



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

IZABEL DAYANA DE LEMOS SANTOS

NEAR MISS MATERNO:
ENTRE MULHERES NO PERÍODO DE TRABALHO DE
PARTO E PARTO

IZABEL DAYANA DE LEMOS SANTOS

NEAR MISS MATERNO:
ENTRE MULHERES NO PERÍODO DE TRABALHO DE
PARTO E PARTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alexandrina
Aparecida Maciel Cardelli

Londrina
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

SANTOS, IZABEL DAYANA DE LEMOS.

NEAR MISS MATERNO: ENTRE MULHERES NO PERÍODO DE TRABALHO DE PARTO E PARTO. / IZABEL DAYANA DE LEMOS SANTOS. - Londrina, 2017.
47 f.

Orientador: ALEXANDRINA APARECIDA MACIEL CARDELLI.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, , 2017.

Inclui bibliografia.

1. near miss materno, a situação em que mulheres passam por morbidades graves com risco de vida - Tese. 2. tríade das tecnologias em saúde; tecnologias duras, leve-duras e leves - Tese. I. MACIEL CARDELLI, ALEXANDRINA APARECIDA . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. . III. Título.

IZABEL DAYANA DE LEMOS SANTOS

NEAR MISS MATERNO:
ENTRE MULHERES NO PERÍODO DE TRABALHO DE PARTO E
PARTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Alexandrina Aparecida
Maciel Cardelli
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof.^a Dr.^a Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof.^a Dr.^a Deise Serafim
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Londrina, 13 de dezembro de 2017.

DEDICO

Dedico esse trabalho á meu bondoso Deus, que nunca me desamparou, que confia em mim para que eu cumpra suas promessas e que acredita no meu sonho de mudar o mundo, mudar o mundo aos poucos, começando muitas vezes pelo mundo de uma única pessoa e assim sempre em frente. “Humilhai-vos, pois, debaixo da potente mão de Deus, para que há seu tempo vos exalte; Lançando sobre ele toda a vossa ansiedade, porque ele tem cuidado de vós”

1 Pedro 5;6

AGRADECIMENTOS

*Aos meus pais, minha mãe **Izabel** que investe nos meus estudos, tanto quanto eu, minha primeira professora que me ensinou a ler e escrever me ensinou desde pequena que era possível alcançar sonhos, sempre ao meu lado em todos os momentos, até naqueles em que eu não acredito mais em mim e acredita fielmente que sou capaz, ao meu pai **Leoncio** que me ensinou que sonhos são alcançados com muito esforço e luta nunca desistir, sempre seguir com empenho meus ideais, que posso sim perder uma ou outra batalha, mas a guerra nunca.*

*Ao meu marido **Sergio**, que não permitiu que eu pensasse em desistir nunca, que me apoia em todos os meus desafios, não me deixa esmorecer, é meu companheiro e meu melhor amigo. Aos meus irmãos e minhas cunhadas que sempre estão me estimulando a seguir em frente, aos meus sobrinhos **Ana Laura, Artur e Helena**, que me fazem acreditar que o mundo ainda pode ser melhor e me mostram com delicadeza a simplicidade da felicidade.*

Aos meus amigos de longa data que fazem parte da minha família e minha família que são meus amigos, graças ao bom Deus são inúmeras pessoas que se encaixam neste contexto, faltaria espaço para por o nome de cada um, mas aqueles que sabem a diferença que fizeram na minha vida em anos e aos que ganhei nesse processo do mestrado sabem o quão sou grata pela vida de cada um.

*À minha amiga **Fabiana** companheira de mestrado, de projeto, de luta, que admiro muito, seu controle emocional e psicológico, que inúmeras vezes me ouviu e me orientou, Deus me presenteou com essa amizade que quero levar para vida.*

*À minha orientadora **Prof.^a Dr.^a. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli**, que me conduziu a luz do conhecimento, generosamente compartilhou comigo sua sabedoria profissional e mais ainda, de vida, orientou meu trabalho do início ao fim, mais que isso, conduziu meu aprendizado de vida, minha evolução como pessoa, a construção do meu saber e minha reconstrução como ser humano.*

*À **Prof.^a Dr.^a Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari e Prof.^a Dr.^a Deise Serafim**, pelas contribuições a este estudo como banca examinadora, suas orientações e recomendações para este estudo, minha gratidão.*

“Não sabendo que era impossível, ele foi lá e fez.”

Jean Cocteau

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 –** Distribuição das mulheres segundo caracterização socioeconômica, demográfica, obstétrica e o desfecho de *near miss* materno no trabalho de parto e parto, Londrina-PR, 201720
- Tabela 2 –** Distribuição das mulheres segundo presença de critérios de *near miss* anterior à internação para o parto e desfecho de *near miss* da gestação ao parto, Londrina-PR, 201721
- Tabela 3 –** Distribuição das mulheres segundo tecnologias duras e leves duras ofertadas durante assistência na internação, práticas obstétrica no trabalho de parto, manejo do parto e desfecho de *near miss* no trabalho de parto e parto, Londrina-PR, 201723
- Tabela 4 –** Distribuição das mulheres segundo tecnologias leves ofertadas e satisfação com o atendimento, Londrina-PR, 201725

LISTA DE QUADRO

Quadro 1- Critérios de inclusão de <i>near miss</i> materno, OMS, 2011	12
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DNMTPP	Desfecho de <i>Near Miss</i> no Trabalho de Parto e Parto
ITU	Infecção do Trato Urinário.
MS	Ministério da Saúde.
NMM	<i>Near Miss</i> Materno
OMS	Organização Mundial de Saúde.
ONU	Organizações das Nações Unidas
PN	Pré-Natal.
RN	Recém-nascido.
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SSVV	Sinais vitais.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TLD	Tecnologia Leve-Dura
TL	Tecnologia Leve
TD	Tecnologia Dura
UTI	Unidade de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO	10
1.2	REFERÊNCIAS	14
2	ESTUDO	16
2.1	INTRODUÇÃO.....	18
2.2	MATERIAL E MÉTODOS	19
2.3	RESULTADOS.....	20
2.4	DISCUSSÃO.....	26
2.5	CONCLUSÃO.....	29
2.6	REFERÊNCIAS	30
	APÊNDICES	34
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	35
	APÊNDICE B – Termo de Sigilo e Confidencialidade	37
	APÊNDICE C – Instrumento de Registro de Dados	39
	ANEXOS	43
	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	44
	ANEXO B – Autorização da Instituição de estudo	46

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A segurança do paciente é observada e analisada desde o início das ciências da saúde, quando Hipócrates, pioneiro da medicina identificava que ao interferir no ciclo de vida e doença do indivíduo, poderia-se causar algum dano à pessoa. Este pensamento originou a frase, “*primeiro não cause dano*”. Na enfermagem, Florence Nightingale, pioneira do cuidado, observando o cenário em que trabalhava, viu a necessidade de mudanças organizacionais e de cunho higiênico, para manter seus pacientes em segurança (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

A segurança é tema discutido em âmbito mundial. Em 2004, na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, foi criada a Aliança Mundial para Segurança do Paciente em nível internacional, estabelecendo os desafios globais (BRASIL, 2013).

No Brasil, a ação programada para a segurança do paciente teve início no começo do século XXI, no âmbito dos serviços de transfusões, controle e prevenção de infecção e cuidados perioperatórios. Desde então, até os dias de hoje, foram adotados vários materiais e métodos para efetivar a segurança do paciente, no país (BRASIL, 2014a).

