



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
VICE REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE COLETIVA-IESRSA**



**SÍLVIO ALBERTO ALVES MOREIRA RÊIS**

**FATORES ASSOCIADOS AO *NEAR MISS* MATERNO EM CENTROS  
TERCIÁRIOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA DE FORTALEZA**

Orientadora: Profa. Dra. Aline Veras Morais Brilhante

**PICOS – PI**

**2021**



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
VICE REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE COLETIVA–IESRSA**



**SÍLVIO ALBERTO ALVES MOREIRA RÊIS**

SÍLVIO ALBERTO ALVES MOREIRA RÊIS

**FATORES ASSOCIADOS AO *NEAR MISS* MATERNO EM CENTROS  
TERCIÁRIOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA DE FORTALEZA**

Dissertação apresentada à Universidade de Fortaleza – UNIFOR como requisito para obtenção da titulação de Mestre em Saúde Coletiva pelo Mestrado Interinstitucional em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof. Dra. Aline Veras Morais  
Brilhante

**PICOS – PI**

**2021**

Ficha catalográfica da obra elaborada pelo autor através do programa de geração automática da Biblioteca Central da Universidade de Fortaleza

---

Rêis, Sílvio Alberto Alves Moreira.

Fatores associados ao near miss materno em centros terciários de assistência à saúde materna de Fortaleza / Sílvio Alberto Alves Moreira Rêis. - 2021  
63 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade de Fortaleza. Programa de Mestrado Em Saúde Coletiva (Minter - Iesrsa/Unifor), Fortaleza, 2021.

Orientação: Prof.ª Dr.ª Aline Veras Morais Brilhante.

1. Saúde Materna. 2. Gravidez de Alto Risco. 3. Near Miss.  
I. Brilhante, Prof.ª Dr.ª Aline Veras Morais. II. Título.

---

SÍLVIO ALBERTO ALVES MOREIRA RÊIS

**FATORES ASSOCIADOS AO *NEAR MISS* MATERNO EM CENTROS  
TERCIÁRIOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA DE FORTALEZA**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Dra. Aline Veras Morais Brilhante  
Orientadora – Universidade de Fortaleza

---

Profª. Dra. Maria dos Remédios Beserra  
Membro Efetivo – Instituto de Educação Superior Raimundo Sá

---

Prof. Dra. July Grassiely de Oliveira Branco  
Membro Efetivo – Universidade Federal do Ceará

---

Profª. Dra. Mirna Albuquerque Frota  
Membro Suplente – Universidade de Fortaleza

Aprovada em: 30/06/2021

## AGRADECIMENTOS

Ao Grande Arquiteto do Universo.

A minha mãe pelo exemplo, dedicação e principalmente fé em mim, o que me guiou durante a vida e impactou de forma extrema nesse processo. Ao meu filho pela inspiração a cada sorriso.

A Professora Dra. Aline Veras, pela compreensão, orientação e segurança transmitida, dignos de uma mãe, sem os quais este trabalho não teria sido realizado. Seu nome será levado por todo meu caminho e exaltado como a grande mulher e profissional que és.

A professora Maria dos Remédios, que me adotou como um verdadeiro filho, com carinho e atenção extremo, além na competência exercida ao guiar o programa na cidade de Picos-PI.

Às Instituições vinculadas ao Minter, pelo serviço prestado e oportunidades concedidas.

Aos espíritos amigos pela oportunidade de crescimento fora de minha zona de conforto, permitindo com que eu possuía mais um conhecimento que poderá auxiliar aqueles que necessitam.

A minha avó materna (*in memorian*) que me ensinou os verdadeiros valores e trilhos da paciência, caridade, determinação e resignação. Que possa finalmente repousar ao lado do Grande Arquiteto do Universo após 100 anos de missão cumprida nesta orbe.

*“Na natureza nada se cria,  
Nada se perde,  
Tudo se transforma.”*

— Lavoisier

## RESUMO

O *Near Miss* materno é definido pela OMS como “uma mulher que quase morreu, mas que sobreviveu à complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação”. Mesmo possuindo fácil aplicabilidade e baixo custo do *Near Miss* materno, poucas instituições utilizam a ferramenta que pode diminuir a morbidade materna através de sua utilização para planejamento de políticas públicas que melhorem esse cenário. Este trabalho tem como objetivo identificar os determinantes sociais associados ao *Near Miss* materno em três centros terciários de assistência à saúde materna no Estado do Ceará. Utilizou-se um recorte de um estudo ao analisar dados secundários de uma pesquisa prévia, coordenada pela Rede Nacional de Vigilância de Morbidade Materna Grave, em âmbito nacional, multicêntrica, transversal, no período de 2009 até 2019. Foram analisados os dados pertencentes às três maternidades de nível terciário de referência no Estado do Ceará. Foram identificadas 3.351 mulheres, 204 delas apresentaram um ou mais critérios para determinar o *Near Miss* materno. O risco para o *Near Miss* materno se apresentou 10.1 e 7.5 vezes maior para mulheres auto identificadas como negras e pardas, respectivamente. A idade de 40 a 49 anos aumentou o risco em 2.1 quando comparado a idade de 20 a 29 anos. A escolaridade até o ensino fundamental também constitui um risco aumentado (OR=3.2) em relação a quem completou o ensino médio e superior. Os antecedentes obstétricos mostraram que a associação com o *Near Miss* Materno aumenta em 2.1 vezes em caso de 3 ou mais gestações em relação à primeira gestação e em 2.2 em caso de 3 ou mais partos em relação a um único parto. Quanto aos antecedentes de saúde, apresentaram associação significativa com a ocorrência de *Near Miss* Materno doenças cardíacas (OR=2.6), doenças renais (OR=6.0), HIV/AIDS (OR=1.2) e colagenoses (OR=4.6). O histórico de Hipertensão Arterial Crônica (OR=1.4) e Diabetes Mellitus pré-gestacional (OR=1.6) de modo inusitado apresentaram tendência de associação, mas sem significância estatística, sendo paradoxais em relação a literatura. Conclui-se que o perfil epidemiológico das pacientes que apresentaram *Near Miss* Materno nas três instituições, segue o padrão das demais regiões do País, sendo majoritariamente negras ou pardas, com baixa escolaridade e idade avançada. Os principais fatores de risco foram o número inadequado de consultas pré-natais, maior número de partos anteriores nos antecedentes obstétricos; bem como doenças pré-existentes de cunho cardíaco, envolvendo sistema de coagulação sanguínea e metabólico.

**Palavras-chave:** Saúde Materna, Gravidez de Alto Risco, *Near Miss*

## ABSTRACT

Maternal Near Miss is defined by WHO as "a woman who almost died but survived a complication that occurred during pregnancy, delivery, or up to 42 days after the end of pregnancy. Despite the easy applicability and low cost of Near Miss Maternity, few institutions use the tool that can reduce maternal morbidity through its use for planning public policies to improve this scenario. This study aims to identify the social determinants associated with maternal Near Miss in three tertiary centers for maternal health care in the state of Ceará. A clipping of a study was used when analyzing secondary data from a previous research, coordinated by the National Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity, nationwide, multicenter, cross-sectional, in the period from 2009 to 2019. Data belonging to the three tertiary level maternity hospitals of reference in the State of Ceará were analyzed. A total of 3,351 women were identified, 204 of them presented one or more criteria to determine maternal Near Miss. The risk of maternal near miss was 10.1 and 7.5 times higher for self-identified black and mulatto women, respectively. Age 40 to 49 years increased the risk by 2.1 when compared to age 20 to 29 years. Education up to elementary school also constituted an increased risk (OR=3.2) compared to those who completed high school and college. The obstetric history showed that the association with Near Miss Maternal increases by 2.1 times in case of 3 or more pregnancies compared to the first pregnancy and by 2.2 in case of 3 or more deliveries compared to a single delivery. Regarding health history, heart diseases (OR=2.6), kidney diseases (OR=6.0), HIV/AIDS (OR=1.2) and collagenosis (OR=4.6) were significantly associated with the occurrence of Near Miss Maternal. History of Chronic Hypertension (OR=1.4) and pre-pregnancy Diabetes Mellitus (OR=1.6) unusually showed a trend of association, but without statistical significance, being paradoxical to the literature. We conclude that the epidemiological profile of the patients who had Near Miss Maternal in the three institutions follows the pattern of the other regions of the country, being mostly black or mixed race, with low education and advanced age. The main risk factors were inadequate number of prenatal visits, higher number of previous deliveries in obstetric history, as well as pre-existing diseases of cardiac nature, involving blood coagulation and metabolic system.

**Keywords:** Maternal Health, High Risk Pregnancy, *Near Miss*



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	18
2.1 OBJETIVO GERAL .....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	19
3.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	19
3.2 VARIÁVEIS DA PESQUISA .....	19
3.2.1 <i>Variáveis dependentes</i> .....	19
3.2.2 <i>Variáveis de exposição</i> .....	20
3.2.3 <i>Variáveis independentes</i> .....	20
3.3 LOCAL DA PESQUISA .....	22
3.3.1 <i>Maternidade Escola Assis Châteaubriant</i> .....	22
3.3.2 <i>Hospital Geral de Fortaleza</i> .....	23
3.3.3 <i>Hospital Geral Dr. César Cals</i> .....	23
3.4 COLETA DOS DADOS.....	24
3.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	25
<b>4 RESULTADOS</b> .....	26
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	33
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	35
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	36
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	39
ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES .....	41
ANEXO C – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	42
ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA.....	43
ANEXO E – FORMULÁRIO INDIVIDUAL DE COLETA DE DADOS .....	44
ANEXO F – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIFOR .....	46
ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFC/MEAC.....	52
ANEXO H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HGF/SUS .....	56
ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HGCC/SUS .....	60

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como Mortalidade Materna (MM) os óbitos em mulheres durante a gravidez ou até 42 dias após seu término, independente de tempo gestacional ou local, secundária a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, excluindo causas acidentais ou incidentais. Constitui um dos principais indicadores de discrepâncias em saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos.(SCARTON *et al.*, 2019)

A MM continua a ser um dos maiores problemas de saúde mundial, sendo um dos indicadores pactuados a serem enfrentados, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), incluída como meta de redução em 75% até o ano de 2015, não atingida pelo Brasil. A atual meta consiste então, na redução na redução da razão da MM para 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos até o ano de 2030.(MORAES *et al.*, 2019).

Ao se observar as causas que levam ao MM, percebe-se que, em sua maioria, poderiam ter sido evitadas se os atendimentos tivessem sido efetuados no tempo correto. Dessa maneira, um dos determinantes para redução nesse índice é a melhoria no acesso a saúde em todos os níveis, bem como diminuição das discrepâncias socioeconômicas, culturais e implementação de políticas em saúde que busquem uniformizar e tornar mais universal a atenção ao público.(MORAES *et al.*, 2019)

São considerados fatores de risco para MM características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; condições clínicas pré-existentes; histórico reprodutivo; exposição indevida a fatores teratogênicos; e doenças obstétricas na gravidez atual e intercorrências clínicas. Suas causas são classificadas em diretas, relacionadas a qualidade da assistência prestada nesse período, como intervenções, omissões ou tratamentos incorretos, ou indiretas, oriundas de causas pré-existentes ou que se desenvolveram com agravamento devido aos efeitos fisiológicos da gravidez (GOMES *et al.*, 2018)

Dentre os países desenvolvidos, os Estados Unidos se destacam pelo crescimento da MM desde o início dos anos 90. O que torna esse fato ainda mais peculiar é a clara discrepância entre a proporção de óbitos de acordo com as diferenças raciais, chegando em 2013, a diferença de 12,7 e 43,5 para cada 100.000 nascidos vivos entre mulheres brancas e negras, respectivamente. Mesmo nos anos 2.000, esse número de mortes continuou crescente, demonstrando que a MM é um grave problema de saúde pública no país, possuindo causas

biológicas semelhantes aos demais países, com clara discrepância racial e socioeconômica (BERNET, GUMUS, VISHWASRAO, 2020)

A adoção de programas de saúde pública voltados a melhoria na qualidade do atendimento para mulheres grávidas constitui uma das principais ferramentas para a melhoria desse cenário. Tal fato pode ser observado no estado brasileiro do Paraná após a implantação da Rede Mãe Paranaense (RMP), no ano de 2012, que objetivava o cuidado integral a mulher nos períodos gravídicos, puerperal e da criança na primeira infância, com a redução do número de MM, mesmo que ainda não alcançando as metas estabelecidas (SCHOLZE *et al.*, 2020)

Sendo a Mortalidade Materna decorrente de causas evitáveis em cerca de 98% dos casos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011) e sendo seus indicadores extremamente sensíveis a cuidados obstétricos adequados e a presteza na assistência (PACAGNELLA *et al.*, 2014), Thaddeus e Maine, em 1994, propuseram o “modelo dos três atrasos”. O modelo dos atrasos divide os fatores que interferem na busca pelo cuidado adequado em três fases: demora na decisão da mulher e/ou da família em procurar cuidados; demora de chegar a uma unidade de cuidados adequados de saúde; demora em receber os cuidados adequados na instituição de referência (THADDEUS E MAINE, 1994).

O modelo dos três atrasos foi estendido para o universo das sobreviventes a partir do conceito de *Near Miss* Materno (NMM) (PACAGNELLA *et al.*, 2014). De uma gestação considerada saudável até o pior desfecho possível, o óbito, existem diversas situações danosas a saúde e dentre elas está presente o *Near Miss* materno (CARVALHO *et al.*, 2019), definido como a mulher que quase morreu por causas obstétricas diretas ou indiretas, mas sobreviveu às complicações gestacionais, do parto e do puerpério até 42 dias depois do parto (SAY, SOUZA E PATTINSON, 2009).

