



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

Maternal near-miss in labor and delivery in the light of technologies in health

Near miss materno en el trabajo de parto y parto a la luz de las tecnologías sanitarias

Izabel Dayana de Lemos Santos¹, Fabiana Fontana Medeiros¹, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari², Deise Serafim², Sandra Mara Maciel³, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli²

Como citar este artigo:

Santos IDL, Medeiros FF, Ferrari RAP, Serafim D, Maciel SM, Cardelli AAM. Maternal near-miss in labor and delivery in the light of technologies in health. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03409. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017049603409>

* Extraído da dissertação: “*Near miss* materno: entre mulheres no período de trabalho de parto e parto”, Universidade Estadual de Londrina, 2017.

¹ Universidade Estadual de Londrina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Londrina, PR, Brasil.

² Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Londrina, PR, Brasil.

³ Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To know maternal near-miss situations during labor and delivery according to technologies in health. **Method:** A quantitative study conducted with puerperal women in a public institution in which the maternity department is a reference for high risk care. Data collection was performed from October 2016 to August 2017, and data were processed in SPSS 20.0. Technologies in health were used for discussing the results. **Results:** Participation of 319 puerperal women. Primiparous women ($p=0.027$), previous diagnosis of hypertension ($p=0.0001$), preeclampsia ($p=0.0001$) and urinary tract infection ($p=0.002$) were items with statistical significance for the maternal near-miss outcome in labor and delivery. The hard technology associated with the outcome was transportation for hospitalization ($p=0.035$). Among the light-hard technologies, the following were associated: characteristics of amniotic fluid ($p=0.05$), vital signs check ($p=0.0001$), and initiation of the partograph for cesarean section ($p=0.026$). Among the light technologies, user satisfaction was relevant ($p=0.007$). **Conclusion:** Health technologies can be used for structuring the assistance in order to prevent maternal near-miss.

DESCRIPTORS

Near Miss, Healthcare; Pregnancy, High-Risk; Parturition; Obstetric Nursing; Technology.

Autor correspondente:

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Rua Tupi 329
CEP 86020-350 – Londrina, PR, Brasil
macielalexandrina@gmail.com

Recebido: 19/01/2017
Aprovado: 17/07/2018

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um tema que merece atenção dos profissionais de saúde em todos os níveis de assistência, o que inclui o cuidado à mulher no momento do trabalho de parto e parto, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade materna nesse processo⁽¹⁾.

No ano de 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) promoveu uma conferência para estabelecer propostas para o desenvolvimento do milênio, com objetivos que deveriam ser alcançados até o ano de 2015, entre os quais a diminuição significativa da mortalidade materna⁽²⁾.

Em 2015 foi realizada uma nova reunião da ONU, quando foram determinados objetivos para o desenvolvimento sustentável. O terceiro desses objetivos visava “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos”, e um dos seus princípios incluía a redução da mortalidade materna, com a proposta de que não ultrapassasse a taxa de 70 mulheres para cada 100.000 nascidos vivos até 2030⁽³⁾.

Mediante o que foi exposto, o Brasil implementou vários protocolos que qualificaram o atendimento à mulher, com direcionamento para o manejo do agravamento e de guias para aumentar a segurança da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Dessa forma, atualmente, o Brasil tem uma taxa de mortalidade materna de 26 mulheres para cada 100.000 nascidos vivos, o que está bem abaixo do proposto nos objetivos do desenvolvimento sustentável⁽⁴⁾.

Assim, deve-se continuar investindo em protocolos e atualizações pautadas em evidências científicas, visando diminuir ainda mais essa taxa, pois, mesmo com a presença de artifícios para o desfecho seguro da gestação, ainda existem mulheres que passam por eventos de morbidade grave ou *near miss* materno (NMM)⁽⁵⁻⁶⁾.

