerando local, posição do parto, uso de intervenções e equipe de assistência.
Direito ao consentimento informado	Intervenções sem a obtenção do consentimento prévio da mulher ²⁶ , como a prática de cesárea, quando houver condições de parto normal e sem consentimento prévio da mulher. ²³
Direito de não ser submetida a tratamento desumano e degradante	Indiferença à dor e humilhações verbais. ²³
	Falta de acesso a condições básicas de higiene, água potável e ao espaçamento mínimo entre os leitos. Negação do alívio da dor, salvo quando haja motivação baseada em evidência científica para evitá-lo.

Direitos da paciente relacionados ao parto respeitoso e seguro	Práticas caracterizadoras da violação dos direitos da paciente
Direito ao acompanhante	Proibição de contar com uma pessoa, de sua livre escolha, que a acompanhe durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.
Direito à integridade pessoal	Formas de violência física, psicológica e sexual; práticas invasivas, sem justificativa baseada em evidências científicas. ²³
Direito à confidencialidade de suas informações pessoais	Informações pessoais sobre a paciente expostas para profissionais que não fazem parte do seu cuidado. ⁷ Negativa de assegurar à paciente adolescente parturiente a confidencialidade de sua consulta e informações. ⁹
Direito à recusa de tratamentos e procedimentos	Intervenções forçadas ou coagidas, como a prática de cesárea, quando houver condições de parto normal e a negativa da paciente. Recusa da paciente a procedimentos e tratamentos, direta ou veladamente. ²⁶
Direito de não ser discriminada	Discriminação baseada em fatores pessoais específicos, como sua crença e cultura. ²³
Direito à vida	Não adoção por parte do Estado de medidas destinadas à redução da mortalidade materna.
Direito de acesso ao prontuário	Negação de acesso a seu prontuário.
Direito à segunda opinião	Negação da continuidade do cuidado ou ameaça em caso de manifestação de desejo de obter uma segunda opinião sobre o parto e outros assuntos.
Direito a cuidado em saúde de qualidade	Escassez ou ausência de profissionais de saúde qualificados para a prestação de cuidados de emergência obstétrica. Cuidados não adequados porque há escassez em pessoal ou eletricidade, água e insumos de saúde não disponíveis. ²¹ Indicação de parto cesárea sem evidências de que lhe seja o mais adequado.
Direito de apresentar uma queixa e à reparação	Inexistência nos serviços de saúde de Ombudsman e similares que recebam, analisem e respondam às denúncias das mulheres, incluindo a adoção de medidas de reparação de danos. ²⁶

QUADRO – Direitos da paciente ao parto respeitoso e seguro e práticas violadoras desses direitos.

REFERÊNCIAS

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>.
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. United Nations. Maternal mortality, human rights and accountability. [citado em 8 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/MaternalmortalityHRandaccountability.aspx>.
5. World Health Organization. Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women. [citado em 8 jul. 2021]. Disponível em: https://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2012_01S_Respectful_Maternity_Care_Charter_The_Universal_Rights_of_Childbearing_Women.pdf.
6. Albuquerque, A. Direitos Humanos dos Pacientes. Curitiba: Juruá; 2016.
7. Adom, Dickson; Hussein, Emad Kamil; Adu Agyem, Jow. Theoretical and Conceptual Framework: Mandatory Ingredients of a Quality Research. (2018). Disponível em: [https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-\(IJSR\)/article/theoretical-and-conceptual-framework-mandatory-ingredients-of-a-quality-research/MTM5NDE=?is=1](https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-(IJSR)/article/theoretical-and-conceptual-framework-mandatory-ingredients-of-a-quality-research/MTM5NDE=?is=1). Acesso em: 18 jul. 2021.
8. Cohen, J; Ezer, T. Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. Journal of Health and Human Rights, 2013, 15 (2): 7-19.
9. Albuquerque, A. Manual de Direito do Paciente. Belo Horizonte: CEI; 2020.
10. Cook, R J. et al. Advancing safe motherhood through human rights. WHO: Genebra; 2001.
11. Nações Unidas. Declaração e Programa de Ação de Viena Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. [citado em 8 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adaptado%20pela%20Confer%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf>.
12. United Nations. Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5–13 September 1994. [citado em 8 jul. 2021]. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf.
13. ONU Mulheres. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim, 1995. [citado em 8 jul. 2021]. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf.
14. United Nations. Resolution adopted by the General Assembly [without reference to a Main Committee (A/55/L.2)] 55/2. United Nations Millennium Declaration. [citado em 10 jul. 2021]. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/55/2>.
15. United Nations. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 [without reference to a Main Committee (A/70/L.1)] 70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. [citado em 10 jul. 2021]. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf.
16. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women. General recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (women and health). [citado em 10 jul. 2021]. Disponível em: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_4738_E.pdf.
17. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000. (Contained in Document E/C.12/2000/4). [citado em 10 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.
18. United Nations. The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. [citado em 10 jul. 2021]. Disponível em: <https://undocs.org/A/61/338>.

19. United Nations. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights. [citado em 10 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/ReportMaternalMortality.pdf>.
20. Albuquerque, Al; Schirmer, J. Caso Alyne Pimentel: uma análise à luz da Abordagem Baseada em Direitos Humanos. Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos, 2012, 12 (1): 23-34.
21. United Nations. 33/... Preventable maternal mortality and morbidity and human rights. [citado em 10 jul. 2021]. Disponível em: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/HRC/33/L.3/Rev.1.
22. United Nations. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. [citado em 10 jul. 2021]. Disponível em: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf.
23. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. [citado em 10 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7512.pdf>.
24. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. [citado em 10 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>.
25. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. [citado em 10 jul. 2021]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=EE5D0A59A2970D598770A17924A069D9?sequence=3.
26. Carel, H; Kidd, IJ, Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. Med Health Care Philos, 2014, 17(4).
27. World Health Organization. Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities. Genebra: WHO, 2018.
28. The International Childbirth Initiative (ICI). 12 Steps to Safe and Respectful MotherBaby-Family Maternity Care. [citado em 10 jul. 2021]. Disponível em: https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2019/11/ICI-full-document_EN_2018-colour_FINAL.pdf.
29. United Nations. A/HRC/47/L.23/Rev.1. [citado em 10 jul. 2021]. Disponível em: <file:///C:/Users/aline/Downloads/G2117622.pdf>.

DIREITO HUMANO AO CUIDADO MATERNO E NEONATAL SEGURO: UM OLHAR A PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Data de aceite: 01/09/2021

Sandra Mara Campos Alves

Doutora em Saúde Coletiva. Coordenadora do Programa de Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz
Brasília, Distrito Federal, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2102408701697191>

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
<http://lattes.cnpq.br/7085054421011701>

RESUMO: A proteção aos direitos humanos como produto de uma construção histórica de reconhecimento de direitos e liberdades, acarreta para o Estado, responsabilidade pela sua efetivação.¹ Diferentes pactos internacionais foram construídos com o propósito de alinhar diretrizes que embasassem ações nacionais de melhoria das condições de vida e saúde de mulheres e crianças, deve-se destacar os que resultaram das Conferências de Cairo e Beijing e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), esse último foi planejado para ser implementado entre os anos de 2000 e 2015.

PALAVRAS-CHAVE: Direito humano; PNAISC; PNAISM; saúde da mulher; saúde da criança; política públicas; SUS; cuidado materno; cuidado neonatal; qualidade do cuidado; segurança do

paciente; parto seguro; saúde materna.

ABSTRACT: The protection of human rights as a product of historical construction of recognition of rights and freedoms entails the State's responsibility for their implementation. Different international pacts were created to align guidelines that would support national actions to improve living conditions and women's and children's health, should be highlighted those that resulted from the Cairo and Beijing Conferences and the Millennium Development Goals (MDGs), the latter was planned to be implemented between the years 2000 and 2015.

KEYWORDS: Human right; PNAISC; PNAISM; women's health; child health; public policy; SUS; maternal care; neonatal care; quality of care; patient safety; safe childbirth; maternal health.

INTRODUÇÃO

A proteção aos direitos humanos como produto de uma construção histórica de reconhecimento de direitos e liberdades, acarreta para o Estado, responsabilidade pela sua efetivação.¹ Diferentes pactos internacionais foram construídos com o propósito de alinhar diretrizes que embasassem ações nacionais de melhoria das condições de vida e saúde de mulheres e crianças, deve-se destacar os que resultaram das Conferências de Cairo e Beijing e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), esse último foi planejado para ser

implementado entre os anos de 2000 e 2015.

