

PERFIL DOS ÓBITOS DECORRENTES DE EVENTOS
ADVERSOS RELACIONADOS À SAÚDE QUE ATINGIRAM AS
PESSOAS NOS PERÍODOS GRAVÍDICO-PUERPERAL E
NEONATAL NO ESTADO DE SÃO PAULO

Biênio: 2021 e 2022



**PERFIL DOS ÓBITOS DECORRENTES DE EVENTOS
ADVERSOS RELACIONADOS À SAÚDE QUE ATINGIRAM
AS PESSOAS NOS PERÍODOS GRAVÍDICO-PUERPERAL E
NEONATAL NO ESTADO DE SÃO PAULO**

Biênio: 2021 e 2022

Tarcísio de Freitas

Governo do Estado de São Paulo

Eleuses Paiva

Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo

Eudes Quintino de Oliveira Junior

Chefe de Gabinete

Regiane A. Cardoso de Paula

Coordenadoria de Controle de Doenças

Maria Cristina Megid

Centro de Vigilância Sanitária

Elizeu Diniz

Núcleo Técnico de Planejamento Informação e Informática

Elaboração/Revisão:

Teresa Cristina Gioia Schmidt

Adriana Dias

Designer

Maria Rita Negrão

Ficha Catalográfica

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES

© reprodução autorizada desde de que citada a fonte

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Sanitária.

Perfil dos Óbitos Decorrentes de Eventos Adversos Relacionados à Saúde que Atingiram as Pessoas nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal no Estado de São Paulo – Biênio: 2021 e 2022. Teresa Cristina Gioia Schmidt/ Adriana Dias (Org.). São Paulo: SES/CVS, 2024.

64p. : il. tab. graf.

1. Relatório Técnico 2. Segurança do Paciente 3. Assistência à saúde materno-infantil.

1.Título

SES/CCD/CD 113/24

NLM WX 185

Elaborada por Renan Matheus Predasoli CRB 8/9275

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
CONSIDERAÇÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE	6
CENÁRIO DA MORTALIDADE NOS PERÍODOS GRAVÍDICO-PUERPERAL E NEONATAL	9
PERFIL DOS ÓBITOS DAS PESSOAS NOS PERÍODOS GRAVÍDICO-PUERPERAL E NEONATAL NOTIFICADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE (SIM) NO ESTADO DE SÃO PAULO – BIÊNIO: 2021 E 2022.	14
PERFIL DOS ÓBITOS DECORRENTES EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À SAÚDE NAS PESSOAS NOS PERÍODOS GRAVÍDICO-PUERPERAL E NEONATAL NOTIFICADOS NO NOTIVISA 2.0 NO ESTADO DE SÃO PAULO – BIÊNIO: 2021 E 2022.	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS	60

SIGLÁRIO

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCD	Coordenadoria de Controle de Doenças
CSS	Coordenadoria de Serviços de Saúde
CGCSS	Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
CVS	Centro de Vigilância Sanitária
CID	Classificação Internacional de Doenças
EA	Eventos Adversos
NGHSP	Núcleo Gestor de Humanização e Segurança do Paciente
NOTIVISA	Sistema Nacional de Notificações em Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RMM	Razão de Morte Materna
SES SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SEVISA	Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO

A Segurança do Paciente constitui uma temática essencial e de relevância mundial que comporta uma multiplicidade de ações a favor da identificação precoce de situações de risco, às ocorrências dos eventos adversos que podem acometer pacientes, famílias, e profissionais, exigindo planejamento, execução, monitoramento e avaliação de ações por meio de planos de melhoria contínuos.

A produção do conhecimento permanente voltada para cultura de aprendizagem significativa é traduzida pela aplicação da transversalidade nas áreas de assistência e de vigilância em saúde. Para que seja praticada no cotidiano requer atenção dos gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde.

O Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo (CVS-SP) assume essa responsabilidade promovendo a disseminação e a capilarização da Segurança do Paciente em suas práticas rotineiras nas diferentes áreas técnicas que coordenam o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (Sevisa).

No esforço de revelar seu compromisso com a temática elabora em conjunto com o Comitê Estadual de Mortalidade Materno-Infantil este documento. A intencionalidade é de apresentar o perfil dos óbitos investigados e disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) que atingiram as pessoas nos períodos gravídico-puerperal e neonatal, e ainda, um estudo mais detalhado dos óbitos que foram notificados pelos serviços de saúde, no Sistema Nacional de Notificações em Vigilância Sanitária- NOTIVISA 2.0 no biênio 2021 e 2022.

Maria Cristina Megid

CONSIDERAÇÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

Compreende-se como Segurança do Paciente um conjunto de estratégias e ações, aplicada em todos os níveis de atenção à saúde, na defesa da promoção, proteção e assistência à saúde com foco na redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde. Tendo como pano de fundo as diretrizes do SUS e a potencialização da comunicação, trabalho multidisciplinar e em equipe realizado de forma competente, responsável e solidária¹.

A compreensão do caráter multifatorial subjacente às falhas de segurança é elucidada à luz da teoria sobre o erro humano, proposta por James Reason², intitulada como a do “queijo suíço” compara as vulnerabilidades do sistema de saúde aos buracos de um queijo suíço. A fonte do problema seria frequentemente desencadeada por múltiplos fatores; como se a ocorrência dos Eventos Adversos (EA) se devesse ao alinhamento de diversos “buracos”, que seriam as falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou mesmo de risco por parte dos pacientes. As falhas podem ser ativas ou passivas. As falhas ativas seriam atos inseguros ou omissões, cometidos pelos profissionais de saúde, cujas consequências teriam efeito adverso imediato para o paciente; elas podem acontecer devido a um erro, à quebra de regras ou pela assunção de riscos. As falhas latentes, entretanto, constituem características existentes no sistema, em sua estrutura e processo, as quais permanecem ocultas, até que um evento ou acidente ocorra e as exponham. Nos serviços de saúde, essas condições podem se relacionar ao ambiente de trabalho, à supervisão inadequada, treinamento insuficiente ou formação deficiente, estresse, sobrecarga de trabalho e sistemas de comunicação inadequados².

Apesar de todos os avanços no âmbito da segurança do paciente, o erro humano é um dos fatores que se destaca e, frequentemente, os episódios de erro envolvendo profissionais de saúde nas instituições são noticiados através da imprensa e da mídia, causando grande comoção social e interpretações equivocadas³.

A baixa compreensão sobre o erro pode acarretar ao profissional envolvido, sentimentos de vergonha, culpa e medo, dada a forte cultura imatura e punitiva ainda existente em grande

parte das instituições, o que acaba por favorecer a omissão dos relatos, pedidos de ajuda ou mesmo da emissão de notificação da ocorrência de um determinado evento³. Há de se investir no desenvolvimento de mudanças dos paradigmas ainda existentes em prol de uma cultura de segurança hábil valorizando a revisão dos processos de trabalho postos, abandonando a busca para encontrar culpados. A admissão de erros e sua análise devem constituir-se em oportunidade de aprendizagem^{4,5}.

Os eventos adversos apresentam o potencial de causar danos aos pacientes e prejuízos associados aos cuidados à saúde, decorrentes de processos produtivos e ou estruturas funcionais e operacionais da assistência. A atitude para segurança do paciente deve repensar os processos assistenciais com a finalidade de identificar a ocorrência das falhas antes que causem danos aos pacientes na atenção à saúde. Assim, é importante conhecer quais são os processos mais críticos e, portanto, com maior probabilidade de ocorrência, para que seja possível desenvolver ações eficazes de prevenção e melhoria⁶.

Vale ressaltar, que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído através da Portaria nº 529/2013⁷ pelo Ministério da Saúde e a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 36/2013⁸, que institui ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde compõem os dispositivos legais que elegem a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) com uma estratégia de apoio sistemático e contínuo nos serviços de saúde.

A defesa da integração entre mecanismos sanitários eficazes e a execução de gestão participativa, assistência efetiva, capacitação permanente e pesquisa na área de segurança do paciente reforçam a indissociabilidade da prevenção e do cuidado individual e coletivo. A cultura de segurança do paciente capilarizada no âmbito da assistência e vigilância sanitária devem assumir um caráter estratégico para proteção da saúde, atuando na eliminação e diminuição de riscos, ainda nas tratativas de se garantir acesso, diagnóstico e tratamento precoce, evitando o desenvolvimento de eventos adversos e mesmo as complicações decorrentes de uso inadequado de conhecimentos, habilidades e até mesmo de tecnologias.

Daí, a importância de os serviços de saúde adotarem os requisitos de boas práticas de funcionamento, compreendidos como sendo os componentes da Garantia da Qualidade na implantação, prestação de serviços e produção do cuidado, no qual asseguram que os serviços sejam ofertados com protocolos adequados, contribuindo para uma assistência segura, com redução de complicações eminentes e evitando os eventos de óbitos ou outros danos.

A preocupação com a segurança do paciente, quando presente, retrata a valorização da dimensão da qualidade do cuidado de saúde⁵, capacitação para os trabalhadores, disseminação da cultura de segurança, respeito aos achados científicos, participação cidadã e aplicação de protocolos e planos com melhoria contínua dos processos de trabalho.

No estado de São Paulo, os serviços de saúde representam um montante significativo no Brasil. Portanto, agir em prol da Segurança do Paciente poderá contribuir para a mitigação de incidentes relacionados à assistência (infecciosos e não infecciosos) e ofertar à sociedade a promoção, proteção e assistência à saúde comprometida e responsável.

CENÁRIO DA MORTALIDADE NOS PERÍODOS GRAVÍDICO-PUERPERAL E NEONATAL

A morte materna é definida como a ocorrência de complicações durante os períodos de gestação, parto ou puerpério. Quando do tipo direta sua ocorrência é motivada por intervenções, omissões, tratamento inadequados ou por outros fatores decorrentes das próprias causas citadas⁹.

Morte Materna

Define-se como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez.

É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a provocada por fatores acidentais ou incidentais.

Morte Materna Obstétrica Direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer uma dessas causas.

Morte Materna Obstétrica Indireta é decorrente de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

O número de complicações que atingem as pessoas no ciclo gravídico-puerperal nos países em desenvolvimento é em parcela considerável promotora do evento morte, motivo dos quais há esforços internacionais e nacionais para a redução destas ocorrências. Os óbitos evitáveis refletem a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e às condições socioeconômicas desfavoráveis, daí

o monitoramento destes índices para justificar o redirecionamento de políticas de saúde eficazes que possam oportunizar sua redução¹⁰. Assim, é relevante monitorar esses índices e considerar o redirecionamento de políticas de saúde, uma vez que o óbito materno é evitável em 92% dos casos.

As principais complicações que ocasionam o óbito materno evitável são: as hemorragias pós-parto, hipertensão, infecções e abortos inseguros. Os óbitos evitáveis são sensíveis às proposições de ações que qualificam os serviços e a produção do cuidado, conseqüentemente, expressam as melhorias na rede assistencial¹¹.

Em 2011 para atender as diversas determinações associadas à morte materna foi instituída a Rede Cegonha como política de redução de morte materna e infantil, estabelecida por meio da Portaria nº 1.459/11¹², com a proposta de garantir atendimento, melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal como objetivos principais para atenção na assistência ao parto e puerpério, incluindo o recém-nascido no contexto da continuidade e progressão do cuidado até o segundo ano de vida.

Em 2022, mesmo ainda em curso sem sua plena implantação no país, a Rede Cegonha foi revogada e mesmo depois de fortes reações e críticas ao processo de construção da nova proposta da Portaria nº 715/2022¹³ que instituiu a Rede Materno e Infantil (RAMI), estratégia com objetivos de assegurar o direito ao planejamento familiar e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Também trata da ampliação de recursos, o financiamento dos serviços atuais ao incluir incentivo para as Maternidades de Baixo Risco (+ de 500 partos/ano), Ambulatório de Gestações de Alto Risco e Ambulatório ao Recém-nascido e Criança egressos da unidade neonatal. Tais mudanças causaram um impacto significativo ao mobilizar os gestores no contexto político de transição.

A Razão de Morte Materna traz a reflexão da qualidade da atenção à saúde, portanto, altas taxas de mortalidade materna denotam a insuficiência na prestação de serviços e na oferta de cuidados no ciclo gravídico e puerperal. É um indicador de saúde utilizado para estimar a frequência de

óbitos, que ocorrem até 42 dias após o parto, onde as causas estejam ligadas à gestação, ao parto e puerpério, em relação ao número total de nascidos vivos⁹.

Razão da Mortalidade Materna (RMM)

É o principal indicador para avaliar a qualidade da assistência às mulheres durante o pré-natal, parto e nascimento.

$$\frac{\text{Nº de óbitos maternos diretos e indiretos}}{\text{Nº de nascidos vivos}} \times 100.000$$

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) recomenda que a Razão de Morte Materna (RMM) aceitável seja de 20 casos por cada 100 mil nascidos vivos. No Brasil, em 2019, esse número foi de 64.5/100.000 nascidos vivos, e no Estado de São Paulo 46,2. A pandemia Covid 19 decretada em março de 2020 trouxe enormes preocupações nas questões que envolviam as pessoas no ciclo gravídico e puerperal, causando doenças em sua maioria respiratórias. O risco de morte apontado pelo Ministério da Saúde em gestantes diagnosticadas com Síndrome Respiratória Aguda Grave por Covid 19, onde 124 mulheres no ciclo gravídico puerperal foram a óbito no País, trouxe a necessidade de tomada de decisões imediatas e ininterruptas para ampliar acesso e favorecer estrutura no que tange aos prestadores da Assistência¹⁴.

Outro ponto de destaque é o cenário da mortalidade neonatal, com disparidades entre as regiões brasileiras, sendo em sua maioria associados à prematuridade, baixo peso ao nascer, fatores de riscos maternos, malformações congênitas e asfisia perinatal, denotando nesta última, uma relação à baixa qualidade da assistência prestada durante o pré-natal e o parto. Portanto, pode-se afirmar que a mortalidade neonatal é determinada por uma multiplicidade de fatores, dentre elas as evitáveis, demonstrando o quanto que apoio, utilização de instrumentos e avaliação dos serviços de saúde podem ser relevantes na reversão do quadro¹⁵.

Apesar da redução nos números de casos de óbitos neonatais tardios, a mortalidade fetal ainda é responsável por cerca de 50% da taxa de mortalidade infantil em países com taxa de mortalidade inferior a 35 por 1000 nascidos vivos. Por isso, é necessária atenção especial aos principais fatores de risco associados, a fim de que as pessoas grávidas recebam atendimento adequado e especializado durante o pré-natal¹⁵.

As análises dos números de mortes nos períodos gravídico-puerperal e neonatal configuram um indicador da realidade social, podendo se relacionar ao cenário de desenvolvimento humano. As permanências dos índices elevados de óbitos, por causas relacionadas à gestação ressaltam a importância de instituição de estratégias que visem à mudança deste cenário¹⁶.