Neste contexto, foi inserida a segurança na área obstétrica, com objetivo de diminuir a mortalidade materna por causas relacionadas ao período gravídico puerperal, de 58 para 35 mulheres por cada 100.000 nascidos até 2015, meta estabelecida no quinto objetivo do milênio que não foi atingida. Entretanto, a diminuição da mortalidade materna foi significativa graças aos programas inseridos no país, que foram de extrema importância para contribuir na segurança do processo de gestar e parir com desenvolvimento saudável ao binômio (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014b; WHO, 2016).

Atualmente, a taxa de mortalidade materna é de 26 mulheres por cada 100.000 nascidos vivos, apesar de que, desde 1996, foi estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ter estabelecido as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, com intuito de padronizar o que deveria ser realizado para manutenção da segurança da parturiente no trabalho de parto e parto. Esta proposta sugeriu:

- O plano individual de cada gestação;

- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho de parto e ao término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno.

Mesmo com todos os artifícios para oferecer um processo de gestar e parir seguros, muitas mulheres passam pelo evento de morbidade grave, também denominado como *near miss* materno. A nomenclatura *near miss* está associada à aeronáutica. O termo é utilizado para quando acontece um “*quase acidente*”, o que se refere à tradução de *near miss* do inglês para o português. Um exemplo dentro da aeronáutica é quando dois aviões quase se chocam no ar, mas os dois conseguem realizar um pouso seguro (NASHEF, 2003).

Por muito tempo foram discutidas definições e nomenclatura para tal evento, obtendo-se um consenso, estruturado pela OMS (2011) em um protocolo, com as definições de *near miss*, ajudando na sua identificação e manejo.

Segundo a OMS (2011) o *near miss* materno é definido como: “*uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave, ocorrida durante a gravidez, o parto ou em até 42 dias após o término da gravidez*”.

No quadro seguinte, estão apresentados os critérios de inclusão de mulheres em situação de *near miss* materno, para se programar a avaliação inicial do cuidado (OMS, 2011):

Quadro 1- Critérios de inclusão de *near miss* materno:

<p>Complicações maternas graves</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia pós-parto grave • Pré-eclâmpsia grave • Eclâmpsia • Sepses ou infecção sistêmica grave • Rotura uterina • Complicações graves do abortamento. 	<p>Intervenções críticas ou uso da unidade de terapia intensiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internação em uma unidade de terapia intensiva • Radiologia intervencionista • Laparotomia (inclui histerectomia, exclui cesáreas) • Uso de hemoderivados
<p>Condições ameaçadoras à vida (critérios de near miss)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Disfunção cardiovascular</u> — Choque, parada cardíaca (falta de pulso/ batimento cardíaco e perda de consciência), uso contínuo de drogas vasoativas, reanimação cardiopulmonar, hipoperfusão grave (lactato >5 mmol/l ou >45 mg/dl), acidose grave (pH <7,1) • <u>Disfunção respiratória</u> — Cianose aguda, respiração tipo Gasping, taquipneia grave (frequência respiratória > 40 respirações por 	<p><u>Disfunção renal</u> — Oligúria não responsiva à administração de fluidos ou diuréticos, diálise para insuficiência renal aguda, azotemia aguda grave (creatinina $\geq 300 \mu\text{mol/ml}$ ou $\geq 3,5 \text{ mg/dl}$)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Disfunção hematológica/ da coagulação</u> — Falência da coagulação, grande transfusão de sangue ou de hemácias (≥ 5 unidades), trombocitopenia aguda grave (< 50.000 plaquetas/ml) • <u>Disfunção hepática</u> — Icterícia na presença de pré-

minuto), bradipneia grave (frequência respiratória <6 respirações por minuto), intubação e ventilação não relacionadas à anestesia, hipoxemia grave (saturação de oxigênio <90% por tempo ≥60 minutos ou PaO ₂ /FiO ₂ <200)	eclâmpsia, hiperbilirrubinemia (bilirrubina >100 µmol/l ou >6,0 mg/dl) • <u>Disfunção neurológica</u> — Perda de consciência prolongada (com duração de ≥12 horas)/coma (incluindo coma metabólico), acidente vascular cerebral, convulsões incontroláveis/status epilético, paralisia total • <u>Disfunção uterina</u> — Hemorragia ou infecção uterina que levem à histerectomia
Status vital materno • Óbito materno	

Fonte: OMS (2011)

A segurança da mulher no momento do trabalho de parto e parto está relacionada, inicialmente ao seu planejamento reprodutivo, estendendo-se até o período puerperal, em todos os níveis assistenciais. No transcorrer deste período, a mulher pode ser exposta a inúmeros desfechos desfavoráveis.

As tecnologias de saúde são um suporte significativo e flexível para contribuição de uma assistência segura para a mulher, pois está relacionado a uma tríade que consegue atender as demandas do usuário. Estão relacionados na tríade: a tecnologia dura (estrutura física e material), tecnologias leve-dura (conhecimento técnico e da prática que o profissional da saúde tem) e leve (comportamento interpessoal entre profissional e usuários) (MERHY, 2002).

O estudo do *near miss* materno em hospitais de referência para o alto risco, tendo como pano de fundo, as tecnologias em saúde, pode evidenciar práticas ou falta delas para a segurança à saúde da mulher (AMITA et al., 2014).

Pode-se inferir que a internação para o parto traduz-se em um momento crítico do ciclo gravídico-puerperal e, nesse sentido, faz-se necessário conhecer as situações de *near miss* materno durante o trabalho de parto e parto, com o propósito de oferecer informações para a qualificação da assistência a este grupo populacional.

1.2. REFERÊNCIAS

- AMITA, P. et al. Evaluation of Obstetric Near Miss and Maternal Deaths in a Tertiary Care Hospital in North India: Shifting Focus from Mortality to Morbidity. **The Journal of Obstetrics and Gynecology of India**, v. 64, n. 6, nov./dec. 2014, p. 394–399. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257929/pdf/13224_2014_Article_552.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O Brasil precisa avançar na redução da mortalidade materna: dizem especialistas**. Agência Brasil. 2012. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-05-11/brasil-precisa-avancar-na-reducao-da-mortalidade-materna-dizem-especialistas2012>
- _____. _____. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS) Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). Brasília, 2013, 172p. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf
- _____. _____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 40 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
- _____. _____. **Serviços de atenção materna e neonatal : segurança e qualidade**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2014b. 108p. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade>
- NASHEF, S. A. M. What is a near miss? **The Lancet**, v. 361, n. 9352, jan. 2003, p. 180-181. Disponível em: <http://www.theancet.com/journals/lancet/article/PIIS>
- OMS. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. Brasília: Organização Mundial da Saúde. 1996. Disponível em: <http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>.
- _____. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna**. Brasília: Organização Mundial da Saúde. 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=240%3Aavaliacao-da-qualidade-do-cuidado-nas-complicacoes-graves-da-gestacao-a-abordagem-do-near-miss&Itemid=234&lang=es>
- MERHY, E.E. Saúde: Cartografia do Trabalho vivo. São Paulo: **Hucitec**, 2002.