Em 2011, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define NMM como a situação em que mulheres passam por morbidades graves, com risco de vida, e estabelece critérios para identificá-las, a fim de que sejam feitas intervenções necessárias, garantindo o bem-estar dessa mulher. O *near miss* pode ocorrer na gestação, no trabalho de parto, parto e puerpério, abrangendo até 42 dias pós-parto⁽⁷⁾.

O cuidado direcionado às mulheres, a partir das tecnologias em saúde, é um dos pontos propostos para que se obtenha mais segurança no atendimento. Nesse sentido, considerando-se a tríade das tecnologias duras, leve-duras e leves, em saúde, é interessante observar que o manejo do *near miss* está intrinsecamente ligado à flexibilidade do uso de tais ferramentas⁽⁸⁾.

No presente estudo tem-se o objetivo de conhecer situações de *near miss* materno, durante a assistência ao trabalho de parto e parto, de acordo com as tecnologias em saúde.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo quantitativo, transversal e analítico, recorte de uma coorte prospectiva sobre gestação de alto risco, desenvolvido na maternidade de uma instituição pública. A instituição realiza assistência a intercorrências obstétricas e aos partos de alta complexidade, atendendo

exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) em um município da região Sul do país.

COLETA DE DADOS

Foram incluídas mulheres com diagnóstico de alto risco gestacional, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS)⁽⁶⁾, com pelo menos um critério de NMM, segundo a OMS⁽⁷⁾ e que fossem capazes de compreender e consentir sua participação no estudo. O objetivo da pesquisa foi esclarecido a todas as participantes, e, deste modo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O cálculo amostral baseou-se no relatório anual de partos ocorridos na instituição no ano anterior à pesquisa. Considerando erro amostral de 5%, nível de confiança de 95%, e universo de 1.045 partos, no ano de 2015, a amostra foi composta de 319 mulheres⁽⁹⁾.

Foi realizado estudo-piloto para a adequação do instrumento e posterior início da coleta de dados, a qual ocorreu no período de outubro de 2016 a agosto de 2017. Os dados foram obtidos por meio de transcrição do prontuário, cartão de pré-natal, entrevista com todas as puérperas e descrição da estrutura institucional de atendimento. Para garantir a cobertura total dos dados, ao final de cada caso realizou-se conferência do formulário, recaptação de prontuários e cartão de pré-natal, além de reentrevista por telefone nas situações de alta hospitalar.

O formulário foi estruturado para acesso a dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos, conforme as tecnologias em saúde propostas por Merhy⁽¹⁰⁾, que as apresenta como um facilitador para o diagnóstico do processo de assistência à saúde, sendo elas: tecnologia dura (TD), que está diretamente ligada à estrutura material e física da instituição; tecnologia leve-dura (TLD), que diz respeito ao conhecimento científico que fundamenta o cuidado realizado, obtida por meio dos indicadores da assistência na internação, práticas obstétricas no trabalho de parto, manejo do parto e critérios de *near miss*; e a tecnologia leve (TL), direcionada ao relacionamento interpessoal que o profissional da saúde estabelece com a usuária, por meio de diálogo e empatia, obtida mediante ao indicador do nível de satisfação da usuária.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram processados no *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0, e analisados por meio do teste Qui-quadrado, para a busca de possíveis associações ($p \leq 0,05$). As variáveis dependentes utilizadas foram: ‘desfecho de *near miss* materno no trabalho de parto e parto (DNMMTPP)’ e ‘satisfação da usuária em relação ao atendimento’ (obtida por meio do relato do atendimento à expectativa da mulher em relação às orientações e ao relacionamento interpessoal com a equipe de saúde).

ASPECTOS ÉTICOS

Em observância às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UDEL), com o Parecer: 1.757.596.

RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo 319 mulheres, a maior parte delas (70,5%) tinha idade entre 20 e 35 anos, 18,5% tinham 36 anos ou mais e 11% eram adolescentes. A raça foi prevalentemente branca (57,8%), a maioria (86,8%) tinha companheiro, pouco mais da metade (56,0%) possuía Ensino Médio completo, 48,6% das famílias recebiam mais que três salários mínimos. No perfil obstétrico, houve significância estatística entre o número de filhos e o desfecho de *near miss* materno no trabalho de parto e parto (DNMMTPP) ($p=0,027$). Primíparas apresentaram maior incidência de DNMMTPP (40,5%) (Tabela 1).