O Estado exerce um papel de extrema responsabilidade na Assistência Materno Infantil e assume grande parcela da população do município, a disposição da equipe em aprimorar esta linha de cuidados transformando, de forma segura, a assistência ao nascer comprometida com a constituição de valores de cidadania, ética e protagonismo da mãe e de sua rede sociofamiliar.

O Estado conta com 408 equipamentos com leitos de referência para assistência obstétrica, totalizando 5.463 leitos, destes 55% são do Sistema Único de Saúde (SUS). A divisão administrativa abrange 645 municípios, 63 regiões de saúde e 17 departamentos regionais de saúde¹⁷.

No atendimento às gestantes na Atenção Primária, a cobertura de pré-natal é de quase 70%, com variações entre as diferentes Redes Regionais. Destas, 67,5% realizaram a primeira consulta até a 12ª semana de gestação. O percentual de gestantes com exames avaliados até a 20ª semana ficou muito abaixo do esperado (10,9% das que iniciaram o pré-natal), considerando que cerca de 2/3 delas realizam o primeiro atendimento nos três primeiros meses da gestação. Esses indicadores apontam para a fragilidade na atenção pré-natal¹⁷.

O Plano Estadual de Saúde 2024-2027 traz como diretrizes a garantia do acesso da população em tempo oportuno à atenção integral à saúde, aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde e integrar a atenção primária a saúde à especializada e a redução e prevenção de riscos à saúde da população, por meio de ações de vigilância, promoção e prevenção, compondo a integralidade da atenção¹⁷.

Ao considerar as metas propostas e alinhadas a partir do referido Plano e para obtenção dos resultados há necessidade de articulações assistenciais potentes e de trabalho compartilhado entre estado, municípios, prestadores e trabalhadores de saúde.

PERFIL DOS ÓBITOS DAS PESSOAS NOS PERÍODOS GRAVÍDICO-PUERPERAL E NEONATAL NOTIFICADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM) NO ESTADO DE SÃO PAULO – BIÊNIO: 2021 E 2022.

Segundo o SIM, os óbitos das pessoas nos períodos gravídico-puerperal e neonatal no biênio 2021-2022 alcançou os valores de 760 e 7.747 respectivamente, totalizando 8.507 óbitos (Tabela 1 e Gráficos 1 e 2).

TABELA 1 - Distribuição dos Óbitos Ocorridos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal Registrados no Sistema de Mortalidade (SIM) no Estado de São Paulo. Ref.: Biênio 2021 e 2022.

Período Gravídico Puerperal	2021	2022	Total	% Total
Aborto	10	8	18	2,4
Gravidez	109	87	196	25,8
Parto	34	13	47	6,2
Puerpério imediato e tardio	352	147	499	65,7
Total	505	255	760	100,0

Período Neonatal	2021	2022	Total	% Total
Precoce (menor de 7 dias)	2739	2795	5534	71,4
Tardio (7 a 28 dias dias)	1071	1142	2213	28,6
Total	3810	3937	7747	100,0

GRÁFICO 1 - Óbitos no Período Gravídico-Puerperal no Estado de São Paulo conforme tempo de morte, segundo Sistema de Informação de Mortalidade. Biênio: 2021-2022.

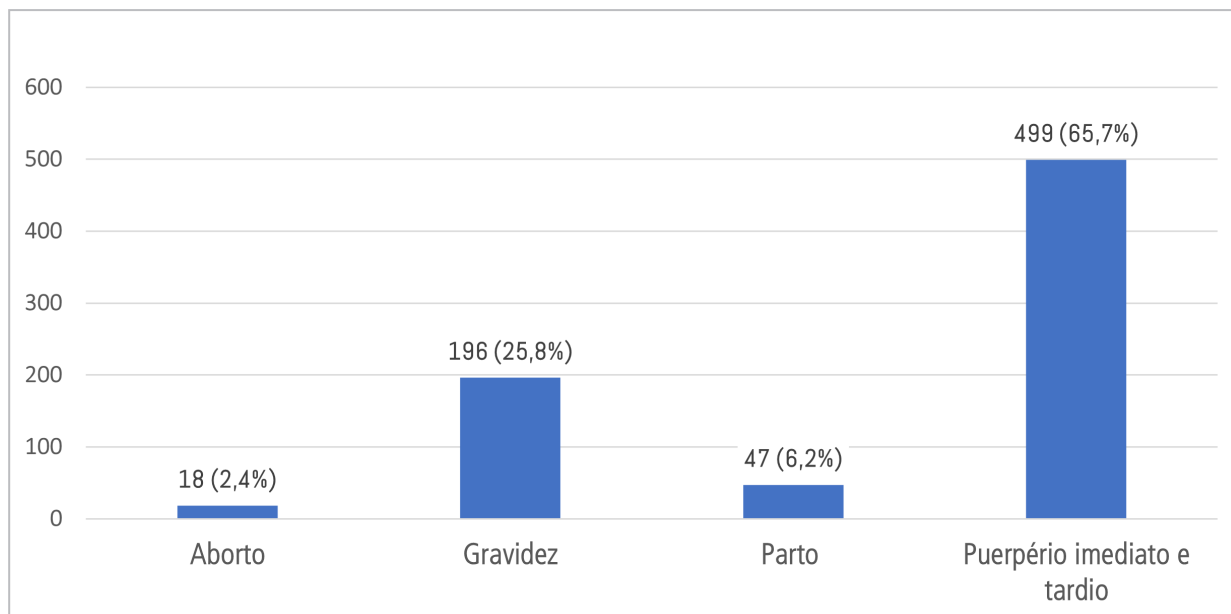
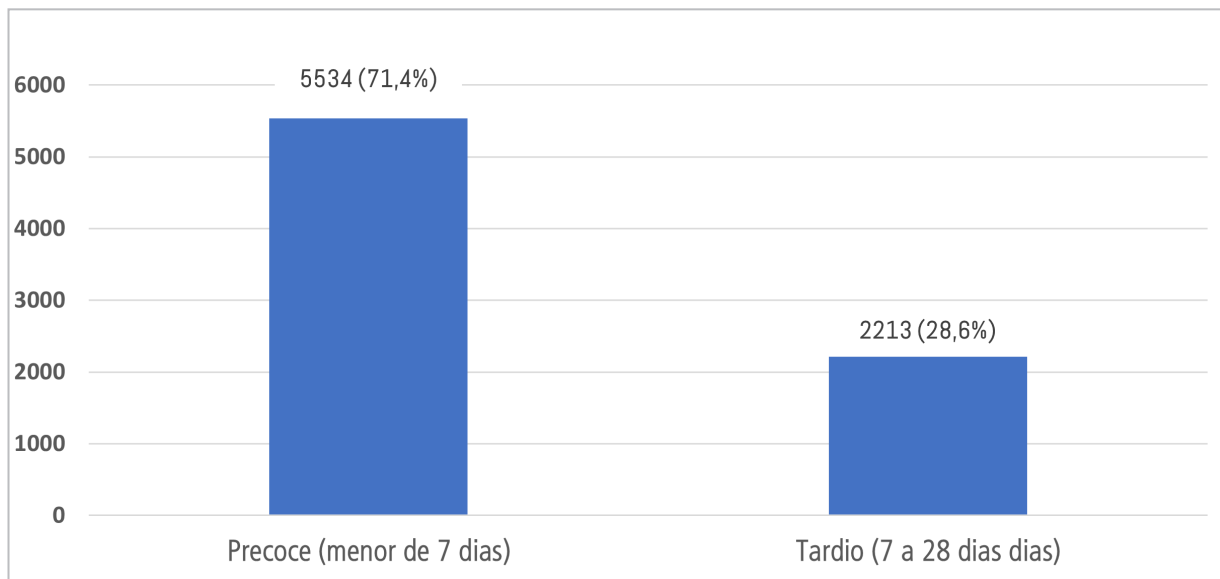


GRÁFICO 2 - Óbitos no Período Neonatal no Estado de São Paulo conforme tempo de morte, segundo Sistema de Informação de Mortalidade. Biênio: 2021-2022.



Após as investigações realizadas pelos técnicos da vigilância epidemiológica dos respectivos municípios, ajustes foram feitos quando necessários (ex.: causa de morte e momento da ocorrência do óbito). Os resultados foram aqui reorganizados por agrupamento de causas morte conforme período estudado (**Tabelas 2, 3, 4 e 5**).

Período Gravídico-Puerperal

2021 505 óbitos
401 - 79% investigados

2022 255 óbitos
168 - 66% investigados

Período Neonatal

2021 3810 óbitos
2853 - 75% investigados

2022 3937 óbitos
2978 - 76% investigados

TABELA 2 - Distribuição dos 401 Óbitos Ocorridos no Período Gravídico-Puerperal após investigação epidemiológica. Ano: 2021.

Causas Morte - Período Gravídico Puerperal - 2021	Aborto	Gravidez	Parto	Puerpério	F	F%
1. Hipertensão, Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia	0	3	5	21	29	7,2
2. Coagulação e Outras D. do sangue e dos órgãos hematopoéticos	0	0	0	2	2	0,5
3. Outras Doenças Cardiológicas e Cardiocirculatórias	0	5	2	16	23	5,7
4. Hemorragia	0	0	7	11	18	4,5
5. Aborto (completo, incompleto, retido)	3	0	0	3	6	1,5
6. Gravidez ectópica	1	5	0	0	6	1,5
7. Placenta (Prévia, Descolamento) e Inércia Uterina	0	1	7	10	18	4,5
8. Traumas, Lesões e Rupturas	0	1	0	3	4	1,0
9. Infecções Urinárias e Puerperais	0	0	1	15	16	4,0
10. Infecções Virais	2	36	6	179	223	55,6
11. Hiperemese e Outros Distúrbios Metabólicos	1	1	0	0	2	0,5
12. Doenças Digestórias e Hepáticas	0	1	0	3	4	1,0
13. Doenças Respiratórias	0	3	0	5	8	2,0
14. Diabetes e outras endócrinas	0	0	1	2	3	0,7
15. Doenças Mentais e Neurológicas	0	1	0	3	4	1,0
16. Outras Complicações não especificadas	2	10	2	22	35	8,7
Total	9	67	31	295	401	100,0

TABELA 3 - Distribuição dos 168 Óbitos Ocorridos no Período Gravídico-Puerperal após investigação epidemiológica. Ano: 2022.

Causas Morte - Período Gravídico Puerperal - 2022	Aborto	Gravidez	Parto	Puerpério	F	F%
1. Hipertensão, Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia	0	1	4	30	35	20,8
2. Coagulação e Outras D. do sangue e dos órgãos hematopoéticos	0	0	0	5	5	3,0
3. Outras Doenças Cardiológicas e Cardiocirculatórias	0	0	1	18	19	11,3
4. Hemorragia	0	2	1	8	11	6,5
5. Aborto (completo,incompleto, retido)	2	0	0	4	6	3,6
6. Gravidez ectópica	0	6	0	0	6	3,6
7. Placenta (Prévia, Descolamento) e Inércia Uterina	2	0	2	13	17	10,1
8. Traumas, Lesões e Ruturas	0	0	0	3	3	1,8
9. Infecções Urinárias e Puerperais	0	2	0	12	14	8,3
10. Infecções Virais	0	3	0	2	5	3,0
11. Hiperemese e Outros Distúrbios Metabólicos	0	1	0	1	2	1,2
12. Doenças Digestórias e Hepáticas	0	3	0	4	7	4,2
13. Doenças Respiratórias	0	1	0	4	5	3,0
14. Doenças Mentais e Neurológicas	0	9	2	1	12	7,1
15. Outras Complicações não especificadas	0	5	1	15	21	12,5
Total	4	33	11	120	168	100,0

Os resultados apontam que 2021 houve uma alta frequência de infecções virais (Covid 19) como causa morte das pessoas no período gravídico-puerperal, representando 55,6% do total de mortes. Isso vai ao encontro do estudo do Observatório Covid-19 Fiocruz que mostrou que houve alta de 40% em 2020 dos óbitos maternos quando comparados com números dos anos anteriores.

A pesquisa identificou as características clínicas e manejo clínico das mulheres grávidas e puérperas atendidas por covid-19 e afirmou que as chances de hospitalização de gestantes com diagnóstico da doença foram 337% maiores. Para as internações em UTI, as chances foram 73% maiores e o uso de suporte ventilatório invasivo 64% acima em relação aos demais pacientes com Covid-19, que morreram em 2020¹⁸.

Ressalta-se que o Covid 19 traz riscos na gravidez por conta da relativa imunodeficiência associada às adaptações fisiológicas maternas e uma intensa reação inflamatória devido à infecção. Além disso, durante a gravidez se pode ainda sofrer de falência de múltiplos órgãos e as comorbidades desempenham um papel significativo¹⁸.

No biênio estudado destaca-se as mortes decorrentes pela doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), na sua forma pura, caracteriza-se pelo aparecimento na pessoa grávida normotensa, após a vigésima semana de gestação, da tríade sintomática: hipertensão, proteinúria e edema. Sabe-se que nessa doença os ajustes na fisiologia renal e cardiovascular não ocorrem causando complicações, inclusive uma das manifestações mais características dessa doença é uma acentuada vasoconstrição arteriolar, que acarreta um aumento da resistência vascular periférica gerando consequência imediata ao aparecimento da hipertensão. Outro ponto é que a DHEG está associada a disfunção do endotélio vascular, acentuada vasoconstrição arteriolar, retração do volume plasmático e hemoconcentração, o que favorece a ativação das plaquetas e a coagulação sanguínea, resultando em um estado de hipercoagulabilidade ainda mais acentuado do que na gravidez normal¹⁹.

As infecções puerperais, também conhecidas como infecções pós-parto é localizada nos órgãos genitais ocorrendo após o parto ou o aborto constituindo uma das três complicações mais severas no período puerperal, sendo as outras duas as hemorragias e as doenças hipertensivas. Tais condições estão relacionadas com as infecções da assistência em saúde, sendo uma complicação que contribui para o aumento da morbimortalidade materna, podem ser causadas por uma variedade de fatores, sendo maior nas pessoas que sofreram procedimentos invasivos como cesarianas e episiotomias, dentre outros²⁰.

Causas predisponentes para infecção puerperal:

- Rotura prematura de membranas.
- Manipulações repetidas do canal de parto.
- Tococirurgia vaginal traumática.
- Parto prolongado.
- Hemorragia ante, intra, e pós-parto.
- Placenta baixa.
- Condições socioeconômicas.
- Retenção de restos ovulares.
- Circlagem (insuficiência do orifício interno).
- Monitoração interna.
- Idade materna.
- Gemelaridade

Fonte: Neme, B. Neme Obstetrícia básica. 3º ed. Sarvier: São Paulo, 2006²⁰.