As informações sobre *Near Miss* refletem em um grupo próximo aquelas em que ocorreu MM, pois ambos os grupos apresentam o mesmo padrão: uma complicação que se torna potencialmente fatal, evoluindo ou não com risco de óbito tendo como desfechos o óbito ou o *Near Miss*. Dessa maneira, torna-se viável para investigações de MM, possibilitando monitoramento da qualidade dos serviços de emergências e, por consequência, a implementação de melhorias nos serviços de saúde e aprimoramento de políticas públicas voltadas a saúde da mulher. (RUDEY, CORTEZ, YAMAGUCHI, 2017).

Considerando que o universo de mulheres em situação de NMM é maior que o dos óbitos, que o desfecho é o único aspecto que diferencia as condições e que as sobreviventes

são fontes diretas de informação, permitindo que as próprias mulheres relatem o seu processo de adoecimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011), a OMS padronizou os critérios definidores e recomendou a utilização do NMM como indicador de qualidade da assistência obstétrica(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Deste modo, determinar a proporção de mulheres que chega a uma unidade de saúde com *Near Miss* Materno é viável, posto que existem critérios determinados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Além de viável, esse monitoramento pode fornecer informações sobre os atrasos na assistência, sendo um determinante de potencial relevância para o desenvolvimento e reorientação de políticas públicas e para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde das mulheres e do binômio mãe-feto (OLIVEIRA e COSTA, 2015).

Considerando-se os fatores acima expostos, essa dissertação insere-se em um projeto interinstitucional institucional amplo que visa mapear a trajetória da mulher com *Near Miss* Materno no município de Fortaleza, percorrendo o fluxo da Rede de Atenção à Saúde de mulheres assistidas em três grandes maternidades terciárias do município de Fortaleza. O projeto amplo consiste na análise dos fatores associados aos *Near Miss* Materno antes e depois da implantação da Rede Cegonha, a análise desses fatores dentro do contexto dos modelos dos três atrasos e a reconstrução do Itinerário Terapêutico dessas mulheres a fim de identificar os lapsos na assistência que se associam a ocorrência de *Near Miss* Materno na Região Metropolitana de Fortaleza. O projeto amplo foi financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), por meio da Chamada 01/2017 -Programa Pesquisa para o SUS/PPSUS-CE FUNCAP-SESA-Decit/SCTIE/MS-CNPq, tendo um cronograma inicial de dois anos, que foi prolongado por mais dois anos e se desdobrou em duas dissertações de mestrado e uma tese de doutorado. Nesta dissertação, apresentamos os Fatores Associados ao *Near Miss* materno em centros terciários de assistência à saúde materna de Fortaleza, no período entre 2009 e 2019, ou seja, antes e após à implantação e consolidação da Rede cegonha no município.

No esteio da reestruturação do sistema de saúde brasileiro a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das regulamentações legais de promoção da saúde e controle social iniciadas na década de 1990, foi criado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) através da Portaria nº 569 de 1/6/2000 (BRASIL, 2000). O PNHPN concentra esforços nos três níveis de gestão - federal, estadual e municipal - com o objetivo primordial de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e

neonatal no país (BRASIL, 2002). O PNHPN estabeleceu os critérios de elegibilidade para inclusão no Programa, orientou sobre as fontes de financiamento e organizou três componentes a serem orientados por normas técnicas específicas, a saber (BRASIL, 2002):

1. Incentivo à Assistência Pré-natal, tem o objetivo de estimular os estados e municípios, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes;
2. Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, com dois componentes:
  - a. criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, e
  - b. financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde que prestem este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos;
3. Sistemática de pagamento da assistência ao parto, com a finalidade de melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH/SUS e composta por dois componentes:
  - a. alteração do valor e forma de remuneração da assistência ao parto, e
  - b. pagamento de um adicional sobre o valor de que trata a alínea "a" para aqueles hospitais que prestarem assistência ao parto a gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré-natal e que tenham o acompanhamento pré-natal completo

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com diversos setores da sociedade, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional, elaborou o documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes, para o período compreendido entre os anos de 2004 e 2007. Este documento incorporou a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos

direitos sexuais e reprodutivos, tendo a melhoria da atenção obstétrica com um dos focos de atenção (BRASIL, 2004).

Nessa sequência de ações, é lançada a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que insere as ações de saúde da mulher com uma atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido dentro das linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança (BRASIL, 2004b).

A partir do diagnóstico de que as mortalidades materna e infantil permaneciam elevadas apesar das medidas já estabelecidas e considerando que ainda prevalecia uma intensa medicalização do nascimento, o MS lançou, em 2011, a Rede Cegonha (RC). A RC foi normatizada pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida (BRASIL, 2011).

Deste modo, a RC levou a elaboração e validação de diretrizes clínicas, estruturadas em linhas-guia (*guidelines*), normas técnicas e protocolos clínicos, além de fomentar mudanças atitudinais dos profissionais de saúde por meio de educação permanente (GIOVANNI, 2013). Nesse contexto, a RC vem apresentando um importante papel na reestruturação contínua da Rede de Assistência à Saúde Materno-Infantil, auxiliando o Brasil a enfrentar problemas relacionados a leitos hospitalares, assistência médica e hospitalar precária, altos índices de mortalidade materno-infantil (CAVALCANTI *et al.*, 2013).

Um dos elementos preconizados pela RC, é sua reavaliação periódica, o que possibilita a ampliação da capacidade de reflexão e ação de gestores do SUS e de serviços de obstetrícia e neonatologia (VILELA *et al.*, 2021). Desta forma, foram realizados dois ciclos avaliativos; o primeiro em 2013-2015 e o segundo em 2016-2017. No primeiro ciclo avaliativo, entre 2014 e 2015, foram avaliadas três diretrizes e seus respectivos dispositivos: (I) acolhimento e classificação de risco em obstetrícia; (II) acompanhante de livre escolha e tempo integral; e (III) contato pele a pele entre mãe e recém-nascido (RN) (BRASIL, 2016). O segundo ciclo avaliativo, entre 2016-2017, ampliou as diretrizes a serem avaliadas, a saber: (I) acolhimento em obstetrícia; (II) boas práticas na atenção ao parto e nascimento; (III) monitoramento do cuidado e vigilância da mortalidade materna e neonatal; (IV) gestão participativa e compartilhada; e (V) ambiência (VILELA *et al.*, 2021).

Os resultados do segundo ciclo avaliativo evidenciaram que o componente global “parto e nascimento” da estratégia RC apresentou grau de implantação parcialmente adequado em todas as regiões, com exceção na Norte, que obteve grau não adequado. Um quarto (1/4) das maternidades do Brasil foram classificadas como não adequadas, sendo o maior percentual observado na região Norte, seguida do Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul. O estudo evidenciou ainda que a atenção ao parto e nascimento encontra-se em estágios diferenciados de implantação com variações entre as grandes regiões. As regiões Sul e Sudeste ainda apresentaram situação privilegiada quanto ao grau de implantação da maioria dos itens analisados (VILELA *et al.*, 2021), demonstrando a necessidade e a importância do contínuo processo de aperfeiçoamento da Rede da Assistência à Saúde Materno-Infantil.

A OMS definiu um caso de *Near Miss* Materno (NMM) como a mulher que quase morreu por causas obstétricas diretas ou indiretas, mas sobreviveu às complicações gestacionais, do parto e do puerpério até 42 dias depois do parto (SAY, SOUZA E PATTINSON, 2009). Considerando-se seu potencial para a avaliação da qualidade dos serviços e da Rede de Assistência à saúde materno-infantil, mas reconhecendo a necessidade de padronização, a OMS estabeleceu os critérios definidores do NMM, dividindo-os em critérios clínicos, laboratoriais e de manejo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Esses critérios estão sumarizados na tabela 1.

**Tabela 1** – Critérios diagnósticos do *Near Miss* materno propostos pela OMS.

<b>Critérios Clínicos</b>	
FR > 40 irpm ou < 6 irpm	Convulsões reentrantes/paralisia total
Distúrbio de coagulação	Icterícia na presença de PE
Cianose aguda	Perda da consciência $\geq$ 12 hs
Choque	Respiração agônica (“ <i>Gasping</i> ”)
Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos	Perda da consciência + ausência pulso AVC
<b>Critérios Laboratoriais</b>	
Trombocitopenia aguda (< 50.000 plaquetas)	Perda de consciência associada à presença de glicose na urina e cetoacidose
pH < 7,1	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 200mmHg
Creatinina > 3,5mg/dL ou > 300mmol/L	SatO <sub>2</sub> < 90% por > 60 minutos
Bilirrubina maior que 6mg/dL ou > 100mmol/L	Lactato > 5
<b>Critérios de Manejo</b>	
Transfusão de 5 ou mais unidades de	Intubação e ventilação mecânica por 60 ou mais

hemácias	minutos não relacionada à anestesia
Histerectomia pós-infecção ou hemorragia	Diálise por insuficiência renal aguda
Uso contínuo de drogas vasoativas	Ressuscitação cardiopulmonar

Fonte: adaptada de WHO (2011)

Estima-se que a prevalência mundial ponderada combinada de NMM seja de 18,67 / 1000 (IC 95%: 16,28-21,06) (ABDOLLAHPOUR, MIRI e KHADIVZADEH, 2019). Um estudo de base populacional, realizado em sete países (República Democrática do Congo; Guatemala; Belagavi e Nagpur, Índia; Quênia; Paquistão; e Zâmbia) entre janeiro de 2014 e abril de 2016 encontrou que entre 122.707 mulheres triadas, 4866 (26,6%; 4,0% de todas as mulheres) tiveram um evento de NMM. A taxa geral de mortalidade materna foi de 155 por 100.000 nascidos vivos. A proporção de eventos de *Near Miss* para mortes maternas foi de 26 para 1 (GOLDENBERG *et al.*, 2017). Apesar dessas proporções e das recomendações da OMS, os casos de NMM ainda não mensurados como parte de uma política pública, ficando restrito a contextos de pesquisas ou iniciativas pontuais. Os estudos existentes sobre o tema, contudo, descortinam um panorama onde NMM segue associado a causas evitáveis e às Iniquidades em Saúde.

Um estudo realizado em três hospitais terciários de referência no sul de Gana encontrou razões de incidência de *Near Miss* materno e de morte materna nos valores de 34,2 (IC 95% 30,2-38,1) e 7,4 (IC 95% 5,5-9,2) por 1000 nascidos vivos, respectivamente, com uma razão de *Near Miss* materno para mortalidade de 4,6: 1. A principal causa do *Near Miss* foi pré-eclâmpsia / eclâmpsia (41,0%), hemorragia (12,2%), sepse materna (11,1%) e rotura uterina (4,2%) (OPPONG *et al.*, 2020).

Estudo realizado na Índia encontrou uma taxa de incidência de *Near Miss* de 6,85 / 1000. Sepse, distúrbios hipertensivos e hemorragia foram as condições subjacentes mais comuns em mulheres. Entre os fatores associados, apresentaram significância: Idade mais avançada (OR 2,01, IC 1,02-3,93), ausência de educação formal (OR 2,05, IC 1,11-3,75), idade menor que 18 anos no casamento (OR 2,01, IC 1,21-3,32), renda mais baixa (OR 3,8, IC 1,88-7,64), gravidez de quatro ou mais (OR 2,25, IC 1,21-4,17) e residência fora de Delhi (OR 9,31, IC 4,36-19,90) (CHHABRA *et al.*, 2019). A pesquisa Nascer no Brasil avaliou os dados sobre a incidência do *Near Miss* materno, identificados segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde, entre fevereiro/2011 e outubro/2012. Os resultados mostraram uma incidência de NMM de 10,21 por mil nascidos vivos e uma razão de



mortalidade do NMM de 30,8 casos para cada morte materna. Os critérios clínicos para identificação do NMM foram os mais prevalentes e tiveram incidência de 5,2 por mil nascidos vivos. O NMM esteve associado com a idade materna de 35 anos ou mais (RR = 1,6; IC95%: 1,1-2,5), com história de cesariana anterior (RR = 1,9; IC95%: 1,1-3,4) e gestação de risco (RR = 4,5; IC95%: 2,8-7,0). Os hospitais localizados nas capitais (RR = 2,2; IC95%: 1,3-3,8) e os pertencentes ao SUS (RR = 3,2; IC95%: 1,6-6,6) também apresentaram maior incidência de casos de *Near Miss* materno (DIAS *et al.*, 2014).

Um estudo de coorte prospectivo foi realizado em uma maternidade de alto risco no nordeste do Brasil de junho de 2015 a maio de 2016, encontrou uma razão de NMM de 54,8 / 1000 Nascidos Vivos (NV). A distribuição do MNM por quadro clínico identificou hipertensão na gravidez (67,2%), hemorragia (42,2%) e sepse (12,7%). Na análise multivariada, os fatores significativamente associados a um risco aumentado de MNM foram menos de seis consultas de pré-natal (OR: 3,13; IC 95%: 1,74-5,64) e cesariana na gravidez atual (OR: 2,91; IC 95%: 1,45-5,82) (LIMA *et al.*, 2019).

Embora seja um tema relevante acerca da assistência à gravidez, parto e puerpério, sendo um importante indicador para avaliação da qualidade da assistência à Saúde Materno-Infantil, o registro dos casos de *Near Miss* Materno ainda não foi incorporado como indicador de saúde em nosso país, restando sua aferição e análise para os contextos de pesquisa. Deste modo, essa etapa da pesquisa guarda chuva, ampla apresenta por si só a relevância de evidenciar o contexto atual do NMM nas três grandes maternidades terciárias de referência no município de Fortaleza.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar os determinantes de morbi-mortalidade associados ao *Near Miss* em três centros terciários de assistência à saúde materna no Estado do Ceará.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil epidemiológico das pacientes com *Near Miss* materno internadas em três maternidades terciárias de referência do município de Fortaleza.
- Identificar os principais fatores associados ao *Near Miss* materno em três maternidades terciárias de referência do município de Fortaleza.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e analítico, de série histórica realizado a partir da análise de prontuários e registros de internação de mulheres que estiveram internadas em três maternidades terciárias da Região Metropolitana de Fortaleza de referência obstétrica entre os anos de 2009 e 2019.