World Health Organization. WHO- **MDG 5: improve maternal health**. Disponível em: <http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/en/>

2. ESTUDO

***Near Miss* materno no trabalho de parto e parto à luz das tecnologias em saúde.**

Resumo

Objetivo: conhecer situações de *near miss* materno, durante a assistência ao trabalho de parto e parto, de acordo com as tecnologias em saúde. **Método:** Trata-se de estudo quantitativo, analítico, realizado em uma instituição pública de um município do sul do país, cuja maternidade é referência para alto risco, com amostra composta por 319 puérperas. A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2016 a agosto de 2017. Os dados foram processados no software Statistical Package for the Social Sciences 20.0 e analisados por meio do Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$). Para discussão dos resultados utilizou-se a proposta de tecnologias em saúde de Merhy. O trabalho foi aprovado, com número de parecer: 1.7.57.596 e CAAE: 59935716700005231. **Resultados:** Ser primípara ($p=0,027$), ter diagnóstico prévio de hipertensão ($p=0,0001$), pré-eclâmpsia ($p=0,0001$) e infecção do trato urinário ($p=0,002$) foram determinante que apresentaram significância estatística para o desfecho de *near miss* materno no trabalho de parto e parto. A única tecnologia dura que associou-se com o desfecho foi o transporte para internação ($p=0,035$); entre as leve-duras associaram-se as características do líquido amniótico ($p=0,05$) e abertura do partograma para cesariana ($p=0,026$); e entre as leves, a satisfação da usuária foi relevante, nos seguintes aspectos; orientações desejadas e recebidas ($p=0,013$), informação sobre o acompanhante ($p=0,022$), explicação sobre procedimento realizado ($p=0,007$), tratamento gentil pela equipe ($p=0,0001$), informação sobre o quadro clínico ($p=0,005$), bom relacionamento com equipe ($p=0,005$), liberdade para esclarecer dúvidas ($p=0,007$) e apresentação da equipe ($p=0,026$) **Conclusão:** Acredita-se que as tecnologias em saúde podem ser um referencial para a estruturação do atendimento ao trabalho de parto e parto de alto risco para a prevenção o *near miss* materno nestes momentos.

Descritores: *Near miss*; Gravidez de Alto Risco; Parto; Tecnologias em Saúde.

Near Miss maternal in labor and delivery in the light of health technologies.

Abstract

Objective: to know about maternal near miss situations during labor and delivery care, according to health technologies. **Method:** This is a quantitative, analytical study carried out in a public institution of a municipality in the south of the country, whose maternity is a reference for high risk, with a sample composed of 319 puerperae. Data collection was performed from October 2016 to August 2017. Data were processed in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20.0 and analyzed using the Chi-square test ($p \leq 0,05$). To discuss the results, Merhy's health technology proposal was used. The study was approved, with opinion number: 1.7.57.596 and CAAE: 59935716700005231. **Results:** Being primiparous ($p= 0,027$), having a previous diagnosis of hypertension ($p= 0.0001$), pre eclampsia ($p= 0,0001$) and urinary tract infection ($p= 0,002$) were determinants that presented statistical significance for the maternal near miss outcome in labor and delivery. The only hard technology that was associated with the outcome was transportation for hospitalization ($p= 0,035$); the characteristics of amniotic fluid ($p= 0,05$) and parturition opening for cesarean section ($p= 0,026$); and among the mild ones, user satisfaction was relevant in the following aspects; ($p= 0,013$), information about the companion ($p= 0,022$), information about the clinical picture ($p= 0,005$), good relationship with the team ($p= 0,005$), freedom to clarify doubts ($p= 0,007$) and presentation of the the team ($p= 0,026$) **Conclusion:** It is believed that health technologies can be a reference for the structuring of high-risk labor and delivery for the prevention of maternal near miss at these moments.

Descriptors: Near miss; High Risk Pregnancy; Childbirth; Technologies in Health.

2.1 Introdução

A segurança do paciente é um tema que merece a atenção dos profissionais de saúde, em todos os níveis de assistência, o que inclui o cuidado à mulher no momento do trabalho de parto e parto, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade materna neste processo (BRASIL, 2014a).

No ano 2000, as Organizações das Nações Unidas (ONU), promoveu uma conferência para estabelecer propostas para o desenvolvimento do milênio, objetivo que deveriam ser alcançados até o ano de 2015, entre eles estava à diminuição significativa da mortalidade materna (ONU, 2016a).

No ano de 2015 foi realizada uma nova reunião da ONU na qual foram determinados objetivos para o desenvolvimento sustentável, o terceiro objetivo está relacionado a “*Assegurar uma vida saudável e promover o bem estar para todos*” e um dos princípios do terceiro objetivo, ainda é, a redução da mortalidade materna, com a proposta de que a taxa seja de 70 mulheres por cada 100.000 nascidos vivos até 2030 (ONU, 2016b).

Mediante ao que foi exposto, o Brasil implementou vários protocolos que qualificassem o atendimento a mulher, com direcionamento para o manejo do agravamento e de guias para aumentar a segurança da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Desta forma, atualmente, o Brasil tem uma taxa de mortalidade materna de 26 mulheres para 100.000 nascidos vivos, o que está bem abaixo do que foi proposto para os objetivos do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2017).

Assim, deve-se continuar investindo em protocolos e atualizações pautadas em evidências científicas, visando diminuir ainda mais este número, pois, mesmo com a presença de artifícios para o desfecho seguro da gestação, ainda existem mulheres que passam por eventos de morbidade grave ou *near miss* materno (NMM)(BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

Em 2011, a Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve como NMM, a situação em que mulheres passam por morbidades graves com risco de vida e estabelece critérios para identificá-las, a fim de que sejam feitas intervenções necessárias, garantindo o bem estar dessa mulher. O *near miss* pode ocorrer na gestação, trabalho de parto, parto e puerpério, abrangendo até 42 dias pós-parto (OMS, 2011).

O cuidado direcionado as mulheres a partir das tecnologias em saúde é um dos pontos propostos para que se obtenha uma melhor segurança no atendimento, nesse sentido, considerando a tríade das tecnologias duras, leve-duras e leves, em saúde, é interessante observar que o manejo *do near miss* está intrinsicamente ligado à flexibilidade do uso de tal ferramentas (FRANCO; MERHY, 2012).

O presente estudo teve como objetivo conhecer situações de *near miss* materno, durante a assistência ao trabalho de parto e parto, de acordo com as tecnologias em saúde.

2.2 Material e Métodos

Trata-se de estudo quantitativo, transversal e analítico, recorte de uma coorte prospectiva sobre gestação de alto risco, desenvolvido na maternidade de uma instituição pública. A instituição realiza assistência a intercorrências obstétricas e a partos de alta complexidade, atendendo exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS) em um município no sul do país.

Foram incluídas mulheres com diagnóstico de alto risco gestacional e com pelo menos um critério de NMM, segundo a OMS. Para o cálculo amostral, considerou-se o relatório anual de partos ocorridos na instituição no ano anterior à pesquisa. Considerando-se erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, a amostra foi composta por 319 mulheres (BARETA, 2012).

Foi realizado estudo piloto para adequação do instrumento e posterior início à coleta de dados que ocorreu no período de outubro de 2016 a agosto de 2017. Os dados foram obtidos por meio de observação não participante, transcrição do prontuário e cartão de pré-natal e entrevista com a puérpera. Para garantir a cobertura total dos dados, ao final de cada caso, realizou-se conferência do formulário, recaptação de prontuários e cartão de pré-natal, bem como, re-entrevista por telefone nas situações de alta hospitalar.

O formulário foi estruturado para acesso a dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos e segundo as tecnologias em saúde propostas por Merhy (2002) que as apresenta como um facilitador para o diagnóstico do processo de assistência à saúde, sendo estas: tecnologia dura (TD) que está diretamente ligada à estrutura material e física da instituição; tecnologia leve-dura (TLD) que diz

respeito ao conhecimento científico que fundamenta o cuidado realizado, obtida por meio dos indicadores da assistência na internação, práticas obstétricas no trabalho de parto, manejo do parto, critérios de *near miss*; e a tecnologia leve (TL) que está direcionada ao relacionamento interpessoal que o profissional da saúde estabelece com a usuária, por meio de diálogo e empatia, obtida por meio do indicador do nível de satisfação da usuária.