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

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

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

Quanto à assistência na internação para o parto, houve diferença estatística significativa entre o transporte para internação ($p=0,035$), verificação dos sinais vitais ($p=0,0001$) e as características do líquido amniótico ($p=0,05$) e o DNMMTPP. Entre as mulheres que procuraram internação, 57,6% utilizaram transporte particular, 55,2% das mulheres não obtiveram verificação dos sinais vitais e 69,0% não tiveram o registro da característica do líquido amniótico (Tabela 3).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo caracterização socioeconômica, demográfica, obstétrica e o desfecho de *near miss* materno no trabalho de parto e parto – Londrina, PR, Brasil, 2017.

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

*Teste Qui-quadrado ($p<0,05$); **Salário mínimo no ano de 2017: R\$937,00.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres segundo a presença de critérios de *near miss* anterior à internação para o parto e desfecho de *near miss* materno da gestação ao parto – Londrina, PR, Brasil, 2017.

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

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$),**Tabela 3** – Distribuição das mulheres segundo as tecnologias duras e leve-duras ofertadas durante a assistência na internação, práticas obstétricas no trabalho de parto, manejo do parto e desfecho de *near miss* no trabalho de parto e parto – Londrina, PR, Brasil, 2017.

Variáveis	Desfecho de <i>near miss</i> no trabalho de parto e parto						Valor de <i>p</i> *
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Transporte para internação							
Ambulância	89	42,4	33	10,3	122	38,2	0,035
Transporte particular	121	57,6	76	69,7	197	61,8	
Verificação de sinais vitais na internação							
Sim	94	44,8	20	18,3	114	35,7	0,0001
Não	116	55,2	89	81,6	205	64,2	
Dilatação na internação							
< 4 cm	69	32,9	36	33,0	105	32,9	0,166
≥ 4 cm	49	23,3	37	33,9	86	26,9	
Sem registro	92	43,8	36	33,0	128	40,1	
Dinâmica uterina na internação							
Presente	89	42,4	53	48,6	142	44,5	0,561
Ausente	75	35,7	34	31,2	109	34,2	
Sem registro	46	21,9	22	20,2	68	21,3	
Característica do líquido amniótico							
Claro	61	29,0	31	28,4	92	28,8	0,050
Mecônio	4	1,9	8	7,3	12	3,8	
Sem registro	145	69,0	70	64,2	215	67,4	
Indução com ocitocina no trabalho de parto							
Sim	75	35,7	34	31,2	109	34,2	0,420
Não	135	64,3	75	68,8	210	65,8	
Banho de relaxamento no trabalho de parto							
Sim	15	7,1	6	5,5	21	6,6	0,691
Não	13	6,2	9	8,3	22	6,9	
Sem registro	182	86,7	94	86,2	276	86,5	
Bola ou acento ativo no trabalho de parto							
Sim	4	2,0	4	4,1	8	2,7	0,390
Não	12	6,1	7	7,1	19	6,5	
Sem registro	180	91,8	87	29,6	267	90,8	

continua...