#### 3.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por mulheres admitidas nos três centros de saúde de referência do Ceará participantes da pesquisa, no período de 2009 a 2019, as quais apresentaram pelo menos um dos critérios definidos pela a OMS de Morbidade Materna Grave não-*Near Miss* ou *Near Miss* Materno, incluindo as que foram a óbito ou que foram transferidas para outros serviços de saúde. Os prontuários foram revisados, sendo identificadas as mulheres que preenchiam os critérios para o diagnóstico de NMM segundo os critérios da OMS (WHO, 2011). Fizeram parte desse estudo 3.147 prontuários de mulheres em idade fértil. Adotou-se como critério de inclusão: ser gestante ou puérpera internadas nas maternidades participantes em decorrência da gestação. Foram excluídos prontuários que estavam indisponíveis e os de mulheres que ainda estavam internadas durante o período da coleta de dados. A coleta de dados ocorreu por meio da análise de prontuários e registros de internação, com registro em instrumento preconizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011), acrescentando-se informações referentes às variáveis sociodemográficas, antecedentes obstétricos e dados da gestação atual, a saber: consultas de pré-natal, tipo de gestação, tipo de parto, comorbidades, intercorrências e internações durante a gestação, número de serviços de emergência procurados, desfecho perinatal.

#### 3.2 VARIÁVEIS DA PESQUISA

##### 3.2.1 Variáveis dependentes

- **Near Miss materno:** uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu à complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação, a qual preenche pelo menos um dos critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde: clínicos, laboratoriais ou de manejo.

### 3.2.2 Variáveis de exposição

- **Óbito materno:** óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após seu término, independente da duração ou da localização desta, relacionada a causas originárias da gravidez, agravada por ela ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. Categorizada como: sim ou não.

- **Morbidade Materna Grave:** condição mórbida grave presentes em mulheres durante a gestação, parto ou puerpério, categorizada neste estudo como uma das condições divididas em condições hemorrágicas, hipertensivas ou de manejo.

### 3.2.3 Variáveis independentes

- **Faixa etária:** tempo de vida da mulher no momento da internação. Categorizada em 4 grupos: 12 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; e 40 a 46 anos.

- **Cor:** cor da pele registrada no prontuário. Categorizada em Branca, Negra ou Outra.

- **Escolaridade:** tempo de estudo segundo dados obtidos do prontuário. Categorizada em 4 grupos: Analfabeta, Fundamental, Médio ou Superior.

- **Estado Civil:** situação civil conjugal da mulher, de acordo com o prontuário. Categorizada em 3 grupos: Casada/amasiada, Solteira ou Separada/divorciada/viúva.

- **Índice de Massa Corporal:** obtido a partir de dados do prontuário, índice calculado através do peso da mulher dividido pela altura ao quadrado. Categorizada em 4 grupos: Baixo peso, Adequado, Sobrepeso e Obesidade, classificado de acordo com Atalah *et al.*: baixo peso,  $< 25,0 \text{ kg/m}^2$ ; adequado, 25,1 a 29,2  $\text{kg/m}^2$ ; sobrepeso, 29,3 a 33,2  $\text{kg/m}^2$ ; e obesidade,  $\geq 33,3 \text{kg/m}^2$ .

- **Pré-natal:** se fazia pré-natal no serviço de saúde no momento da internação. Categorizada em 3 grupos: Sim, Não e Sem Pré-Natal.

- **Acesso ao Centro de Saúde:** analisado de acordo com o acesso da mulher ao hospital, de acordo com dados do prontuário. Categorizada em 6 grupos: Procura espontânea, Transferência por serviço de resgate/emergência, Transferência inter hospitalar programada, Transferência inter hospitalar não programada, Encaminhamento de outro serviço e Encaminhamento da própria instituição.

- **Número de gestações:** número total de gestações anteriores e atual da mulher, variável discreta, expressa em números arábicos inteiros.
- **Número de partos:** número total de partos anteriores e atual da mulher, independente da vitalidade do conceito, variável discreta, expressa em números arábicos inteiros.
- **Número de abortos:** número total de abortos anteriores e atual da mulher, variável discreta, expressa em números arábicos inteiros.
- **Número de cesáreas prévias:** número total de cirurgias cesarianas anteriores e atual da mulher, variável discreta, expressa em números arábicos inteiros.
- **Número de nascidos vivos:** número total de nascidos vivos anteriores e atual da mulher, independente da via de parto, variável discreta, expressa em números arábicos inteiros.
- **Anos desde o último parto:** número total de anos desde o último parto de acordo com o que foi registrado em prontuário, variável discreta, expressa em números arábicos inteiros.
- **Cirurgia Uterina Prévia:** presença ou não de história de cirurgia uterina prévia registrada em prontuário. Categorizada em sim ou não.
- **Número de consultas pré-natal:** número total de consultas de pré-natal da gestação atual, de acordo com o registro em prontuário, variável discreta, expressa em números arábicos inteiros.
- **Grávida na Internação:** presença ou não de gravidez durante a internação hospitalar. Categorizada em sim ou não.
- **Idade Gestacional na Internação:** tempo de gestação da mulher no momento da internação, calculada pela data da última menstruação ou pela data de um exame de ultrassom do primeiro trimestre ou que esteja disponível e registrado em prontuário, expressa em semanas.
- **Forma Início do Trabalho de Parto:** forma de início do trabalho de parto. Categorizada em 5 grupos: Espontâneo, Induzido, Sem trabalho de parto, Aborto ou Continua grávida.
- **Idade Gestacional na Resolução:** tempo de gestação da mulher no momento da resolução da gestação, calculada pela data da última menstruação ou pela data de um exame de ultrassom do primeiro trimestre ou que esteja disponível e registrado em prontuário, expressa em semanas.

- **Resolução da Gestação:** forma de resolução da gestação, seja por parto, aborto ou continuava grávida. Categorizada em 7 grupos: Parto vaginal, Parto vaginal operatório, Parto cesárea antes do início do trabalho de parto, Parto cesárea após o início de trabalho de parto, Aborto, Prenhez ectópica e Continua grávida.

- **Condições Maternas Pré-existentes:** história ou condição clínica pré-existente à internação, informado pela paciente, registrado em prontuário, como: Hipertensão arterial crônica, Obesidade, Baixo peso, Diabetes Mellitus, Tabagismo, Doenças cardíacas, Doenças respiratórias, Doenças renais, Anemia falciforme-talassemia, HIV/AIDS, Tireoidopatias, Doenças neurológicas / epilepsias, Colagenoses, Neoplasias ou Outro, subcategorizadas de acordo com a presença ou ausência em Sim ou Não.

### 3.3 LOCAL DA PESQUISA

A coleta foi realizada nas três instituições públicas de referência obstétrica do Estado de Ceará, todas em nível terciário de complexidade: Universidade Federal do Ceará, representante da Maternidade Escola Assis Chateaubriant (MEAC), Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC).

#### *3.3.1 Maternidade Escola Assis Chateaubriant*

Teve sua fundação em Janeiro de 1965, através da liderança do Diretor Geral dos Diários Associados, João Calmon, vindo a se tornar local de nascimento de dezenas de milhares cearenses. Após sua inauguração, passou a ser gerida pela Universidade Federal do Ceará, tornando-se um hospital de ensino com desenvolvendo pesquisas, além de assistência terciária à saúde.

Possui infraestrutura que contempla às mais variadas demandas, com excelência no serviço prestado. A instituição dispõe de atendimento Ambulatorial em diversos segmentos, Clínica Obstétrica, Centro Cirúrgico, Centro de Parto Humanizado, Urgência e Emergência, Farmácia, Laboratórios, Projeto Canguru, Serviço Social e Unidades de Terapia Intensivas.

Tem capacidade atual máxima de 209 leitos. Através dos resultados apresentados a comunidade pelos excelentes serviços prestados, a maternidade se expandiu, angariando a confiança da comunidade e demais profissionais, tornando-se hospital de referência de média complexidade.

A distribuição atual de leitos obstétricos da MEAC consta em 85 leitos clínicos e uma Unidade de Terapia Intensiva Materna com 4 leitos. Dispõe ainda de leitos clínicos gerais, cirúrgicos e de neonatologia, resultando em 209 leitos.

### *3.3.2 Hospital Geral de Fortaleza*

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF), inaugurado em 23 de maio de 1969, fazendo parte do Instituto Nacional de Assistência Médica, Previdenciária e Social – INAMPS, já extinto; foi planejado como Centro de Referência para o Norte e Nordeste na assistência de alta complexidade. Em 1990, passou pelo processo de estadualização, passando a integrar o Sistema Único de Saúde na rede assistencial da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA.

O HGF, referência em procedimentos de alta complexidade, é uma das maiores instituições de saúde da rede estadual, realiza transplantes, ortopedia, obstetrícia de alto risco, tratamentos clínicos especializados, neurocirurgias e outros procedimentos em neurologia, dentre outras atividades. Compõe a rede de Hospitais Sentinelas, Hospital Amigo da Criança, Rede Cegonha, bem como o Programa SOS Emergência, do Ministério da Saúde. Assim, é referência em 63 especialidades e subespecialidades.

Além disso, é um dos maiores centros de treinamento do País, certificado por portaria interministerial dos Ministérios da Saúde e da Educação como hospital de ensino, habilitado na formação de médicos em 26 especialidades. Está inserido na Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), na Rede Nacional de Pesquisas Clínicas (RNPC) e na Rede Universitária de Telemedicina (RUTE).

O HGF possui 563 leitos, sendo estes distribuídos entre eletivos, emergências, obstetrícia e UTI's adulto e neonatal. Realiza mensalmente uma média de 600 cirurgias eletivas, 210 mil exames laboratoriais, mais de oito mil exames de imagens, além de aproximadamente 19 mil consultas.

### *3.3.3 Hospital Geral Dr. César Cals*

O Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira (HGCC), dedica-se ao ensino e assistência à saúde, há mais de 80 anos, sendo a unidade mais antiga a compor a rede estadual de saúde. É um hospital terciário de alta complexidade e ensino, reconhecido pelo Ministério

da Educação e Ministério da Saúde (MEC/MS), como referência no Ceará, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia.

Possui atendimento em 27 especialidades médicas e 4 não médicas: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT); Serviço Especializado em Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT); Serviço de Vigilância Epidemiológica; Banco de Leite Humano; Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa (CEAP).

Possui 276 leitos, sendo 12 de UTI adulto, 20 de UTI neonatal e 36 de médio risco. São realizados mensalmente aproximadamente 400 partos, 20.000 exames, 5.000 consultas ambulatoriais, 350 cirurgias e 1.000 internações.

### 3.4 COLETA DOS DADOS

Desenvolvido pela Rede Nacional de Vigilância de Morbidade Materna Grave, o formulário é composto por 80 itens pré-codificados que contem informações demográficas e econômicas, história obstétrica, histórico do pré-natal, co-morbidades pré-existentes, critérios para Morbidade Materna Grave, *Near Miss* materno e principais complicações, bem como tempo de internação, informações sobre o recém-nascido, tempo até a prestação dos cuidados e desfecho final.

Uma equipe de pesquisadores capacitados foi responsável pela coleta de dados, identificando as admissões de gestantes, período de parto e puerpério que apresentasse qualquer um dos critérios definidos pela Organização Mundial de Saúde para Morbidade Materna Grave. Os dados foram transferidos para a Plataforma Eletrônica OpenClinica (version 2.5.5, Waltham, MA, US) pelo coordenador responsável por cada centro participante.

Os dados foram analisados no SPSS V.25. A análise exploratória foi descrita com frequências e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Para a análise bivariada analisamos a associação de todas as variáveis independentes aos desfechos caracterizado *Near Miss* (=1) e não *Near Miss* (=0), Óbito (=1) e não Óbitos (=0) utilizando-se o teste de hipótese (exato de Fisher) e *Odds Ratio* (OR), adotando-se um nível de confiança de 95%. Consideraram-se variáveis estatisticamente significantes aquelas que apresentaram  $p \leq 0,05$ , sendo representado através do *Odds Ratio* (OR) e intervalos de confiança (95%), e em seguida realizada a análise multivariada. Todas as variáveis que permaneceram significativas foram incluídas na análise multivariada com base no modelo teórico. Após cada regressão foram verificadas a multicolinearidade para garantir que as covariáveis não fossem redundantes.



### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) DA Unifor e de cada centro participante por meio da Plataforma Brasil, com número de parecer 1.865.363, possuindo como patrocinadora a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), por meio da Chamada 01/2017 -Programa Pesquisa para o SUS/PPSUS-CE FUNCAP-SESA-Decit/SCTIE/MS-CNPq.

## 4 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 3.351 mulheres em idade fértil, de 12 a 46 anos. A maioria classificou-se como branca (46.6%), escolaridade ensino médio (58.7%), contudo, menos de 4% conseguiu atingir o ensino superior. A maior proporção não residia com companheiro (50.4%). Ficou caracterizada o *Near Miss* em 6,1% (Tabela 2).