Os dados foram processados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0, e analisados por meio do Teste Qui-quadrado, para busca de possíveis associações ($p \leq 0,05$). As variáveis dependentes utilizadas foram: 'desfecho de *near miss* materno no trabalho de parto e parto (DNMMTPP)' e 'satisfação da usuária em relação ao atendimento'.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), com parecer: 1.757.596, CAAE: 59935716700005231.

2.3 Resultados

Fizeram parte desse estudo 319 mulheres, sendo que, a maior parte (70,5%) tinha idade entre 20 e 35 anos; 18,5% tinham 36 anos ou mais; e 11% eram adolescentes. A raça foi prevalentemente branca (57,8%). Em relação à situação conjugal, a maioria (86,8%) tinha companheiro; pouco mais da metade (56,0%) tinham ensino médio completo; 48,6% das famílias recebiam mais que três salários mínimos (SM). No perfil obstétrico, houve significância estatística entre o número de filhos e o DNMMTPP ($p=0,027$). Primíparas apresentaram maior incidência de DNMMTPP (40,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo caracterização socioeconômica, demográfica, obstétrica e o desfecho de *near miss* no trabalho de parto e parto, Paraná-BR, 2017.

Variáveis	Desfecho de <i>near miss</i> materno no trabalho de parto e parto						Valor de p^*
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária (em anos)							
14-19	23	11,0	12	11,0	35	11,0	0,693
20-35 anos	150	71,4	75	68,8	225	70,5	
36 e mais anos	37	17,6	22	20,2	59	18,5	
Raça Materna							
Branca	11	56,6	65	60,2	181	57,8	0,550
Negra	89	43,4	43	39,8	132	42,2	
Situação conjugal							
Com companheiro	17	85,2	98	89,9	277	86,8	0,296
Sem companheiro	31	14,8	11	10,1	42	13,2	
Escolaridade							
Ensino fundamental	61	29,2	30	27,5	91	28,6	0,538
Ensino médio	11	56,6	60	55,0	178	56,0	
Ensino superior	30	14,4	19	17,4	49	15,4	
Renda familiar (SM)**							
≤1	30	14,3	19	17,4	49	15,4	
1a 2	75	35,7	40	36,7	115	36,1	0,648
≥ 3	105	50,0	50	45,0	155	48,6	
Número de filhos							
Primípara	85	40,5	37	33,9	122	38,2	0,027
Secundípara	75	35,7	30	27,5	105	32,9	
Multípara	50	23,8	42	38,5	92	28,8	
Intervalo interpartal							
< 2 anos	24	61,5	15	38,5	39	18,8	0,395
≥ 2 anos	116	68,6	53	31,4	169	81,2	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$)

**Salário mínimo no ano de 2017- R\$937,00

A análise sobre o momento da ocorrência do NMM na população estudada, revelou que 55,6% passaram por esta intercorrência na gestação; 19,5% durante o trabalho de parto e parto e 25,4% da gestação até o parto.

Na tabela 2, observa-se que houve associação estatisticamente significativa entre presença anterior de hipertensão (92,1%) ($p=0,0001$), pré-eclâmpsia (92,3%) ($p= 0,0001$), infecção do trato urinário (43,2%) ($p=0,002$) e o DNMMTPP.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres segundo, presença de critérios de *near miss* anterior à internação para o parto e desfecho de *near miss* da gestação ao parto, Paraná-BR, 2017.

Presença de critérios de <i>near miss</i> anterior à internação para o parto	Desfecho de <i>near miss</i> no trabalho de parto e parto						Valor de p^*
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Hipertensão							
Sim	117	92,1	10	7,9	127	39,8	0,0001
Não	93	48,4	99	51,6	192	60,2	
Cardiopata							
Sim	8	57,1	6	42,9	14	4,4	0,567
Não	202	66,2	103	33,8	305	95,6	
Pré-eclâmpsia							
Sim	48	92,3	4	7,7	52	16,3	0,0001
Não	162	60,7	105	39,3	267	83,7	
Infecção trato urinário							
Sim	16	43,2	21	56,8	37	11,6	0,002
Não	194	68,8	88	31,2	282	88,4	
Distúrbio Mental							
Sim	11	64,7	6	35,3	17	5,3	0,920
Não	199	65,9	103	34,1	302	94,7	
Distúrbio de coagulação							
Sim	15	75,0	5	25,0	20	6,3	0,373
Não	195	65,2	104	34,8	299	93,7	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$)

De acordo com as tecnologias duras e leve duras, no que se diz respeito à estrutura da instituição, esta possui sala de pré-parto, com dois leitos, duas enfermarias para alojamento conjunto com nove leitos, uma enfermaria para internação de gestantes em situação de risco com seis leitos, uma sala de parto com uma mesa ginecológica e um local dentro da sala de parto específico para primeiro atendimento aos recém-nascidos, outro ambiente para cuidados dos recém-nascidos, e um para cuidados da enfermagem e dois banheiros compartilhados para todas as mulheres internadas, o serviço dispõe de insumos e materiais necessários para atendimento das mulheres internadas.

Quanto à assistência na internação para o parto, houve diferença estatística significativa entre o transporte para internação ($p=0,035$) a verificação dos sinais vitais ($p=0,0001$) e as características do líquido amniótico ($p=0,05$) e o DNMMTPP. Entre as mulheres que procuraram internação 57,6% utilizaram transporte particular; 51,4% das mulheres não obtiveram verificação dos sinais

vitais; e 69,0% não tiveram o registro da característica do líquido amniótico (Tabela 3).

Nas práticas obstétricas durante o trabalho de parto, a abertura do partograma para conclusão de cesariana (54,3%) associou-se com o DNMMTPP ($p=0,026$). Não houve associação entre o manejo do parto e o DNMMTPP. Porém é válido observar que 32,9% das mulheres foram internadas com dilatação inferior a quatro centímetros; 34,2% sem dinâmica uterina efetiva; 65,8% não tiveram indução do parto; e 60,2% tiveram como desfecho da gestação a cesariana. Quanto às rotinas obstétricas, não foram orientados, banho para relaxamento (86,5%); uso de bola ou acento ativo (90,8%); acompanhante no momento do parto (58,2%); e massagem para alívio da dor (98,1%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das mulheres segundo tecnologias duras e leves-duras ofertadas durante assistência na internação, práticas obstétrica no trabalho de parto, manejo do parto e desfecho de *near miss* no trabalho de parto e parto, Paraná-BR, 2017.

Variáveis	Desfecho de <i>Near Miss</i> no trabalho de parto e parto						Valor de p^*
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Transporte para internação							
Ambulância	89	42,4	33	10,3	122	38,2	0,035
Transporte particular	121	57,6	76	69,7	197	61,8	
Verificação de sinais vitais na internação							
Sim	94	44,8	20	18,3	114	35,7	0,0001
Não	116	55,2	89	81,6	205	64,2	
Dilatação na internação							
<4 cm	69	32,9	36	33,0	105	32,9	0,166
≥ 4 cm	49	23,3	37	33,9	86	26,9	
Sem registro	92	43,8	36	33,0	128	40,1	
Dinâmica uterina na internação							
Presente	89	42,4	53	48,6	142	44,5	0,561
Ausente	75	35,7	34	31,2	109	34,2	
Sem registro	46	21,9	22	20,2	68	21,3	
Característica do líquido amniótico							
Claro	61	29,0	31	28,4	92	28,8	0,050
Mecônio	4	1,9	8	7,3	12	3,8	
Sem registro	145	69,0	70	64,2	215	67,4	
Indução com ocitocina							