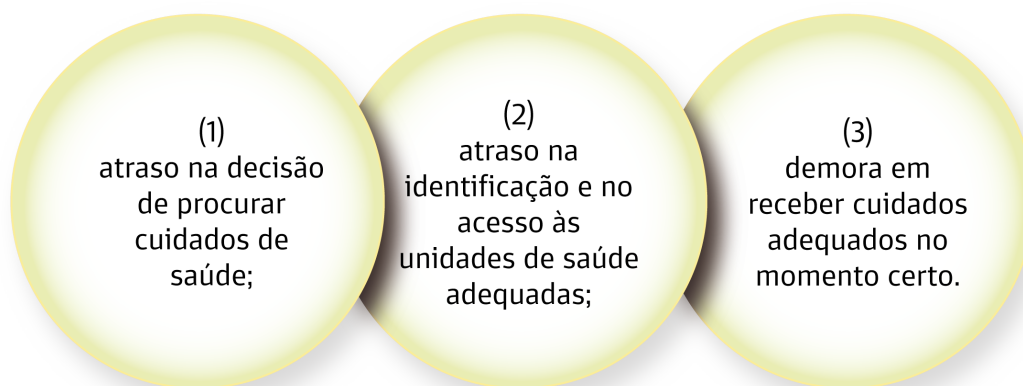
A infecção puerperal pode manifestar-se de três formas: localizada, propagada e generalizada. De início, a infecção pode ser localizada, podendo propagar-se, tornando-se generalizada, assumindo uma maior gravidade e agressividade microbiana²⁰.

A infecção puerperal pode manifestar-se de três formas:

- Localizada
- Propagada
- Generalizada

A mortalidade materna e perinatal é um evento considerado como evitável, sendo afetada pela qualidade da assistência à maternidade, que envolve acesso, disponibilidade de recursos necessários e práticas aceitáveis para cuidados pré-natais, parto e puerpério¹⁹.

O atraso no recebimento de cuidados está associado aos resultados maternos adversos, motivo do qual o modelo conhecido como de “Três Atrasos” é útil para avaliar o acesso aos cuidados em saúde e explicar morbidades e mortes maternas graves:



Modelo Três Atrasos proposta por Thaddeus & Maine (1994)²⁰ - Figura: autoria própria

A mortalidade perinatal vem sendo discutida como um indicador de resultado dos cuidados pré-natais e das condições maternas durante a gestação, razão pela qual torna-se imprescindível concentrar esforços no binômio mãe-bebê ao investir em cuidados pré-natais, na melhoria dos padrões de atendimento e do acesso a esses cuidados. As **Tabelas 4 e 5** mostram os óbitos no referido período após a investigação epidemiológica.

TABELA 4 - Distribuição dos 2853 Óbitos Ocorridos no Período Neonatal após investigação epidemiológica. Ano: 2021.

Causas Morte Período Neonatal - 2021	F	F%
1. Desconforto/Angústia respiratória ou asfíxia neonatal	405	14,2
2. Septicemia bacteriana do recém-nascido	393	13,8
3. Problemas afetados afecções maternas não obrigatoriamente relacionadas à gravidez	338	11,8
4. Problemas por complicações maternas da gravidez	335	11,7
5. Problemas por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas	229	8,0
6. Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	185	6,5
7. Problemas por outras complicações do trabalho de parto e do parto	181	6,3
8. Obstruções intestinais e enterocolite necrotizante	128	4,5
9. Hipotonia congênita e outras causas não especificadas	103	3,6
10. Hemorragia pulmonar originada no período perinatal	92	3,2
11. Transtornos cardiovasculares originados no período perinatal	75	2,6
12. Síndrome de aspiração neonatal	71	2,5
13. Doença respiratória crônica e outras afecções respiratórias	60	2,1
14. Coagulação intravascular disseminada e outros transtornos hematológicos perinatais	40	1,4
15. Hipóxia intrauterina (antes ou durante parte)	34	1,2
16. Enfisema intersticial e afecções correlatas originadas no período perinatal	27	0,9
17. Afecções comprometendo o tegumento	26	0,9
18. Transtornos transitórios do metabolismo dos carboidratos ou eletrolíticos	26	0,9
19. Hemorragia intracraniana não-traumática do feto e do recém-nascido	17	0,6
20. Pneumonia congênita	16	0,6
21. Doenças virais e outras doenças infecciosas e parasitárias congênitas	15	0,5
22. Problemas por influências nocivas transmitidas ao feto via placenta ou leite materno	13	0,5
23. Convulsões e outros distúrbios da função cerebral	12	0,4
24. Onfalite e outras infecções específicas do RN com ou sem hemorragia leve	10	0,4
25. Doença hemolítica, hemorrágica outras hemorragias neonatais	9	0,3
26. Laceração intracraniana, hemorragia e outras lesão por traumatismo de parto	6	0,2
27. Hipotermia do recém-nascido e outros distúrbios regulação térmica	6	0,2
28. Problemas de alimentação do recém-nascido	1	0,0
Total	2853	100,0

TABELA 5 - Distribuição dos 2978 Óbitos Ocorridos no Período Neonatal após investigação epidemiológica. Ano: 2022.

Causas Morte Período Neonatal - 2022	F	F%
1. Sepsicemia bacteriana do recém-nascido	422	14,2
2. Desconforto/Angústia respiratória ou asfixia neonatal	397	13,3
3. Problemas afetados afecções maternas não obrigatoriamente relacionadas à gravidez	395	13,3
4. Problemas afetados por complicações maternas da gravidez	325	10,9
5. Problemas afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas	257	8,6
6. Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	193	6,5
7. Problemas afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto	188	6,3
8. Hipotonia congênita e outras causas não especificadas	118	4,0
9. Obstruções intestinais e enterocolite necrotizante	108	3,6
10. Hemorragia pulmonar originada no período perinatal	84	2,8
11. Doença respiratória crônica e outras afecções respiratórias	69	2,3
12. Transtornos cardiovasculares originados no período perinatal	65	2,2
13. Síndrome de aspiração neonatal	62	2,1
14. Hipóxia intrauterina (antes ou durante parte)	45	1,5
15. Coagulação intravascular disseminada e outros transtornos hematológicos perinatais	41	1,4
16. Enfisema intersticial e afecções correlatas originadas no período perinatal	29	1,0
17. Doença hemolítica, hemorrágica outras hemorragias neonatais	28	0,9
18. Onfalite e outras infecções específicas do RN com ou sem hemorragia leve	27	0,9
19. Afecções comprometendo o tegumento	24	0,8
20. Pneumonia congênita	22	0,7
21. Transtornos transitórios do metabolismo dos carboidratos ou eletrolíticos	20	0,7
22. Hemorragia intracraniana não-traumática do feto e do recém-nascido	17	0,6
23. Problemas por influências nocivas transmitidas ao feto via placenta ou leite materno	13	0,4
24. Doenças virais e outras doenças infecciosas e parasitárias congênitas	11	0,4
25. Convulsões e outros distúrbios da função cerebral	10	0,3
26. Laceração intracraniana, hemorragia e outras lesões por traumatismo de parto	5	0,2
27. Hipotermia do recém-nascido e outros distúrbios regulação térmica	2	0,1
28. Problemas de alimentação do recém-nascido	1	0,0
Total	2978	100,0

PERFIL DOS ÓBITOS DECORRENTES DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À SAÚDE NAS PESSOAS NOS PERÍODOS GRAVÍDICO-PUERPERAL E NEONATAL NOTIFICADOS NO NOTIVISA 2.0 NO ESTADO DE SÃO PAULO – BIÊNIO: 2021 E 2022.

No Sistema NOTIVISA 2.0 no biênio 2021 e 2022 foram inseridas 43 notificações de óbitos ocorridos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Tais notificações devidamente analisadas diante de uma série de variáveis, conforme apresentado a diante neste relatório. Os dados traduzem o quanto que o universo notificado é abaixo do ideal e esperado, mostrando o quão necessário o incentivo técnico aos serviços, para que assim, revertam a negligência. Contudo, salienta-se que nem todo óbito cumpri critérios para ser inserido no banco de notificações do NOTIVISA 2.0.

TABELA 6 - Distribuição dos Óbitos Ocorridos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal Notificados no NOTIVISA 2.0, conforme as Coordenadorias da SES correspondentes aos Serviços de Saúde Notificantes. Biênio: 2021-2022.

Coordenadoria da SES	Gravídico-Puerperal		Neonatal	
	F	F%	F	F%
CGCSS	5	23,8	5	22,7
CSS	1	4,8	0	0,0
NA	15	71,4	17	77,3
Total	21	100,0	22	100,0

Legenda:

CGCSS - Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde

CSS - Coordenadoria de Serviços de Saúde

NA - Não se aplica, não pertence à SES

De acordo com o artigo 10 da RDC nº 36/2013⁸, o serviço de saúde dispõe de 72 horas para notificar a ocorrência de óbito atribuído ao evento adverso e deve realizar toda a investigação com o preenchimento na íntegra do formulário de notificação no prazo de 60 dias corridos, a partir da data da notificação. Os resultados dos óbitos aqui investigados apontam que a média em dias para o envio da notificação foi de 72 dias, sendo o limite inferior de 2 e o superior de 395 dias. Esclarece-se que apenas 14% dos planos de ação para melhoria foram entregues dentro do prazo estipulado.

É considerado um Plano de Ação **completo** aquele que apresenta as 7 etapas definidas, são elas:

1. Breve relato dos fatos ocorridos;

2. Priorização dos fatores contribuintes em termos de importância para a falha no processo;

3. Lista das ações voltadas para os fatores contribuintes;

4. Identificação dos responsáveis pela implantação das ações;

5. Identificação do tempo necessário para a execução;

6. Identificação dos recursos necessários;

7. Evidências de monitoramento e de cumprimento de cada etapa

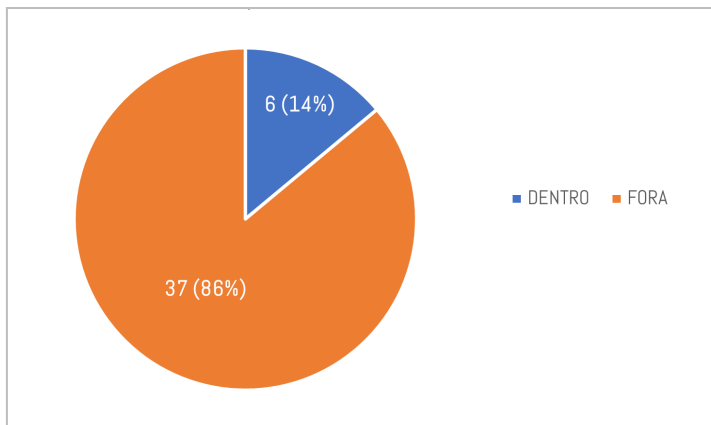
Os dados aqui evidenciam apenas o quantitativo e não a pertinência e detalhamento em si (qualitativo). O plano de ação nos casos de óbito deve ser elaborado com informações claras para que seja útil na avaliação do processo de intervenção propriamente dito.

No caso dos óbitos avaliados verificou-se que foram inseridos 15 planos de ação, no Sistema NOTIVISA 2.0, o que corresponde 34,9% (14). Os dados revelam que nenhum dos planos de ação apresentou todas as etapas preenchidas, sendo as etapas que continham o relato sumarizado da ocorrência do óbito (9 - 60%), a identificação dos fatores contribuintes (9 - 60%), ações de enfrentamento respectivas (12 - 80%), os responsáveis (10 - 66,7%) e o tempo para execução (8 - 53,3%) as de maior frequência. Chama atenção o fato de os recursos necessários, bem como, evidências para monitoramento das ações previstas não terem sido citados em nenhum dos planos apresentados.

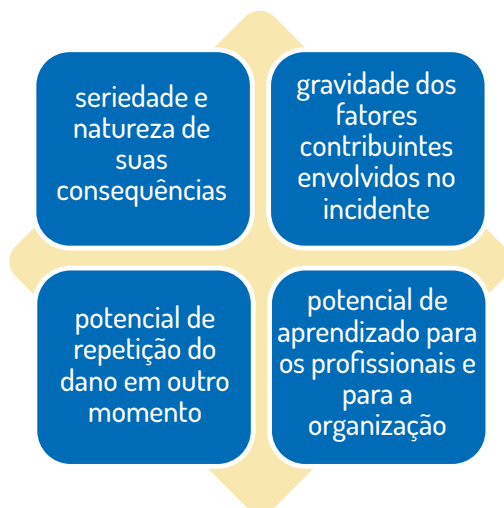
TABELA 7 - Tipo de Etapas Contempladas na descrição dos 15 Planos de Ação inseridos no NOTIVISA 2.0. Biênio: 2021 e 2022. Biênio: 2021-2022.

Descrição das Etapas do Plano de Ação	F	F%
1.Breve relato dos fatos ocorridos	9	60,0
2.Priorização dos fatores contribuintes em termos de importância para a falha no processo	9	60,0
3.Lista das ações voltadas para os fatores contribuintes;	12	80,0
4.Identificação dos responsáveis pela implantação das ações	10	66,7
5.Identificação do tempo necessário para a execução	8	53,3
6.Identificação dos recursos necessários	0	0,0
7.Evidências de monitoramento e de cumprimento de cada etapa	0	0,0

GRÁFICO 3 - Análise do Prazo de Envio da Notificação junto ao NOTIVISA 2.0 dos Óbitos Ocorridos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal. Biênio: 2021 e 2022.



O incidente relacionado à assistência à saúde dever ser investigado pelas quatro principais razões:



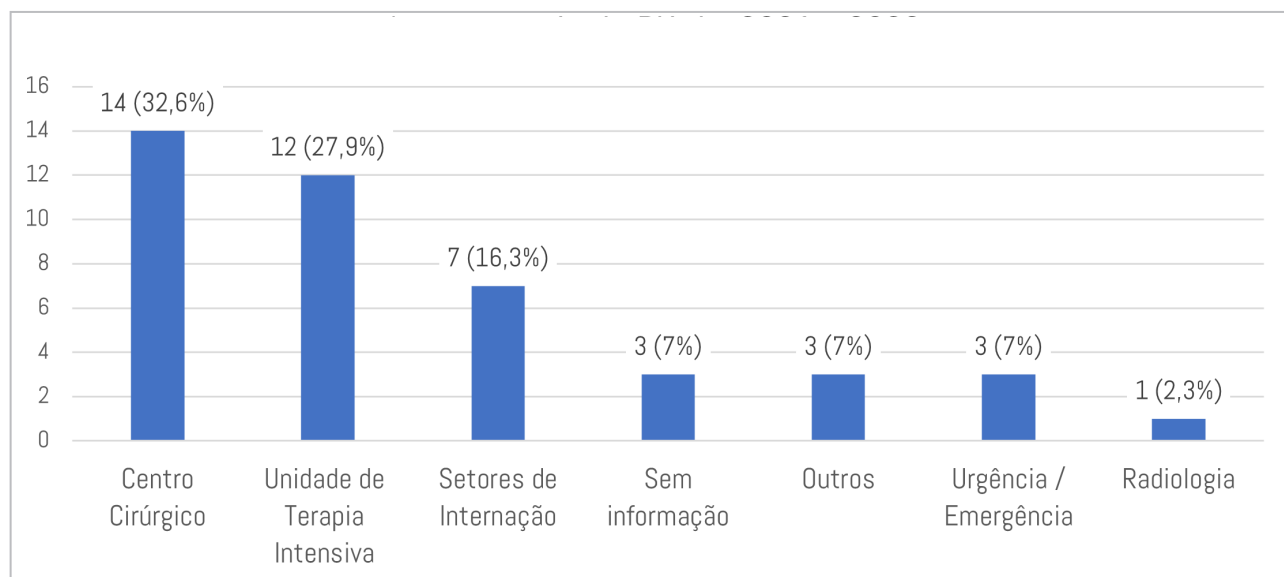
Como forma de confirmar ou não a correta identificação do evento adverso disparador do óbito notificado pelo serviço de saúde optou-se em efetuar uma leitura detalhada dos planos de ação e do descritivo presente no campo aberto intitulado de “Informe o tipo de incidente ocorrido” da notificação. O resultado dessa análise gerou a necessidade de ajuste de 6 óbitos (14,0%), a **Tabela 8** apresenta a relação dos tipos de eventos adversos deflagradores dos óbitos após a reanálise de todas as 43 notificações. Na intenção de favorecer um maior detalhamento, as falhas durante assistência à saúde e durante o procedimento cirúrgico sofreram nova categorização, como estratégia de se conhecer melhor as especificidades.