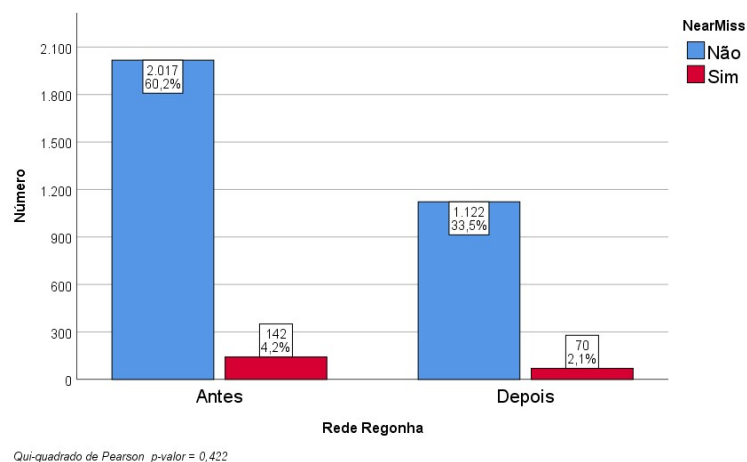
**Tabela 2** – Perfil das participantes incluídas na pesquisa, 2009-2019.

<b>Características das participantes</b>	<b>N(3.351)</b>	<b>IC (95%)</b>	
<i>Near Miss</i>			
Sim	204 (6,1%)	11.4	15.1
Não	3.147 (93,9%)	84.9	88.6
Idade			
12 a 19	657 (19,6%)	18.3	21.0
20 a 29	1.574 (47%)	45.3	48.7
30 a 39	946 (28,2%)	26.7	29.8
40 a 46	174 (5,2%)	4.5	6.0
Raça/Cor			
Negra	551 (16,4%)	15.2	17.7
Branca	1.561 (46,6%)	44.9	48.3
Parda	931 (27,8%)	26.3	29.3
Outras	308 (9,2%)	8.3	10.2

Escolaridade (n=2.836)			
Fundamental	1.068 (37,7%)	35.9	39.5
Médio	1.665 (58,7%)	56.9	60.5
Superior	103 (3,6%)	3.0	4.4
Situação civil (n=3.147)			
Com companheiro	1.561 (49,6%)	57.3	62.6
Sem companheiro	1.586 (50,4%)	37.4	42.7
Fonte:\autor			

Quando comparamos o grupo de 2009 e 2010 (anterior à implantação da rede cegonha) com o grupo posterior à implantação da Rede Cegonha observamos que não houve redução estatisticamente significativa. Ressalte-se que esse dado não deve ser analisado isoladamente requerendo uma perspectiva crítica de análise. Vale ressaltar que a pesquisa foi realizada em hospitais terciários, o que pode, em parte, justificar esse achado. Ainda assim, a ausência de redução significativa torna necessária uma análise dos fatores associados ao *Near Miss* Materno, o que foi realizado nessa pesquisa com base no modelo proposto.

Figura 1. Ocorrência de *Near Miss* Materno antes e depois da implantação da Rede Cegonha



A Tabela 3 apresenta a análise bivariada dos fatores socioeconômicos. O risco de *Near Miss* Materno é 10.1 vezes maior em mulheres auto identificadas como negras (IC 95%= 6.3-16.2) e 7.5 vezes maior em mulheres auto identificadas como pardas (IC 95%= 4.8-11.9) em relação às mulheres auto identificadas como brancas, chamando atenção para o racismo institucional naturalizado e invisibilizado. A escolaridade até o ensino fundamental também constitui um risco aumentado (OR=3.2) em relação a quem completou o ensino médio e superior. A idade entre 40 e 49 anos aumentou o risco em 2.1 vezes em relação às mulheres com 20 a 29 anos (IC 95% =1.3-3.5).

**Tabela 3: Análise bivariada fatores sócio-econômicos.**

	<i>Near Miss</i>		OR	IC 95%		p-valor
	Sim	Não				
<b>Idade</b>						
20 – 29	92(5,8%)	1482(94,2%)	1			
12 – 19	40(6,1%)	617(93,9%)	1.0	0.7	1.5	0,036
30 – 39	60(6,3%)	886(93,7%)	1.1	0.8	1.5	
40 – 49	20(11,5%)	154(88,5%)	2.1	1.3	3.5	
<b>Raça/cor</b>						
Branca	24(1,5%)	1537(98,5%)	1			
Parda	98(10,5%)	833(89,5%)	7.5	4.8	11.9	<
Negra	75(13,6%)	476(86,4%)	10.1	6.3	16.2	0,001
Outras	15(4,9%)	293(95,1%)	3.3	1.7	6.3	
<b>Escolaridade</b>						
Médio	64(3,8%)	1601(96,2%)	1			
Superior	4(3,9%)	99(96,1%)	1	0.4	2.8	<
Fundamental	120(11,2%)	948(88,8%)	3.2	2.3	4.3	0,001
<b>Situação civil</b>						
Sem companheiro	75(4,7%)	1511(95,3%)	1			
Com companheiro	103(6,6%)	1458(93,4%)	1.4	1.0	1.9	0,023

Fonte:\autor

A tabela 4 traz as estatísticas descritivas das variáveis numéricas (História Gineco-obstétricas e Consultas pré-natais da atual gestação). Destaque-se a média de 5,4 consultas pré-natais. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal é que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam

realizadas consultas mensais. Entre a 34ª e 38ª semanas, o indicado seria uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38ª semana, consultas toda semana até o parto, que geralmente acontece na 40ª semana, mas pode durar até 42 semanas. Deste modo, o número de consultas pré-natal está dentro da faixa adequada.

**Tabela 4 – Estatísticas descritivas das variáveis numéricas (História Gineco-obstétricas e Consultas pré-natais da atual gestação)**

	N		Média	Mediana	Dp	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso					
Idade	3351	0	26.5	26.0	7.4	12.0	46.0
Número de gestações	3346	5	2.3	2.0	1.8	1.0	17.0
Parto Número de partos	3346	5	1.0	0.0	1.5	0.0	14.0
Número de abortos	3346	5	0.3	0.0	0.7	0.0	10.0
Num. de cesáreas prévias	3329	22	0.3	0.0	0.6	0.0	7.0
Num. de nascidos vivos	3309	42	0.9	0.0	1.4	0.0	11.0
Num. de cons.de pré-natal	2573	778	5.4	5.0	2.5	0.0	16.0
Idade Gestacional na resolução	3022	329	35,72	37	4,2	10	42

Fonte:\Autor

A análise bivariada dos antecedentes obstétricos (tabela 5) mostrou que a associação com o *Near Miss* Materno aumenta em 2.1 vezes em caso de 3 ou mais gestações em relação à primeira gestação e em 2.2 em caso de 3 ou mais partos em relação a um único parto.

**Tabela 5 – Análise bivariada dos antecedentes obstétricos**

Características	<i>Near Miss</i>		OR	IC 95%	p-valor
	Sim	Não			
<b>Número de gestações</b>					
Primeira	79(5,1%)	1464(94,9%)	1		
2 – 3	70(5,8%)	1137(94,2%)	1.1	0.8 - 1.6	< 0,001
3 e+	60(10,1%)	536(89,9%)	2.1	1.5- 2.9	
<b>Número de gestação</b>					
Primeira	79(5,1%)	1464(94,9%)	1		0,013
Segunda e+	130(7,2%)	1673(92,8%)	1.4	1.1 - 1.9	
<b>Número de partos</b>					

Primeiro	84(4,8%)	1670(95,2%)	1			
2 – 3	88(7,2%)	1134(92,8%)	1.5	1.1 - 2.1		
3 e+	37(10%)	333(90%)	2.2	1.5 - 3.3		
						< 0,001

Fonte:\autor

A tabela 6 apresenta a análise bivariada das condições pré-existentes. Apresentaram associação significativa com a ocorrência de *Near Miss* Materno o antecedente de doenças cardíacas (OR=2.6), doenças renais (OR=6.0), HIV/AIDS (OR=1.2) e colagenoses (OR=4.6). O histórico de Hipertensão Arterial Crônica (OR=1.4) e Diabetes Mellitus pré-gestacional (OR=1.6) de modo inusitado apresentaram tendência de associação, mas sem significância estatística. Esses dados são paradoxais em relação a literatura.

**Tabela 6 - Análise bivariada das condições pré-existentes.**

	<i>Near Miss</i>		OR	IC 95%	p-valor
	Sim	Não			
<b>Hipertensão arterial crônica</b>					
Não	177(0,1%)	2748(0,9%)	1		
Sim	35(0,1%)	391(0,9%)	1.4	1.0 - 2.0	0.086
<b>Obesidade</b>					
Não	204(0,1%)	2957(0,9%)	1		
Sim	8(0%)	182(1%)	0.6	0.3 - 1.3	0.203
<b>Baixo peso</b>					
Não	212(0,1%)	3136(0,9%)	-		
Sim	0(0%)	3(1%)	-	-	0.652
<b>Diabetes mellitus</b>					
Não	205(0,1%)	3073(0,9%)	1		
Sim	7(0,1%)	66(0,9%)	1.6	0.7 - 3.5	0.247
<b>Tabagismo</b>					
Não	209(0,1%)	3101(0,9%)	1		
Sim	3(0,1%)	38(0,9%)	1.2	0.4 - 3.8	0.793
<b>Doenças cardíacas</b>					
Não	199(0,1%)	3062(0,9%)	1		
Sim	13(0,1%)	77(0,9%)	2.6	1.4 - 4.8	0.001
<b>Doenças respiratórias</b>					
Não	210(0,1%)	3116(0,9%)	1		
Sim	2(0,1%)	23(0,9%)	1.3	0.3 - 5.5	0.730
<b>Doenças renais</b>					

Não	210(0,1%)	3134(0,9%)	1		
Sim	2(0,3%)	5(0,7%)	6.0	1.2 - 31.0	0.016
<b>Anemia falciforme-talassemia</b>					
Não	211(0,1%)	3133(0,9%)	1		
Sim	1(0,1%)	6(0,9%)	2.5	0.3 - 20.7	0.387
<b>HIV/AIDS</b>					
Não	211(0,1%)	3127(0,9%)	1		
Sim	1(0,1%)	12(0,9%)	1.2	0.2 - 9.5	0.041
<b>Tireoidopatias</b>					
Não	207(0,1%)	3119(0,9%)	1		
Sim	5(0,2%)	20(0,8%)	3.8	1.4 - 10.1	0.839
<b>Doenças neurológicas/epilepsia</b>					
Não	209(0,1%)	3124(0,9%)	1		
Sim	3(0,2%)	15(0,8%)	3.0	0.9 - 10.4	0.071
<b>Colagenoses</b>					
Não	208(0,1%)	3126(0,9%)	1		
Sim	4(0,2%)	13(0,8%)	4.6	1.5 - 14.3	0.003
<b>Neoplasias</b>					
Não	211(0,1%)	3136(0,9%)	1		
Sim	1(0,3%)	3(0,8%)	5.0	0.5 - 47.8	0.125
<b>Outras</b>					
Não	198(0,1%)	3095(0,9%)	1		<
Sim	14(0,2%)	44(0,8%)	5.0	2.7 - 9.2	0.001

Fonte: autor

A tabela 7 traz a análise bivariada dos dados relativos à gestação atual. Um número de reduzido de consultas pré-natais (até 3) apresentou risco 2.3 vezes aumentado em relação a um número de consultas de 4 a 7 (IC 95%= 1.6-3.3). Fazer Pré-natal no serviço terciário de referência, por outro lado, não apresentou redução significativa no risco de *Near Miss* materno em relação a fazer pré-natal em outro serviço. A ocorrência de parto prematuro, com resolução no segundo trimestre de gestação, aumentou em 2.9 vezes o risco de NMM em relação às gestações com resolução no terceiro semestre (IC 95%= 1.5 - 5.4). A forma de resolução da gestação também esteve associada ao risco de NMM. Embora tanto o parto vaginal operatório (OR=4.1, IC= 0.4-37.8) quanto a cirurgia cesariana antes do início do Trabalho de Parto (OR=1.1, IC=0.2-0.9) tenham apresentado uma tendência de aumento de risco, não houve significância estatística se considerarmos os intervalos de confiança. A cirurgia cesariana após o início do Trabalho de parto, por outro lado, se mostrou fator protetor

(OR=0.4). Gestações terminadas por abortamento aumentaram o risco de NMM (OR=4.6). Cabe destacar, que não há informação em prontuário sobre o fato de essas interrupções terem sido induzidas ou espontâneas.

**Tabela 7- Análise bivariada da Gestação atual**

	Sim	Não	OR	IC 95%	p-valor
<b>Número de consultas de PN</b>					
4-7	68(4,4%)	1471(95,6%)	1		
Até 3	49(9,6%)	464(90,4%)	2.3	1.6 - 3.3	<0,001
7 ou+	12(2,3%)	509(97,7%)	0.5	0.3 - 0.9	
<b>Pré-natal no Serviço</b>					
Não	174(6,5%)	2505(93,5%)			0.549
Sim	23(5,3%)	412(94,7%)	0.8	0.5-1.3	
Sem pré-natal	8(7,6%)	97(92,4%)	1.2	0.6-2.5	
<b>Idade Gestacional na Resolução</b>					
Terceiro trimestre	147(5%)	2766(95%)	1		0,003
Segundo trimestre	12(13,3%)	78(86,7%)	2.9	1.5 - 5.4	
Primeiro trimestre	1(5,3%)	18(94,7%)	1.0	0.1 - 7.9	
<b>Ultimada gestação</b>					
Parto vaginal	25(5,8%)	407(94,2%)			< 0.001
Parto vaginal operatório	1(20%)	4(80%)	4.1	0.4- 37.8	
Parto cesárea antes do ITP	151(6,4%)	2207(93,6%)	1.1	0.7-1.7	
Parto cesárea após ITP	7(2,3%)	292(97,7%)	0.4	0.2-0.9	< 0.001
Aborto	7(21,9%)	25(78,1%)	4.6	1.8- 11.6	
Prenhez ectópica	1(1%)	102(99%)	0.2	0.0-1.2	
Recebeu alta ou foi transferida ainda gestante	15(14,3%)	90(85,7%)	2.7	1.4-5.4	

Fonte:\autor



## 5 DISCUSSÃO

Em investigação realizada nos Estados Unidos, foram utilizados dados nacionais para classificar os hospitais pela sua proporção de partos de mulheres negras e analisaram os casos de Mortalidade Materna Grave (MMG). Os pesquisadores encontraram que os casos de MMG foram frequentemente entre mulheres que deram à luz em hospitais com maior frequência de partos de mulheres negras em comparação com aqueles com menor frequência (29,4 e 19,4 vs 12,2 por 1000 partos, respectivamente;  $p < 0,001$ ). Houve mais casos de MMG também entre mulheres negras do que mulheres não negras independente do hospital (25,8 versus 11,8 por 1000 partos, respectivamente;  $p < 0,001$ ) (HOWELL *et al.*, 2016).