no trabalho de parto							
Sim	75	35,7	34	31,2	109	34,2	0,420
Não	135	64,3	75	68,8	210	65,8	
Banho de relaxamento no trabalho de parto							
Sim	15	7,1	6	5,5	21	6,6	0,691
Não	13	6,2	9	8,3	22	6,9	
Sem registro	182	86,7	94	86,2	276	86,5	
Bola ou acento ativo no trabalho de parto							
Sim	4	2,0	4	4,1	8	2,7	0,390
Não	12	6,1	7	7,1	19	6,5	
Sem registro	180	91,8	87	29,6	267	90,8	
Uso de massagem no trabalho de parto							
Sim	3	1,4	3	2,8	6	1,9	0,449
Sem registro	207	98,6	106	97,2	313	98,1	
Acompanhante pré-parto							
Sim	114	60,6	54	51,9	168	57,5	0,174
Não	74	39,4	50	48,1	124	42,5	
Partograma							
Até 3 horas	32	15,2	28	25,7	60	18,8	0,026
Mais que 3 horas	26	12,4	15	13,8	41	12,9	
Sem registro	38	18,1	20	18,3	58	18,2	
Aberto para cesariana**	114	54,3	46	42,2	160	50,2	
Acompanhante no parto							
Sim	76	39,0	45	46,4	121	41,6	0,226
Não	119	61,0	52	53,6	171	58,6	
Local do parto							
Quarto	6	2,9	7	6,4	13	4,1	0,131
Sala de parto	68	32,4	38	34,9	106	33,2	
Centro cirúrgico	136	64,8	64	58,7	200	62,7	
Tipo de parto							
Normal espontâneo	81	38,6	46	14,4	127	39,8	0,530
Cesariana	129	61,4	63	57,8	192	60,2	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$)

** Partograma aberto somente para anotar a justificativa da cesariana

Entre as tecnologias leves, houve significância estatística entre, orientações desejadas recebidas ($p=0,013$); informações sobre o acompanhante ($p=0,022$); tratamento gentil pela equipe ($p=0,0001$); informações sobre quadro clínico ($p=0,005$); bom relacionamento com a equipe ($p=0,005$); apresentação da equipe ($p= 0,026$) e a satisfação com o atendimento. Identificou-se que 44,5% não receberam as orientações que desejavam; 38,9% não foram informadas sobre o direito do acompanhante, porém 54,6 foram tratadas com gentileza; 86,9% tiveram informações sobre seu quadro clínico; 85,9% explicações sobre os procedimentos

realizados; 95,1% relataram bom relacionamento com equipe; 96,1% tinham liberdade para esclarecer dúvidas; e 94,3% afirmaram que a equipe se apresentou (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das mulheres segundo, tecnologias leves ofertadas e satisfação com o atendimento, Paraná-BR, 2017.

Variáveis	Satisfação com o atendimento						Valor de p^*
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Orientação antes do parto							
Sim	177	62,5	21	58,3	198	62,1	0,624
Não	106	37,5	15	41,7	121	37,9	
Orientações desejadas recebidas							
Sim	157	55,5	12	33,3	169	53,0	0,013
Não	126	44,5	24	66,7	150	47,0	
Informação sobre acompanhante							
Internação	108	38,2	11	30,6	119	37,3	0,022
Pré-parto	43	15,2	8	22,2	51	16,0	
Parto	9	3,2	2	5,6	11	3,4	
Puerpério	13	4,6	6	16,7	19	6,0	
Não foi informada	110	38,9	9	25,0	119	37,3	
Tratamento gentil pela equipe							
Sim	270	84,6	28	77,8	298	93,4	0,0001
Não	12	4,2	8	93,4	20	6,3	
Não opinou	1	0,4	0	0,0	1	0,3	
Informação sobre quadro clínico							
Sim	246	86,9	24	66,7	270	84,6	0,005
Não	37	13,1	12	33,3	49	15,4	
Explicação sobre procedimento realizado							
Sim	243	85,9	24	66,7	267	83,7	0,007
Não	40	14,1	12	33,3	52	16,3	
Bom relacionamento com equipe							
Sim	269	95,1	29	80,6	298	93,4	0,005
Não	14	4,9	7	19,4	21	6,6	
Liberdade para esclarecer dúvidas							
Sim	272	96,1	30	83,3	302	94,7	0,007
Não	11	3,9	6	16,7	17	5,3	
Apresentação da equipe							

Sim	267	94,3	30	83,3	297	93,1	0,026
Não	16	5,7	6	16,7	22	6,9	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$)

2.4 Discussão

Mulheres com extremos de idade, ou seja, adolescentes e as que têm mais de 35 anos, são classificadas como de risco intermediário nos protocolos de assistência às gestantes (BRASIL, 2012a). A gestação na adolescência, durante muito tempo foi entendida como um fator de risco à saúde destas jovens e caracterizada como um problema de saúde pública. Entretanto, atualmente, este paradigma está sendo quebrado, pois sabe-se que este grupo está exposto a um risco social muito maior do que o biológico (QUEIROZ et al., 2014). A fuga da realidade em que vivem bem como a representação social de que ser mãe às coloca com uma identidade específica e respeitada perante a sociedade, são determinantes sociais para a manutenção da incidência da gravidez nesta faixa etária. (DIAS et al., 2011). Pode-se dizer que neste estudo, esta realidade se confirmou, uma vez que não houve número significativo de ocorrência de DNMMTPP entre as adolescentes.

Considerando que atualmente as mulheres levam mais tempo para optar por uma primeira gravidez, devido a seu cotidiano, ou até mesmo à busca de estabilidade social e financeira, grande parte tem engravidando após 35 anos (RODRIGUEZ; CARNEIRO, 2013). No presente estudo, o número de mulheres que tiveram algum DNMMTPP após 35 anos não foi significativo. A maior parte das mulheres estudadas que desenvolveram DNMMTPP eram jovens adultas em idade produtiva.

Em relação ao ciclo gravídico puerperal, a pré-disposição para algum agravo específico pode estar relacionada à primíparas (OLIVEIRA; CRUZ, 2010). Neste estudo, a proporção de DNMMTPP, nas primíparas foi significativa, assim como no estudo de Pernambuco, em uma maternidade referência para alto risco, no qual 93,2% das primíparas apresentaram risco gestacional (MORAES et al, 2014).

Apesar do foco do estudo ser o trabalho de parto e o parto, a ocorrência de *near miss* durante a gravidez reforça a importância de um pré-natal (PN) com qualidade, seguimento preciso e identificação precoce de qualquer tipo de alteração ou presença de morbidade para intervenção em tempo hábil. As morbidades identificadas neste estudo, não se distinguiram daquelas elencadas como

determinantes das altas taxas de mortalidade materna nacional.

O perfil epidemiológico destas mortes, traçado pela Secretaria de Vigilância em Saúde apresentam a hipertensão como primeira causa de mortalidade materna com 20% e infecções puerperais de 7%, ocupando a terceira causa de morte materna no Brasil (BRASIL, 2014c).

Na concepção e implementação das TLD, pode-se encontrar os subsídios necessários para a programação de ações efetivas na prevenção do *near miss*, uma vez que, propõem como fator essencial para o cuidado de qualidade, o conhecimento do profissional que o prática. Nesse sentido, os achados do presente estudo colocam em questão o quanto o uso inadequado do conhecimento específico sobre os agravos mencionados, ou a ausência do cuidado por falta deste conhecimento, poderiam estar determinando a ocorrência do NMM.