No contexto da proteção da saúde materna e neonatal os Estados têm buscado aprimorar o acesso às ações e cuidados ofertados pelos seus sistemas de saúde. Em 2015, 193 Estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), adotaram compromissos internacionais, no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), Agenda 2030, com o escopo de empreender esforços para a melhoria de índices de saúde e bem-estar, entre eles a redução da mortalidade materna e neonatal.²

O objetivo é alcançar, até 2030, uma redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos (meta 3.1), e a redução da mortalidade neonatal para pelo menos 12 mortes por 1 mil nascidos vivos (meta 3.2).²

O Brasil ajustou suas metas nacionais, considerando que os indicadores poderiam ser superiores àqueles propostos pelos objetivos do ODS em âmbito global. Assim, no que toca à mortalidade materna, o Brasil assumiu o compromisso de reduzir esse número para até 30 mortes por 100 mil nascidos vivos e, para 5,3 por 1 mil nascidos vivos, no que concerne aos índices de mortalidade neonatal.³

Foi a Constituição da República Federativa de 1988 que reconheceu a saúde como um direito humano, fundamental e social no âmbito nacional. Esse novo contexto, passa a exigir do Estado uma conduta positiva para a concretização desse direito, materializada por meio de políticas públicas que visem garantir acesso às ações e serviços de saúde, sejam eles de promoção, proteção ou recuperação, a partir da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

As políticas públicas, portanto, são veículos de expressão das diretrizes gerais adotadas pelos Estados e que orientam não apenas as suas próprias ações, mas também dos indivíduos. Para Buccini⁴, as políticas públicas se expressam por meio de normas jurídicas tais como leis, decretos, portarias e a própria Constituição, e definem as diretrizes e metas a serem alcançadas pelo Estado.

O Ministério da Saúde (MS), por meio de sua PRC nº 2, de 2017⁵, consolidou um conjunto de normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS, dispondo sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM). O artigo pretende analisar o tema do cuidado materno e neonatal seguro a partir dessas políticas públicas materializadas nos textos normativos.

O DIREITO HUMANO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO SUS

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) representa marco na concepção contemporânea desses direitos, considerada, até os dias atuais, referência no

que diz respeito ao desenvolvimento contínuo da sua proteção na comunidade internacional, visto que alterou profundamente os estatutos jurídicos internacionais que dela decorreram.¹

O direito à saúde não figura de forma direta na DUDH, mas como um direito humano decorrente do direito à vida (art. 25, 1 e 2). Nessa mesma esteira, a DUDH reconhece a proteção social especial a maternidade e à infância.⁶

De forma complementar, a Convenção sobre os Direitos da Criança⁷ dispõe que os Estados devem assegurar ao máximo, a sobrevivência e o desenvolvimento das crianças, bem como o melhor padrão possível de saúde e serviços voltados ao asseguramento desse direito. Entre as medidas apropriadas para se alcançar a plena aplicação desse direito, a Convenção elenca, entre outros critérios, a redução da mortalidade infantil; prestação de cuidados médicos e de saúde; atendimento pré-natal e pós-natal adequados.

Observa-se que os referidos documentos internacionais abordam o tema da saúde e proteção desse grupo sempre com base no binômio mãe-filho, visto que são profundamente relacionados. Contudo, apesar de importantes marcos jurídicos internacionais, é necessário analisar o sistema normativo interno brasileiro voltado a efetivação dos direitos humanos, tendo em vista que os sistemas de proteção internacional de direitos humanos funcionam de forma subsidiária, na medida em que a responsabilidade primeira, no que toca à sua garantia e proteção, é do próprio Estado nacional.

Bobbio preocupa-se com o tema da efetivação dos direitos humanos, e afirma ser essa uma discussão não apenas filosófica, moral e jurídica, vez que está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento global da própria civilização, que geram obstáculos procedimentais e substantivos. O desenvolvimento econômico e tecnológico, a pobreza e a fome, fatores de constrangimento a realização desses direitos.¹

Assim é que as políticas públicas adotadas nacionalmente para a concretização dos direitos humanos e fundamentais são importante instrumento de análise para compreensão do grau de comprometimento dos Estados e governos com os temas nelas enunciados. É por meio das políticas públicas que o Estado revela suas prioridades ante os incontáveis problemas que exigem atenção.

A cristalização dessas escolhas estatais em uma moldura normativa, tem o condão de demonstrar um compromisso explícito do Estado e/ou governo com o tema, e gerar maior segurança jurídica aos jurisdicionados, destinatários finais das políticas públicas, e que podem, inclusive, reivindicá-las judicialmente.

De modo inverso, a ausência de uma política pública plasmada em ato jurídico demonstra que certos temas, ainda que socialmente relevantes, não entraram no âmbito da agenda decisória do governo por motivos diversos, que podem ir desde uma escolha técnica racional até a ausência de uma mobilização social articulada que consiga vocalizar suas demandas e incluí-las como prioridades.

A CONSOLIDAÇÃO DAS NORMAS DO SUS E A SEGURANÇA JURÍDICA

Autorizada pela Constituição Federal, em seu art. 59, parágrafo único, foi editada lei complementar (Lei Complementar 95/1998¹) que dispõe sobre redação, alteração e consolidação das leis e outros atos normativos inferiores emitidos por órgão subordinados diretamente à Presidência da República, Ministérios e entidades da administração indireta.⁸

A consolidação tem como fundamentos a racionalização e organização do ordenamento jurídico visando proporcionar maior transparência e segurança jurídica à sociedade, por meio de um arcabouço normativo atualizado, claro e preciso. Não tem o condão de modificar o alcance jurídico do texto normativo quando consolidado, ou seja, o processo de consolidação não acarreta perda de direitos.

Em 2016, por meio do projeto SUSLEGIS², desenvolveu-se ação de consolidação das portarias normativas exaradas pelo Gabinete do Ministro da Saúde, compreendidas no período de setembro de 1990 a agosto de 2017. O estudo revelou um conjunto de mais de 80.000 instrumentos normativos regulamentares do SUS, exarados apenas em no âmbito do Ministério da Saúde, desconsiderando os níveis estaduais e municipais.⁹

Esse excesso de normas gerava não apenas falta de clareza acerca dos dispositivos vigentes, mas também confusão na sua interpretação e aplicação causada por incoerências e controvérsias presentes.

Assim é que, observados os preceitos da Lei Complementar 95/98, foi publicado no dia 03 de outubro de 2017, um conjunto de 6 portarias de Consolidação das normas do Gabinete do Ministro da Saúde (GM/MS), trabalho hercúleo que inaugurou um novo panorama da organização da informação jurídica no setor saúde no Brasil, a saber:

O primeiro grande resultado da iniciativa está na aprovação da primeira consolidação de normas infralegais do Brasil, pertinente a um dos setores mais complexos de prestação de serviços públicos à sociedade: a Consolidação das Normas do SUS. Seus impactos imediatos são imensos, ao eliminar do ordenamento jurídico mais de 5.000 dispositivos redundantes ou contraditórios, bem como simplificar a estrutura normativa de direitos, políticas, programas, sistemas, redes e ações de saúde do País.⁹

A consolidação dos atos infralegais em matéria de saúde reforça a própria fruição do direito à saúde. A PRC nº 2 apresenta o consolidado das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.⁵ Em sua seção III, que dispõe sobre as políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais, encontram-se nominadas a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (art. 4º, I) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) (art. 4º, IV), as quais foram objetos de análise nos itens que seguem.

1 A Lei Complementar 95/1998 foi alterada pela Lei Complementar 107/2001.

2 O projeto SUSLEGIS desenvolveu-se no âmbito de termo de cooperação técnica firmado entre a Fundação Oswaldo Cruz e o Ministério da Saúde, e foi coordenado e executado pelo Programa de Direito Sanitário da Fiocruz Brasília.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA (PNAISC)

Consta no anexo X da PRC nº 2 o detalhamento da PNAISC. Trata-se de norma orientadora das ações do SUS em âmbito nacional e que tem como objetivo promover o direito à saúde da criança, por meio de cuidados integrais e integrados, que vão desde a gestação até os 9 anos, destacando-se no texto normativo, a necessidade de redução da morbimortalidade desse grupo.

Taxas de mortalidade neonatal precoce e tardias estão relacionadas não apenas as condições insatisfatórias de saúde e/ou socioeconômicas da mãe, mas também a assistência recebida durante o pré-natal, parto e aos cuidados com o recém-nascido. Em outras palavras, é um indicador claro de acesso e qualidade aos serviços de saúde, um desafio persistente a ser superado pelos países em desenvolvimento, como o Brasil.¹⁰

A pesquisa ‘Nascer no Brasil’ atestou que as principais causas de óbitos neonatais no Brasil, assemelham-se com aquelas apontadas na literatura, quais sejam: prematuridade, malformação congênita, infecções, fatores maternos e asfixia intraparto, evidenciando a necessidade de intervenções no que concerne a qualidade da atenção no processo assistencial de pré-natal e parto.¹⁰

A PNAISC apresenta, entre seus eixos estratégicos, a vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno, visando a prevenção de óbitos evitáveis por meio de ações de monitoramento, investigação e avaliação de medidas necessárias à mitigação desses eventos. Trata ainda da instituição de Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal para estimular a investigação e compreensão desses óbitos, especialmente no que toca as possibilidades de eventos preveníveis, contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas dirigidas à sua mitigação e qualificação dos sistemas de informação em saúde.

É tarefa do Comitê nacional, estimular e apoiar a constituição de comitês regionais, estaduais, municipais e hospitalares, promovendo atuação em rede, para o enfrentamento do tema. Ações voltadas à qualificação dos profissionais envolvidos nas investigações, identificação das principais causas dos óbitos e proposição de medidas para seu enfrentamento e divulgação de experiências bem-sucedidas são apenas algumas das estratégias que podem ser utilizadas para promover o cuidado seguro, contribuindo ainda com o com o registro e informação em saúde.