...continuação

Variáveis	Desfecho de <i>near miss</i> no trabalho de parto e parto						Valor de p^*
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Uso de massagem no trabalho de parto							
Sim	3	1,4	3	2,8	6	1,9	0,449
Sem registro	207	98,6	106	97,2	313	98,1	
Acompanhante pré-parto							
Sim	114	60,6	54	51,9	168	57,5	0,174
Não	74	39,4	50	48,1	124	42,5	
Partograma							
Até 3 horas	32	15,2	28	25,7	60	18,8	0,026
Mais que 3 horas	26	12,4	15	13,8	41	12,9	
Sem registro	38	18,1	20	18,3	58	18,2	
Aberto para cesariana**	114	54,3	46	42,2	160	50,2	
Acompanhante no parto							
Sim	76	39,0	45	46,4	121	41,6	0,226
Não	119	61,0	52	53,6	171	58,6	
Local do parto							
Quarto	6	2,9	7	6,4	13	4,1	0,131
Sala de parto	68	32,4	38	34,9	106	33,2	
Centro cirúrgico	136	64,8	64	58,7	200	62,7	
Tipo de parto							
Normal espontâneo	81	38,6	46	14,4	127	39,8	0,530
Cesariana	129	61,4	63	57,8	192	60,2	

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$); ** Partograma aberto somente para anotar a justificativa da cesariana.

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

Entre as tecnologias leves, houve significância estatística em relação a orientações desejadas recebidas ($p=0,013$);

informações sobre o acompanhante ($p=0,022$); tratamento gentil pela equipe ($p=0,0001$); informações sobre quadro clínico ($p=0,005$); explicação sobre procedimento realizado ($p=0,007$); bom relacionamento com a equipe ($p=0,005$); liberdade para esclarecer dúvidas ($p=0,007$); apresentação da equipe ($p=0,026$) e satisfação com o atendimento. Identificou-se que 44,5% não receberam as orientações que desejavam; 38,9% não foram informadas sobre o direito do acompanhante, porém 54,6% foram tratadas com gentileza; 86,9% tiveram informações sobre seu quadro clínico; 85,9% receberam explicações sobre os procedimentos realizados; 95,1% relataram bom relacionamento com a equipe; 96,1% tiveram liberdade para esclarecer dúvidas; e 94,3% afirmaram que a equipe se apresentou (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das mulheres segundo tecnologias leves ofertadas e satisfação com o atendimento – Londrina, PR, Brasil, 2017.

Variáveis	Satisfação com o atendimento						Valor de p^*
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Orientação antes do parto							
Sim	177	62,5	21	58,3	198	62,1	0,624
Não	106	37,5	15	41,7	121	37,9	
Orientações desejadas recebidas							
Sim	157	55,5	12	33,3	169	53,0	0,013
Não	126	44,5	24	66,7	150	47,0	
Informação sobre acompanhante							
Internação	108	38,2	11	30,6	119	37,3	0,022
Pré-parto	43	15,2	8	22,2	51	16,0	
Parto	9	3,2	2	5,6	11	3,4	
Puerpério	13	4,6	6	16,7	19	6,0	
Não foi informada	110	38,9	9	25,0	119	37,3	

continua...

...continuação

Variáveis	Satisfação com o atendimento						Valor de p^*
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Tratamento gentil por parte da equipe							
Sim	270	84,6	28	77,8	298	93,4	0,0001
Não	12	4,2	8	93,4	20	6,3	
Não opinou	1	0,4	0	0,0	1	0,3	
Informação sobre quadro clínico							
Sim	246	86,9	24	66,7	270	84,6	0,005
Não	37	13,1	12	33,3	49	15,4	
Explicação sobre procedimento realizado							
Sim	243	85,9	24	66,7	267	83,7	0,007
Não	40	14,1	12	33,3	52	16,3	
Bom relacionamento com equipe							
Sim	269	95,1	29	80,6	298	93,4	0,005
Não	14	4,9	7	19,4	21	6,6	
Liberdade para esclarecer dúvidas							
Sim	272	96,1	30	83,3	302	94,7	0,007
Não	11	3,9	6	16,7	17	5,3	
Apresentação da equipe							
Sim	267	94,3	30	83,3	297	93,1	0,026
Não	16	5,7	6	16,7	22	6,9	