Sabe-se que na gestação, a hipertensão pode se apresentar de diversas formas: gestantes previamente hipertensas, gestantes que após 20 semanas desenvolve hipertensão, podendo evoluir para uma pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas), possibilitando maior probabilidade de DNMMTPP (BASHOUR et al, 2015; NOBREGA, 2016). A ITU é outra patologia que está presente no processo de gestar e parir de inúmeras mulheres que pode evoluir para uma corioamnionite ou até mesmo para sepse, ressalta-se novamente, a importância do profissional ter habilidades que correspondem a tecnologia em saúde nas bases leve e dura, para manejo adequado dos quadros apresentados. (RULISA, S. et al, 2015).

Da mesma forma que a assistência anterior ao parto é importante, o momento da internação também é significativo, pois a partir da anamnese e seu registro, será escolhida a melhor conduta, evidenciando as TLD no atendimento (BRASIL, 2012a).

Porém, nem sempre esse momento está registrado, no prontuário. No presente estudo, identificou-se falha de informações dos sinais vitais (SSVV) e das características do líquido amniótico. Os SSVV fornecem importantes informações sobre o estado inicial da mulher de alto risco (SEIGNEMARTIN et al, 2013). Por meio na análise do líquido amniótico obtêm-se informações sobre o estado do feto, bem como indicativos de risco para infecção na parturiente que pode estender-se até o puerpério. Proporcionando um manejo adequado das mulheres que

apresentam CNM. (CAMPANA; CHAVEZ; HAAS, 2003).

É válido ressaltar que neste estudo, uma parte das mulheres que foram internadas não apresentavam sinais de trabalho de parto. Estes seriam, dilatação maior que quatro centímetros e dinâmica uterina presente (BRASIL, 2016). A maior parte das mulheres deste estudo teve cesariana como resolução da gestação e apesar da alta taxa, considera-se que as indicações foram pertinentes em função do diagnóstico de alto risco envolvido evidenciando o uso adequado das TLD. A OMS desde 1996 preconiza que as instituições tenham no máximo 15% de cesarianas entre o total de partos (OMS, 1996). Entretanto, em publicação atual é recomendado que as instituições adotem a classificação de Robson ou classificação dos dez grupos, que propõem grupos com características obstétricas específicas, deste modo cada instituição tem sua taxa de cesariana conforme as características das mulheres que são atendidas, afirmando a efetividade da indicação da cirurgia (OMS, 2014).

O atendimento humanizado é uma proposta do Ministério da Saúde (MS), para a assistência ofertada no SUS e está diretamente associado às tecnologias leves e a mulher em situação de NMM não deve ser excluída deste atendimento. Uma das maneiras de humanizar o momento do parto depende, além da conscientização do profissional, da estrutura da instituição que deve oferecer acesso à água quente, à bola suíça, terapias complementares para alívio da dor, assim como boa interação interpessoal da equipe com a mulher, por meio da manutenção de ambiente calmo, confortável e privado, o que mostra o uso em conjunto da tríade de tecnologias em saúde (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2016). Novamente, estas rotinas obstétricas não foram devidamente registradas, neste estudo.

Enquanto TD, a estrutura da instituição em análise, fornece meios para realização de exames, assegura o acesso à unidade de terapia intensiva (UTI) se assim for necessário, assim como acesso a centro cirúrgico e UTI neonatal. Os profissionais tem acesso a todos os materiais e insumos necessários, o que é de extrema importância para atendimento de mulheres em situação de NMM, porém a estrutura em que a maternidade está instalada tem limitações, como o banheiro, que geralmente é utilizado por tempo prolongado no trabalho de parto, para ter acesso ao chuveiro, uma vez que a água morna ajuda de forma não farmacológica no alívio da dor (BARBIERI et al., 2013) a indisponibilidade de corredores amplos e arejados

para caminhada das parturientes, pois caminhar favorece a progressão do trabalho de parto (WEI; GUALDA; JUNIOR, 2011).

O transporte das mulheres para o acesso à instituição, também é considerado como TD. A pesquisa mostrou que grande parte das mulheres buscou internação por meios próprios, ou seja, veículos particulares e foram estas mulheres que tiveram maior DNMMTPP. Salienta-se que a parturiente, tem direito garantido de transporte seguro por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), para o hospital de referência, capaz de atender qualquer tipo de demanda que ela apresente no decorrer do caminho, garantindo sua estabilidade fisiológica DNMMTPP (BRASIL, 2011).

Com a prática do dia a dia e o automatismo do processo de cuidar, a relação interpessoal entre profissional e usuária fica prejudicada e desta forma, a tecnologia leve pode não se estabelecer no ambiente de trabalho. Neste estudo, apesar da pouca resolução de demandas específicas das mulheres, durante sua internação, relacionadas a sua situação de NMM, a satisfação foi evidente. É importante perceber que o que move a satisfação do paciente está totalmente ligado às TL. Para o usuário, muitas vezes, é mais válido ser tratado com humanidade do que ter suas patologias ou demandas resolvidas (GOMES et al., 2012; FOGAÇA et al., 2017).

2.5 Conclusão

O estudo demonstrou que a presença de *near miss* anterior à internação para o parto está diretamente ligada ao desfecho de *near miss* materno no trabalho de parto e parto atual e enfatiza a importância do uso das tecnologias leves-duras para o manejo do trabalho de parto e parto de alto risco. Lacunas nas informações sobre o atendimento as mulheres indicam a necessidade de revisão dos procedimentos sobre os registros dos cuidados, um vez que, estes se constituem em um sistema de informação em saúde e são essenciais para a análise da qualidade da assistência e consequentemente segurança do paciente. A humanização da assistência ao parto.

O estudo também evidenciou que as usuárias priorizaram o acesso a tecnologia leve como a possibilidade de obter informações e orientações, em

detrimento da resolução de suas demandas específicas relacionadas ao *near miss*.

Acredita-se que as tecnologias em saúde podem ser um referencial para a estruturação do atendimento ao trabalho de parto e parto de alto risco para a prevenção o *near miss* materno nestes momentos.

2.6 Referências

BARBETA, P.A. Fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 8. ed. Florianópolis: UFSC, 2012. 320 p.

BARBIERI, M.; HENRIQUE A. J.; CHORS, F.M.; MAIA, N.L.; GABRIELLONI, M.C. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**. 2013; 26(5):478-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a12v26n5.pdf>

BASHOUR. H.; HADDAD, G. S.; DEJONG, J.; RAMADAN, M. C.; HASSAN, S.; BREEBAARJ, M.; WICKL, S.; HASSANEIN, N.; KHAROUF, M. A cross sectional study of maternal 'near-miss' cases in major public hospitals in Egypt, Lebanon, Palestine and Syria. **BMC Pregnancy and Childbirth** (2015) 15:296. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0733-7>

_____. Gabinete do Ministro. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Portaria Nº 1.459**, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

_____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília – DF 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

_____. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco Manual Técnico**. 5ª edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

_____. Agência nacional de vigilância sanitária-ANVISA, **serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**- Brasília, 103p, 2014a. ISBN 978-85-88233-45-4. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade>

_____. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4) ISBN 978-85-334-2136-3. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014c. 384 p. : il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf

_____. Comissão nacional de informações tecnológicas no SUS-CONITEC. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, Janeiro/2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

_____. **Sistema de Informação de Mortalidade- SIM**, maio 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-inisterio/principal/secretarias/svs/mortalidade>

CAMPANA, S.G.; CHAVEZ, J.H.; HAAS, P. Diagnóstico laboratorial do líquido amniótico. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 215-218, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-24442003000300007&script=sci_abstract&lng=pt

DIAS. A.C.G. PATIAS. N.D. FIORIN. P.C.DELLATORE. M.Z. O significado da maternidade na adolescência para jovens gestantes, **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Vol. 3 Nº 6, Dezembro de 2011. Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/111>

FOGAÇA, N.R.; FERRARI, R. A. P.; GABANI, F. L.; SOARES, N. T.; TACLA, M. T. G. M.; OLIVEIRA, G. S. Operacionalização de grupos de pré-natal: percepção dos profissionais do serviço da atenção primária à saúde. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 128-142, abr. 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/75>

FRANCO, T.B. MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, p. 151-163. 2012. Disponível em: http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Cartografias_do_Trabalho_e_Cuidado_em_Sa%C3%BAde.pdf

GOMES, A.M.A.; CAPRARA, A.; LANDIM, L.O.P.; VASCONCELO I, M.C.F. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [3]: 1101-1119, 2012 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300014

NOBREGA, M.F.; SANTOS, M.T.B.R.; DAVIM, R.M.B.; OLIVEIRA, L.F.M.; ALVES, E.S.R.C., RODRIGUES, E.S.R.C. Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2014; 36(6): 259-63.