Essas ações se enquadram no âmbito da promoção da cultura de segurança, inserta no Programa Nacional de Segurança do Paciente e que foi objeto de consolidação por ocasião da publicação da PRC nº 5.¹¹

Segundo Fragata, Sousa e Santos¹², a cultura de segurança passou a ocupar lugar de destaque a partir do desastre nuclear ocorrido em Chernobyl, e como a saúde é um

sistema complexo e de elevado risco potencial encontra-se mais vulnerável à ocorrência de erros e/ou incidentes. Por isso mesmo, impõe-se o desenvolvimento de uma cultura de segurança que leve a redução desses erros, em especial aqueles evitáveis, já que ausência completa de risco é impossível.

A taxinomia adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹³ para definir o termo 'cultura de segurança', foi recepcionada no Brasil pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente¹¹, demonstrando o alinhamento nacional com os organismos internacionais que a promovem.

Destaca-se nesse conceito a presença de cinco atributos que operacionalizam essa cultura, a saber: i) assunção, por todos os trabalhadores, da responsabilidade pela segurança própria, dos colegas, pacientes e familiares; ii) sobreposição da segurança às metas financeiras e operacionais; iii) incentivo as ações de identificação, notificação e resolução de questões pertinentes à segurança; iv) promoção da aprendizagem a partir dos erros e v) presença de estrutura e recursos suficientes e apropriados para manter uma segurança efetiva.

Os comitês podem ser compreendidos, dentro da cultura de segurança, como espaços importantes para o desenvolvimento de valores e atitudes dos profissionais e dos estabelecimentos de saúde envolvidos, direta e indiretamente, nos cuidados materno-infantil, implicando em alterações de processos de trabalho, fluxos e estruturas capazes de elevar a qualidade e segurança dos serviços ofertados, observando os atributos a ela direcionados.

Ademais, essas ações também reforçam a qualificação do registro e informação de saúde, que é indicador importante de monitoramento da melhoria de qualidade e acesso.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS MULHERES (PNAISM)

O Brasil adotou tratamento diferenciado no que concerne à saúde da mulher ao eleger não normatizar uma política pública com esse tema. O documento constantemente citado e reconhecido por estudiosos da saúde feminina trata-se de publicação realizada pelo Ministério da Saúde em 2004, intitulada *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*¹⁴, que revela um conjunto de intenções e um consenso social e político em torno do tema da saúde feminina sem, contudo, se expressar em uma moldura jurídica.

Tal atitude revela uma fratura no tratamento adotado pelo Estado brasileiro no que concerne ao direito à saúde da mulher. A PRC nº 2 ao elencar, em seu art. 4º, as políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais, o faz apresentando como anexos, o conteúdo normativo que constava nas antigas portarias GM/MS, com o detalhamento

sobre o objetivo da política, princípios, diretrizes, estratégias, entre outros elementos.

Enquanto os demais segmentos populacionais – criança; idoso; homem; pessoa com deficiência; povo indígena; trabalhador; população em situação de rua; adolescente em conflito com a lei e pessoas inseridas no sistema prisional – possuem políticas de saúde juridicamente claras e definidas, o mesmo não ocorre com a política de saúde da mulher. Ressalte-se que esse lapso não foi gerado pelo processo de Consolidação das normas do SUS, mas apenas por ele revelado, a partir da organização das informações jurídicas disponíveis.

No que concerne especificamente ao cuidado materno seguro os dados relacionados a morte materna revelam um número expressivo. No período de 1996 a 2018 houve o registro de aproximadamente 38.919 óbitos maternos no sistema de informação sobre mortalidade (SIM), as principais causas obstétricas diretas desses óbitos configuraram-se na hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto.¹⁵

Nesse contexto, não se pode olvidar a alta ocorrência de abortos ilegais. Diniz, Medeiros e Madeiro¹⁶ relatam que a maioria das mulheres, por falta de recursos financeiros, recorre ao misoprostol e após o início do sangramento, recorrem à assistência hospitalar do SUS para concluir o procedimento e tratar possíveis complicações. Como resultado, em 2015 ocorreram 205.439 internações por abortamento no país. Nesses casos a atenção pós-parto acaba centrando-se em procedimentos de curetagem, com admissão hospitalar e espera de tratamento.¹⁷

Dados apontam que, no ano de 2015, aproximadamente 98% das mães receberam algum tipo de Atendimento Pré-Natal. A OMS e o Ministério da Saúde entendem que a atenção pré-natal deve ser contínua, preventiva, diagnóstica, garantir tratamento de doenças ou carências, assim como trazer informações sobre a saúde e aspectos considerados fundamentais em âmbito social, cultural e psicológico para a mulher gestante. A legislação recomenda o oferecimento de no mínimo oito consultas, associada a resultados perinatais para mãe e recém-nascidos.¹⁷

Outro fator importante é a vinculação da gestante a uma maternidade, essa vinculação já está prevista em lei desde 2005, no entanto esse direito não é acessível a todas as mulheres, notadamente as mulheres das regiões Norte e Nordeste, as adolescentes e as de menor escolaridade. A desvinculação a uma maternidade acaba por gerar alto índice de peregrinação de gestantes em busca de atendimento, fator que está associado à morbidade materna grave. Cabe ainda lembrar a persistência da sífilis congênita, que poderia ser evitada no pré-natal, mas a má qualidade da atenção acaba desencadeando a continuidade da doença.¹⁷

O Fundo das Nações Unidas para a Criança - Unicef adverte que a vulnerabilidade das mulheres e recém-nascidos é maior durante e imediatamente após o parto e que o

número de mortes por causas evitáveis de mulheres grávidas e recém-nascidos alcança a estimativa anual de 2,8 milhões por ano.¹⁸

Deve-se considerar que dados da pesquisa ‘Nascer no Brasil’ dão conta que 50% das mulheres, no país, tiveram acesso ao uso de boas práticas obstétricas recomendadas para o bom desempenho no trabalho de parto, embora a frequência de internações desnecessárias de gestantes de baixo risco também tenha aumentado.¹⁷

Assim é que a ausência de uma política pública que direcione as ações do Estado para mitigar esse e outros problemas relacionados à saúde da mulher fragiliza ainda mais esse segmento que, historicamente, apresenta-se em situação de vulnerabilidade.

Assim, necessário que Estado, técnicos e sociedade, a partir da perspectiva do ciclo de políticas públicas, retomem a discussão acerca de uma agenda prioritária para a implementação de uma política de atenção à saúde da mulher, contemplada em um documento jurídico.

Não se pode isolar o direito da política, vez que para efetivar os direitos enunciados na Constituição Federal e/ou nas leis, impõe-se um agir estatal que não pode existir desvinculado de um conjunto de regras e normas jurídicas, visto ser essa a linguagem apreendida pelo sistema de justiça.

REFERÊNCIAS

1. Bobbio N. A Era dos Direitos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
2. ONU. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável [Internet]. [citado em 30 jun 2021]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>
3. IPEA. Cadernos ODS. ODS 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. O que mostra o retrato do Brasil? [Internet]. [citado em 30 jun 2021]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190829_cadernos_ODS_objetivo_3.pdf
4. Bucci MPD. O conceito de política pública em Direito. In Bucci, MPD (org). Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. [citado em 20 jun 2021]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matrix-2-Politic.html#>
6. ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos 1948. [citado em 20 jun 2021]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>.
7. ONU. Convenção sobre os Direitos da Criança. 1989. [citado em 20 jun 2021]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>
8. Brasil. Lei Complementar nº 95 de 26 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis, conforme determina o parágrafo único do art. 59 da Constituição

Federal, e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos que menciona. [citado em 20 jun 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp95.htm

9. Lemos ANLE, Lima JAO, Aranha MI. Processo de consolidação SUSLegis: discussões do desenho metodológico. In: Santos AO, Lopes LT (org.). Coletânea direito à saúde boas práticas e diálogos institucionais [Internet]. Brasília: CONASS, 2018. [citado em 30 jun 2021]. [p.106-115]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/boas-praticas-e-dialogos-institucionais-2/>

10. Lansky S et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública [Internet]. Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014. [citado em 30 jun 2021]. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ss5zQXRmrGrGJvcVMKmjDqR/?lang=pt#>

11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. [citado em 20 jun 2021]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>

12. Fragata J, Sousa P, Santos RS. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In Sousa P, Mendes W (org). Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014.

13. WHO. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. 2009 [Internet]. [citado em 30 jun 2021]. Disponível em https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

14. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [citado em 30 jun 2021]. Disponível em https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf

15. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Boletim epidemiológico v 51, 2020. Brasília, DF. [citado em 10 jul 2021]. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/28/boletim_epidemiologico_svs_51.pdf

16. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2017; 22(2):653-660. [citado em 10 jul 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8LRYdgSMzMW4SDDQ65zzFHx/?lang=pt&format=pdf>

17. Leal MC et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2018, 23(6):1915-1928. [citado em 10 jul 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/?lang=pt&format=pdf>

18. Unicef. Mortalidade materna e na infância – mulheres e crianças estão sobrevivendo cada vez mais [Internet]. [citado em 30 jun 2021]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-impressao/mortalidade-materna-e-na-infancia-mulheres-e-criancas-estao-sobrevivendo-cada-vez-mais>

DIREITO AO CUIDADO SEGURO DO NEONATO SOB A PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS

Data de aceite: 01/09/2021

Kalline Eler

Professora de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Doutora em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB)
<http://lattes.cnpq.br/2064445317682723>

RESUMO: Apesar da redução da mortalidade infantil nos últimos 30 anos, as estatísticas ainda apontam um alto número de mortes evitáveis, especialmente de neonatos. De acordo com o Relatório de 2020 do Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, aproximadamente 6.700 neonatos morreram diariamente em 2019, representando um total de 47% das mortes de crianças menores de 5 anos no mesmo período. Em termos globais, considerando o primeiro mês de vida, a taxa média é de 17 mortes neonatais por 1.000 nascidos vivos. Após o primeiro mês e até completar o primeiro ano de vida, essa taxa decai para 11 mortes por 1.000 nascidos vivos, passando para 10 mortes no período compreendido entre um ano e cinco anos de idade. No Brasil, segundo dados do Indicador 3 – Saúde e Bem-Estar, que corresponde a um dos objetivos de desenvolvimento sustentável apresentada pela Organização das Nações Unidas – ONU, a taxa de mortalidade neonatal, em 2018, foi de 9,15.