Esse estudo corrobora os dados apresentados na tabela 3, demonstrando que as disparidades entre mulheres de diferentes etnias é global e não apenas brasileiro, explicitando o racismo sistêmico que leva a essas iniquidades em saúde. Cabe ressaltar ainda que mesmo os sistemas de acesso ao atendimento nos dois países serem distintos, esse padrão se mantém.

No Brasil, um estudo realizado no ano de 2015, também demonstrou as mesmas tendências com relação às variáveis sociodemográficas encontradas no presente estudo que abrange um período temporal de uma década, encontrando um maior risco para desenvolver a condição de *Near Miss* materna em pacientes casadas (OR=7,9; RP=7,1; IC95% 2,4–26,1), com ensino médio incompleto (OR=3,1; RP=2,8; IC95% 1,6–6,0), procedente do interior (OR=4,6; RP=4,0; IC95% 2,1–10,0) e renda familiar menor que um salário mínimo (OR=7,0; RP=5,5; IC95% 3,6–13,6). Os autores evidenciaram também que mulheres não brancas apresentaram 2,5 vezes um risco relativo maior para desenvolver *Near Miss* Materno (OR 2,5; RP 2,3 e IC 95%) (SOUZA, SOUZA E GONÇALVES, 2015). As variáveis significativamente destacadas foram o acesso ao centro de saúde, onde pacientes transferidas apresentaram maior incidência de NMM, bem como ao maior número de gestações em paciente com NMM. Observou-se que o número de consultas de pré-natal foi menor que o preconizado, tanto nas pacientes com Morbidade Materna Grave, como com *Near Miss* Materno, sendo ainda menor nestas.

Os resultados obtidos na tabela 4 seguem o padrão encontrado na literatura, como se observa na pesquisa realizada por Morse (2011), que apresenta resultados semelhantes quanto ao número de consultas de pré-natal, o qual observa 60% das pacientes apresentaram menos de 6 consultas de pré-natal e 10% das mesmas não realizaram qualquer consulta. Em outro estudo realizado entre outubro de 2013 a setembro de 2014 com 492 mulheres, foi possível

evidenciar como fator de risco condições clínicas, número de consultas de pré-natal inferior ao preconizado (OR=5,0; RP=4,2; IC95% 2,5–9,7) e a via de parto cesárea (OR=39,2; RP=31,2; IC95% 9,3–164,5) (ROSENDO E RONCALLI, 2016). Esse achado é corroborado por diversos outros estudos que associam a ausência de cuidados pré-natais com aumento no risco de desenvolver uma ocorrência de *Near Miss* materno (HADDAD *et al.*, 2014; SOUZA, SOUZA E GONÇALVES, 2015).

## 6 CONCLUSÃO

Após a análise dos dados, pode-se observar que o perfil epidemiológico das pacientes que apresentaram *Near Miss* Materno nas três instituições, segue o padrão das demais regiões do País. A maior porcentagem das mulheres enquadradas nos critérios de *Near Miss* foram negras ou pardas, com baixa escolaridade e idade avançada.

Os principais fatores de risco também corroboram os resultados apresentados na literatura até o momento, sendo eles o número inadequado de consultas pré-natais, abaixo do preconizado no País; maior número de partos anteriores nos antecedentes obstétricos; bem como doenças pré-existentes de cunho cardíaco, envolvendo sistema de coagulação sanguínea e metabólico.

Assim, é imperioso que o poder público realize planejamento e principalmente ações voltadas aos resultados encontrados. É claro a disparidade e a falta de empatia voltada ao público socialmente mais vulnerável. Problemas que podem ser amenizados por incentivos simples, sejam financeiros, selos de acreditação, campanhas específicas ou mesmo de maneira mais imperativa por vias judiciais, decretos e leis.

## REFERÊNCIAS

- ABDOLLAHPOUR, S.; MIRI, H. H.; KHADIVZADEH, T. The global prevalence of maternal near miss: a systematic review and meta-analysis. **Health Promotion Perspectives**, v. 9, n. 4, p. 255–262, 2019.
- BERNET, P.; GUMUS, G.; VISHWASRAO, S. Maternal Mortality and Public Health Programs: Evidence from Florida. **The Milbank Quarterly**, v. 98, n. 1, p. 150–171, 2020.
- BRASIL, M. DA S. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. [s.l: s.n.]. v. 106
- \_\_\_\_\_. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. [s.l: s.n.].
- \_\_\_\_\_. Relatório de Gestão 2015. p. 1195, 2016.
- BRASIL. Portaria n° 569, de 1° de junho de 2000. p. 6–8, 2000.
- \_\_\_\_\_. Programa Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. p. 27, 2002.
- \_\_\_\_\_. Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011. p. 6–8, 2011.
- CARVALHO, B. A. DA S. *et al.* Temporal trends of maternal near miss in Brazil between 2000 and 2012. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 1, p. 115–124, mar. 2019.
- CAVALCANTI, P. C. DA S. *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1297–1316, 2013.
- CHHABRA, P. *et al.* Severe maternal morbidity and maternal near miss in a tertiary hospital of Delhi. **National Medical Journal of India**, v. 32, n. 5, p. 270–276, 2019.
- DIAS, M. A. B. *et al.* Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: Dados da pesquisa nascer no Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. SUPPL1, p. 169–181, 2014.
- GIOVANNI, M. DI. Rede Cegonha: da concepção à implantação. **Dissertação de Mestrado**, v. 1, p. 99, 2013.
- GOLDENBERG, R. L. *et al.* Maternal near miss in low-resource areas. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 138, n. 3, p. 347–355, 2017.
- GOMES, J. O. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de mortalidade materna. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 12, p. 3165–3171, 2018.
- HADDAD, S. M. *et al.* Applying the Maternal Near Miss Approach for the Evaluation of

- Quality of Obstetric Care: A Worked Example from a Multicenter Surveillance Study. **BioMed Research International**, v. 2014, 2014.
- HOWELL, E. A. *et al.* Site of Delivery Contribution to Black-White Severe Maternal Morbidity Disparity. **Am J Obstet Gynecol**, v. 215, n. 2, p. 143–152, 2016.
- LIMA, T. H. B. DE *et al.* Maternal near miss determinants at a maternity hospital for high-risk pregnancy in northeastern Brazil: A prospective study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 1, p. 1–9, 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. p. 27, 2002.
- MORAES, M. M. DOS S. DE *et al.* Classificação de risco gestacional baseada no perfil de óbitos maternos ocorridos de 2008 a 2013: relato de experiência no município de Porto Seguro, Bahia. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 28, n. 3, p. e2018491, 2019.
- OLIVEIRA, L. C.; COSTA, A. A. R. DA. Near miss materno em unidade de terapia intensiva: aspectos clínicos e epidemiológicos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 3, p. 220–227, 2015.
- OPPONG, S. A. *et al.* Incidence, Causes, and Correlates of Maternal Near-Miss Morbidity : a multi-centre cross-sectional study. v. 126, n. January 2015, p. 755–762, 2020.
- PACAGNELLA, R. C. *et al.* Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: Results from a national multicentre cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 1, p. 1–15, 2014.
- ROSENDO, T. M. S. DE S.; RONCALLI, A. G. Near miss materno e iniquidades em saúde: Análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 191–201, 2016.
- RUDEY, E. L.; CORTEZ, L. E. R.; YAMAGUCHI, M. U. Identificação De Near Miss Materno Em Unidade De Terapia Intensiva. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 1, p. 145–155, 2017.
- SAY, L.; SOUZA, J. P.; PATTINSON, R. C. Maternal near miss - towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 23, n. 3, p. 287–296, 2009.
- SCARTON, J. *et al.* Maternal Mortality Profile: An Integrative Literature Review / Perfil da Mortalidade Materna: Uma Revisão Integrativa da Literatura. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 3, p. 816, 2019.
- SCHOLZE, A. R. *et al.* Mortalidade materna : comparativo após implantação da Rede Mãe

Paranaense. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 2, p. 1–13, 2020.

SOUZA, M. A. C. DE; SOUZA, T. H. S. C. DE; GONÇALVES, A. K. DA S. G. Fatores determinantes do near miss materno em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 37, n. 11, p. 498–504, 2015.

THADDEUS, S.; MAINE, D. Too Far to walk: Maternal Mortality in Context. **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 8, p. 1091–1110, 1994.

VILELA, M. E. DE A.; BITTENCOURT, S. D. DE A.; *et al.* Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 801–821, 2021.

VILELA, M. E. DE A.; LEAL, M. D. C.; *et al.* Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 789–800, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The WHO Near-Miss approach for Maternal Health. **World Health Organization**, p. 1–34, 2011.

## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I**

### **PESQUISA: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE O *NEAR MISS* MATERNO E ANÁLISE DO SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DAS PACIENTES NO ESTADO DO CEARÁ, BRASIL.**

**Pesquisadora responsável:** Profa. Dra. Aline Veras Morais Brilhante

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que irá investigar o perfil epidemiológico do *Near Miss* Materno (experiências de “quase morte”) no Estado do Ceará e o seu impacto na qualidade de vida das pacientes. Ao participar da pesquisa você responderá a entrevistas narrativas com perguntas sobre a sua gestação, sobre o seu pré-natal, sobre a assistência médica que recebeu antes, durante e depois do parto e sobre as mudanças que ocorreram na sua vida após esse episódio, incluindo mudanças na sua saúde sexual. As entrevistas serão gravadas, mas as falas não serão reproduzidas em público, de modo a garantirmos que você não será identificada. As falas serão analisadas e fragmentos dela irão compor relatórios de pesquisas, artigos científicos e resumos apresentados em congressos, sempre de modo que não permita a sua identificação, a fim de manter o anonimato. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e também pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado os exames e outras etapas da pesquisa sem nenhum prejuízo à continuidade do seu tratamento. Informamos que riscos relacionados a essa pesquisa referem-se ao possível desconforto emocional e/ou psicológico ao responder as perguntas, o que poderá trazer tristeza, constrangimento ou outro mal estar, que deve ser informado ao pesquisador que buscará amenizar tais desconfortos. Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de que, a compreensão dos sofrimentos reais aos quais você foi exposta ajudará na implantação de medidas que visem melhorar o serviço e a rede de assistência, o que a beneficiará diretamente e a todas as participantes, uma vez que poderá levar a melhorias no serviço de atenção à saúde da mulher.

Todas as informações que você nos fornecer ou que sejam conseguidas por exames ou consulta serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas, dados pessoais, dados de exames laboratoriais, de imagem e avaliações físicas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em nenhum lugar dos(as) questionários, nem quando os resultados forem apresentados.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas no final por você ou por seu representante legal e pelo pesquisador, devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha.

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e da forma de participação da mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Aline Veras Brilhante

Endereço: Av. Washington Soares, nº 1321. Bloco S. Sala S-01 Telefone para contato: 3477-3280/ 986881311

Horário de atendimento: Quartas às sextas-feiras de 13h30 as 17h00.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza

Endereço: Av. Washington Soares, 1321, Bloco da Reitoria, Sala da Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 1º andar. Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-341.

Telefone (85) 3477-3122, Fortaleza, Ce.

E-mail: coetica@unifor.br

Caso você aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

Se você estiver de acordo em participar deve preencher e assinar o consentimento que se segue, e receberá uma via deste Termo e a outra ficará com a pesquisadora. A participante de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apondo sua assinatura na última página do referido Termo. O pesquisador responsável deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a Sra. \_\_\_\_\_, portadora da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou Representante Legal

Impressão dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador



## APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

### TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE, CPF 619.021.363-49, pesquisadora responsável pelo projeto intitulado **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE VIDA DAS MULHERES EM CONDIÇÃO DE NEAR MISS MATERNO**, declara conhecer a Resolução do MS/CNS – 466/12 e suas complementares e compromete-se a seguir todas as suas normas e orientações, bem como dar conhecimento delas e exigir a corresponsabilidade de todos os outros participantes. Declara também que o material e/ou dados obtidos serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa e que os resultados serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

## APÊNDICE C - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

### TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, Gerente do Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) fiel depositário(a) dos prontuários e da base de dados dessa Instituição, \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), declaro que Amanda Lopes de Castro, Amanda Vale Catunda, Ana Clara Machado Pinheiro Lima, Maria Clara Miranda Lima, Sarah Barroso Ribeiro e Samuel Verter Marinho Uchôa Lopes estão autorizados a realizar nesta instituição o projeto de pesquisa **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE VIDA DAS MULHERES EM CONDIÇÃO DE NEAR MISS MATERNO.**, sob a responsabilidade da Orientadora Profa. Dra. Aline Veras Moraes Brilhante, cujo objetivo geral é Conhecer o perfil epidemiológico do *Near Miss* materno no Estado do Ceará e o seu impacto na qualidade de vida das pacientes.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos do sujeito, dentre outros, asseguradas pela Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de saúde (CNS).

1. Assegurar a confidencialidade, a privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades;
2. Assegurar que o material e os dados obtidos da pesquisa sejam utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo de pesquisa;
3. Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa; Informo-lhe ainda, que o acesso aos prontuários somente será permitido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital \_\_\_\_\_, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência e justiça.