MERHY, E.E. Saúde: Cartografia do Trabalho vivo. São Paulo: **Hucitec**, 2002.

MORAES, P.G.S.; HOLANDA V.R. PINHEIROH. D.M. Perfil epidemiológico de primíparas atendidas em uma maternidade de alto risco, **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, 2014 mai/ago; 1(2): 45-50. Disponível em <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/9>

OLIVEIRA, D. R.; CRUZ, M.K.P. Estudo das indicações de parto cesáreo em primigestas no município de Barbalha-Ceará. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 3, p. 114-121, jul./set.2010 Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_html_site/a12v11n3.html

OMS-Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra (SUI): OMS; 1996.

_____. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna**. Brasília: Organização Mundial da Saúde. 2011. Disponível em: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=407-avaliacao-da-qualidade-do-cuidado-nas-complicacoes-graves-da-gestacao-a-abordagem-do-near-miss-2&Itemid=219&lang=en

_____. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra (SUI): OMS, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf

ONU – Organização das Nações Unidas. PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Objetivos do Milênio**. ODM5. 2016a. Disponível em: <https://www.unric.org/pt/objectivos-de-desenvolvimento-do-milenio-actualidade>

_____. Guia sobre desenvolvimento sustentável. 17 objetivos para transformar o nosso mundo. Centro Regional de Informações das Nações Unidas para a Europa Ocidental, 2016b. Disponível em: https://www.unric.org/pt/images/stories/2016/ods_2edicao_web_pages.pdf

QUEIROZ, M.V.O.; BRASIL, E. G.M.; ALCANTRARA, C. M.; CARNEIRO, M.G. O. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. **Rev Rene**. 2014 maio-jun; 15(3):455-62. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/3203/2462>

RODRIGUEZ, F.T.; CARNEIRO, T.F. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. **Tempo psicanalítico**. Rio de Janeiro, v. 45.1, p. 111-121, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382013000100008

RULISA, S.; UMUZIRANENGE, I.; SMALL, M.; ROOSMALEN, J. V. Maternal near miss and mortality in a tertiary care hospital in Rwanda. **BMC Pregnancy and Childbirth** (2015) 15:203. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-015-0619-8?site=http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com>

SEIGNEMARTIN, B.A.; JESUS, L. R.; VERGILIO, M.S.T.G.; SILVA, M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 14, núm. 6, 2013, pp. 1123-1132. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3724>

WEI, C.Y.; GUALDA, D.M.R.; JUNIOR, A.P.O.S. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 Out-Dez; 20(4): 717-25 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000400010&script=sci_abstract&tlng=pt

APÉNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “**Gestação de Alto Risco**: situações de near miss no ciclo gravídico puerperal materno e neonatal”

Prezada Sr^a.

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa “**Gestação de Alto Risco: situações de near miss no ciclo gravídico puerperal materno e infantil**”, a ser realizada no Hospital Universitário de Londrina. O objetivo da pesquisa é conhecer a experiência vivenciada no seu período de gestação, parto e pós-parto, para melhorar a qualidade do atendimento. Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma por entrevista durante sua internação e cópia de alguns dados do seu prontuário, em dez dias faremos contato telefônico para saber como você e seu bebê estão e com 42 dias faremos uma visita em sua casa para acompanhar seu pós-parto e seu bebê.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Os possíveis riscos do estudo se referem a disponibilizar seu tempo e alguns desconfortos que pode ter durante a entrevista, porém poderá interromper sua participação a qualquer momento e esta decisão não irá interferir nos cuidados ofertados à você. Faremos o possível para auxiliá-la caso algum desconforto ocorra, esclarecendo-a ou tranquilizando-a e providenciando encaminhamentos, caso seja necessário. Os benefícios deste estudo serão para os serviços de saúde que poderão melhorar o atendimento para você, outras mulheres e crianças. Também faremos grupos de orientação ao final da pesquisa, para esclarecer suas dúvidas sobre saúde e prevenir futuros riscos em uma nova gestação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato comigo. Meu nome é Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli, moro na rua Tupi 329, meus

telefones é 33047475 ou 91107207, email: macielalexandrina@gmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Londrina, _____ de _____ de 201____.

Pesquisador / RG

Tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Participante da pesquisa

APÊNDICE B

Termo de sigilo e confidencialidade

Eu Prof^a. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli e as mestrandas Izabel Dayana de Lemos Santos e Fabiana Fontana Medeiros, brasileiras, casadas, docente e alunas de pós-graduação- Mestrado em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, assumimos o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “**Gestação de Alto Risco: Situações de near miss no ciclo gravídico puerperal materno e neonatal**” a que tiver acesso nas dependências do Colegiado de Enfermagem do Centro de Ciência da Saúde, sub-unidade CCS e na PROGRAD, unidade UEL.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas,

desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia, acima mencionada. A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, ____/____/201____.

Prof^a. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Enf^a Izabel Dayana de Lemos Santos

Enf^a Fabiana Fontana Medeiros

Docente e alunas de pós-graduação- Mestrado em enfermagem da
Universidade Estadual de Londrina

Cel: (43) 991107207

APÊNDICE C
Instrumento de Registro de Dados

I. Aspectos Sócio-Demográficos		
1. Idade:	_____anos.	Entrevista
2. Raça:	(1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	Entrevista
3. Situação conjugal:	(1) Com companheiro (2) Sem companheiro	Entrevista
9. Número de filhos:	(1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) Mais que 4	Entrevista
9. Escolaridade:	(1) Analfabeta (<i>até 4 anos de estudo</i>) (2) Ensino fundamental completo (<i>8 anos</i>) (3) Ensino fundamental incompleto (4) Ensino médio completo (<i>11anos</i>) (5) Ensino médio incompleto (6) Ensino superior completo (7) Ensino superior incompleto	Entrevista
11. Renda familiar	R\$_____	Entrevista
II. Dados Obstétricos		
19. Intervalo entre uma gestação e outra?	(1) < 1 ano (2) 1 á 2 anos (3) > 2 anos	Entrevista
III. Antecedentes clínicos		
20. Antecedentes Clínicos anteriores a gestação atual (<i>near miss</i>):	(1) HAS. (2) DM. (3) Cardiopatia. (4) Pré-eclâmpsia/Eclampsia. (5) Doença Tireoide (6) Lúpus eritematoso (7) Infecção do trato urinário. (8) Doença Mental. (9) Distúrbios de coagulação. (10) Outro Qual?_____.	Entrevista
96. Alteração dos sinais vitais:	(1) Sim (2) Não Se sim, qual? _____ (88) S/registro	Prontuário
101. Dilatação cervical:	_____cm. (88) S/registro	Prontuário
102. Dinâmica uterina:	(1) Presente (2) Ausente (88) S/ registro	Prontuário
88. Qual origem do encaminhamento:	(1) UBS (2) UPA (3) Hospital da cidade (4) Consultório médico (5) HC (6) Outro Qual?	Entrevista
89. Como foi o transporte?	(1) Ambulância (2) carro particular (3) Outros Quais?_____	Entrevista
VI. Condições Maternas no Trabalho de Parto e Parto		