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

DISCUSSÃO

Mulheres com extremos de idade, ou seja, adolescentes e as que têm mais de 35 anos, são classificadas como de risco intermediário nos protocolos de assistência às gestantes⁽⁵⁾. A gestação na adolescência, durante muito tempo, foi entendida como um fator de risco à saúde das jovens e caracterizada como um problema de saúde pública. Entretanto, atualmente, esse paradigma está sendo quebrado, pois se sabe que esse grupo está exposto a um risco social muito maior do que o biológico⁽¹¹⁾. A fuga da realidade em que vivem, e o fato de que a representação social de ser mãe lhes confere uma identidade específica e respeitada perante a sociedade são determinantes sociais para a manutenção da incidência da gravidez nessa faixa etária⁽¹²⁾. Pode-se dizer que essa realidade se confirmou neste estudo, pois não houve número significativo de ocorrência de DNMMTPP entre as adolescentes.

Considerando-se que, atualmente, as mulheres levam mais tempo para optar por uma primeira gravidez, devido a seu cotidiano, ou até mesmo em função da busca de estabilidade social e financeira, grande parte delas tem engravidado após os 35 anos de idade⁽¹³⁾. No presente estudo, o número de mulheres que tiveram algum DNMMTPP após essa idade não foi significativo. A maior parte das mulheres estudadas que desenvolveu DNMMTPP eram jovens adultas em idade produtiva.

Em relação ao ciclo gravídico-puerperal, a predisposição a algum agravo específico pode estar relacionada a primíparas⁽¹⁴⁾. Neste estudo, a proporção de DNMMTPP nas primíparas foi significativa, de forma semelhante a um estudo de Pernambuco, realizado em uma maternidade referência para alto risco, no qual 93,2% das primíparas apresentaram risco gestacional⁽¹⁵⁾.

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

O perfil epidemiológico dessas mortes, traçado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, apresenta a hipertensão como a primeira causa de mortalidade materna, com 20% dos casos, e infecções puerperais, com 7%, ocupando a terceira causa de morte materna no Brasil⁽¹⁶⁾.

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

Sabe-se que, na gestação, a hipertensão pode se apresentar de diversas formas: gestantes previamente hipertensas; gestantes que, após 20 semanas, desenvolvem hipertensão, podendo evoluir para uma pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas), elevando a probabilidade de DNMMTPP⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. A infecção do trato urinário é outra patologia que está presente no processo de gestar e parir de inúmeras mulheres, a qual pode evoluir para uma corioamnionite, infecção puerperal ou até mesmo para sepse. Ressalta-se, novamente, a importância de o profissional ter habilidades que

correspondam à tecnologia em saúde nas bases leve e dura, para que faça o manejo adequado dos quadros apresentados⁽¹⁹⁾.

Da mesma forma que a assistência anterior ao parto é importante, o momento da internação também é significativo, pois a partir da anamnese e seu registro será escolhida a melhor conduta, evidenciando as TLD no atendimento⁽⁵⁾. Porém, nem sempre esse momento está registrado no prontuário. No presente estudo, identificou-se falta de informações dos sinais vitais e das características do líquido amniótico. Os sinais vitais fornecem importantes informações sobre o estado inicial da mulher de alto risco⁽²⁰⁾. E mediante a análise do líquido amniótico obtêm-se informações sobre o estado do feto, além de indicativos de risco para infecção na parturiente, que pode estender-se até o puerpério, portanto, essas informações proporcionam um manejo adequado das mulheres que apresentam NMM⁽²¹⁾.

É válido ressaltar que, neste estudo, 32,9% das mulheres internadas não apresentavam sinais de trabalho de parto. Estes seriam dilatação maior que quatro centímetros e dinâmica uterina presente, conduta que pode ser considerada adequada por se tratar de mulheres com alto risco obstétrico⁽²²⁾. A maior parte das mulheres deste estudo teve cesariana como resolução da gestação, e, apesar da alta taxa, considera-se que as indicações foram pertinentes, em função do diagnóstico de alto risco envolvido, demonstrando o uso adequado das TLD. A OMS, desde 1996, preconiza que as instituições tenham, no máximo, 15% de cesarianas entre o total de partos⁽²³⁾. Entretanto, em publicação atual, é recomendado que as instituições adotem a classificação de Robson, ou classificação dos 10 grupos, que propõe grupos com características obstétricas específicas. Desse modo, cada instituição tem sua taxa de cesariana conforme as características das mulheres que são atendidas, afirmando a efetividade da indicação da cirurgia⁽²⁴⁾.