Fortaleza \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura

## APÊNDICE D - TERMO DE ANUÊNCIA DA PESQUISA

### ANUÊNCIA DA PESQUISA

Venho, por meio deste, autorizar a pesquisa intitulada “**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE VIDA DAS MULHERES EM CONDIÇÃO DE *NEAR MISS* MATERNO.**”, de autoria da Profa. Dra. Aline Veras Moraes Brilhante com objetivo geral de conhecer o perfil epidemiológico do *Near Miss* materno do Estado do Ceará e o seu impacto na qualidade de vida das pacientes. E como objetivos específicos os seguintes: Determinar o perfil epidemiológico da morbidade materna grave/*Near Miss* nas maternidades públicas de referência do estado do Ceará, utilizando diferentes critérios identificadores; Identificar os fatores determinantes para Morbidade Materna Severa e *Near Miss* na gravidez e pós-parto no estado do Ceará; Determinar a prevalência do *Near Miss* no estado do Ceará e de complicações no período gravídico- puerperal; Compreender a trajetória da mulher com Morbidade Materna Severa dentro da rede de atenção à saúde; Avaliar a perspectiva dos profissionais que participam do atendimento a mulheres com Morbidade Materna Severa sobre a rede atenção materno-infantil; Avaliar a qualidade da assistência à mulher com Morbidade Materna Severa no estado do Ceará.

Esclareço que:

- As informações coletadas na pesquisa somente poderão ser utilizadas para os objetivos do presente estudo;
- Também esclareço que as informações ficarão em sigilo e que o anonimato dos pacientes será preservado;
- Ressalto que os dados só serão coletados após a aprovação do Comitê de Ética.

Fortaleza \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura

# APÊNDICE E – FORMULÁRIO INDIVIDUAL DE COLETA DE DADOS



## Rede Nacional de Vigilância de Morbidade Materna Grave - FORMULÁRIO DE COLETA MANUAL

IDENTIFICAÇÃO	
1. Centro do Estado*:	<input type="text"/>
2. Subject ID*:	<input type="text"/>
3. Person ID*:	<input type="text"/>
<b>*preenchimento obrigatório para o OpenClínica</b>	
DADOS PESSOAIS	
4. Idade em anos completos*:	<input type="text"/>
5. Cor: <input type="checkbox"/> 1 negra <input type="checkbox"/> 2 branca <input type="checkbox"/> 3 indígena <input type="checkbox"/> 4 amarela <input type="checkbox"/> 5 outro <input type="checkbox"/> 8 não consta	
6. Escolaridade em anos completos:	<input type="text"/>
7. Estado civil: <input type="checkbox"/> 1 casada/amasiada <input type="checkbox"/> 4 viúva <input type="checkbox"/> 2 solteira <input type="checkbox"/> 8 não consta <input type="checkbox"/> 3 separada/divorciada	
8. Peso em kg: _____	
9. Altura em m: _____	
10. Data da internação no centro*:	<input type="text"/>
11. A paciente fazia pré-natal no serviço*? <input type="checkbox"/> 1 sim <input type="checkbox"/> 2 não <input type="checkbox"/> 8 não consta <input type="checkbox"/> 9 ignorado	
12. Como foi o acesso da mulher ao centro*? <input type="checkbox"/> 1 procura espontânea <input type="checkbox"/> 5 encaminhamento de nível primário <input type="checkbox"/> 2 transferência por serviço de resgate/emergência <input type="checkbox"/> 8 não consta <input type="checkbox"/> 3 transferência inter hospitalar programada <input type="checkbox"/> 4 transferência inter hospitalar não programada	
13. Qual cobertura financeira majoritária do pré natal? <input type="checkbox"/> 1 público <input type="checkbox"/> 2 privado <input type="checkbox"/> 3 seguro saúde/convênio <input type="checkbox"/> 8 não consta	
14. Qual cobertura financeira majoritária da internação*? <input type="checkbox"/> 1 público <input type="checkbox"/> 2 privado <input type="checkbox"/> 3 seguro saúde/convênio <input type="checkbox"/> 8 não consta	
DADOS OBSTÉTRICOS	
15. Número de gestações*:	<input type="text"/>
16. Número de partos*:	<input type="text"/>
17. Número de abortos*:	<input type="text"/>
18. Número de cesáreas prévias*:	<input type="text"/>
19. Número de nascidos vivos*:	<input type="text"/>
20. Anos desde o último parto*:	<input type="text"/>
21. A mulher possui cirurgia uterina prévia? (excluindo cesárea seg. transv) <input type="checkbox"/> 1 sim <input type="checkbox"/> 2 não <input type="checkbox"/> 8 não consta <input type="checkbox"/> 9 ignorado	
22. Número de consultas de pré-natal*:	<input type="text"/>
23. A mulher estava grávida quando foi admitida*? <input type="checkbox"/> 1 sim <input type="checkbox"/> 2 não <input type="checkbox"/> 8 não consta <input type="checkbox"/> 9 ignorado	
24. Idade gestacional na internação*:	<input type="text"/>
25. Forma de início do trabalho de parto*: <input type="checkbox"/> 1 espontâneo <input type="checkbox"/> 2 induzido <input type="checkbox"/> 3 sem trabalho de parto <input type="checkbox"/> 4 aborto <input type="checkbox"/> 5 continua grávida <input type="checkbox"/> 8 não consta	
26. Data da resolução da gestação:	<input type="text"/>
27. Idade gestacional na resolução*:	<input type="text"/>
28. Como foi ultimada a gestação? <input type="checkbox"/> 1 parto vaginal <input type="checkbox"/> 5 aborto <input type="checkbox"/> 2 parto vaginal operatório <input type="checkbox"/> 6 prenhez ectópica <input type="checkbox"/> 3 parto cesárea antes do início do trabalho de parto <input type="checkbox"/> 7 continua grávida <input type="checkbox"/> 4 parto cesárea após o início do trabalho de parto <input type="checkbox"/> 8 não consta	

ABORTO	
29. Como se iniciou o aborto? <input type="checkbox"/> 1 espontâneo <input type="checkbox"/> 2 induzido <input type="checkbox"/> 8 não consta	
30. O aborto foi seguro ou inseguro? <input type="checkbox"/> 1 seguro <input type="checkbox"/> 2 inseguro <input type="checkbox"/> 8 não consta	
31. Quais procedimentos foram realizados? <input type="checkbox"/> 1 dilatação e curetagem <input type="checkbox"/> 2 ocitocina <input type="checkbox"/> 3 vácuo aspiração <input type="checkbox"/> 4 prostaglandinas <input type="checkbox"/> 5 outros <input type="checkbox"/> 6 nenhum <input type="checkbox"/> 8 não consta	
32. Se outro procedimento, especifique: _____	
DADOS DO RN	
33. Número total de nascidos:	<input type="text"/>
34. Qual era a apresentação fetal ao nascimento? <input type="checkbox"/> 1 cefálico <input type="checkbox"/> 2 pélvico <input type="checkbox"/> 3 outro <input type="checkbox"/> 8 não consta	
35. Sexo: <input type="checkbox"/> 1 feminino <input type="checkbox"/> 2 masculino <input type="checkbox"/> 3 indeterminado <input type="checkbox"/> 8 não consta	
36. Condição do nascimento: <input type="checkbox"/> 1 vivo <input type="checkbox"/> 3 natimorto anteparto <input type="checkbox"/> 2 natimorto intra-parto <input type="checkbox"/> 8 não consta	
37. Qual foi o Apgar de 1º. Minuto?	<input type="text"/>
38. Qual foi o Apgar de 5º. Minuto?	<input type="text"/>
39. Peso em gramas:	<input type="text"/>
40. Desfecho neonatal: <input type="checkbox"/> 1 alta <input type="checkbox"/> 2 internado <input type="checkbox"/> 3 óbito neonatal precoce (<7 dias) <input type="checkbox"/> 4 óbito neonatal tardio (8-28 dias) <input type="checkbox"/> 5 transferido <input type="checkbox"/> 8 não consta	
41. Se gemelar, informe os dados dos outros RN: _____	
CONDIÇÕES MATERNAS PRÉ-EXISTENTES	
42. A mulher apresentava alguma condição patológica/ de risco prévios à gestação*? <input type="checkbox"/> 1 sim <input type="checkbox"/> 2 não <input type="checkbox"/> 8 não consta	
43. Quais condições estavam presentes? <input type="checkbox"/> 1 hipertensão arterial crônica <input type="checkbox"/> 9 anemia falciforme-talassemia <input type="checkbox"/> 2 obesidade <input type="checkbox"/> 10 HIV/AIDS <input type="checkbox"/> 3 baixo peso <input type="checkbox"/> 11 tireoidopatias <input type="checkbox"/> 4 diabetes mellitus <input type="checkbox"/> 12 doenças neurológicas / epilepsia <input type="checkbox"/> 5 tabagismo <input type="checkbox"/> 13 colagenoses <input type="checkbox"/> 6 doenças cardíacas <input type="checkbox"/> 14 neoplasias <input type="checkbox"/> 7 doenças respiratórias <input type="checkbox"/> 15 outro <input type="checkbox"/> 8 doenças renais	
44. Se outra condição patológica, especifique: _____	
CONDIÇÕES POTENCIALMENTE AMEAÇADORAS DA VIDA	
45. Houve alguma complicação hemorrágica*? <input type="checkbox"/> 1 sim <input type="checkbox"/> 2 não <input type="checkbox"/> 8 não consta	
46. Qual complicação hemorrágica ocorreu no período*? <input type="checkbox"/> 1 descolamento prematuro de placenta <input type="checkbox"/> 5 hemorragia grave por aborto <input type="checkbox"/> 2 placenta prévia/acreta/increta/percreta <input type="checkbox"/> 6 hemorragia pós parto <input type="checkbox"/> 3 prenhez ectópica complicada <input type="checkbox"/> 8 não houve/não consta <input type="checkbox"/> 4 rotura uterina	
47. Se HEMORRAGIA PÓS- PARTO, especifique: <input type="checkbox"/> 1 atonia <input type="checkbox"/> 2 retenção placentária <input type="checkbox"/> 3 lacerações de trajeto <input type="checkbox"/> 4 coagulopatia <input type="checkbox"/> 5 inversão uterina	

48. Houve alguma complicação hipertensiva? \*  1 sim  2 não  8 não consta

49. Qual complicação hipertensiva ocorreu no período? \*  
 1 pré-eclâmpsia grave  2 eclâmpsia  3 hipertensão grave  
 4 HELLP síndrome  5 fígado gorduroso  8 não houve / não consta

50. Houve alguma outra complicação? \*  1 sim  2 não  8 não consta

51. Quais complicações? \*  
 1 edema pulmonar  2 convulsões  3 trombocitopenia < 100 mil  
 4 crise tireotóxica  5 choque  6 insuf. respiratória aguda  
 7 acidose  8 cardiopatia  9 AVC  
 10 dist. de coagulação  11 CIVD  12 tromboembolismo  
 13 cetoacidose diabética  14 icterícia/disf hepática  15 meningite  
 16 sepsse grave  17 IRA  88 não houve / não consta

52. Se SEPSE GRAVE, especifique o foco:  
 1 endometrite pós-parto  2 endometrite pós abortos  3 foco pulmonar  
 4 foco urinário  5 outro  8 não consta  9 ignorado

53. Se outro foco, especifique: \_\_\_\_\_

54. A mulher apresentou alguma das condições de manejo de gravidade? \*  
 1 sim  2 não  8 não consta

55. Quais condições estavam presentes? \*  
 1 transfusão de hemoderivados  6 retorno à sala cirúrgica  
 2 acesso venoso central  7 histerectomia/laparotomia  
 3 admissão em UTI  8 uso de sulfato de magnésio  
 4 hospitalização prolongada (>7 dias)  88 não houve/não consta  
 5 intubação não relacionada à anestesia

**CRITÉRIOS DE NEAR MISS MATERNO**

56. A mulher apresentou algum dos critérios clínicos de near miss? \*  
 1 sim  2 não  8 não consta

57. Se SIM, indique quais: \*  
 1 cianose  9 acidente vascular cerebral  
 2 gasping  10 convulsão não controlada – paralisia total  
 3 FR > 40 ou < 6  11 icterícia na presença de pré-eclâmpsia  
 4 choque  88 não houve / não consta  
 5 oligúria não responsiva a fluidos ou diuréticos  
 6 distúrbios de coagulação  
 7 perda da consciência durante 12 h ou mais  
 8 ausência de consciência E ausência de pulso-batimento cardíaco

58. A mulher apresentou algum dos critérios laboratoriais de near miss? \*  
 1 sim  2 não  8 não consta

59. Se SIM, indique quais: \*  
 1 saturação de O<sub>2</sub> < 90% por > 60 min.  
 2 PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 200  
 3 creatinina ≥ 300 mmol/l ou ≥ 3,5 mg/dl  
 4 bilirrubina ≥ 100 mmol/l ou ≥ 6 mg/dl  
 5 pH < 7,1  
 6 lactato > 5  
 7 plaquetas < 50 mil  
 8 ausência de consciência e presença de glicose e cetoácidos na urina  
 88 não houve / não consta

60. A mulher apresentou algum dos critérios de manejo? \*  
 1 sim  2 não  8 não consta

61. Se SIM, indique quais: \*  
 1 uso de droga vasoativa contínua  6 R. Cardiopulm. (RCP)  
 2 histerectomia por infecção ou hemorragia  88 não houve / não consta  
 3 transfusão de ≥ 5 U de hemácias  
 4 intubação e ventilação por ≥ 60 minutos não relacionada com anestesia  
 5 diálise para insuficiência renal aguda