122. Tipo de parto:	(1) Parto normal espontâneo (2) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator). (3) Cesárea	Prontuário
126. Duração do trabalho de parto anotada no “partograma”?	Início: _____ Término: _____ (88) S/registro (99) Não se aplica	Prontuário

109. Recebeu informações sobre o direito de ter um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério?	(1) SIM (2) NÃO (1) Internação (2) Pré-parto (3) Parto (4) Puerpério	Entrevista
110. Fornecimento de orientações/explicações antes do parto?	(1) Sim Se sim, quais informações _____ _____	Entrevista
112. Se orientações / explicações antes do parto recebeu todas as informações que desejava?	(1) Sim (2) Não (3) Em parte (4) não foi orientada Qual não recebeu e desejava? _____ _____ Você ficou com alguma dúvida? _____ _____	Entrevista

VI. Condições Maternas no Trabalho de Parto e Parto

114. Indução no trabalho de parto com ocitocina:	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Prontuário
116. Verificação de Sinais Vitais Materno	(1) presente trabalho de parto e parto (2) presente no trabalho de parto (3) presente no parto (88) S/ registro	Prontuário
117. Alteração dos sinais vitais:	(1) Sim (2) Não (88) S/registro Se sim, qual? _____	Prontuário

138. Internação em unidade de terapia intensiva:	(1) Sim (2) Não	Prontuário
139. Óbito materno:	(1) Sim (2) Não Causa: _____	Prontuário

VII. Práticas Obstétricas

141. Uso de ocitocina:	(1) Sim (2) Não	(1) (2)	Entrevista/ Prontuário
146. Banho de relaxamento:	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	(1) (2) (99)	Entrevista/ Prontuário
147. Uso de bola ou assento ativo:	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	(1) (2) (99)	Entrevista/ Prontuário

148. Teve acompanhante no pré-parto?	(1) Sim (2) Não. Porque?	Entrevista	
149. Teve acompanhante no parto?	(1) Sim (2) Não. Porque?	Entrevista	
153. Uso de massagem para alívio da dor?	(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	(1) (2) (99)	Entrevista/ Prontuário

XVI. Nível de satisfação do usuário - (sobre assistência hospitalar)

216. Você foi tratada com gentileza pela enfermagem?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Telefone/ Entrevista
---	--	-------------------------

218. Você e seu acompanhante foram informados sobre seu quadro clínico?	(1) Sim (2) Não	Telefone/ Entrevista
219. Todos os procedimentos realizados em você e no seu bebê foram explicados para você?	(1) Sim (2) Não	Telefone/ Entrevista
220. A equipe de enfermagem teve um bom relacionamento com você?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Telefone/ Entrevista
221. Quando você tinha uma dúvida, você tinha liberdade para perguntar para os profissionais que te atenderam?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Telefone/ Entrevista
222. A equipe de enfermagem apresentou-se a você?	(1) sim, da maioria (2) sim, da minoria (3) não.	Telefone/ Entrevista
225. Você recebeu apoio e orientação da enfermagem no pré-parto, parto e puerpério?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Telefone/ Entrevista
226. Você teve assistência de algum profissional sempre que solicitou enquanto estava no pré-parto, parto e puerpério?	(1) sim, na maioria das vezes (2) sim, na minoria das vezes. (3) não. Por quê? _____	Telefone/ Entrevista

243. Você acredita que a equipe conseguiu atender todas suas demandas?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Telefone/ Entrevista
244. Você ficou satisfeita	(1) Satisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito	Telefone/ Entrevista

com o atendimento que lhe foi oferecido durante sua internação e a internação de seu bebe?	(3) Insatisfeito (4) Não sei Por quê? _____	
--	---	--

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestação de Alto Risco: Situações de near miss no ciclo gravídico puerperal materno e neonatal.

Pesquisador: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59935716.7.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.757.596

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado que pretende conhecer situações de near miss às quais a mulher e a criança são expostas no ciclo gravídico puerperal e quais barreiras foram aplicadas para evitar ou minimizar o dano. O estudo terá como referencial teórico metodológico a tríade proposta por Donabedian. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo. Será realizado no Município de Londrina no Paraná, em duas maternidades, sendo uma pública e outra filantrópica. A população do estudo será constituída por mulheres classificadas como de alto risco e acompanhadas exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS). A amostra será constituída por 123 mulheres do hospital filantrópico e 216 do hospital público. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas no puerpério e transcrição de dados do prontuário. Análise dos dados será realizada no programa SPSS®, versão 20.0. A partir do conhecimento gerado por meio do diagnóstico que será realizado neste estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer situações de near miss às quais a mulher e recém-nascido são expostas no ciclo gravídico puerperal e quais barreiras foram aplicadas para evitar ou minimizar o dano.



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.757.596

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/08/2016 00:17:08	Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli	Aceito
---	-----------	------------------------	---	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 03 de Outubro de 2016

Assinado por:
Rosana Lopes
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO B
 Autorização da Instituição de estudo



UNIVERSIDADE
 ESTADUAL DE LONDRINA



PARANÁ
 GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 DIRETORIA SUPERINTENDENTE
PARECER Nº210
PROCESSO 17501.2016.56

À Pesquisadora

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Considerando o Projeto de Pesquisa com o título: “GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: SITUAÇÕES DE NEAR MISS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL MATERNO E NEONATAL”, apresentado a esse Hospital Universitário, estando vinculado ao Departamento de Enfermagem – Mestrado em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina;

Considerando o parecer favorável apresentado nas instâncias administrativas que envolvem a realização do estudo.

Informamos que o nosso **parecer é favorável** à realização do projeto acima nominado, resguardando-se o atendimento da legislação vigente.

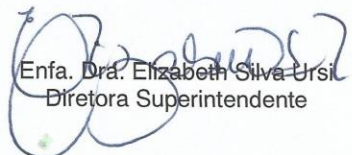
Atendendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde o projeto deverá ser analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (CEP/UEL) para posterior operacionalização.

Conforme **Ofício Circular da Diretoria Superintendente do HU nº 214/2015**, a cópia do parecer de aprovação do CEP/UEL deverá ser apresentado à Chefia e/ou Gerente das unidades envolvidas antes do início da coleta de dados.

Solicitamos que, tão logo o Comitê de Ética emita parecer, essa Diretoria Superintendente seja notificada, para os procedimentos cabíveis relacionados à documentação da pesquisa.

Solicitamos também que, uma vez realizado o estudo, uma cópia seja apresentada a esta Diretoria, para ciência e divulgação.

Em 06/09/2016


 Enfa. Dra. Elizabeth Silva Ursi
 Diretora Superintendente

Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa Científica (CAPEC) do HU

Fone: (43)3371-2301

e-mail: pesquisahu@uel.br

Campus Universitário: Rodovia Celso Garcia Cid (PR 445), Km 380-Fone (43) 3371-4000 -PABX – Fax 328-4440 – Caixa Postal 6001 – CEP 86051-990 – www.uel.br
 Hospital Universitário/Centro de Ciências da Saúde: Av. Robert Koch, 60 -V.Operária – Fone (43) 3371-2000 PABX- Fax 3337-7495-CEP 86038-440- www.hu.uel.br

LONDRINA – PARANÁ – BRASIL