TABELA 8 - Distribuição dos Óbitos Ocorridos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal Notificados no NOTIVISA 2.0, conforme tipo de evento adverso. Biênio: 2021-2022.

Tipo de Evento Adverso deflagrador do óbito após reanálise da notificação	F	F%
Acidentes do paciente - choque elétrico	1	2,3
Falhas durante a assistência à saúde		
- ligadas à assistência geral	22	51,2
- ligadas à atonia/retenção placentária/ histerectomia	4	9,3
- ligadas ao manejo do choque	1	2,3
- ligadas ao manejo de distocia	3	7,0
- ligadas ao manejo da eclâmpsia	3	7,0
- ligadas ao manejo da infecção	2	4,7
- ligadas ao manejo pós-cirúrgico	2	4,7
Falhas durante procedimento cirúrgico		
- intraoperatório	2	4,7
- hemorragia após cirurgia/parto	1	2,3
Falhas no cuidado / proteção do paciente	1	2,3
Queimaduras	1	2,3
Total	43	100,0

Em relação ao local da ocorrência dos 43 óbitos, os resultados traduzem o quanto que sua presença está concentrada nas unidades de centro cirúrgico e de terapia intensiva, representando respectivamente 32,6% (14) e 27,9% (12), sendo durante a prestação de cuidados (diagnóstico, avaliação, tratamento ou intervenção cirúrgica) o momento de maior representatividade (93,0% - 40).

GRÁFICO 4 - Nº de Óbitos Ocorridos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal Notificados no NOTIVISA 2.0, conforme unidade de sua ocorrência Biênio: 2021 e 2022.



Nos **Gráficos 5 e 6** podem-se verificar que as pessoas que sofreram óbitos no período gravídico-puerperal são na maioria da raça branca (52,4% - 11) e da faixa etária de 26 a 35 anos (52,4% - 11). Salienta-se que as informações de raça/cor foram negligenciadas numa representatividade de 28,6%, sugerindo descaso da importância da variável ou ainda, a dificuldade dos profissionais em atribuir classificação neste quesito.

GRÁFICO 5 - Perfil Raça/Cor dos Óbitos no Período Gravídico-Puerperal Notificados no NOTIVISA 2.0. Biênio: 2021 e 2022.

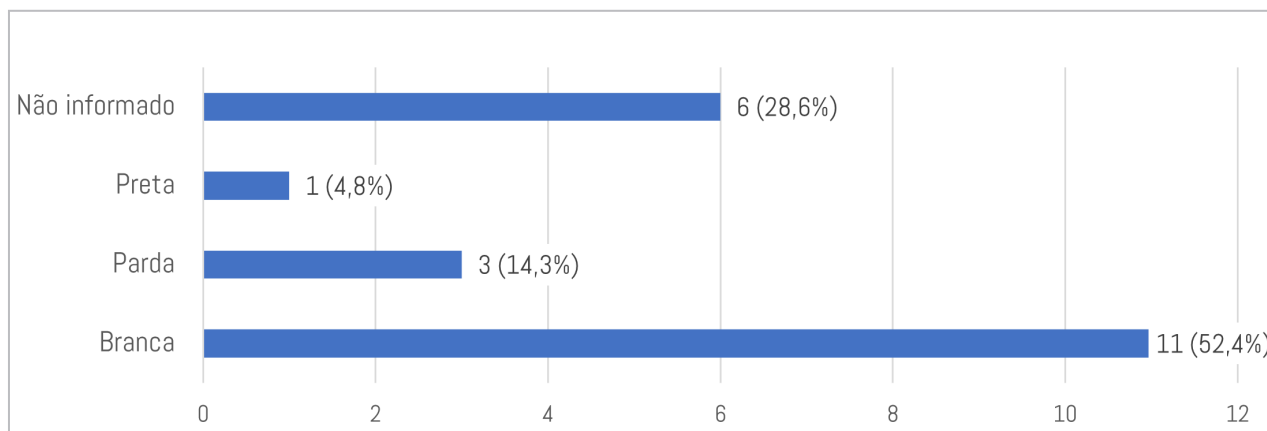
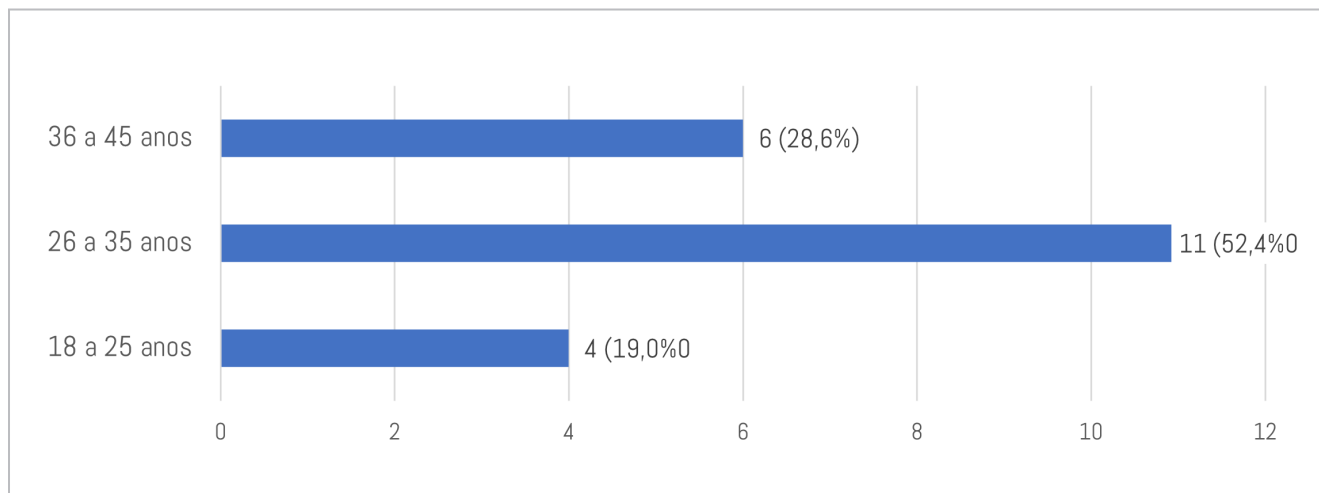


GRÁFICO 6 - Perfil da Faixa Etária dos Óbitos no Período Gravídico-Puerperal Notificados no NOTIVISA 2.0. Biênio: 2021 e 2022.



Ratifica-se que o preenchimento completo da notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde junto ao NOTIVISA 2.0 envolve 10 etapas. Ressalta-se que as etapas de 1 a 4 são de preenchimento obrigatório para todas as notificações, sendo elas:

- 1 - Tipo de incidente;
- 2 - Consequências para o paciente;
- 3 - Características do paciente;
- 4 - Características do incidente/evento adverso.

A Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2019²¹ determina que, na ocorrência de óbito ou “never event” relacionado à assistência à saúde, o serviço de saúde deve retificar a notificação para complementar o preenchimento das outras 6 etapas (etapa 5 até a 10), no prazo de 60 dias corridos a partir da data da notificação. Fazem parte dessas etapas:

5 - Fatores contribuintes;

6 - Consequências organizacionais;

7 - Responsáveis e Forma de Detecção;

8 - Fatores atenuantes do dano;

9 - Ações de melhoria;

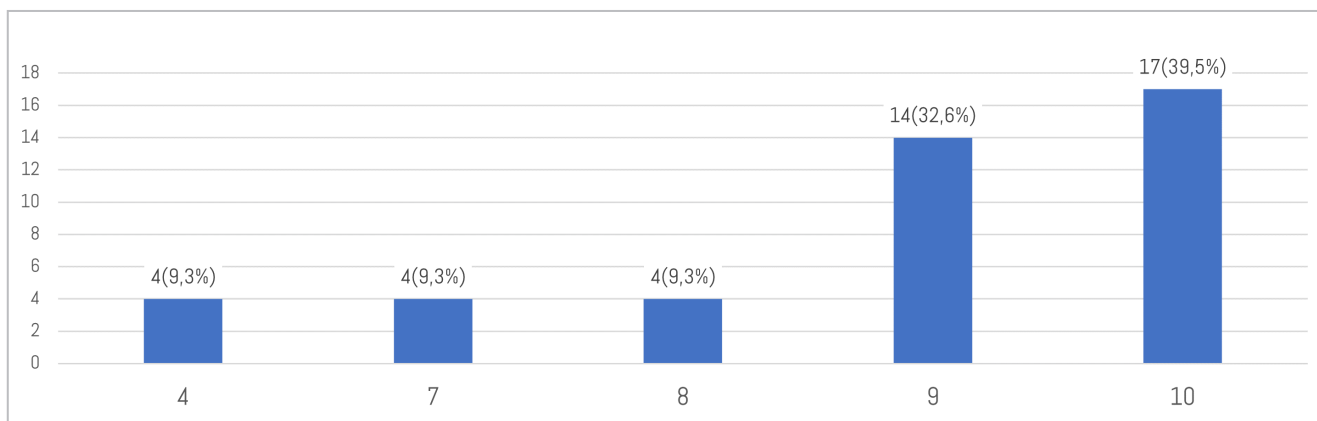
10 - Ações para reduzir o risco (o que inclui a inserção do plano de ação).

Os resultados da análise das notificações evidenciaram que 39,5% (17) dos óbitos tiveram todas as etapas requeridas preenchidas. O **Gráfico 7** e a **Tabela 9** revelam a frequência das referidas etapas. Pode-se observar que é a etapa 7 - responsáveis e forma de detecção foi a mais preenchida (90,7%) e a etapa 10 - Ações de melhoria a menos (25,6%).

TABELA 9 - Distribuição da Frequência das Etapas Preenchidas das Notificações dos Óbitos Ocorridos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal no NOTIVISA 2.0. Biênio: Anos 2021 e 2022.

Descrição das Etapas	F	F%
1.Tipo de incidente	43	100,0
2.Consequências para o paciente	43	100,0
3. Características do paciente	43	100,0
4. Características do incidente/evento adverso	43	100,0
5. Fatores contribuintes	37	86,0
6. Consequências organizacionais	22	51,2
7. Responsáveis e Forma de Detecção	39	90,7
8. Fatores atenuantes do dano	37	86,0
9. Ações de melhoria	11	25,6
10. Ações para reduzir o risco	34	79,1

GRÁFICO 7 - Nº de Etapas Preenchidas das Notificações dos Óbitos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal Notificados no NOTIVISA 2.0. Biênio: 2021 e 2022.



Os **fatores contribuintes** para ocorrência de evento adverso foram identificados em 80% (37) das notificações de óbitos no biênio estudado. Ressalta-se que os grupos de fatores contribuintes são de 8 tipos, sendo que cada tipo possui mais de um subtipo:

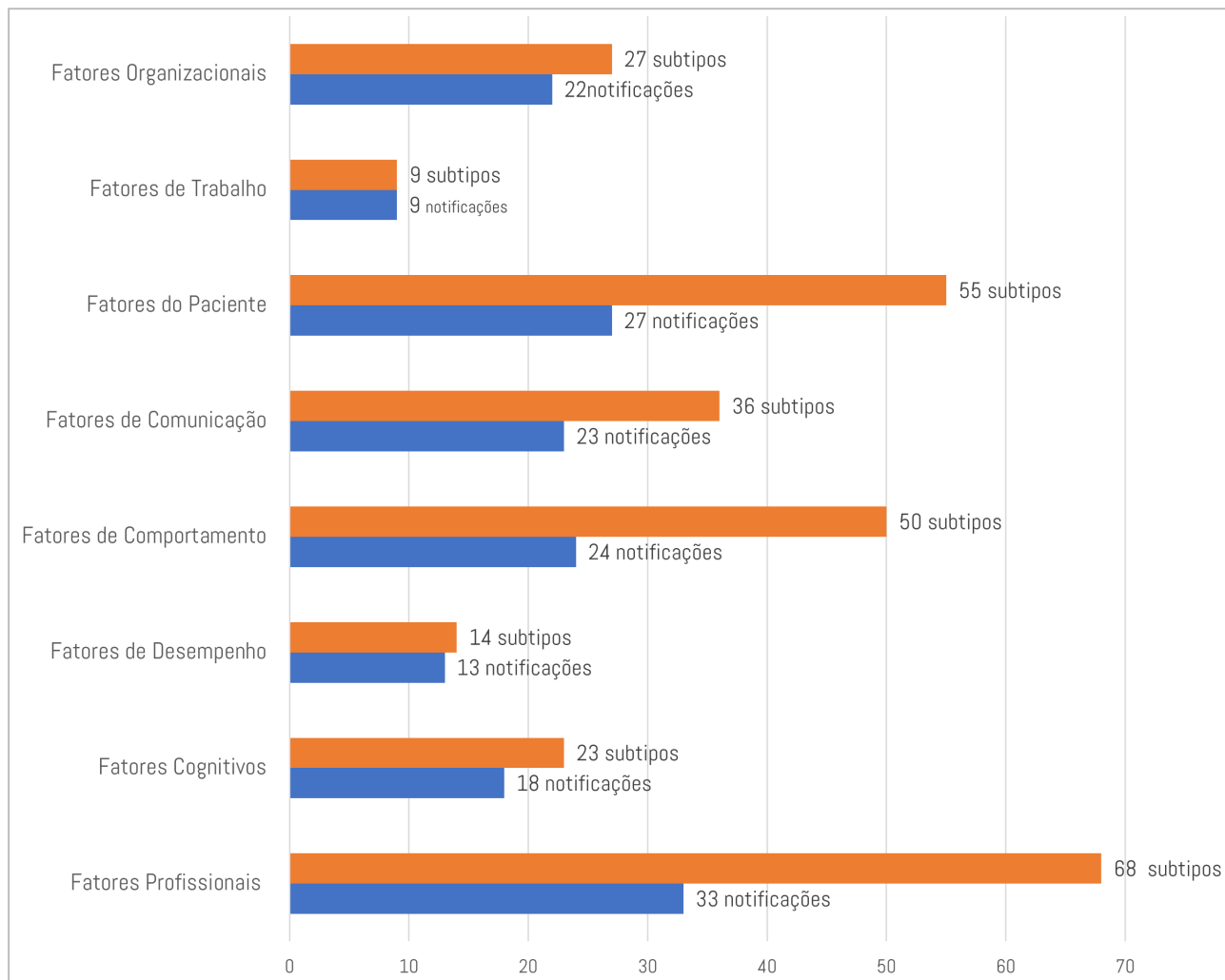
1. Fatores profissionais (12 subtipos)
2. Fatores cognitivos (7 subtipos)
3. Fatores de desempenho (4 subtipos)
4. Fatores de comportamento (10 subtipos)
5. Fatores de comunicação (7 subtipos)
6. Fatores do paciente (12 subtipos)
7. Fatores de trabalho (3 subtipos)
8. Fatores organizacionais (4 subtipos)

Há de se esclarecer que uma mesma notificação pode conter a identificação de um ou mais fatores em grupos diferentes e, no mesmo grupo, por subtipos distintos, motivo no qual os resultados são apresentados por tipo de grupo para facilitar o entendimento (**Tabela 10 e Gráfico 8**). Ressalta-se que os percentuais calculados foram baseados no total do número de fatores registrados em cada um dos tipos/subtipos.