62. Alguma dessas condições já estava presente na admissão do sujeito?  
 1 sim  2 não  8 não consta

**DESFECHO MATERNO**

63. Data da alta, transferência ou óbito\*:

64. Qual foi a condição de alta da mulher? \*  
 1 alta médica  2 alta a pedido  3 transferência  4 óbito  5 evasão

65. Comentários ou observações referentes a dados incluídos e dados relativos à transferência do sujeito: \_\_\_\_\_

**PESQUISA DE DEMORAS NO ATENDIMENTO**

66. Durante o atendimento do caso, houve alguma demora relacionada ao serviço e/ou sistema de saúde? \*  1 sim  2 não  9 ignorado  
 Se houve demora, especifique: (se NÃO houve, deixe em branco)  
 1 nível primário      2 nível secundário      3 nível terciário

67. Falta de medicação (sulfato, ATB, DVA, uterotônicos):

68. Dificuldade ou problemas com transporte municipal / hospitalar):

69. Dificuldade na comunicação (hospitalar/central reguladora):

70. Ausência de hemoderivados:

71. Dificuldade para monitorização (unidade de cuidados intensivos):

72. Falta de pessoal treinado:

73. Dificuldade de acesso ao pré-natal:

74. Houve alguma demora relacionada ao paciente e/ou seus familiares? \*  
 1 sim  2 não  9 ignorado

75. Se resposta SIM, especifique quais:  
 1 demora na procura ao Serv. Saúde  
 2 dificuldade geográfica ao acesso ao Serv. Saúde  
 3 recusa ao tratamento  
 4 Pré-natal ausente ou inadequado  
 5 Aborto inseguro

76. Houve alguma demora na assistência relacionada aos profissionais de saúde? \*  1 sim  2 não  9 ignorado  
 Se houve demora, especifique: (se NÃO houve, deixe em branco)  
 1 nível primário      2 nível secundário      3 nível terciário

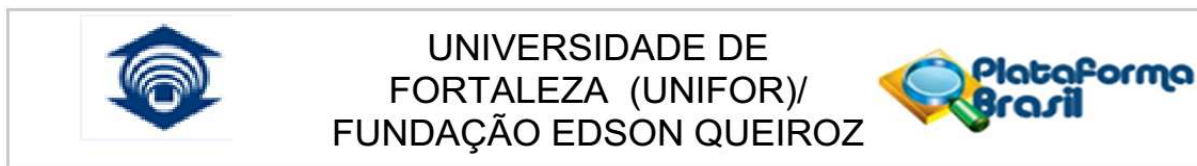
77. Demora no diagnóstico:

78. Demora no início do tratamento:

79. Manejo inadequado do caso:

80. Demora na referência ou transferência do caso:

## APÊNDICE F – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIFOR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E MAPEAMENTO DAS REDES DE ATENAÇÃO À MULHERES EM CONDIÇÃO DE NEAR MISS MATERNO

**Pesquisador:** ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60900216.9.0000.5052

**Instituição Proponente:** Fundação Edson Queiroz

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.865.363

#### Apresentação do Projeto:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2010, cerca de 287 mil mulheres no mundo morreram durante a gestação e o parto. Apesar da redução de 47% em relação ao ano de 1990, este índice está distante da meta de redução de 75% das mortes maternas até 2015. A maioria dessas mortes está concentrada nos países em desenvolvimento e decorrem da falta de acesso a cuidados de rotina adequados e cuidados de emergência quando necessários (DIAS, 2014). No Brasil, as regiões norte e nordeste têm os piores indicadores. As causas obstétricas diretas são responsáveis por até 75% dos óbitos maternos, com destaque às doenças hipertensivas, hemorragias e infecções puerperais (MORSE, 2011). Determinar a proporção de mulheres que chegam a uma unidade de saúde já com disfunção materna grave é viável e fornece informações sobre a ocorrência de atraso no reconhecimento de condição de risco, como uma complicação da gestação e atraso em busca de ajuda (WHO, 2011). Como possíveis estratégias para otimizar a trajetória da paciente com morbidade materna severa, na atenção primária deveria ser realizada uma triagem

**Endereço:** Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria  
**Bairro:** sala da VRPPG - Edson Queiroz      **CEP:** 60.811-905  
**UF:** CE      **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3477-3122      **Fax:** (85)3477-3056      **E-mail:** coetica@unifor.br



Continuação do Parecer: 1.865.363

com os casos elegíveis para encaminhamento a níveis superiores de atenção, sendo tais casos lembrados com anotações contendo observações  
consideras pertinentes pela equipe responsável pelos atendimento em murais, afim de mostrar critérios de elegibilidade que poderiam ser utilizados  
para sensibilizar a equipe de saúde e aumentar a consciência sobre os casos elegíveis. (WHO, 2011) Diante da deficiência de informações sobre mortalidade materna, não só quantitativas, mas principalmente qualitativas, associada à redução dos índices nos países desenvolvidos, novos indicadores estão surgindo visando identificar os principais problemas relacionados à saúde materna. Neste contexto, conceito de near miss materno foi estabelecido pela OMS como “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu à complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação”. (MORSE, 2011) Acredita-se que alguns fatores estejam diretamente relacionados à ocorrência near miss materno. Dentre eles, pode-se destacar: extremos da idade reprodutiva, nuliparidade, gestações múltiplas, gestação de alto risco, internações durante a gestação, comorbidades clínicas, principalmente hipertensão grave; a não realização do pré-natal ou com número menor ao valor preconizado, partos cesáreos prévios e atual, aquelas cujo parto foi induzido, uso de fórceps, necessidade de admissão em UTI, atraso no acesso ao serviço de saúde, o que foi identificado por meio de quantos serviços procurou até ser admitida e aquelas cujos desfechos perinatais foram negativos (DIAS, 2014). Atualmente, o near miss é considerado um problema de saúde pública na América Latina, estimando-se que ocorra 15 casos para cada óbito materno. (Oliveira, 2015). Apesar disso, ainda existem poucos estudos sobre o impacto do near miss na vida dessas mulheres. (ANDREUCCI, 2015 PLOS). A morte deve ser entendida não como um fato isolado, mas como um continuum de agravamentos a partir da gestação normal que evoluem com estado de disfunção grave e/ou falência orgânica, sendo essas condições ameaçadoras à vida. (WHO, 2011b; Geller et al., 2004a). Deste modo, as mulheres que sobrevivem a complicações graves da gravidez, parto e pós-parto têm muitos aspectos em comum com as que morreram destas mesmas complicações (DIAS, 2014), o que tornam as

**Endereço:** Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria  
**Bairro:** sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br



Continuação do Parecer: 1.865.363

pacientes com histórico de near miss fontes diretas de informação sobre os determinantes sociais relacionados à mortalidade materna. Por apresentar uma maior proporção de casos com relação à ocorrência de óbitos (DIAS, 2014) e por permitir que as próprias mulheres relatem o seu processo de adoecimento, a avaliação do near miss possibilita a compreensão dos determinantes de morte em mulheres gravemente enfermas, possibilitando o desenvolvimento de estratégias efetivas para redução morbimortalidade materna (Mantel et al., 1998), já que o desfecho é a única condição que diferencia as condições (WHO, 2011b; SAY 2009). Outro aspecto que se destaca e que merece atenção no âmbito desta pesquisa é a ocorrência de disfunções sexuais relacionadas ao near miss materno. Estima-se que entre 60% e 90% de mulheres no período pós-parto retomem a atividade sexual normal em até três meses após uma gravidez sem complicações. Estudos sugerem contudo, que as pacientes com near miss apresentam um atraso para o retorno da atividade sexual, o que pode estar atrelado ao medo de ser machucada e/ou engravidar novamente. Apesar desse achado, não foram encontradas diferenças entre as gestantes saudáveis e as que tiveram complicações obstétricas ou experiência de quase morte na pontuação do questionário Feminin Sexual Function Index (FSFI). (ANDREUCCI, 2015 PLOS) Embora seja um tema relevante acerca da assistência à gravidez, parto e puerpério, ainda há pouca produção científica acerca da morbidade materna grave ou near miss em nosso país e os poucos trabalhos publicados ainda encontram dificuldades relacionadas à não uniformidade dos critérios utilizados.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Mapear a trajetória da mulher com Morbidade Materna Severa dentro da rede de atenção à saúde no Estado Ceará e o seu impacto na qualidade de vida das pacientes.

Objetivo Secundário:

1. Determinar perfil epidemiológico da morbidade materna grave/near miss nas maternidades públicas de referência do estado do Ceará, utilizando diferentes critérios identificadores. 2. Determinar a prevalência do near miss no estado do Ceará e

**Endereço:** Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria  
**Bairro:** sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br





Continuação do Parecer: 1.865.363

de complicações no período gravídico-puerperal<sup>3</sup>.

Descrever a trajetória das pacientes com Morbidade Materna Severa dentro da rede de atenção à saúde no Estado Ceará <sup>4</sup>. Identificar os

fatores determinantes para Morbidade Materna Severa e Near Miss na gravidez e pós-parto no estado do Ceará.<sup>5</sup> Analisar a relação entre Near

Miss e as iniquidades em saúde<sup>6</sup>. Avaliar a qualidade da assistência à mulher com Morbidade Materna Severa no estado do Ceará.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os possíveis riscos do estudo relaciona-se ao constrangimento pelo teor dos questionamentos, aos sentimentos que podem ser despertados ao falar sobre um momento dramático da vida pode ser muito difícil e ao desconforto pelo tempo exigido para a narrativa.

Benefícios:

As participantes serão diretamente beneficiadas na medida em que relatar sua dor e seu sofrimento contribui não apenas para uma compreensão mais ampla acerca de seus próprios problemas, como a torna protagonista de sua própria história. Para a comunidade científica, os resultados terão grande interesse, uma vez que a ampliação de produções científicas sobre o tema auxiliariam na elaboração de políticas públicas para reduzir as taxas de morbidade materna grave e near miss, além de fornecer o perfil epidemiológico do near miss materno no Estado do Ceará.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto deixa claro a sua relevância na pesquisa.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Coleta de Dados de prontuário 02/01/2017 30/06/2017

Análise Estatística dos Dados 01/07/2017 30/09/2017

Recrutamento das participantes da etapa qualitativa 01/07/2017 30/09/2017

Realização das entrevistas 01/08/2017 31/10/2017

Análise das Entrevistas 01/11/2017 31/01/2018

**Endereço:** Av. Washington Soares 1321Bloco da Reitoria  
**Bairro:** sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br



Continuação do Parecer: 1.865.363

Elaboração de Material Científico (dissertação de mestrado, trabalhos de iniciação científica, artigos científicos)

01/10/2017 30/06/2018

**Recomendações:**

Após a leitura da versão apresentada, não há recomendações por conta de pendências do projeto de pesquisa analisado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Colegiado recomenda a Aprovação ao projeto de pesquisa visto atender, na íntegra, às determinações da Resolução CNS/MS 466/12 e diretrizes.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado acata o parecer de Aprovação do projeto e esclarece: Apresentação de relatório parcial e final; A pesquisa deve ser desenvolvida conforme delineada no protocolo aprovado; O CEP deve ser informado dos efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal da pesquisa; Emendas ou modificações ao protocolo de pesquisa devem ser enviadas ao CEP para apreciação ética.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_772532.pdf	30/11/2016 18:08:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto__Near_Miss_final.docx	30/11/2016 18:08:14	ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/11/2016 18:07:50	ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_NIER_MISS.pdf	10/10/2016 09:33:56	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	autorizacao_HGF.pdf	09/09/2016 15:17:21	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	anuencia_HGCC.pdf	09/09/2016 15:15:39	Amanda Lopes de Castro	Aceito

**Endereço:** Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria  
**Bairro:** sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br



UNIVERSIDADE DE  
FORTALEZA (UNIFOR)/  
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 1.865.363

Outros	fiel_depositario_HGF.pdf	09/09/2016 15:13:10	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	fiel_depositario_HGCC.pdf	09/09/2016 15:12:36	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_meac_dois.pdf	09/09/2016 14:45:17	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_meac.pdf	09/09/2016 14:44:52	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	fiel_depositario_meac.pdf	09/09/2016 14:43:29	Amanda Lopes de Castro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 13 de Dezembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**ALDO ANGELIM DIAS**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Washington Soares 1321Bloco da Reitoria  
**Bairro:** sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br

## APÊNDICE G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFC/MEAC

UFC - MATERNIDADE ESCOLA  
ASSIS CHATEAUBRIAND DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E MAPEAMENTO DAS REDES DE ATENAÇÃO À MULHERES EM CONDIÇÃO DE NEAR MISS MATERNO

**Pesquisador:** ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 60900216.9.3003.5050

**Instituição Proponente:** Fundação Edson Queiroz

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.899.102

#### Apresentação do Projeto:

O Presente trabalho tem como objetivo principal, mapear a trajetória da mulher com Morbidade Materna Severa dentro da rede de atenção à saúde no Estado Ceará e o seu impacto na qualidade de vida das pacientes. Caracterizado como multicêntrico, pois será desenvolvido em três maternidades do estado do Ceará, caracterizadas como serviços terciários e credenciadas a Rede Cegonha. Os pesquisadores fizeram a opção em trabalhar com abordagem mista (quantitativo e qualitativo), com uma amostra de 100 pacientes. A coleta ocorrerá de Janeiro de 2016 a Janeiro de 2018, por meio de um instrumento de entrevista.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Geral:** Mapear a trajetória da mulher com Morbidade Materna Severa dentro da rede de atenção à saúde no Estado Ceará e o seu impacto na qualidade de vida das pacientes.

**Específicos:**

Determinar perfil epidemiológico da morbidade materna grave/near miss nas maternidades públicas de referência do estado do Ceará, utilizando diferentes critérios identificadores.

Determinar a prevalência do near miss no estado do Ceará e de complicações no período gravídico- puerperal.

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8569

**Fax:** (85)3366-8528

**E-mail:** cepmeac@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.899.102

Descrever a trajetória das pacientes com Morbidade Materna Severa dentro da rede de atenção à saúde no Estado Ceará.