PALAVRAS-CHAVE: Direito; direitos humanos; criança; neonato; segurança do paciente.

ABSTRACT: Despite the reduction in infant mortality over the last 30 years, statistics still point to a high number of preventable deaths, especially among newborns. According to the 2020 Report of the United Nations International Children's Emergency Fund – UNICEF, approximately 6,700 newborns died daily in 2019, representing 47% of the deaths of children under 5 years of age in the same period. In global terms, considering the first month of life, the average rate is 17 neonatal deaths per 1,000 live births. After the first month and until completing the first year of life, this rate drops to 11 deaths per 1,000 live births, dropping to 10 deaths in the period between one year and five years of age. In Brazil, according to data from Indicator 3 - Health and Welfare, which corresponds to one of the sustainable development goals presented by the United Nations - UN, the neonatal mortality rate in 2018 was 9.15.

KEYWORDS: Law; human rights; neonate; child; patient safety.

INTRODUÇÃO

Apesar da redução da mortalidade infantil nos últimos 30 anos, as estatísticas ainda apontam um alto número de mortes evitáveis, especialmente de neonatos. De acordo com o Relatório de 2020 do Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância – UNICEF¹, aproximadamente 6.700 neonatos morreram diariamente em 2019, representando um total de 47% das mortes de crianças menores

de 5 anos no mesmo período. Em termos globais, considerando o primeiro mês de vida, a taxa média é de 17 mortes neonatais por 1.000 nascidos vivos. Após o primeiro mês e até completar o primeiro ano de vida, essa taxa decai para 11 mortes por 1.000 nascidos vivos, passando para 10 mortes no período compreendido entre um ano e cinco anos de idade. No Brasil, segundo dados do Indicador 3 – Saúde e Bem-Estar, que corresponde a um dos objetivos de desenvolvimento sustentável apresentada pela Organização das Nações Unidas – ONU, a taxa de mortalidade neonatal, em 2018, foi de 9,15.

Esses dados estatísticos ressaltam a urgência de prevenir as mortes neonatais evitáveis através do cuidado seguro e contínuo nos momentos de maior risco da vida de uma criança, o que inclui os cuidados no pré-natal, na hora do parto e após o nascimento. Diante desse cenário, o presente trabalho sustenta que o cuidado seguro, além de ser imprescindível para redução da mortalidade infantil, é um direito do neonato decorrente do seu direito à vida e do seu direito à saúde, previstos expressamente nos artigos 6º e 24 da Convenção sobre os Direitos da Criança – CDC.²

O tema dos direitos dos neonatos tem sido também articulado por declarações de diversas associações profissionais que, embora não tenham caráter jurídico-vinculante, representam um movimento em prol do reconhecimento de direitos desses pacientes. Exemplificando, cita-se a Declaração de Direitos das Crianças menores de três anos da Associação Mundial de Saúde Mental Infantil³, a Declaração de Barcelona sobre os Direitos da Mãe e do Neonato da Associação Mundial de Medicina Perinatal⁴ e a Carta sobre os Direitos Universais das Mulheres e dos Neonatos da White Ribbon Alliance⁵ que endossam o reconhecimento do neonato enquanto uma pessoa com direitos específicos que deverão ser realizados pelos Estados através das suas instituições legislativas e executivas.

Dessa forma, a partir do referencial teórico-normativo dos direitos humanos aplicado ao contexto do cuidado em saúde da criança formulado por Eler^{6,7}, este artigo objetiva explicitar o direito à vida e o direito à saúde enquanto direitos essenciais para garantir a segurança do neonato.

Este trabalho é de cunho teórico e documental e, sob o prisma metodológico, fundamenta-se, nos Comentários Gerais do Comitê sobre os Direitos da Criança e nos documentos e relatórios produzidos pelos órgãos internacionais que trabalham com os direitos humanos da criança.

O artigo está estruturado em duas partes: a primeira versa sobre o direito à vida; a segunda, trata do direito à saúde; sendo ambos os direitos analisados em conexão com a segurança do neonato.

DIREITO À VIDA DO NEONATO

A CDC de 1989 foi o primeiro instrumento internacional a reconhecer explicitamente a criança como titular de direitos. Esse instrumento normativo, ao prever expressamente uma diversidade de direitos civis e políticos e direitos econômicos, sociais e culturais, estabeleceu para os Estados o dever de promover esses direitos a partir de uma perspectiva centrada na criança. Entretanto, apesar dessa ampla previsão de direitos, observa-se que os direitos consagrados na CDC não têm sido aplicados no âmbito dos cuidados em saúde, de modo que a criança é ainda considerada objeto do cuidado. Assim, contrapondo-se a esse cenário, Eler^{6,7} sustenta a implementação dos direitos humanos da criança no contexto da saúde para que o cuidado seja provido considerando a criança um sujeito de direitos.

No tocante ao direito à vida, este encontra-se assegurado no art.6º da CDC e constitui para os Estados a obrigação de assegurar ao máximo a sobrevivência e o desenvolvimento da criança. Consoante o Comitê de Direitos Humanos da ONU⁸, o direito à vida não pode ser interpretado restritivamente, pois requer dos Estados a adoção de medidas positivas. Desse modo, no âmbito da segurança do paciente neonato, o direito à vida impõe ao Estado a obrigação de adotar medidas para aprimorar os cuidados pré-natais e, igualmente, os cuidados durante e após o parto de modo a reduzir a mortalidade neonatal e a conferir aos neonatos cuidados especiais durante essa fase crítica, prolongando, dessa forma, sua expectativa de vida.^{8,9} A adoção dessas medidas revela-se crucial considerando que 73% de todas as mortes neonatais ocorrem na primeira semana de vida e, aproximadamente, 36% ocorrem no dia do nascimento.¹⁰

A realização do direito à vida do neonato pressupõe que os Estados assegurem os cuidados que geram maior impacto na redução das mortes evitáveis, especialmente, os cuidados durante o trabalho de parto; nas primeiras horas de nascimento e na primeira semana de vida; e, ainda, cuidados especializados para prematuros e neonatos acometidos por alguma doença.¹¹ Ainda, os Estados deverão adotar medidas preventivas garantindo que cada mulher grávida tenha pelo menos quatro encontros de cuidados pré-natais; que cada parto seja assistido por profissionais de saúde qualificados; e que todos os neonatos recebam cuidados de rotina em até dois dias após o nascimento.^{12,11} No mesmo sentido, o Conselho de Direitos Humanos da ONU¹³ reforça o dever dos Estados de assegurar intervenções essenciais para reduzir a mortalidade neonatal associada à prematuridade.

As mortes evitáveis de neonatos indicam uma falha sistemática no cuidado seguro e na provisão de serviços de saúde de qualidade, representando, portanto, uma violação ao seu direito à vida. Dessa forma, compete ao Estado identificar os fatores que colocam em risco a vida, a sobrevivência, e o desenvolvimento do neonato e implementar intervenções baseadas em evidências científicas para minimizar os riscos e impedir a ocorrência da sua morte. Além disso, os Estados deverão implementar auditorias de mortalidade perinatal para fins de prevenção e responsabilização¹⁴ e políticas, legislação e programas específicos

para prevenir a morte neonatal evitável.

Tendo em vista que o cuidado seguro do neonato também decorre do direito à saúde, passa-se ao exame do direito à saúde com ênfase na segurança do paciente neonato.

DIREITO À SAÚDE DO NEONATO

O direito à saúde do neonato é extraído tanto do art. 12 da Convenção sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais quanto do art. 24 da CDC que dispõe expressamente que integra o conteúdo do direito à saúde a obrigação do Estado de reduzir a mortalidade infantil. Assim, a redução das mortes evitáveis dos neonatos decorre tanto do direito à vida quanto do seu direito à saúde.

No âmbito da segurança do paciente, imperioso destacar que sua relação com o direito à saúde advém do elemento da qualidade. O direito à saúde compreende quatro elementos que servem de base para verificar o desempenho dos atores estatais na sua implementação, a saber: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade¹⁵ e, de acordo com a OMS¹⁶, a segurança corresponde a uma das dimensões da qualidade dos sistemas de saúde. Portanto, garantir a segurança do paciente neonato significa respeitar o seu direito à saúde.