TABELA 10 - Distribuição dos fatores contribuintes na ocorrência do óbito nos períodos gravídico-puerperal e neonatal, conforme tipo nas 37 notificações identificadas. Biênio: 2021 e 2022.

Tipos de Fatores Contribuintes	F	F%
Fatores Profissionais	68	24,1
Fatores Cognitivos	23	8,2
Fatores de Desempenho	14	5,0
Fatores de Comportamento	50	17,7
Fatores de Comunicação	36	12,8
Fatores do Paciente	55	19,5
Fatores de Trabalho	9	3,2
Fatores Organizacionais	27	9,6
	282	100,0

GRÁFICO 8 - Nº de Notificações com Indicação de um ou mais Fator Contribuinte para Ocorrência dos Óbitos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal Notificados no NOTIVISA 2.0. e o Nº de Subtipos identificados por cada tipo de fator contribuinte. Ref.: Biênio 2021 e 2022.



A seguir constam os dados diante da identificação de cada um dos subtipos referentes aos óbitos no período estudado (**Tabelas 13 a 18 e Gráficos 9 a 16**).

TABELA 11 - Distribuição dos fatores profissionais conforme subtipo nas 33 notificações de óbitos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.

Fatores Profissionais	F	F%
1.Problema/ evento adverso na execução do trabalho	12	17,6
2.Descuido / distração / omissão	11	16,2
3.Descumprimento de normas	11	16,2
4.Ausência ou inadequada trans. de informações durante a passagem de plantão	8	11,8
5..Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente)	8	11,8
6.Problema/ EA na compreensão das orientações (escritas ou verbal)	6	8,8
7.Comportamento arriscado / imprudente	5	7,4
8.Violação de rotinas estabelecidas pelo serviço de saúde	3	4,4
9.Sobrecarga de trabalho / fadiga / esgotamento	2	2,9
10.Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente)	2	2,9
11.Problemas com uso e abuso de substâncias	0	0,0
12.Sabotagem / ato criminoso	0	0,0
Total	68	100,0

GRÁFICO 9 - Fatores profissionais e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.

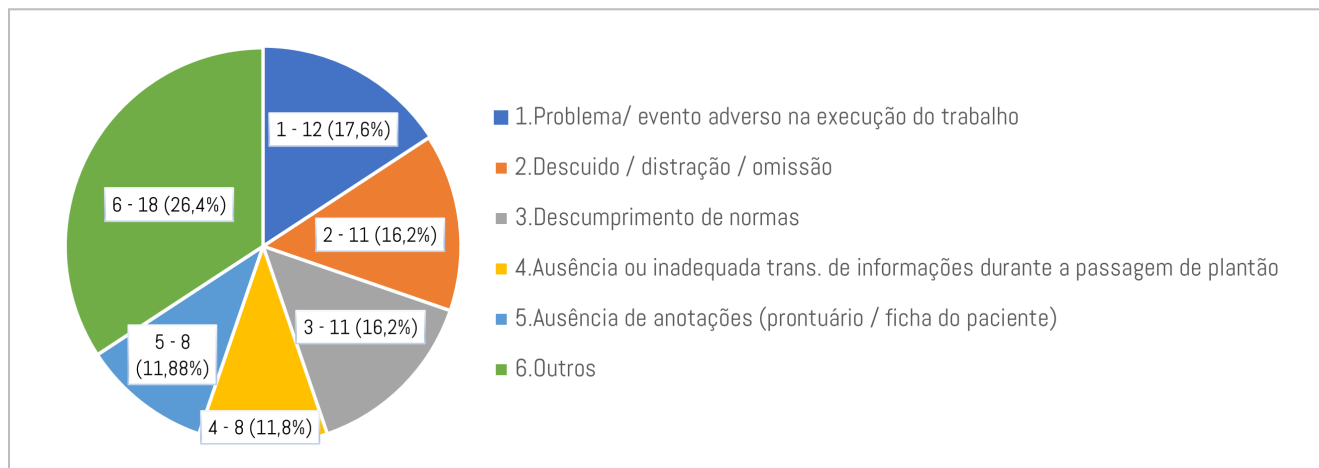


TABELA 12 - Distribuição dos fatores cognitivos conforme subtipo nas 18 notificações de óbitos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.

Fatores Cognitivos	F	F%
1.Percepção / compreensão	13	56,5
2.Efeitos de Halo	3	13,0
3.Resolução de problemas baseada em conhecimento	2	8,7
4.Problemas de complexidade	2	8,7
5.Correlação ilusória	2	8,7
6.Problema/ EA em sintetizar / atuar com base na informação disponível	1	4,3
7.Problemas de causalidade	0	0,0
Total	23	100,0

GRÁFICO 10 - Fatores cognitivos e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.

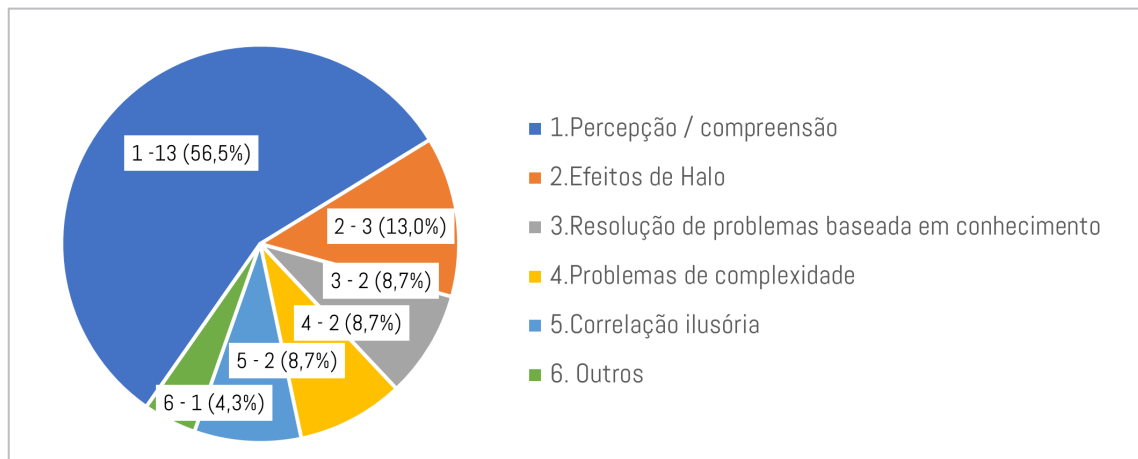


TABELA 13 - Distribuição dos fatores de desempenho conforme subtipo nas 13 notificações de óbitos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.

Fatores de Desempenho	F	F%
1. Baseado na aptidão física	9	64,3
2. Baseado em regras	2	14,3
3. Parcialidade	2	14,3
4. Seletividade	1	7,1
Total	14	100,0

GRÁFICO 11 - Fatores de desempenho e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.

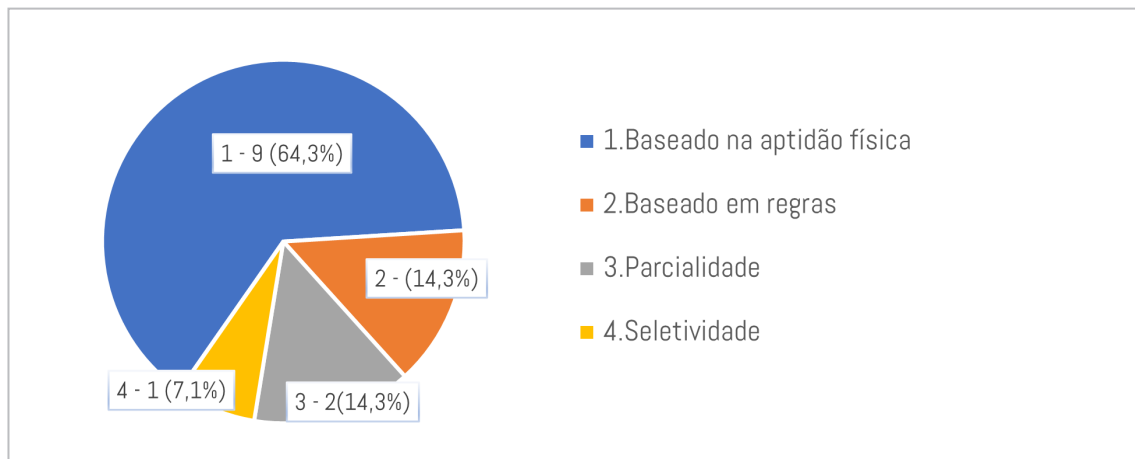


TABELA 14 - Distribuição dos fatores de comportamento conforme subtipo nas 24 notificações de óbitos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.

Fatores de Comportamento	F	F%
1. Comportamento de risco	14	28,0
2. Não cumprimento de normas/protocolos	13	26,0
3. Excesso de confiança	9	18,0
4. Problemas de atenção	4	8,0
5. Comportamento negligente	4	8,0
6. Fatores emocionais	4	8,0
7. Fadiga / exaustão	1	2,0
8. Infrações sistemáticas	1	2,0
9. Ato de sabotagem / criminal	0	0,0
10. Problemas com uso / abuso de substâncias	0	0,0
Total	50	100,0

GRÁFICO 12 - Fatores de comportamento e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.

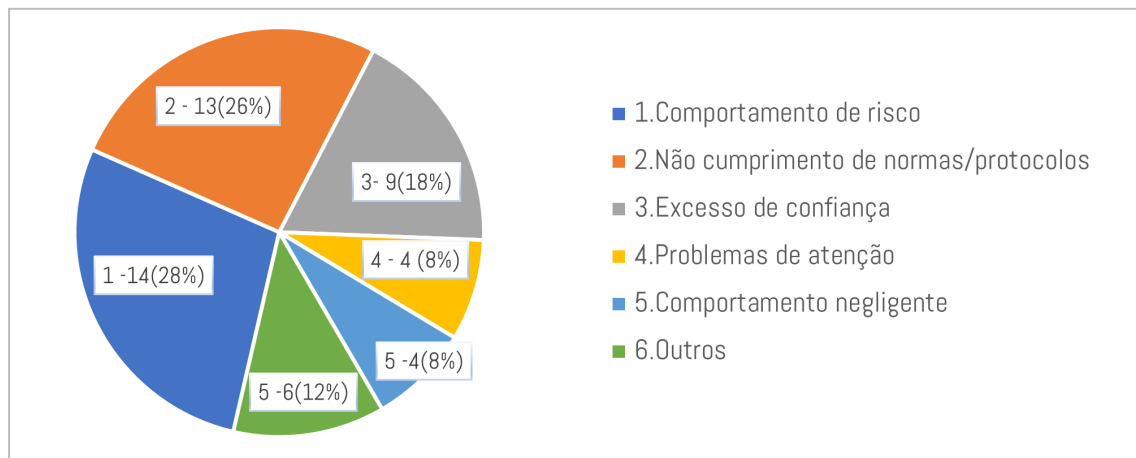


TABELA 15 - Distribuição dos fatores de comunicação conforme subtipo nas 23 notificações de óbitos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.

Fatores de Comunicação	F	F%
1. Método de comunicação	9	25,0
2. Ausência ou inadequada transmissão. de informações durante a passagem de plantão	8	22,2
3. Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente)	8	22,2
4. Compreensão das orientações (escritas ou verbal)	6	16,7
5. Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente)	2	5,6
6. Literacia em saúde	2	5,6
7. Dificuldades linguísticas	1	2,8
Total	36	100,0

GRÁFICO 13 - Fatores de comunicação e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.

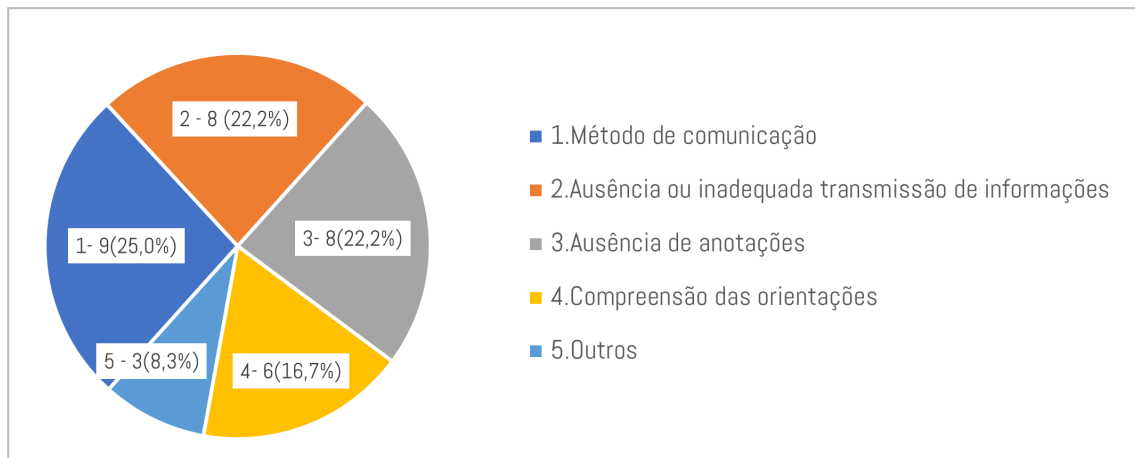


TABELA 16 - Distribuição dos fatores do paciente conforme subtipo nas 27 notificações de óbitos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.