Identificar os fatores determinantes para Morbidade Materna Severa e Near Miss na gravidez e pós-parto no estado do Ceará.

Analisar a relação entre Near Miss e as iniquidades em saúde.

Avaliar a qualidade da assistência à mulher com Morbidade Materna Severa no estado do Ceará.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: apresenta um risco mínimo, esclarecendo que toda pesquisa com seres humanos envolve risco, mas que no caso dessa pesquisa é mínimo e refere-se ao possível constrangimento ou desconforto emocional na entrevista.

Benefícios: ajudará na implantação de medidas que visem melhorar o serviço e a rede de assistência obstétrica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e atual.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Falta a carta de anuência da MEAC autorizando a pesquisa;
- Falta o termo de fiel depositário da MEAC para coleta nos prontuários.

**Recomendações:**

Inserir a carta de anuência da MEAC autorizando a pesquisa;

Inserir o termo de fiel depositário da MEAC para coleta nos prontuários.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Inserir a carta de anuência da MEAC autorizando a pesquisa;

Inserir o termo de fiel depositário da MEAC para coleta nos prontuários.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado retifica parecer do relator por constatar que há no protocolo, a carta de anuência autorizando a pesquisa e o termo de fiel depositário da MEAC para coleta nos prontuários.

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8569

**Fax:** (85)3366-8528

**E-mail:** cepmeac@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.899.102

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_772532.pdf	30/11/2016 18:08:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Near_Miss_final.docx	30/11/2016 18:08:14	ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/11/2016 18:07:50	ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_772532.pdf	10/10/2016 09:35:08		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_NIER_MISS.pdf	10/10/2016 09:33:56	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_772532.pdf	09/09/2016 15:18:25		Aceito
Outros	autorizacao_HGF.pdf	09/09/2016 15:17:21	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	anuencia_HGCC.pdf	09/09/2016 15:15:39	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	fiel_depositario_HGF.pdf	09/09/2016 15:13:10	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	fiel_depositario_HGCC.pdf	09/09/2016 15:12:36	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Near_Miss_final.pdf	09/09/2016 14:59:49	Amanda Lopes de Castro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modelo_hgf.docx	09/09/2016 14:49:26	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_meac_dois.pdf	09/09/2016 14:45:17	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_meac.pdf	09/09/2016 14:44:52	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	fiel_depositario_meac.pdf	09/09/2016 14:43:29	Amanda Lopes de Castro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE **Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8569

**Fax:** (85)3366-8528

**E-mail:** cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA  
ASSIS CHATEAUBRIAND DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.899.102

FORTALEZA, 26 de Janeiro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Maria Sidneuma Melo Ventura**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n  
**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com

## APÊNDICE H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HGF/SUS

HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E MAPEAMENTO DAS REDES DE ATENAÇÃO À MULHERES EM CONDIÇÃO DE NEAR MISS MATERNO

**Pesquisador:** ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 60900216.9.3001.5040

**Instituição Proponente:** Fundação Edson Queiroz

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.942.334

#### Apresentação do Projeto:

Este estudo se propõe trabalhar com um desenho misto, que incorpora técnicas de análise de informação e de análise dos dados tanto de caráter quantitativo, quanto qualitativo. É importante salientar que o processo de integração não significa fusão dos métodos. Ao contrário, é importante que os métodos mantenham suas identidades desde a idealização do projeto até a exposição do relatório final. Além disso, deve estar clara a contribuição de cada método para a pesquisa e da integração para o objeto estudado. Este fato é importante para que não se perca em detalhamento e sofisticação dos métodos utilizados.

No âmbito quantitativo trata-se de um estudo de coorte retrospectivo realizado por meio da análise de prontuários e registros de internação. Os dados obtidos nessa etapa, combinados aos dados de notificação do SIM (Sistema de Notificação sobre Mortalidade) nos permitirão determinar o perfil epidemiológico da morbidade materna grave/near miss, identificar os fatores determinantes para Morbidade Materna Severa e Near Miss na

gravidez e pós-parto no estado do Ceará e determinar a prevalência do near miss no estado do Ceará e de complicações no período gravídico-puerperal. No âmbito qualitativo, a pesquisa visa mapear a trajetória da mulher com Morbidade Materna Severa dentro da rede de atenção à saúde, identificar determinantes sociais para Morbidade Materna Severa e Near Miss materno e analisar

**Endereço:** Rua Avila Goulart, nº 900

**Bairro:** Papicú

**CEP:** 60.155-290

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-7078

**Fax:** (85)3101-3163

**E-mail:** cep@hgf.ce.gov.br



Continuação do Parecer: 1.942.334

sua relação com as iniquidades em saúde. A combinação das técnicas fornecerão subsídios para a avaliação da qualidade da assistência à mulher com Morbidade Materna Severa no estado do Ceará.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Mapear a trajetória da mulher com Morbidade Materna Severa dentro da rede de atenção à saúde no Estado Ceará e o seu impacto na qualidade de vida das pacientes.

Objetivo Secundário: 1. Determinar perfil epidemiológico da morbidade materna grave/near miss nas maternidades públicas de referência do estado do Ceará, utilizando diferentes critérios identificadores. 2. Determinar a prevalência do near miss no estado do Ceará e de complicações no período gravídico-puerperal. 3. Descrever a trajetória das pacientes com Morbidade Materna Severa dentro da rede de atenção à saúde no Estado Ceará. 4. Identificar os fatores determinantes para Morbidade Materna Severa e Near Miss na gravidez e pós-parto no estado do Ceará. 5. Analisar a relação entre Near Miss e as iniquidades em saúde. 6. Avaliar a qualidade da assistência à mulher com Morbidade Materna Severa no estado do Ceará.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Os possíveis riscos do estudo relaciona-se ao constrangimento pelo teor dos questionamentos, aos sentimentos que podem ser despertados ao falar sobre um momento dramático da vida pode ser muito difícil e ao desconforto pelo tempo exigido para a narrativa.

Benefícios: As participantes serão diretamente beneficiadas na medida em que relatar sua dor e seu sofrimento contribui não apenas para uma compreensão mais ampla acerca de seus próprios problemas, como a torna protagonista de sua própria história. Para a comunidade científica, os resultados terão grande interesse, uma vez que a ampliação de produções científicas sobre o tema auxiliariam na elaboração de políticas públicas para reduzir as taxas de morbidade materna grave e near miss, além de fornecer o perfil epidemiológico do near miss materno no Estado do Ceará.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados os termos obrigatórios: Folha de rosto, carta de anuência do Chefe de Serviço da Ginecologia e Obstetrícia, Carta de Fiel Depositário assinada pelo NAC, TCLE, Riscos, cronograma e orçamento.

**Endereço:** Rua Avila Goulart, nº 900

**Bairro:** Papicú

**CEP:** 60.155-290

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-7078

**Fax:** (85)3101-3163

**E-mail:** cep@hgf.ce.gov.br

## HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.942.334

### Recomendações:

Atualizar o cronograma no que se refere o início da coleta de dados do prontuário.

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto atende os preceitos éticos envolvendo seres humanos.

### Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_772532.pdf	30/11/2016 18:08:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto__Near_Miss_final.docx	30/11/2016 18:08:14	ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/11/2016 18:07:50	ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_772532.pdf	10/10/2016 09:35:08		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_NIER_MISS.pdf	10/10/2016 09:33:56	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_772532.pdf	09/09/2016 15:18:25		Aceito
Outros	autorizacao_HGF.pdf	09/09/2016 15:17:21	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	anuencia_HGCC.pdf	09/09/2016 15:15:39	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	fiel_depositario_HGF.pdf	09/09/2016 15:13:10	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	fiel_depositario_HGCC.pdf	09/09/2016 15:12:36	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Near_Miss_final.pdf	09/09/2016 14:59:49	Amanda Lopes de Castro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modelo_hgf.docx	09/09/2016 14:49:26	Amanda Lopes de Castro	Aceito

**Endereço:** Rua Avila Goulart, nº 900

**Bairro:** Papicú

**CEP:** 60.155-290

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-7078

**Fax:** (85)3101-3163

**E-mail:** cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.942.334

Outros	Carta_de_anuencia_meac_dois.pdf	09/09/2016 14:45:17	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_meac.pdf	09/09/2016 14:44:52	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	fiel_depositario_meac.pdf	09/09/2016 14:43:29	Amanda Lopes de Castro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 24 de Fevereiro de 2017

---

**Assinado por:**

**Ilvana Lima Verde Gomes  
(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Avila Goulart, nº 900

**Bairro:** Papicú

**CEP:** 60.155-290

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-7078

**Fax:** (85)3101-3163

**E-mail:** cep@hgf.ce.gov.br

## APÊNDICE I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HGCC/SUS

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR  
CAL/S/SES/SUS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E MAPEAMENTO DAS REDES DE ATENAÇÃO À MULHERES EM CONDIÇÃO DE NEAR MISS MATERNO

**Pesquisador:** ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 60900216.9.3002.5041

**Instituição Proponente:** Fundação Edson Queiroz

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.896.547

#### Apresentação do Projeto:

o presente trabalho tem como objetivo mapear a trajetória das pacientes com histórico de near miss dentro da rede de atenção e o seu impacto na qualidade de vida das pacientes, avaliando quantitativamente e qualitativamente as mulheres com morbidade materna grave e near miss, bem como a analisar perspectiva dos profissionais da saúde que participam do atendimento à essas mulheres. A pesquisa será realizada com pacientes internadas em Unidades de Terapia Intensiva dos três hospitais terciários que atuam como referência à assistência na gestação e puerpério no estado de Ceará. No âmbito quantitativo trata-se de um estudo de coorte retrospectivo realizado por meio da análise de prontuários e registros de informação, combinando os dados obtidos nesta etapa com os dados de notificação do Sistema de Notificação sobre Mortalidade

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Mapear a trajetória da mulher com Morbidade Materna Severa dentro da rede de atenção à saúde no Estado Ceará e o seu impacto na qualidade de vida das pacientes.

Objetivo Secundário:

1. Determinar perfil epidemiológico da morbidade materna grave/near miss nas maternidades

**Endereço:** Av. Imperador, nº 372

**Bairro:** Centro

**CEP:** 60.015-052

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-5354

**Fax:** (85)3101-5354

**E-mail:** ceap@hgcc.ce.gov.br

Continuação do Parecer: 1.896.547

públicas de referência do estado do Ceará, utilizando diferentes critérios identificadores.2. Determinar a prevalência do near miss no estado do Ceará e de complicações no período gravídico-puerperal3. Descrever a trajetória das pacientes com Morbidade Materna Severa dentro da rede de atenção à saúde no Estado Ceará 4. Identificar os fatores determinantes para Morbidade Materna Severa e Near Miss na gravidez e pós-parto no estado do Ceará.5. Analisar a relação entre Near Miss e as iniquidades em saúde6. Avaliar a qualidade da assistência à mulher com Morbidade Materna Severa no estado do Ceará

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os possíveis riscos do estudo relaciona-se ao constrangimento pelo teor dos questionamentos, aos sentimentos que podem ser despertados ao falar sobre um momento dramático da vida pode ser muito difícil e ao desconforto pelo tempo exigido para a narrativa.

Benefícios:

As participantes serão diretamente beneficiadas na medida em que relatar sua dor e seu sofrimento contribui não apenas para uma compreensão mais ampla acerca de seus próprios problemas, como a torna protagonista de sua própria história. Para a comunidade científica, os resultados terão grande interesse, uma vez que a ampliação de produções científicas sobre o tema auxiliariam na elaboração de políticas públicas para reduzir as taxas de morbidade materna grave e near miss, além de fornecer o perfil epidemiológico do near miss materno no Estado do Ceará

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem duas abordagens uma qualitativa e outra quantitativa, nos aspectos éticos é necessário dividir entre as resoluções.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou todos

**Recomendações:**

Embasar as duas resoluções nos aspectos éticos

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado com recomendação

**Endereço:** Av. Imperador, nº 372

**Bairro:** Centro

**CEP:** 60.015-052

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-5354

**Fax:** (85)3101-5354

**E-mail:** ceap@hgcc.ce.gov.br

Continuação do Parecer: 1.896.547

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_772532.pdf	30/11/2016 18:08:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Near_Miss_final.docx	30/11/2016 18:08:14	ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/11/2016 18:07:50	ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_772532.pdf	10/10/2016 09:35:08		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_NIER_MISS.pdf	10/10/2016 09:33:56	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_772532.pdf	09/09/2016 15:18:25		Aceito
Outros	autorizacao_HGF.pdf	09/09/2016 15:17:21	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	anuencia_HGCC.pdf	09/09/2016 15:15:39	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	fiel_depositario_HGF.pdf	09/09/2016 15:13:10	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	fiel_depositario_HGCC.pdf	09/09/2016 15:12:36	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Near_Miss_final.pdf	09/09/2016 14:59:49	Amanda Lopes de Castro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modelo_hgf.docx	09/09/2016 14:49:26	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_meac_dois.pdf	09/09/2016 14:45:17	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_meac.pdf	09/09/2016 14:44:52	Amanda Lopes de Castro	Aceito
Outros	fiel_depositario_meac.pdf	09/09/2016 14:43:29	Amanda Lopes de Castro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Av. Imperador, nº 372

**Bairro:** Centro

**CEP:** 60.015-052

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-5354

**Fax:** (85)3101-5354

**E-mail:** ceap@hgcc.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR  
CALS/SES/SUS



Continuação do Parecer: 1.896.547

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 23 de Janeiro de 2017

---

**Assinado por:**  
**ANTONIO LUIZ CARNEIRO JERONIMO**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Imperador, nº 372

**Bairro:** Centro

**CEP:** 60.015-052

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-5354

**Fax:** (85)3101-5354

**E-mail:** ceap@hgcc.ce.gov.br