A associação entre qualidade adequada e a segurança do paciente é ainda mais evidente quando se constata que os cuidados de baixa qualidade são responsáveis por 61% das mortes neonatais¹² e que a maioria das deficiências entre os neonatos nascidos após 25 semanas de gestação é evitável¹⁰. Dessa forma, o Plano de Ação cada Recém Nascido da OMS e UNICEF¹¹ elenca como estratégias centrais para o aprimoramento da qualidade dos cuidados neonatais, entre outras: a) adoção de currículo baseado em competências para treinamento dos profissionais de saúde e criação de marcos regulatórios definindo o escopo de atuação da obstetria, neonatologia, enfermagem e outras profissões relacionadas aos cuidados infantis, bem como as capacitações necessárias para cuidar dos neonatos enfermos e aqueles considerados pequenos para a idade gestacional e para o aconselhamento e suporte em amamentação; b) garantia da presença 24 horas de equipe multidisciplinar com competência específica para lidar com complicações neonatais no mesmo nível do serviço de referência; c) provisão de equipamentos essenciais e medicamentos seguros para salvar a vida dos neonatos conforme a lista da Comissão das Nações Unidas sobre produtos que salvam vidas para mulheres e crianças e d) instituição de um sistema de notificação de mortes maternas e perinatais, preferencialmente no período de 24 horas.

A adoção dessas estratégias pelo Estado é fundamental para assegurar o cuidado seguro neonatal e evitar, assim, que, sua saúde seja comprometida por eventos adversos evitáveis. Estima-se que mais de um milhão de neonatos sobreviva a cada ano com

deficiências de desenvolvimento neurológico de longo prazo por falhas no cuidado em saúde.¹¹

Portanto, para garantir a qualidade do cuidado e, por conseguinte, a segurança do neonato, é preciso, dentre outras exigências, que haja equipamento hospitalar adequado para as crianças; que os tratamentos, intervenções e medicamentos sejam baseados nas melhores evidências disponíveis; e que os profissionais estejam devidamente habilitados e treinados em saúde infantil.¹⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No tocante à mortalidade infantil, os neonatos são os que se encontram em maior risco de morte sendo que um terço das mortes neonatais ocorre no primeiro dia de vida após o nascimento.¹ Dessas mortes, 80% resultam de condições tratáveis e passíveis de prevenção.¹² Observa-se que, embora um progresso notável tenha sido feito nas últimas décadas para reduzir o número global de mortes infantis e apesar da disponibilidade de soluções viáveis baseadas em evidências, muitos neonatos continuam a morrer a cada ano. Assim, tendo em vista seu status jurídico como sujeito de direitos, este artigo buscou demarcar o direito à vida e à saúde do neonato enquanto direitos humanos essenciais para garantir um cuidado seguro.

O direito à vida do neonato está previsto no art.6º da CDC e, de acordo com o Comitê sobre os Direitos da Criança, constitui a obrigação estatal de garantir a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social da criança. Dessa forma, os diversos riscos e fatores que afetam negativamente a vida e a sobrevivência do neonato precisam ser sistematicamente identificados a fim de projetar e implementar intervenções baseadas em evidências que previnam a morte evitável.¹⁴ Quanto ao direito à saúde, assegurado no art.24 da CDC, ainda que se trate de um direito de realização progressiva, dependente de recursos orçamentários, no contexto da saúde neonatal, sua promoção equivale às obrigações essenciais do Estado. Assim, para a realização do direito à saúde do neonato, os Estados deverão zelar para que os cuidados sejam prestados por profissionais de saúde altamente qualificados em instalações apropriadas para garantir sua segurança e, ainda, que intervenções e medicamentos sejam baseados nas melhores evidências disponíveis.

Por fim, a partir do que foi apresentado neste trabalho, resta evidente a relevância da aplicação dos direitos humanos aos cuidados em saúde para garantir que a segurança do neonato seja efetivamente considerada.

DIREITO AO CUIDADO SEGURO DO NEONATO	
Direito à Vida	Direito à Saúde
<p>Direito de não ter sua vida colocada em risco</p> <p>Direito de receber cuidados em saúde baseados em evidências científicas que previnam e impeçam a ocorrência da morte</p> <p>Direito de receber cuidados em emergência por profissionais de saúde qualificados para lidar com complicações neonatais.</p>	<p>Direito de não ter sua saúde comprometida por eventos adversos evitáveis</p> <p>Direito a medicamentos seguros e eficazes</p> <p>Direito ao cuidado em unidades específicas e com instalações adequadas aos neonatos</p> <p>Direito a ser atendido por profissionais capacitados em saúde neonatal</p> <p>Direito de receber cuidados especializados, se prematuro, pequenos para idade gestacional ou com baixo peso</p> <p>Direito à identificação precoce de infecções neonatais e doenças congênitas</p>

Quadro 1: Direito ao Cuidado Seguro do Neonato.

OBRIGAÇÕES DO ESTADO RELACIONADAS AO DIREITO AO CUIDADO SEGURO DO NEONATO	
Obrigações estatais acerca do direito à vida do neonato	Obrigações estatais acerca do direito à saúde do neonato
<p>Adoção de políticas, legislação e programas específicos para prevenir a morte neonatal evitável</p> <p>Identificação dos fatores que colocam em risco a vida, a sobrevivência, e o desenvolvimento do neonato</p> <p>Implementação de intervenções baseadas em evidências para evitar a ocorrência das três principais causas da morte neonatal: complicações advindas de prematuridade; complicações relacionadas ao momento do parto e infecções neonatais</p> <p>Redução da mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos</p> <p>Instituição de mecanismos de auditoria, monitoramento e sistema de notificação de mortes neonatais.</p>	<p>Provisão de equipamentos essenciais e medicamentos seguros adequados para o neonato</p> <p>Redução, ao mínimo aceitável, dos eventos adversos que comprometem a saúde do neonato</p> <p>Provisão de cuidados especializados para os neonatos prematuros, pequenos para idade gestacional e com baixo peso</p> <p>Capacitação dos profissionais em saúde neonatal</p>

Quadro 2: Obrigações do Estado relacionadas ao direito ao cuidado seguro do neonato.

REFERÊNCIAS

1. UN Inter-agency Group for Child Mortality. Levels & Trends in childhood mortality. Report 2020. 2020. 1–56 p. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/unpd_2020_levels-and-trends-in-child-mortality-igme-.pdf . Acesso em 31 de julho 2021.

2. ONU. Convenção sobre os Direitos da Criança, 1989. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/resources_10120.htm. Acesso em 31 de julho 2021.
3. Health WA for IM. WAIMH Position Paper on the Rights of Infants. 2016;2014(May):2014–6.
4. World Association Of Perinatal Medicine. Declaration of Barcelona on the Rights of Mother and Newborn, 2001. Disponível em: <https://eschr.eu/wp-content/uploads/2018/02/declarationofbarcelonaontherightsofmotherandnewborn-1.pdf>. Acesso em 31 de julho 2021.
5. White Ribbon Alliance. The Universal Rights Of Women & Newborns, 2011. Disponível em: <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Respectful-Maternity-Care-Charter-2019.pdf>. Acesso em 31 de julho 2021.
6. Eler K. Capacidade Jurídica da Criança e do Adolescente na Saúde. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2020.
7. Eler K, Albuquerque A. Direitos humanos da paciente criança. Cad Ibero-Americanos Direito Sanitário. 2019;jan./mar.8(1):36–52.
8. Comité de Derechos Humanos. Observación General N. 36 Derecho a la vida (artículo 6). 1982. Disponível em: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6_SP.pdf. Acesso em 31 de julho 2021.
9. United Nations. General Comment 7: Implementing Child Rights in Early Childhood. CRC/C/GC/7; 2005. Disponível em: <https://www.refworld.org/docid/460bc5a62.html>. Acesso em 31 de julho 2021.
10. World Health Organization. Survive and Thrive: Transforming care for every small and sick newborn [Internet]. Vol. 29, Delicious Living. 2019. 150 p. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=107961679&site=ehost-live>. Acesso em 31 de julho 2021.
11. World Health Organization. Every newborn: An action plan to end Preventable deaths: Executive summary Geneva: World Health Organization. Who, Unicef, 2014. Disponível em: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html. Acesso em 31 de julho 2021.
12. WHO & UNICEF. Ending Preventable newborn deaths and stillbirths by 2030. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/77166/file/Ending-preventable-newborn-deaths-and-stillbirths-by-2030-universal-health-coverage-in-2020-2025.pdf>. Acesso em 31 de julho 2021.
13. World Health Organization & Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Mortality among children under five years of age as a human rights concern. 2019;22(32):667–700. Disponível em: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/StudyMortalityAmongChildren.pdf>. Acesso em 31 de julho 2021.
14. United Nations. General comment No. 15 on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24). CRC/C/GC/15; 2013. Disponível em: <https://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html>. Acesso em 31 de julho 2021.
15. United Nations. Comentário Geral No. 14: Direito ao mais alto padrão de saúde possível (Artigo 12). Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; 2000. Disponível em: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2011/06/Compilation-of-HR-instruments-and-general-comments-2009-PDHJTimor-Leste-portugues.pdf>. Acesso em 31 de julho 2021.
16. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. 2006. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>. Acesso em 31 de julho 2021.