Fatores do Paciente	F	F%
1. Percepção e Compreensão	13	23,6
2. Comportamento de risco	12	21,8
3. Excesso de Confiança	9	16,4
4. Problemas de compreensão das orientações de saúde	5	9,1
5. Problemas de atenção	4	7,3
6. Comportamento negligente	4	7,3
7. Fatores emocionais	4	7,3
8. Não cumprimento de orientações	2	3,6
9. Fadiga/Exaustão	1	1,8
10. Dificuldades Linguísticas	1	1,8
11. Ato de sabotagem	0	0,0
12. Problemas com uso/abuso de substâncias	0	0,0
Total	55	100,0

GRÁFICO 14 - Fatores do paciente e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.

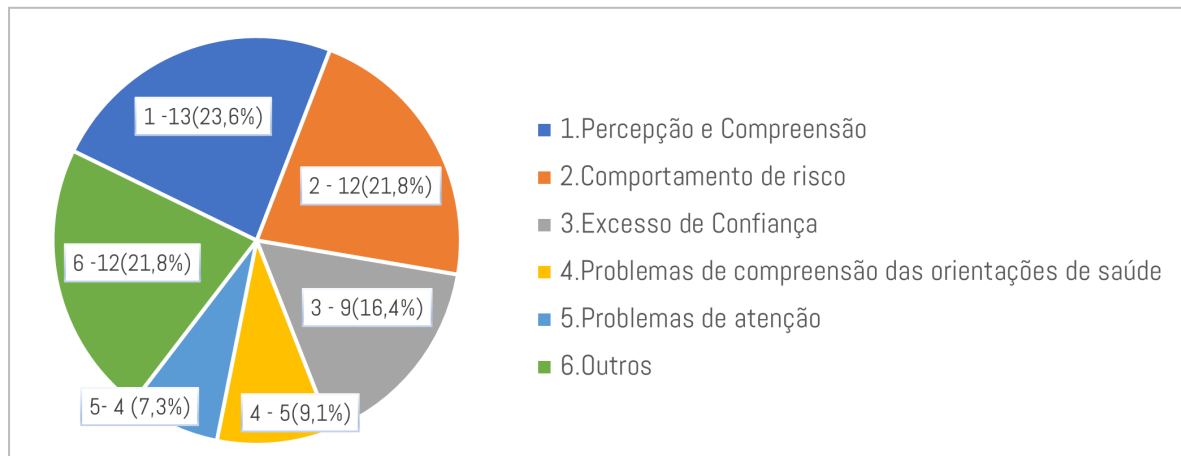


TABELA 17 - Distribuição dos fatores de trabalho conforme subtipo nas 9 notificações de óbitos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.

Fatores de Trabalho	F	F%
1.Infraestrutura / ambiente físico	5	55,6
2.Avaliação de risco ambiental / avaliação de segurança	3	33,3
3.Afastado ou a longa distância do serviço	1	11,1
Total	9	100,0

GRÁFICO 15 - Fatores de trabalho e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.

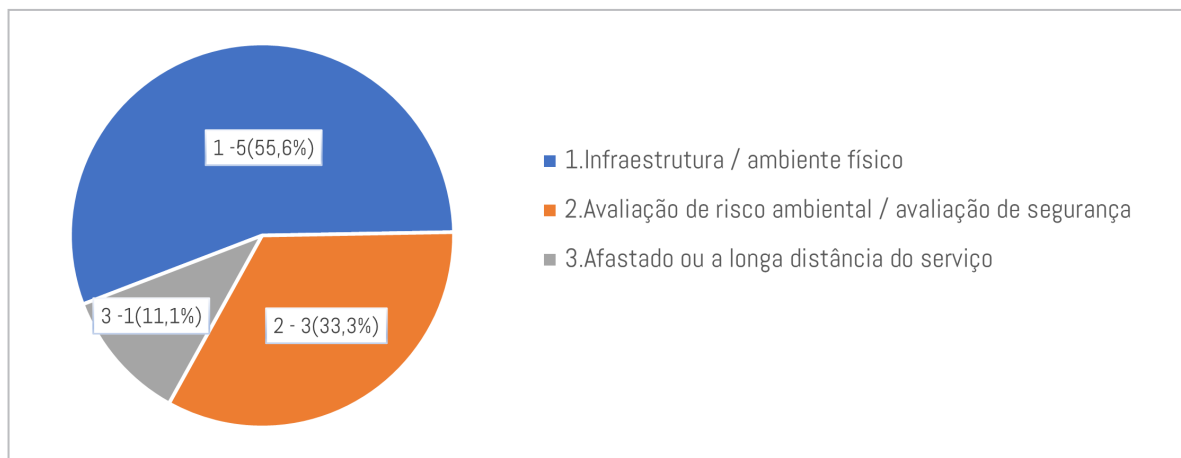
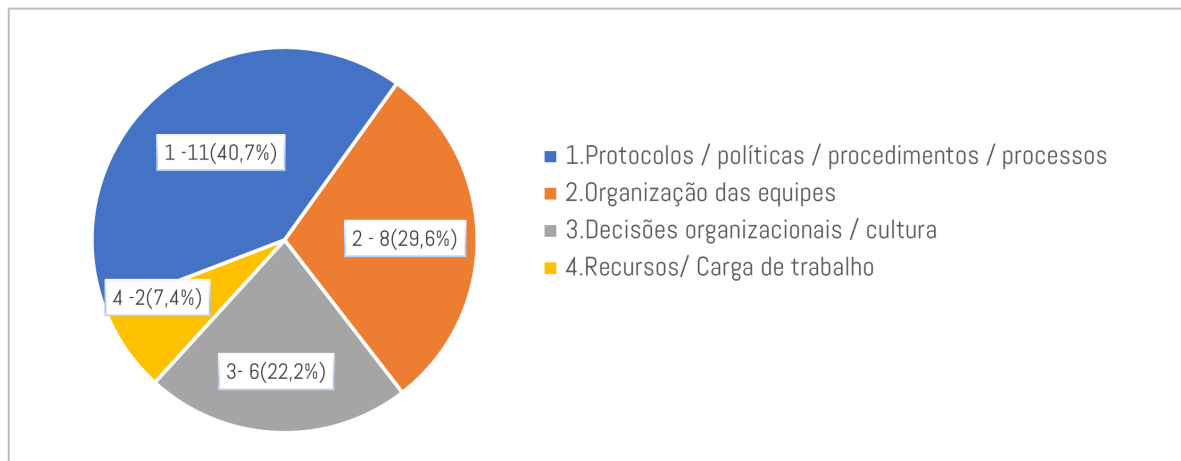


TABELA 18 - Distribuição dos fatores organizacionais conforme subtipo nas 22 notificações de óbitos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.

Fatores Organizacionais	F	F%
1. Protocolos / políticas / procedimentos / processos	11	40,7
2. Organização das equipes	8	29,6
3. Decisões organizacionais / cultura	6	22,2
4. Recursos/ Carga de trabalho	2	7,4
Total	27	100,0

GRÁFICO 16 - Fatores organizacionais e seus subtipos. Biênio: 2021 e 2022.



Ao analisar os resultados pode-se afirmar que dentre os fatores contribuintes mais reconhecidos como capazes de favorecer a ocorrência do evento adverso provocando óbito foram os ligados aos profissionais, com ênfase nos problemas derivados da execução do trabalho, descuido, distração e omissão e ainda, descumprimento de normas e aqueles ligados aos próprios pacientes, como a percepção e compreensão e o comportamento de risco.

Em 2019, estudo qualitativo foi realizado em grupos abertos do Facebook que abordavam sobre qualidade e segurança do paciente evidenciou que os eventos adversos mais mencionados nas postagens foi óbito do recém-nascido, ocorrido entre zero e 27 dias de vida, decorrentes de dificuldades dos profissionais de saúde em identificar as intercorrências obstétricas durante a gestação e parto. Em relação aos fatores contribuintes da ocorrência de eventos adversos o destaque dos resultados está nos atrasos/demora no atendimento, diagnóstico ou tratamento, a violência obstétrica, o erro diagnóstico e a identificação do paciente. Salienta-se que a morosidade no atendimento à parturiente nas maternidades foi sinalizada como relevante fator contribuinte capaz de gerar danos de ordem física e/ou emocional para a pessoa e sua rede de

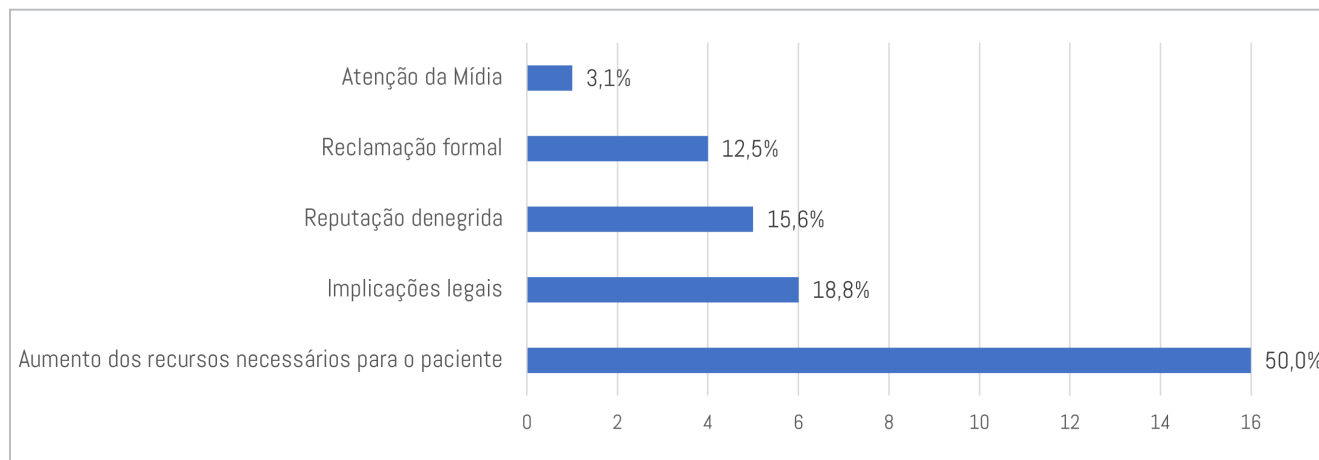
apoio. Os referidos atrasos foram ocasionados principalmente por falhas nos serviços decorrentes de inadequações estruturais, tais como: leitos e insumos insuficientes, déficit de profissionais de saúde para atendimento da demanda²².

Sabe-se que os eventos adversos associados à morbimortalidade nos períodos gravídico-puerperal e neonatal são decorrentes de falhas sistêmicas oriundas de uma combinação de aspectos multifatoriais. Defende-se que a utilização de uma abordagem sistemática e estruturada para análise de incidentes sejam imperativos, visto que tais estratégias ajudam na detecção de lacunas assistenciais, conseqüentemente, apoiam os possíveis ajustes no processo de trabalho, favorecendo os profissionais e pacientes envolvidos na mitigação deste lamentável desfecho.

As **consequências organizacionais** diante do óbito nos serviços de saúde podem interferir não apenas na imagem da instituição, como também, na expectativa, confiança e satisfação dos pacientes, familiares e profissionais. Dependendo do caso, principalmente, quando há exposição negativa na mídia, o aumento de custos e até mesmo de processos judiciais são potencializados. Em contrapartida, também, é uma oportunidade para se efetuar uma revisão e melhoria dos processos internos como um todo, bem como, necessidade da integração da rede de atenção.

No biênio estudado, as consequências organizacionais foram identificadas em 51,2% (22) das notificações dos óbitos, o **Gráfico 17** mostra a frequência e os tipos de consequências.

GRÁFICO 17 - Consequências Organizacionais identificados nos óbitos ocorridos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.



Os resultados permitem constatar que o aumento dos recursos necessários para o paciente foi a consequência de maior percentual, já o dano à propriedade (0%) e atenção da mídia (3,1%) as de menor percentual. Ressalta-se que uma mesma notificação pode possuir mais de um tipo de consequência, os percentuais calculados foram baseados no total do número de consequências identificadas.

A **detecção do evento adverso** indica tanto o formato como a pessoa responsável por identificar a ocorrência do óbito. Neste estudo o nº de Notificações com Indicação da Forma de Detecção do Óbito foi de 37 (86%) e o com Indicação do Responsável pela Detecção do Óbito foi de 39 (90,7%).

As **Tabelas 19 e 20** apresentam o comportamento das respostas da detecção do óbito, salienta-se que numa mesma notificação se pode ter mais de um tipo de forma de detecção e de responsável, porém o cálculo percentual foi feito diante do número de detecções identificadas. Outra informação relevante é que nem sempre a notificação possui ambos os dados preenchidos, razão pela qual há diferença no quantitativo do número de notificações totais com o dado indicado.

TABELA 19 - Distribuição das 37 notificações de óbitos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal com indicação da forma da detecção do óbito. Ref.: Biênio 2021 e 2022.

Formas de Identificação do EA ocorrido	F	F%
Alteração do estado do paciente	23	52,3
Reconhecimento do erro	11	25,0
Avaliação proativa de riscos	5	11,4
Máquina/Sistema/Alteração Ambiental/Alarme	3	6,8
Contagem/Auditoria/Revisão	2	4,5
Total	44	100,0

TABELA 20 - Distribuição das 39 notificações de óbitos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal com indicação do responsável pela detecção do óbito. Ref.: Biênio 2021 e 2022.

Responsável pela Identificação	F	F%
Profissional de saúde	34	79,1
Outro profissional do serviço de saúde	5	11,6
Familiar	3	7,0
Outro paciente	1	2,3
Total	43	100,0

A alteração do estado do paciente e o reconhecimento do erro propriamente dito foram as formas mais frequentes de detecção dos óbitos estudados, sendo o profissional de saúde, o responsável pela identificação em 79,1% dos casos.

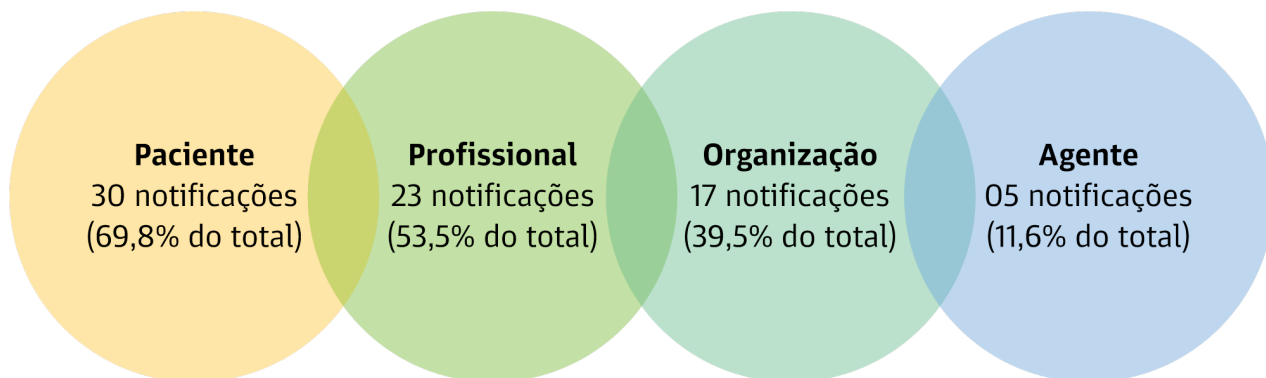
Interessante afirmar que os mecanismos de detecção podem estar alinhados às ações intrínsecas do sistema de controles (ex.: como o alarme de temperatura das incubadoras, saturação de oxigênio no monitor multiparamétrico ou mesmo da bomba de infusão) ou derivar de uma postura comprometida e responsável pela situação global de cuidado propriamente dito, que envolve as habilidades do profissional em si sobre o risco e a forma de preveni-lo (ex.: raciocínio clínico, técnica dos procedimentos e decisão precoce diante de uma complicação)²³.