O atendimento humanizado é uma proposta do Ministério da Saúde para a assistência ofertada no SUS e está diretamente associado às tecnologias leves, e a mulher em situação de NMM não deve ser excluída desse atendimento. Uma das maneiras de humanizar o momento do parto depende, além da conscientização do profissional, da estrutura da instituição, a qual deve oferecer: acesso à água quente, à bola suíça, a terapias complementares para o alívio da dor e boa interação interpessoal da equipe com a mulher, envolvendo a manutenção de ambiente calmo, confortável e privado, o que mostra o uso em conjunto da tríade de tecnologias em saúde⁽²²⁻²⁵⁾. Novamente, neste estudo, rotinas obstétricas não foram devidamente registradas em prontuários.

Em relação à TD, a estrutura da instituição em análise fornece meios para a realização de exames, assegura o acesso à unidade de terapia intensiva, se assim for necessário, e também acesso ao centro cirúrgico e à unidade de terapia intensiva neonatal. Os profissionais têm acesso a todos os materiais e insumos necessários, o que é de extrema importância para o atendimento de mulheres em situação de NMM, porém a estrutura em que a maternidade está instalada tem limitações, por exemplo: banheiros, que geralmente são utilizados por tempo prolongado no trabalho de parto, são

insuficientes; a água morna ajuda de forma não farmacológica no alívio da dor, mas o acesso ao chuveiro é restrito⁽²⁶⁾; a indisponibilidade de corredores amplos e arejados para a caminhada das parturientes, pois caminhar favorece a progressão do trabalho de parto⁽²⁷⁾.

O transporte das mulheres para o acesso à instituição também é considerado TD. A pesquisa mostrou que grande parte das mulheres buscou internação por meios próprios, ou seja, veículos particulares, e foram essas mulheres que tiveram maior DNMMTPP. Salienta-se que a parturiente tem direito garantido de transporte seguro por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o hospital de referência. Esse meio de transporte está capacitado para atender qualquer tipo de demanda que a parturiente presente no decorrer do trajeto, garantindo sua estabilidade fisiológica⁽²⁸⁾.

Com a prática do dia a dia e o automatismo do processo de cuidar, a relação interpessoal entre profissional e usuária pode ser prejudicada, favorecendo o não estabelecimento da tecnologia leve no ambiente de trabalho. Neste estudo, vale salientar que, apesar da pouca resolução das demandas específicas das mulheres durante sua internação, a satisfação delas foi evidente. Isso pode ser explicado pelo fato de que, muitas vezes, para a usuária é mais importante ser tratada com humanidade do que ter suas patologias ou demandas resolvidas⁽²⁹⁻³⁰⁾.

CONCLUSÃO

Neste estudo, constatou-se que a presença de *near miss* decorrente de hipertensão arterial, pré-eclâmpsia e infecção do trato urinário, anteriores à internação para o parto, determinaram a ocorrência de *near miss* materno no trabalho de parto e parto, respectivamente, crise hipertensiva, síndrome de HELLP e infecção puerperal. Nesse sentido, se poderia deduzir que as tecnologias leve-duras e duras não foram suficientes para prevenir desfechos negativos na assistência ofertada a essas mulheres após a internação, entretanto, essas tecnologias foram adequadamente implementadas, e os determinantes da situação de *near miss* no trabalho de parto e parto foram o seguimento insuficiente do agravo materno durante a gestação e a sua internação em quadro clínico crítico. Este diagnóstico enfatiza a necessidade de adequação do pré-natal para mulheres classificadas como de alto risco, que deve compreender acompanhamento clínico eficiente, uso de tecnologias leves para empoderamento da mulher sobre seu diagnóstico e autocuidado, bem como condições efetivas de acesso à instituição de referência para o parto adequado, minimizando riscos.