17. United Nations. General comment No. 14 on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration (art. 3, para. 1). CRC/C/GC/14; 2013. Disponível em: http://www2.ohchr.org/English/bodies/crc/docs/GC/CRC_C_GC_14_ENG.pdf. Acesso em 31 de julho 2021.

EQUIDADE E DIVERSIDADE NA MATERNIDADE SEGURA

Data de aceite: 01/09/2021

Francis Solange Vieira Tourinho

Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Pesquisadora em Produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora- DT-2/CNPq. Secretária de Ações Afirmativas e Diversidades, Professora Associada do Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, Santa Catarina, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5614479933447169>

RESUMO: A gestação e maternidade é, na vida de uma mulher, um momento único e peculiar, de intensas transformações físicas, psíquicas e sociais, que requer muitos cuidados de saúde e é experienciada de forma diversificada. As transformações físicas ocorrem com as mudanças corporais peculiares da gestação. Já nas transformações psíquicas e sociais, estão presentes alterações de papéis, como o tornar-se mãe e as adaptações a esta nova etapa na vida. Porém o que se observa nesta etapa da vida das mulheres é um alto número de mortes maternas em algumas áreas do mundo reflete a vulnerabilidade destas mulheres e as desigualdades no acesso a serviços de saúde de qualidade e destaca a lacuna entre ricos e pobres. A taxa de mortalidade materna em países de baixa renda em 2017 é de 462 por 100.000 nascidos vivos contra 11 por 100.000 nascidos vivos em países de alta renda.

Este capítulo aborda: as interseccionalidades e maternidade segura; a cultura de segurança, humanização para a maternidade segura; e o modelo do “queijo suíço” e maternidade segura.

PALAVRAS-CHAVE: Equidade; maternidade segura; qualidade do cuidado; segurança do paciente; parto seguro; saúde materna.

ABSTRACT: In a woman's life, pregnancy and motherhood are a unique and peculiar moment of intense physical, psychological, and social transformations, which requires a lot of health care and is experienced in a diversified way. Physical transformations occur with the bodily changes peculiar to pregnancy. There are changes in roles in the psychic and social transformations, such as becoming a mother and adaptations to this new stage in life. However, what is observed at this stage of women's lives is a high number of maternal deaths in some areas of the world, which reflects the vulnerability of these women and the inequalities in access to quality health services and highlights the gap between rich and poor. The maternal mortality rate in low-income countries in 2017 is 462 per 100,000 live births versus 11 per 100,000 live births in high-income countries. This chapter addresses: intersectionality and safe motherhood; the culture of safety, humanization for safe motherhood; and the “Swiss cheese” and safe motherhood model.

KEYWORDS: Equity; safe motherhood; quality of care; patient safety; safe childbirth; maternal health.

INTRODUÇÃO

A gestação e maternidade é, na vida de uma mulher, um momento único e peculiar, de intensas transformações físicas, psíquicas e sociais, que requer muitos cuidados de saúde e é experienciado de forma diversificada. As transformações físicas ocorrem com as mudanças corporais peculiares da gestação. Já nas transformações psíquicas e sociais, estão presentes alterações de papéis, como o tornar-se mãe e as adaptações a esta nova etapa na vida.¹

Porém o que se observa nesta etapa da vida das mulheres é um alto número de mortes maternas em algumas áreas do mundo reflete a vulnerabilidade destas mulheres e as desigualdades no acesso a serviços de saúde de qualidade e destaca a lacuna entre ricos e pobres. A taxa de mortalidade materna em países de baixa renda em 2017 é de 462 por 100.000 nascidos vivos contra 11 por 100.000 nascidos vivos em países de alta renda.²

No Brasil, de 1996 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), sendo que aproximadamente 67% decorreram de causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções desnecessárias, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.³

A mortalidade materna constitui um importante problema social e de saúde pública e reflete diretamente a qualidade assistencial. Representa também um indicador do status da mulher, seu acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades. É preciso, portanto, ter informações sobre níveis e tendências da mortalidade materna, não somente pelo que ela estima sobre os riscos na gravidez e no parto, mas também pelo que significa sobre a saúde, em geral, da mulher e, por extensão, seu status social e econômico.⁴

Associada a isso, a perspectiva de iniquidades em saúde aponta para as situações que colocam determinados sujeitos e coletivos em desvantagem de acesso e cuidado em relação à saúde. Trata-se de situações que poderiam ser reduzidas, mas são sistematicamente perpetuadas.⁵

Em 2021 o tema do Dia Mundial da Segurança do Paciente 2021 é “Cuidado materno e neonatal seguro”, devido à carga significativa de riscos e danos às mulheres e os recém-nascidos são expostos a riscos ao receber cuidados inseguros durante parto, situação agravada pela pandemia COVID-19, o que levou à interrupção dos serviços essenciais de saúde devido a quebras nas cadeias de abastecimento, incapacidade das mulheres acesso a cuidados e a escassez de profissionais de saúde qualificados.⁶

Já sabemos que a segurança do paciente pode ser definida como a redução e mitigação de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, como também a utilização de práticas objetivando alcançar bons resultados para o paciente.⁷ A segurança

do paciente não está focada apenas em uma assistência à saúde livre de danos, mas também à sua realização no momento certo, de um modo eficaz e equânime, e baseada na melhor informação científica e nas necessidades integrais e individuais, tanto do paciente como de sua família.⁸

Assim abordar o cuidado materno seguro, tem uma grande importância uma vez que a maioria das mortes maternas pode ser evitada, pois as soluções de saúde para prevenir ou gerenciar complicações são bem conhecidas. Todas as mulheres precisam de acesso a cuidados de alta qualidade durante a gravidez e durante e após o parto.² São evitáveis por meio da prestação de cuidados seguros e de qualidade por profissionais de saúde qualificados que trabalham em ambientes de apoio. Isso só pode ser alcançado por meio do envolvimento de todas as partes interessadas e da adoção de sistemas de saúde abrangentes e abordagens baseadas na comunidade.¹

INTERSECCIONALIDADES E MATERNIDADE SEGURA

O termo “interseccionalidade” permite compreender melhor as desigualdades e a sobreposição de opressões e discriminações existentes na sociedade, para que se possa combatê-las e reconhecer que algumas opressões são mais dolorosas. “Às vezes oprimimos, mas às vezes somos opressores”.⁹

Pode ser considerada como uma ferramenta analítica importante para pensarmos sobre as relações sociais de raça, sexo e classe, e os desafios para a adoção de políticas públicas eficazes. Precisamos lembrar que existem naturalmente diversas diferenças de gênero, cor da pele, idade, altura e outras características entre nós, para entendermos como esses sistemas de opressão têm impactos diferentes em diferentes pessoas.

Mas muitas mulheres ou grupos, apenas por pertencerem a essas “categorias” vulnerabilizadas, são submetidas a uma série de discriminações, preconceitos e opressões, como de classe, deficiências, de gênero, de geração, situação de rua, de raça/etnia indígenas, negras e quilombolas) e de orientação sexual.

A vulnerabilidade é uma perspectiva multifacetada, com significados diferentes e inúmeras implicações. Uma constante para estudiosas(os) da área é a compreensão da vulnerabilidade a partir dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), bem como dos fatores políticos, culturais, econômicos e técnicos que contornam a incidência e a manutenção de determinados riscos em saúde.¹⁰

As desigualdades sociais e a vulnerabilidade se apresentam como parte determinante das mortes maternas, e abrange principalmente as mulheres que podem estar vivendo em situação de desvantagem financeira ou comunidades de baixo *status* socioeconômico. Tais comunidades podem ser diferenciadas pelo estresse habitacional, superlotação, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, problemas de saúde mental e física, questões

relacionadas à segurança da comunidade, maior criminalidade, desemprego, bem como baixos níveis de coesão, confiança e recursos.

A organização social de gênero ligada ao regime patriarcal submete-a a uma hierarquia entre masculino e o feminino com a superioridade dos homens nas relações. Essa desigualdade de poder contribui para a legitimação do uso da violência pelos homens contra mulheres que não desempenham adequadamente os papéis de gênero tradicionais. E assim as mulheres grávidas também são submetidas discriminações, preconceitos e opressões, que se ampliam caso seja negra, periférica, solo.¹¹

É importante que os profissionais da saúde possam (re)conhecer que, no Brasil, quinze famílias brasileiras têm patrimônio dez vezes maior que 14 milhões de famílias do Bolsa Família, em 2019 o rendimento médio mensal do 1% mais rico da população, que recebia R\$ 28.659, correspondia a 33,7 vezes o rendimento da metade da população mais pobre do Brasil, que ganhava R\$ 850 (EBC), 63% das casas chefiadas por mulheres negras estão abaixo da linha de pobreza.¹²

Das mulheres que têm dificuldade de acesso frequente à água, as negras representam 68% desse número, e 71,5% dos cadastrados no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) são negras.¹² Quando buscamos dados sobre o índice anos potenciais de vida perdidos (APVP) das principais causas de óbitos entre as pessoas negras, percebemos que a violência está tirando a vida muito mais rápido dos jovens negros.¹³

Mulheres de raça/cor preta e parda totalizaram 65% dos óbitos maternos, enquanto mulheres que não vivem em união conjugal representaram 50% dessas mortes. Apesar de a escolaridade ter sido ignorada em 13% dos registros de óbitos maternos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), mulheres de baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo) corresponderam a 33% dos casos. (MS) Ademais, a situação de pandemia explícita que a mortalidade materna de mulheres negras em decorrência da Covid-19 é três vezes maior do que a média geral da população.³

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de 2009, recomenda a “inserção da temática saúde da população negra nos conteúdos de educação permanente”, e unida à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, ainda no Brasil as ações para reduzir as mortes maternas e segurança no parto desconsideram as iniquidades raciais. Assim é necessário que para além do dia mundial de segurança do paciente, os profissionais da saúde, as metas para redução de mortalidade têm ter equidade diversidade e inclusão.