As ações ou circunstâncias que previnem ou moderam a progressão de um incidente em direção ao dano para o paciente são chamadas de **fatores atenuantes ao dano**. Em conjunto, a detecção e a atenuação do dano podem impedir a progressão de um incidente e que este atinja e/ou prejudique o paciente, o profissional e a própria instituição onde o evento adverso tenha ocorrido. Os fatores atenuantes são concebidos para minimizar a chance de danos para o paciente após o erro ter ocorrido e para desencadear mecanismos de controle de dano; por ser reativo à ocorrência do incidente, é considerado de prevenção secundária.

Os fatores atenuantes para ocorrência dos óbitos foram identificados em 86,0% (37) das notificações analisadas. Os referidos fatores podem ser classificados em 4 tipos distintos: paciente, profissional, organização e agente e os resultados revelam a indicação de 101 fatores no total.

Uma mesma notificação pode conter a identificação de um ou mais fatores atenuantes ao dano em um ou mais agrupamento e dentro do próprio agrupamento, por essa razão, os somatórios são distintos quando o agrupamento é detalhado. Opta-se em revelar os dados por tipo de grupo para facilitar o entendimento. Ressalta-se que os percentuais calculados foram baseados no total do número de fatores registrados.

A seguir o número de notificações que tiveram a identificação de fatores atenuantes por tipo:



A **Tabela 21** traz os dados conforme a identificação de cada um dos subtipos referentes aos óbitos no biênio estudado.

TABELA 21 - Distribuição dos 101 fatores atenuantes para ocorrência dos óbitos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal identificados nas notificações no NOTIVISA 2.0. Biênio: 2021 e 2022.

Dirigidos ao Paciente	F	F%
Empreendidas medidas de gestão/tratamento/cuidado	26	25,7
Explicação/informação para o paciente	9	8,9
Paciente encaminhado	6	5,9
Pedido de desculpas	3	3,0
Pedido de ajuda	0	0,0
SubTotal	44	43,6
Dirigidos ao Profissional		
Comunicação efetiva	11	10,9
Boa supervisão/liderança	10	9,9
Bom trabalho de equipe	10	9,9
Formação de pessoas-chave	2	2,0
Boa sorte/causalidade	0	0,0
SubTotal	33	32,7
Dirigidos à organização		
Protocolo eficaz disponível	16	15,8
Corrigido erro de documentação	3	3,0
SubTotal	19	18,8
Dirigidos à um agente		
Medida de segurança/ambiente físico	5	5,0
Corrigido erro de utilização do equipamento/produto	4	4,0
SubTotal	9	8,9
Total	101	100,0

Os resultados revelam que dentre os fatores atenuantes ao dano os três de maior representatividade foram as medidas de gestão, tratamento e cuidado empreendidas e dirigidas ao paciente (25,7%); disponibilidade de protocolo eficaz dirigida à organização (15,8%) e a comunicação efetiva entre os profissionais (10,9%).

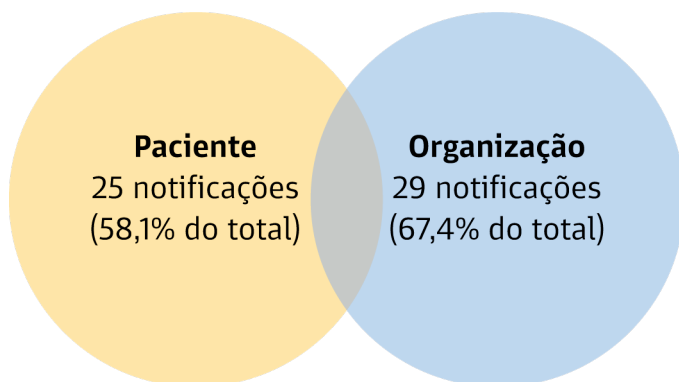
Cabe aqui enfatizar que ao notificar um evento adverso, é possível identificar as causas e fatores que contribuíram para o incidente, bem como, as ações que podem ser tomadas para prevenir a ocorrência de eventos semelhantes no futuro. Além disso, a notificação pode contribuir para a elaboração de medidas de prevenção e mitigação dos danos, melhoria da qualidade e segurança da assistência em saúde.

É fundamental que essas medidas sejam tomadas em conjunto com a detecção e atenuação do dano, a fim de impedir que o incidente atinja e/ou prejudique os envolvidos. Ratifica-se que o fator de mitigação é a ação ou circunstância que objetiva prevenir ou moderar a progressão de um incidente²³.

Quando um evento adverso ocorre é imprescindível que reuniões de equipe sejam realizadas para se investigar o todo e verificar os nexos causais, os recursos (in)existentes e as falhas nas barreiras de proteção em si. Tudo isso reunido servem como subsídios para avaliação do histórico situacional do paciente que deve abarcar para além da assistência local, isto é, há de se incluir uma visão globalizada e dos pontos da rede de atenção para que o entendimento envolva os micro e macroprocessos. Ações devem ser implementadas considerando as necessidades elegidas a partir da investigação, com atenção especial no que se refere aos aspectos sanitários.

As **ações de melhoria** elaboradas diante dos óbitos podem ser aquelas relacionadas ao paciente e/ou à organização e foram identificadas em 72,1% (31) das notificações.

O número de notificações que tiveram a identificação de ações de melhoria por tipo:



Salienta-se que numa mesma notificação pode conter a identificação de um ou mais ações de melhoria relacionadas ao paciente e à organização, motivo no qual os somatórios são distintos e se opta em apresentar os dados separadamente. Os percentuais calculados foram baseados no total do número de ações de melhoria apontadas (**Tabelas 22 e 23 e Gráficos 18 e 19**).

TABELA 22 - Distribuição das 32 ações de melhoria relacionadas ao paciente diante da ocorrência dos óbitos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.

Relacionadas ao paciente	F	F%
1.Gestão da Doença	13	40,6
2.Gestão da Lesão	8	25,0
3.Revelação/desculpa pública	5	15,6
4.Ainda não foram realizadas ações de melhoria	5	15,6
5.Compensação	1	3,1
6.Gestão da Incapacidade	0	0,0
Total	32	100,0

GRÁFICO 18 - Ações de melhoria relacionadas ao paciente. Biênio: 2021 e 2022.

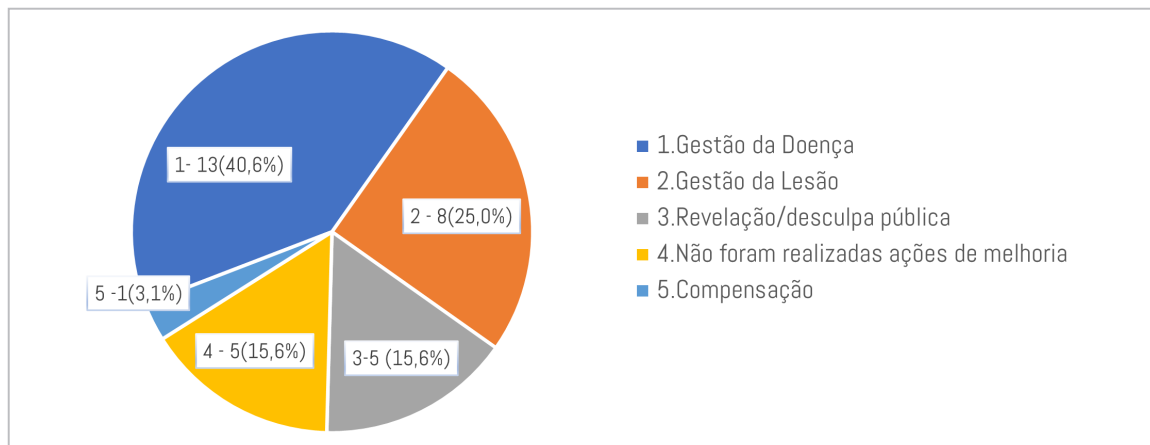
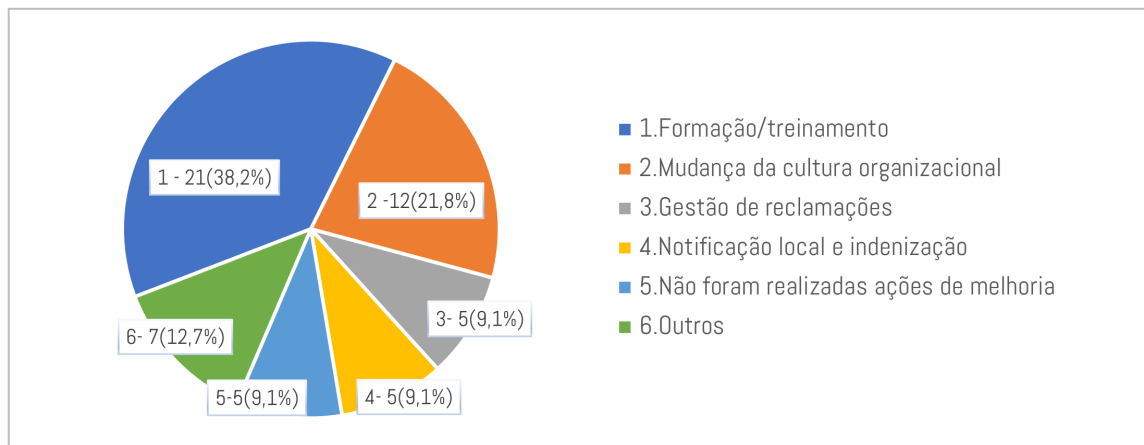


TABELA 23 - Distribuição das 55 ações de melhoria relacionadas à organização diante da ocorrência dos óbitos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal. Biênio: 2021 e 2022.

Relacionadas à organização		
1. Formação/treinamento	21	38,2
2. Mudança da cultura organizacional	12	21,8
3. Gestão de reclamações	5	9,1
4. Notificação local e indenização	5	9,1
5. Ainda não foram realizadas ações de melhoria	5	9,1
6. Gestão de ação judicial/riscos	4	7,3
7. Gestão da mídia/relções públicas	1	1,8
8. Gestão do stress/acompanhamento psicológico para os profissionais	1	1,8
9. Reconciliação/mediação	1	1,8
Total	55	100,0

GRÁFICO 19 - Ações de melhoria relacionadas à organização. Biênio: 2021 e 2022.



Os resultados demonstram que as ações de melhoria de maior representatividade diante dos óbitos estão pautadas na gestão da doença e da lesão entre aquelas relacionadas ao paciente e, ainda, à formação e treinamento e a mudanças na cultura, como as principais relativas à organização.

Sem sombras de dúvida, os esforços diante da revisão e ampliação do conhecimento e habilidades profissionais são considerados como estratégias favoráveis à segurança e qualidade do atendimento nos serviços de saúde. O gestor quando investe em programas de treinamento (educação continuada e permanente) propicia uma maior conscientização do papel do profissional, reconhece a necessidade de ajustes constantes nos processos de trabalho reorganizando a estrutura, contribui na integralidade, progressão e continuidade do cuidado e colabora na performance sanitária e assistencial do serviço propriamente dito. O mesmo ocorre, quando se investe na ampliação de oportunidades a favor de condutas capazes de desenvolver um maior grau de maturidade na cultura de segurança. Ela é considerada como um componente estrutural dos serviços de saúde que em muito impulsiona a implantação, uso, monitoramento e avaliação das práticas seguras diante da assistência/cuidado prestado, conseqüentemente, mitigando os eventos adversos e os óbitos evitáveis. Interessante aqui mencionar que a avaliação da cultura

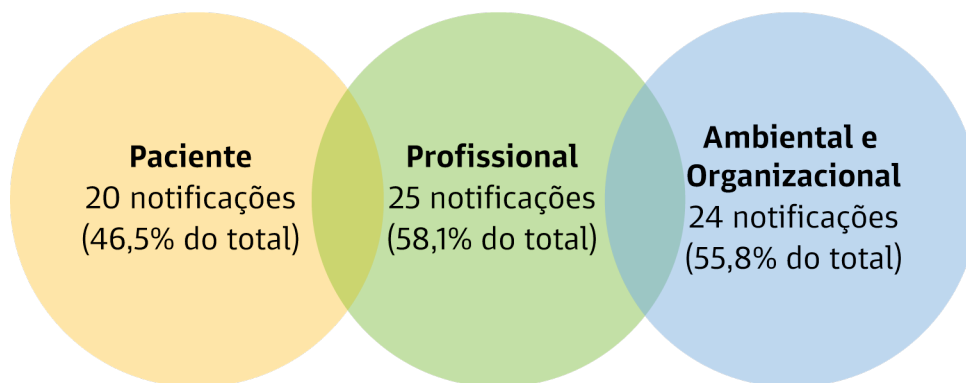
de segurança do paciente colabora no reconhecimento das potencialidades e fragilidades dos serviços que nortearão ações de melhorias de modo a construir uma cultura positiva e forte dentro das instituições de saúde²⁴.

Propor **ações para a redução do risco** de eventos adversos em pacientes é importante para garantir a segurança do paciente durante todo o processo de cuidado em saúde, minimizando a possibilidade de erros e melhorando a qualidade da assistência prestada.

São várias as estratégias para reduzir o risco de eventos adversos, e incluem desde a implantação de protocolos básicos de segurança do paciente, como também, o estabelecimento de comunicação efetiva entre os membros da equipe, a exemplo pode-se ratificar a relevância da disseminação e preservação das informações não apenas no momento do cuidado em si, como em toda sua transição. Além disso, o uso de produtos de interesse à saúde (medicamentos, equipamentos e outros) devem respeitar as boas práticas sanitárias o que inclui manutenção rotineira (estrutural e de equipamentos), guarda, distribuição e uso seguros. Sendo ainda, essencial propostas e realizações de treinamentos e capacitação para que a adoção de práticas corretas e em tempo ajustado sejam realizadas como uma prioridade em toda instituição de saúde.

Ao analisar as ações para reduzir o risco nas notificações dos óbitos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal verificou-se a identificação de uma ou mais ações em 81,4% (35) das notificações.