Considera-se como limitação do estudo a lacuna de informações nos prontuários sobre o atendimento às mulheres, o que indica a necessidade de revisão do procedimento relativo aos registros dos cuidados, os quais se constituem em um importante sistema de informação em saúde e são essenciais para a análise da qualidade da assistência e, consequentemente, da segurança do paciente.

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

RESUMO

Objetivo: Conhecer situações de *near miss* materno durante a assistência ao trabalho de parto e parto, de acordo com as tecnologias em saúde. **Método:** Estudo quantitativo, realizado em uma instituição pública, cuja maternidade é referência para alto risco, com puérperas. A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2016 a agosto de 2017, e os dados foram processados no SPSS 20.0. Para a discussão dos resultados, foram utilizadas as tecnologias em saúde. **Resultados:** Participaram 319 puérperas. Primípara ($p=0,027$), diagnóstico prévio de hipertensão ($p=0,0001$), pré-eclâmpsia ($p=0,0001$) e infecção do trato urinário ($p=0,002$) foram itens que apresentaram significância estatística para o desfecho de *near miss* materno no trabalho de parto e parto. A tecnologia dura que se associou com o desfecho foi o transporte para internação ($p=0,035$); entre as leve-duras, associaram-se as características do líquido amniótico ($p=0,05$), verificação dos sinais vitais ($p=0,0001$) e abertura do partograma para cesariana ($p=0,026$); e entre as leves, a satisfação da usuária foi relevante ($p=0,007$). **Conclusão:** Acredita-se que as tecnologias em saúde podem ser utilizadas para a estruturação da assistência para a prevenção do *near miss* materno.

DESCRITORES

Near Miss; Gravidez de Alto Risco; Parto; Enfermagem Obstétrica; Tecnologia.

RESUMEN

Objetivo: Conocer situaciones de *near miss* materno durante la asistencia al trabajo de parto y parto, según las tecnologías sanitarias. **Método:** Estudio cuantitativo, llevado a cabo en un centro público, cuya maternidad es referencia para alto riesgo, con puérperas. La recolección de datos se realizó en el período de octubre de 2016 a agosto de 2017, y los datos fueron procesados en el SPSS 20.0. Para la discusión de los resultados, fueron utilizadas las tecnologías sanitarias. **Resultados:** Participaron 319 puérperas. Primípara ($p=0,027$), diagnóstico previo de hipertensión ($p=0,0001$), pre eclampsia ($p=0,0001$) e infección del tracto urinario ($p=0,002$) fueron puntos que presentaron significación estadística para el resultado de *near miss* materno en el trabajo de parto y parto. La tecnología dura que se asoció con el resultado fue el traslado a estancia hospitalaria ($p=0,035$); entre las ligera-duras, se asociaron las características del líquido amniótico ($p=0,05$), verificación de las señales vitales ($p=0,0001$) y apertura del partograma para cesárea ($p=0,026$); y, entre las ligeras, la satisfacción de la usuaria fue relevante ($p=0,007$). **Conclusión:** Se cree que las tecnologías sanitarias pueden utilizarse para la estructuración de la asistencia a fin de prevenir el *near miss* materno.