Aliado as iniquidades, a hospitalização coloca a mulher em uma posição de passividade, pois além da falta de controle sobre o próprio corpo, como não conseguir controlar processos fisiológicos ou hormonais, o processo de ausentar-se da sua rotina exige uma readaptação também na sua identidade da mulher.¹⁴

O corpo da mulher, quando adentra nas maternidades, é visto como objeto de controle e domínio da medicina. Essa ‘objetificação’ traz em si preconceitos ligados ao gênero e à banalização do sofrimento da parturiente, pois entendem que a mulher “merece” aquele sofrimento em compensação ao prazer sexual. Banalizar o sofrimento é banalizar também a violência institucional que acontece nas maternidades e na sociedade como um todo.¹⁵

A gravidez e o parto são temas permeados por passividade, objetificação, tradições e expectativas culturais em todo o mundo. As expectativas desta etapa da vida são relacionadas à feminilidade, ao *ser mulher*. Já vimos que a gravidez e a cultura do parto podem ser muito desconfortáveis e violentas para mulheres cisgênero.

Quando se pensa na abordagem da experiência da população trans relacionadas à reprodução e a parentalidade são predominantemente invisibilizadas, estas são pensadas e relacionadas a um casal cisgênero e heterossexual, em uma constituição tradicional de família ou, no máximo, às formas de reprodução e adoção por casais homossexuais.¹⁶

As pessoas transgênero engravidam na mesma proporção que pessoas que se identificam como mulheres e têm gravidezes mais planejadas que mulheres cisgênero, porém os sistemas de saúde não estão organizados para cuidar da gestação e do parto de um homem trans. Aliado a isso ainda o nome social é desrespeitado pelas equipes de profissionais e de todos os setores de uma unidade de saúde, que acabam por tratar a pessoa com o nome ou pronomes que não se identificam, e ainda preencherem a declaração de nascidos vivos tem sido preenchida sem respeitar a identidade de gênero dos genitores.^{17,18, 19}

Quando se aborda a maternidade segura e as iniquidades e vulnerabilidades que podem estar envolvidas, não podemos deixar de pautar as gestantes em situação de rua, expostas a uma série de riscos, além de dificultar sua vinculação a um serviço de atenção básica que realize seu pré-natal, uma vez que a maioria dos serviços são territoriais, tomando como referência de território o endereço residencial do usuário, e nem todos os municípios consultórios itinerantes. Para as mulheres gestantes que vivem nas ruas, o cenário atual de pandemia, é ainda mais preocupante, uma vez que aumenta os riscos dessa gestação.

Em geral, as mulheres constituem menor parcela da população de rua. Na cidade de São Paulo, por exemplo, em torno 15% da população em situação de rua são mulheres, de acordo com censo realizado em 2019 pela Prefeitura. Esse número corresponde a 3.600 mulheres em situação de rua, sendo a maior população de rua do país. Nesse mesmo censo, foram contabilizadas 216 grávidas. A maior parte dessas mulheres são negras, o que evidencia mais uma vez a estrutura de exclusão racial existente no país.²⁰

Mulheres em situação de rua engravidam quatro vezes em média, enquanto a média

das mulheres brasileira em geral é de 1,9 gravidezes. O apoio das políticas públicas, e equipes de atendimento são importantes para uma gestação e partos seguros. A gestação também é tida como uma forma e desejo de uma vida melhor, o que traz para o profissional de saúde um importante papel e responsabilidade por proporcionar o momento de forma humanizada, segura e esperançosa.^{20, 21}

CULTURA DE SEGURANÇA, HUMANIZAÇÃO PARA A MATERNIDADE SEGURA

O compromisso e a disposição individual de fazer o bem e usar o melhor do conhecimento constituem-se em fatores essenciais no cuidado, porém são insuficientes para garantir uma assistência segura e eficaz na atualidade. A cultura da segurança trata-se de um assunto de interesse geral na área da saúde e que é necessário cada vez mais estar presente nas organizações de saúde.²²

Os cuidados de saúde inseguros resultam em expressiva morbidade e mortalidade evitáveis, gastos adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde e representam uma grande preocupação na atualidade. Por outro lado, cuidados e vigilância de alta qualidade permitem que muitos resultados adversos desapareçam, sendo construído sobre os conhecimentos fornecidos pela qualidade da investigação e análise dos cuidados feitos anteriormente, gerando assim uma cultura de segurança.²³

A violência no tratamento à mulher no momento do parto (não poder escolher a posição mais confortável, ser alvo de deboche, ouvir piadas em momento de dor e ansiedade), traduzida por desrespeito e maus-tratos, revelam a falta de vínculo entre a mulher e a equipe de saúde, a falta de protagonismo da mulher e as restrições em relação ao acompanhante, que devem ser observadas pela equipe de saúde.²⁴

Considerando que o paciente submetido aos serviços de saúde corre o risco de sofrer danos relacionados à assistência, a Organização Mundial da Saúde criou em 2004 a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente com a missão de coordenar, disseminar e acelerar melhorias para segurança do paciente em termos mundiais.²⁵

O programa Paciente pela Segurança do Paciente da OMS estabelece que ocorra melhora na segurança se os pacientes forem colocados no centro dos cuidados e incluídos como parceiros. Corresponsabilidade e vínculos solidários, utilizados na Política Nacional de Humanização, são termos que correspondem ao termo parceria, utilizado no Programa Paciente pela Segurança do Paciente, e remetem a uma perspectiva de envolvimento do paciente e de seus familiares no cuidado.²⁶

As instituições de saúde e os profissionais devem acolher a mulher, seus familiares e o recém-nascido com dignidade, respeito para que se crie um ambiente que proporcione a autonomia da mulher para que a mesma se sinta protagonista de seu parto. Os profissionais precisam trabalhar a ambiência proporcionando um ambiente limpo e alegre confortável,

tanto para os profissionais quanto para os pacientes.²⁷

Apesar de parecer difícil ser desenvolvido, pois envolve uma grande mudança de cultura nos estabelecimentos de saúde, é necessário que profissionais executem os cuidados em saúde, sejam cada vez mais pautados na humanização, e os profissionais de saúde devem trabalhar com ferramentas além da área da saúde, como a empatia e solidariedade para auxiliar na comunicação com a parturiente. A garantia dessas práticas podem garantir a qualidade e segurança do paciente, com o reforço da importância da humanização, pois as gestantes/parturientes respondem melhor aos procedimentos do parto e garante uma saúde mental fortalecida, fundamental no momento da maternidade.^{28,29}

MODELO DO “QUEIJO SUÍÇO” E MATERNIDADE SEGURA

Quando se evidencia a fragilidade do sistema de cuidados, com carência de recursos tanto materiais quanto humanos, o estabelecimento do vínculo entre a mulher e os profissionais da saúde pode ser dificultado. Contudo, ressalta-se a relevância desse vínculo frente ao estado de dependência e fragilidade que a mulher pode se encontrar no momento da chegada de um filho.²⁶

Um dos problemas que ameaça a segurança e que impede o alcance de resultados desejados no cuidado à saúde refere-se às constantes falhas operacionais dos sistemas, as quais desviam as ações dos profissionais de saúde no intuito de corrigir momentaneamente tais dificuldades e impedem que pratiquem o cuidado que aprenderam e idealizaram para seus pacientes e familiares, podendo acarretar uma impossibilidade de estabelecer relação terapêutica com a cliente e integralizar as diversas ações no intuito de atender suas necessidades e preferências.^{22,30}

Tornar o cuidado no parto mais seguro deve ser visto não como uma opção, mas como uma necessidade. Ao adotar a gestão do erro com base na abordagem da pessoa, organizações de saúde incentivam a subnotificação do erro e/ou evento adverso, ao passo que um profissional que cometeu tal ato tentará omiti-lo, por medo de represálias e punições.^{22,27}

Neste interim, destacamos que as contribuições de James Reason para a segurança do paciente são importantes, visto que, a partir da divulgação dos seus conceitos e modelos, a discussão sobre o erro e o comportamento humano frente a este, começou a ganhar um novo rumo. Não deve ser necessária a existência do medo ao admitir que os seres humanos sejam falíveis. Esse é o primeiro passo na busca de um cuidado seguro.^{22,30}