As ações de redução do risco podem assumir três tipologias, conhecidas como: fatores do paciente; fatores do profissional e fatores ambientais e organizacionais.



Ressalta-se que numa mesma notificação pode conter a identificação de um ou mais ações no mesmo tipo e em tipos diferentes, motivo no qual os somatórios são distintos e se opta em apresentar dos dados separadamente. Os percentuais calculados foram baseados no total do número de ações de redução ao risco identificadas (**Tabelas 24, 25 e 26 e Gráficos 20, 21 e 22**).

TABELA 24 - Distribuição das 34 ações de redução do risco diante do paciente para ocorrência dos óbitos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal notificados no NOTIVISA 2.0. Biênio: 2021 e 2022.

Ação de Redução de Risco Diante do Paciente	F	F%
1. Disponibilização de cuidados e apoio adequados	17	50,0
2. Disponibilização de instrução e orientações para o paciente	10	29,4
3. Disponibilização de equipamento de monitorização	4	11,8
4. Disponibilização de protocolos de apoio à decisão	3	8,8
5. Disponibilização de sistema de ajuda e dispensação da medicação	0	0,0
Total	34	100,0

GRÁFICO 20 - Ações de redução do risco diante do paciente. Biênio: 2021 e 2022

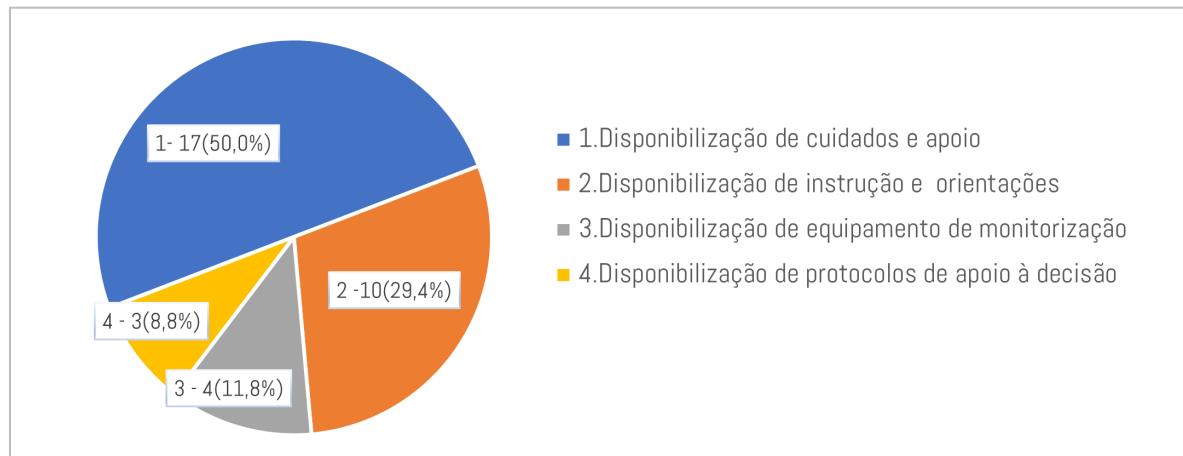


TABELA 25 - Distribuição das 51 ações de redução do risco diante do profissional para ocorrência dos óbitos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal notificados no NOTIVISA 2.0. Biênio: 2021 e 2022

Ação de Redução de Risco Diante do Profissional	F	F%
1.Orientação	22	43,1
2.Supervisão e assistência	13	25,5
3.Disponibilidade de checklist, protocolos e políticas	11	21,6
4.Formação	5	9,8
5.Estratégias para gestão da fadiga	0	0,0
6.Número de profissionais adequado à demanda	0	0,0
Total	51	100,0

GRÁFICO 21 - Ações de redução do risco diante do profissional. Biênio: 2021 e 2022

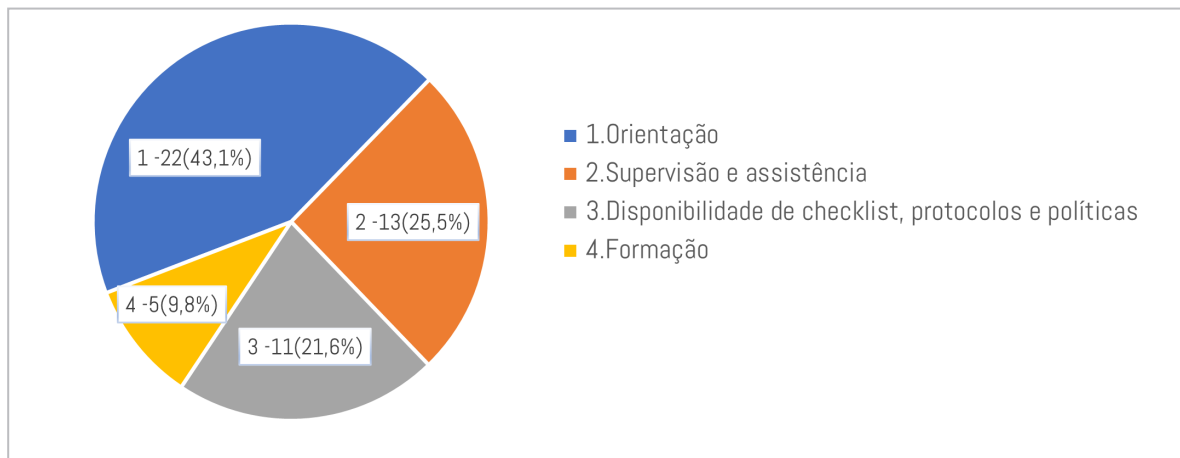
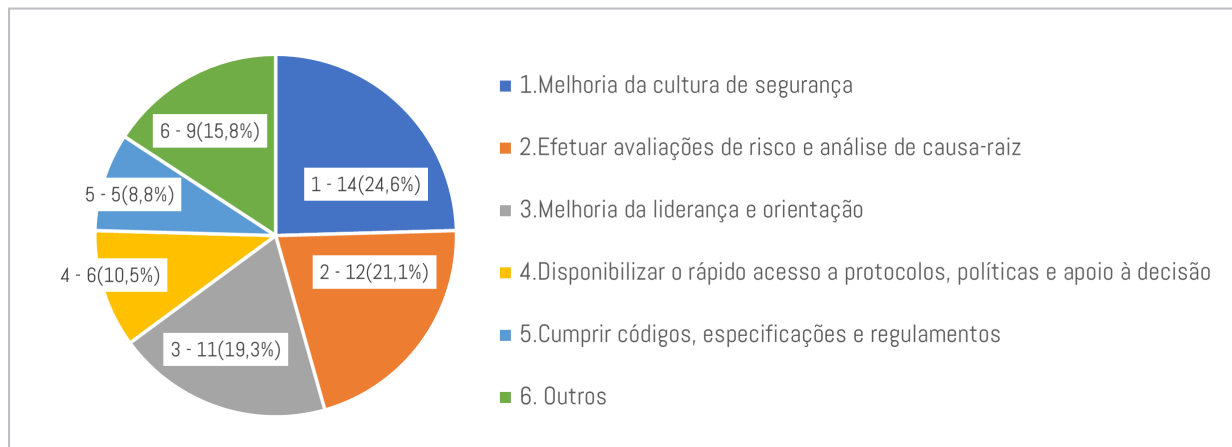


TABELA 26 - Distribuição das 57 ações de redução do risco diante do ambiente e organização para ocorrência dos óbitos nos Períodos Gravídico-Puerperal e Neonatal notificados no NOTIVISA 2.0. Biênio: 2021 e 2022.

Ação de Redução de Risco Diante do Ambiente e Organização	F	F%
1.Melhoria da cultura de segurança	14	24,6
2.Efetuar avaliações de risco e análise de causa-raiz	12	21,1
3.Melhoria da liderança e orientação	11	19,3
4.Disponibilizar o rápido acesso a protocolos, políticas e apoio à decisão	6	10,5
5.Cumprir códigos, especificações e regulamentos	5	8,8
6.Adequação dos profissionais às tarefas e aptidões	5	8,8
7.Ainda não foram adotadas ações para reduzir o risco	4	7,0
8.Ambiente físico adequado às necessidades	0	0,0
9.Providenciar acesso a um serviço	0	0,0
Total	57	100,0

GRÁFICO 22 - Ações de redução do risco diante do ambiente e organização. Biênio: 2021 e 2022



Pode-se constatar que as principais ações de redução de risco citadas com maior frequência nas notificações de óbitos foram aquelas ligadas à orientação e formação ao profissional, disponibilidade de cuidados e apoio adequado ao paciente e melhoria de cultura de segurança.

Quando se assume a importância do letramento do usuário (capacitação durante pré-natal) se potencializa o envolvimento e a oferta do cuidado, o que possibilita adesão à rede. Além disso, prepara a pessoa para o reconhecimento em tempo oportuno de possíveis complicações não apenas no período gravídico, como também puerperal.

Fica claro que as melhorias nos processos administrativos, técnicos e comunicacionais beneficiam usuários dos sistemas, como também os trabalhadores. A comunicação clara, assertiva, responsável e sustentada na interação e cooperação entre os saberes e fazeres profissionais favorecem a maturidade e disseminação da cultura de segurança e a redução de danos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados do perfil dos óbitos nos períodos gravídico-puerperal e neonatal no Estado de São Paulo no biênio 2021-2022 revelam o quanto que o envolvimento diante da problemática é preponderante e necessário. Há de se criar mecanismos de apoio aos serviços de saúde (gestores e profissionais) para que reconheçam a importância de se estabelecer e apoiar o Núcleo de Segurança do Paciente. Ficaram evidentes nesse levantamento a negligência não apenas no número de notificações junto ao NOTIVISA 2.0 como ainda, o prazo de envio e a baixa adesão ao preenchimento completo dos itens contidos no formulário de notificação em si, o que engloba também a apresentação dos planos de ação.

Acredita-se que por meio da notificação e sua investigação de causa-raiz dos eventos adversos, os profissionais tendem a melhorar a percepção dos riscos presentes nos processos de trabalho e, conseqüentemente, juntos organizar novas rotinas a fim de adotar medidas de prevenção de riscos aos eventos e ainda, da criação de barreiras capazes de impedir sua reincidência.

No intuito de fortalecer a cultura de segurança do paciente cabe à defesa de um modelo de gestão participativo e de políticas institucionais éticas e de qualidade com foco no atendimento às necessidades de todos os envolvidos no cuidado.

A sugestão é que a partir desse levantamento sejam elaborados normativas, notas e orientações técnicas (sanitárias e assistências) que possam ajudar na sinalização de pontos de alerta aos profissionais e usuários envolvidos em todo momento que perpassa a gravidez, parto, puerpério e neonatologia.

Além disso, que o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente tenha em seu bojo Equipe Técnica estruturada e com capacidade de realizar apoio, monitoramento, acompanhamento e avaliação nas instituições.

REFERÊNCIAS

1. 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. 40 p.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MC. To err is Human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=ODk000%2C%2C>. Acesso em 12 dez. 2023.
3. Duarte SCM, Stipp MA., Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. Rev. Bras. Enferm. 2015, 68(1):144-154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>. Acesso em 02 mar. 2023
4. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37778>. Acesso em 02 mar. 2023.
5. Reis CT., Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciênc. saúde coletiva 18(7):2029-2036, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vHsXdrnkn6qTnkLkGsFJbr/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 02 dez. 2023.
6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2017.
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da 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 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf Acesso em 14 dez. 2023.

10. Lima MRG, Coelho ASF, Salge AKM, Guimaraes JV, Costa PS et al. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. *Cad. Saúde Colet.*, 2017, Rio de Janeiro, 25(3): 324-331, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/pXY7LxmDQVtW53wvFLpsYbv/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 14 dez. 2023.
11. Silva BGCD, Lima NP, Silva SGD, Antúnez SF, Seerig LM, Restrepo-Méndez MC, Wehrmeister FC. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(3): 484-493, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/7RyqXKZCnC46NXZxpvMsPtb/abstract/?lang=pt>. Acesso 14 dez. 2023.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Disponível em; https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso 15 dez. 2023.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº715 de 04 de abril 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso 14 dez. 2023.
14. Dias A, Chead DD, Lima MF, Ricardes R, Santos S. Fóruns de Discussão e Matriciamento de Profissionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para o Enfrentamento à Morte Materna e Infantil Durante a Pandemia de COVID-19. *BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista*, 18(208):17-21, 2021.
15. Bernardino FBS, Gonçalves TM, Pereira TID, Xavier JS, Freitas BHBM, Gaíva MAM. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. *Ciênc. saúde coletiva* 27(02):567-578, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.41192020>. Acesso 14 dez 2023.
16. Frias PGD, Szwarcwald CL, Morais Neto OLD, Leal MDC, Cortez-Escalante JJ, Souza Junior PRBD et al. Utilização das informações vitais para a estimação de indicadores de mortalidade no Brasil: da busca ativa de eventos ao desenvolvimento de métodos. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(3): e00206015, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DbSQhcvcxfbyPCf5bZZTQ4qc/?lang=pt>. Acesso em 14 dez. 2023.
17. São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Plano Estadual de Saúde de 2024 a 2027. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2024-2027-informacoes-regionais/parte_1_pes_p2024-2027_-_diagnostico_situacional_-_versao_out23.pdf Acesso 15 dez 2023.
18. Guimarães RM, Reis LGC, Souza Mendes Gomes MASM, et al. Rastreamento do excesso de mortes maternas associadas à COVID-19 no Brasil: uma análise nacional. *BMC Gravidez Parto* 23(22), 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05338-y> Acesso 15 dez. 2023.

19. Dusse LMS, Vieira LM, Carvalho MG. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). *Jornal Brasileiro de Patologia* 37(4): 267-272, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpm/a/73NKyTHg49SJnFnTYhNtFP/?format=pdf> Acesso: 15 dez. 2023.
20. Thaddeus S, Maine D. Longe demais para caminhar: mortalidade materna em contexto. *Ciências Sociais e Ciências Sociais Medicamento* 38(8) 1091-1110, 1994. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953694902267?via%3DIihub> Acesso: 15 dez. 2023.
21. Neme, B. Neme Obstetrícia básica. 3ª ed. Sarvier: São Paulo, 2006.
22. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2019. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/422/Nota_T%C3%A9cnica_n_05-2019_GVIMS-GGTES-ANVISA.pdf. Acesso em 02 dez. 2023.
23. Villar VCFL, Rodrigues JLSQ, Martins M, Rabello ET. Segurança do paciente na assistência ao parto: o que é debatido nos grupos de Facebook? *Cad. Saúde Pública* 38(7):e00277421, 2022, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pjpr5LDxQXL5V7P3JZVRph/?lang=pt>. Acesso em 12 dez. 2023.
24. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37778>. Acesso em 02 dez. 2023.
25. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto contexto enferm* 27(3):e2670016, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZWcDcxB9zC5KzbdMPZQrWYF/>. Acesso em 13 dez. 2023.