DESCRIPTORES

Near Miss Salud; Embarazo de Alto Riesgo; Parto; Enfermería Obstétrica; Tecnología.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: segurança e qualidade [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2017 out. 20]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade>
2. United Nations Development Programme. Millennium Development Goals [Internet]. Nova York: UNDP; 2016 [cited 2017 Oct 15]. Available from: http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/mdg_goals.html
3. Organização das Nações Unidas, Centro Regional de Informações das Nações Unidas para a Europa Ocidental. Guia sobre desenvolvimento sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo [Internet]. Nova York; 2016 [citado 2017 out. 15]. Disponível em: https://www.unric.org/pt/images/stories/2016/ods_2edicao_web_pages.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação de Mortalidade-SIM [Internet] Brasília; 2017 [citado 2017 out. 15]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>
5. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet] Brasília; 2012 [citado 2017 out. 20]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [internet] Brasília; 2012 [acesso em 2017 set. 20]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
7. Organização Mundial da Saúde. Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do *near miss* da OMS para a saúde materna. Genebra: OMS; 2014.
8. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2012;6(2):163-52.
9. Baretta PA. Fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra: estatística aplicada às ciências sociais. Florianópolis: Ed.UFSC; 2012.
10. Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
11. Queiroz MVO, Brasil E M, Alcantrara CM, Carneiro MGO. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. *Rev Rene*. 2014;15(3):455-62. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000300010.
12. Dias ACG, Patias ND, Fiorin PC, Dellatore MZ. O significado da maternidade na adolescência para jovens gestantes. *Rev Bras Hist Ciênc Soc*. 2011;3(6):167-53.
13. Rodriguez FT, Carneiro TF. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. *Tempo Psicanalítico*. 2013;45(1):111-21.
14. Oliveira DR, Cruz MKP. Estudo das indicações de parto cesáreo em primigestas no município de Barbalha-Ceará. *Rev Rene*. 2010;11(3):114-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20reene.v11i3.4601>
15. Moraes PGS, Holanda VR, Pinheiro HDM. Perfil epidemiológico de primíparas atendidas em uma maternidade de alto risco. *Enferm Obstétr*. 2014;1(2):45-50.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza [internet] Brasília; 2014 [citado 2017 set. 15]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf

17. Bashour H, Haddad GS, Dejong J, Ramadan MC, Hassan S, Breebaart M, et al. A cross sectional study of maternal 'near-miss' cases in major public hospitals in Egypt, Lebanon, Palestine and Syria. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 15:296. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0733-7>.
18. Nobrega MF, Santos MTBR, Davim RMB, Oliveira LFM, Alves ESRC, Rodrigues ESRC. Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(6):259-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-720320140004812>.
19. Rulisa S, Umuziranenge I, Small M, Roosmalen JV. Maternal near miss and mortality in a tertiary care hospital in Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2015;15-203. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0619-8>
20. Seignemartin BA, Jesus LR, Vergilio MSTG, Silva M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. *Rev Rene*. 2013;14(6):1123-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v14i6.3724>
21. Campana S G, Chavez J H, Haas P. Diagnóstico laboratorial do líquido amniótico. *J Bras Patol Med Laborat*. 2003;39(3):215-8.
22. Brasil. Ministério da Saúde; Comissão Nacional de Informações Tecnológicas no SUS Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal [internet] Brasília: CONITEC; 2016 [citado 2017 nov. 15]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
23. Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático [Internet] Brasília: MS; 1996 [citado 2017 nov. 15]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-9570>
24. Organização Mundial da Saúde, Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Internet] Genebra; 2014 [citado 2017 nov. 20]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/who_rhr_15.02_por.pdf;jsessionid=4E023CBB9F015EF451CAA90663B9113C?sequence=3
25. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do Parto: humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília: 2014 [citado 2017 nov. 22]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
26. Barbieri M, Henrique AJ, Chors FM, Maia NL, Gabrielloni MC. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(5):478-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000500012>
27. Wei CY, Gualda DMR, Junior APOS. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(4): 717-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400010>.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [internet] Brasília; 2011 [citado 2017 set. 12]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
29. Gomes AMA, Caprara A, Landim LOP, Vasconcelo IMCF. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2012;22 (3): 1101-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300014>
30. Fogaça NR, Ferrari RAP, Gabani FL, Soares NT, Tacla MTGM, Oliveira GS. Operacionalização de grupos de pré-natal: percepção dos profissionais do serviço da atenção primária à saúde. *Rev Pesq Qualit*. 2017;5(7):128-42.