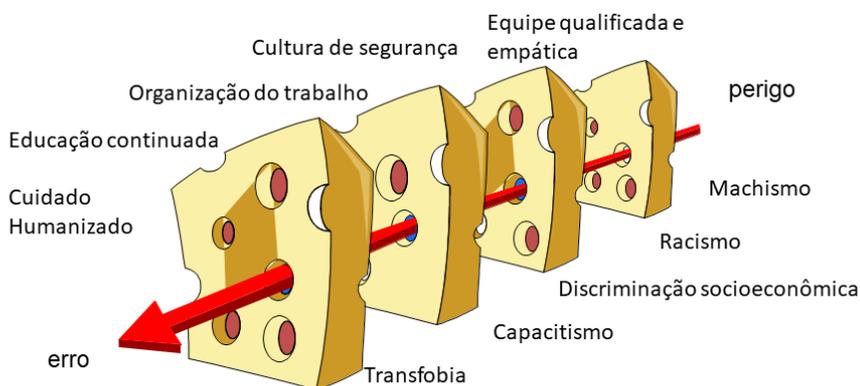
O modelo do “queijo suíço” de causalidade de acidentes é um modelo usado em análise de risco e gerenciamento de risco, e como o princípio por trás da segurança em camadas. Ele compara os sistemas humanos a várias fatias de queijo suíço, empilhados lado a lado, nos quais o risco de uma ameaça se tornar realidade é mitigado pelas diferentes

camadas e tipos de defesas que são “colocadas” uma atrás da outra.^{31,32}

Adotar a abordagem do sistema significa, primeiramente, admitir que todos os seres humanos, por essência e sem nenhuma exceção, são passíveis de erros. A partir desse pensamento, as ações para tornar o cuidado seguro devem ser voltadas às mudanças no sistema de trabalho desses profissionais, já que a essência falível do ser humano não pode ser mudada. Assim, é preciso que os gestores em saúde tomem ciência de tal pensamento e percebam que a partir deles a mudança pode começar.^{31,32}

Na maternidade segura vinculada aos cuidados de equidade e diversidade, o modelo “queijo suíço”, adaptado para esta fase da vida da mulher nos permite a análise e gerenciamento de risco no meio das iniquidades e vulnerabilidades que a mulher pode enfrentar no parto.

CAMADAS DE DEFESA, BARREIRAS E PROTEÇÃO



FALHAS NA PROTEÇÃO

Figura 1: Equidade e diversidade para a maternidade segura.

Adaptação do Reason's Swiss Cheese Model, 2021.

Fonte: adaptado de Reason's Swiss Cheese Model. Reason JT. Human error: models and management. British Med Journal 2000; 320: 1311-6.

Uma forma de minimizar estas situações risco é trabalhar na educação permanente das equipes de saúde temas como: Racismo e Saúde da População Negra; relações étnico-raciais; gênero e diversidade; cuidados das pessoas transexuais/transgêneros/travestis/não-binárias; acolhimento de mulheres em situação de rua; humanização no parto; violência obstétrica; sistemas de informação e formulários com campo Raça/Cor, nome social, tenham os campos preenchimento adequado; monitorar e fornecer informações

com recorte das diversidades e equidade em saúde materna, para avaliação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As demandas sociais da atualidade também exigem competências atitudinais e relacionais dos profissionais da saúde, é nítido que a atuação do profissional de saúde na maternidade, quando realizada de forma adequada, é capaz de transformar uma realidade social e permitir o acesso da usuária àquilo que lhe é de direito, com informação, prevenção e prestação de serviço.

Além disso, é importante despertar a *humanescência* nos profissionais de saúde, valorizando a essência humana, olhar a pessoa em processo de parto como um todo, respeitando suas emoções e dores durante o parto.

Entender como ocorre o erro humano para poder evitá-lo é fundamental, porém, é necessário perceber que o conceito de segurança não deve estar associado simplesmente a não ocorrência de erros, mas ao envolvimento de um contexto social mais abrangente, suscitando discussões sobre o ser humano de forma global. Para tanto, faz-se necessário também a implantação de capacitações e educação continuada que estimulem as práticas seguras, humanizadas, inclusivas e que respeitem as diversidades.

REFERÊNCIAS

1. Piccinini, C A et al. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo* [online]. 2008, v. 13, n. 1 [Acessado 15 Agosto 2021], pp. 63-72. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>>. Epub 26 Jun 2008. ISSN 1807-0329. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>.
2. World Health Organization. Maternal mortality. [citado em 15 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. [citado em 15 ago. 2021]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>
4. Organización Panamericana de la Salud. Revised 1990 estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF. *Rev Panam Salud Pública*. 1997;1(6):481-5. [citado em 15 ago. 2021]. Disponível em DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891997000600018>
5. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
6. World Health Organization. World Patient Safety Day 2021. [citado em 16 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2021>.
7. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Research for patient safety: better knowledge for safer care [Internet]. Geneva (Switzerland); 2008. [citado 2012 jul 06]. 20 p. Disponível em: www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_en.pdf f.

8. Blegen MA. Patient safety in hospital acute care units. *Annu Rev Nurs Res.* 2006; 24: 103-25.
9. Akotirene C. *Interseccionalidade.* São Paulo: Jandaira, 2019. 152 p.
10. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad Saude Publica.* 2017;34(3):e00101417. doi: 10.1590/0102-311X00101417.
11. SAFFIOTI, Heleieth I. B. *Gênero, patriarcado, violência.* São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2004
12. Tourinho, FSV. Os profissionais de saúde devem olhar além do que os olhos podem ver. In Afonso DH, Postal E A, Batista NZ, Oliveira SS, (Org). *A escola médica na pandemia da Covid-19 - Brasília: ABEM, 2020. E-Book: pdf; p 39-41.* [citado em 10 ago. 2021]. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2021/02/EBOOK-A-escola-medica-na-pandemia-da-COVID-19.pdf>
13. Matos CC de SA, Tourinho FSV. Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). *Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet].* 2018;13(40):1-13. [citado em 10 ago. 2021]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1706>
14. Oliveira V J, Madeira A M F, Penna C M M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. *Revista Rene*, 12(1), 49-56, 2011. [citado em 16 ago. 2021]. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4119/3210>.
15. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface Comun Saúde Educ* 2011; 15:79-92. [citado em 16 ago. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>
16. Angonese M, Lago, M C S. Família e experiências de parentalidades trans. *Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, v.52, 2018.* [citado em 16 ago. 2021]. Disponível em: DOI: 10.5007/2178-4582.2018.57007
17. Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female-to-Male Gender Transitioning. *Obstetrics & Gynecology.* 2014 Dec;124(6):1120–7. [citado em 16 ago. 2021]. Disponível em: doi: 10.1097/AOG.0000000000000540. PMID: 25415163.
18. Wierckx K, Van Caenegem E, Pennings G, Elaut E, Dedeker D, Van de Peer F, et al. Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction.* 2012 Feb 1;27(2):483–7. [citado em 16 ago. 2021]. Disponível em: doi: 10.1093/humrep/der406.
19. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. “Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo”, Secretaria Municipal da Saúde/SMSIPMSP, 2020: Julho - p. 133. [citado em 16 ago. 2021]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf
20. São Paulo. Pesquisa censitária da população em situação de rua. [citado em 16 ago. 2021]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Produtos/Produto%209_SMADS_SP.pdf
21. Costa SL da et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. *Saúde e Sociedade [online].* 2015, v. 24, n. 3, pp. 1089-1102 [citado em 10 Agosto 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015134769>
22. Fernandes LGG, Tourinho FSV, Souza NL de. Contribuição de James Reason para a Segurança do Paciente: Reflexão para a Prática De Enfermagem. *Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(supl.*

1):2507-12, jul., 2014 [citado em 16 ago. 2021]. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.5927-50900-1-SM.0807supl201440

23. World Health Organization/World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2008. [citado em 16 ago. 2021]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>

24. RODRIGUES, Diego Pereira et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 4, p. 614-620, out./dez. 2015. [citado em 16 ago. 2021]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>

25. Castro GLT de, Tourinho FSV, Martins MFSV, et al. Proposta de Passos Para a Segurança do Paciente no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2018, v. 27, n. 3 [citado em 16 ago. 2021]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-070720180003810016>>. Epub 06 Ago 2018. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003810016>.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. [citado em 16 ago. 2021] Disponível em:https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

27. Moura RCM, Pereira TF, Rebouças FJ, et al. Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Violência Obstétrica. *Enferm. Foco* 2018; 9 (4): 60-65. [citado em 16 ago. 2021] Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/Cuidados-De-Enfermagem-Na-Preven%C3%A7%C3%A3o-Da-Viol%C3%Aancia-Obst%C3%A9trica.pdf>

28. Zanatta E, Pereira CRR, Alves AP. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesqui. prá. psicossociais, São João del-Rei*, v. 12, n. 3, p. 1-16, dez. 2017. [citado em 16 ago. 2021] Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005&lng=pt&nrm=iso

29. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre (RS): Artmed, 2010. 4. Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system*. Washington (DC): National Academy Press, 1999. 5. Davies JM; Hébert P; Hoffman C. *The Canadian Patient Safety Dictionary*. [Internet] 2003 [cited 2013 Dez 22]. Available from: http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_e.pdf

30. Reason J. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. *Phil. Trans. R. Soc. Lond.* **B327**475–484, 1990. [citado em 16 ago. 2021] Disponível em: <http://doi.org/10.1098/rstb.1990.0090>

31. Reason JT. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care* [Internet] 1995 [cited 2013 Dez 22];4(2):80-89. [citado em 15 ago. 2021] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10151618>

32. Reason JT. *Human Contribution: unsafe acts, accidents and heroic recoveries*. Farnham: Ashgate, 2008.



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.