UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

VITÓRIA ESPÍNDOLA LEITE BORGES

Inquérito nacional sobre emergências obstétricas: a perspectiva do médico obstetra na prática clínica

Ribeirão Preto
2022

VITÓRIA ESPÍNDOLA LEITE BORGES

Inquérito nacional sobre emergências obstétricas: a perspectiva do médico obstetra na prática clínica (versão corrigida)

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação Mestrado Profissional em Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Medicina.

Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Medicina

Orientadora: Elaine Christine Dantas Moisés

Colaboradora: Maria Rita de Souza Mesquita

Ribeirão Preto
2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Borges, Vitória Espíndola Leite
Inquérito nacional sobre emergências obstétricas: a perspectiva do médico obstetra na prática clínica,
Ribeirão Preto, 2022.
87 p.

Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado em Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Medicina,
Orientadora: Moisés, Elaine Christine Dantas.

1. Mortalidade materna 2. Morbidade materna grave 3. Emergências obstétricas 4. Recursos 5. Capacitação 6. Educação continuada 7. Escala de risco obstétrico.

*O presente trabalho foi realizado com apoio e auxílio da FAEPA (Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo), CAPES (*Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior*) e da FEBRASGO (Federação brasileira das associações de ginecologia e obstetrícia).*

Nome: Vitória Espíndola Leite Borges

Título: Inquérito nacional sobre emergências obstétricas: a perspectiva do médico obstetra na prática clínica

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação de Mestrado Profissional em Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Medicina.

Aprovado em: 10/03/2023

Banca examinadora

Prof(a). Dr(a): Elaine Christine Dantas Moisés
Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)
Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a): Rossana Pulcineli Vieira Francisco
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)
Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a): Humberto Sandanobu Hirasawa
Instituição: Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)
Julgamento: Aprovada

Agradecimentos

Chega-se ao fim de mais uma jornada. Um ciclo que se fecha para que novos caminhos possam ser percorridos. Uma jornada, para minha sorte, nada solitária, repleta de pessoas especiais e que foram fundamentais em todo esse processo, as quais não poderia deixar de demonstrar tamanha gratidão.

Em primeiro lugar, a minha orientadora, Professora Elaine que me recebeu de braços abertos na pós-graduação, com tamanha generosidade e dedicação daquele que nasceu para partilhar o conhecimento e o faz de bom grado. Aquela que permitiu a realização desse sonho, alimentando-o, quando meu interesse, para muitos seria apenas a empolgação de um recém chegado à terras “uspianas’’, que logo cessaria diante à carga horária e a rotina nada usual de um residente de Obstetrícia e Ginecologia. E esteve ali sempre presente, compartilhando a experiência do mundo acadêmico, incentivando, sempre disponível e disposta, tornando a jornada mais simples.

Não poderia deixar de agradecer ao Francisco, presente desde o início, com extremo profissionalismo, permitindo o desenvolvimento de um projeto ambicioso com abrangência nacional que hoje se concretiza com essa tese, e também à professora Maria Rita que compartilhou sua experiência acadêmica com tamanho altruísmo.

Ao meu companheiro de vida, Matheus, que esteve e está sempre ao meu lado, sonhando comigo, e incentivando pacientemente cada projeto, cada escolha, obrigada por se fazer presente e mostrar que a vida é muito mais simples e merece ser vivida.

À minha família, meus pais Wilton e Neuza, meus maiores exemplos, que sempre acreditaram na educação como força transformadora e se esforçaram incondicionalmente para que pudesse ter acesso e condições plenas de estudo, diante de tantos obstáculos, e que mesmo longe de casa há mais de 10 anos, mas se fazem sempre presentes. As minhas irmãs Isadora e Sofia, fontes de inspiração, humildade, comprometimento e superação diária.

Às minhas amigas de residência, Beatriz Cabral, Beatriz Simas e Bianca, minhas fiéis escudeiras, que nos últimos três anos entenderam que desafios não se vivem sozinhos, que partilhar é necessário quando se tem um objetivo em comum e grandes amizades se constroem em momentos de incerteza.

Á FEBRASGO, entidade fundamental no desenvolvimento deste trabalho, apoiando-nos com a divulgação e permitindo com que mais ginecologistas e obstetras fossem alcançados.

Agradecer também a seção de pós-graduação da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, pelo desenvolvimento desse programa de Mestrado profissional, por permitir que residentes possam desfrutar de todo o academicismo da Universidade de São Paulo, um programa extremamente organizado e que cumpre seu objetivo de promover a formação cientifica e tecnológica com qualidade e competência e qualificar profissionais para atuar na gestão o sistema de saúde brasileiro.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis demográficas dos médicos Ginecologistas e Obstetras, no Brasil e nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627)

Tabela 2 - Distribuição dos médicos assistenciais Ginecologistas e Obstetras segundo locais de atuação predominante, no Brasil e nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627)

Tabela 3 - Distribuição de disponibilidade de recursos estruturais nas instituições de atuação dos médicos assistenciais Ginecologistas e Obstetras, no Brasil e nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627)

Tabela 4 - Distribuição de disponibilidade de exames laboratoriais nas instituições de atuação predominante dos médicos assistenciais Ginecologistas e Obstetras, no Brasil e nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627)

Tabela 5 - Distribuição de disponibilidade de recursos (medicamentos, instrumentos ou aparelhos) para manejo das principais causas de morbidade materna grave nas instituições de atuação predominante dos médicos assistenciais Ginecologistas e Obstetras, Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627)

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais em relação à percepção de segurança e conhecimentos em diagnosticar e manejar as emergências obstétricas, Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N=593).

Tabela 7 - Distribuição de cursos de capacitação em emergências obstétricas pelos médicos assistenciais Ginecologistas e Obstetras, Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627)

Tabela 8 - Distribuição de capacitação em emergências obstétricas pelos médicos assistenciais Ginecologistas e Obstetras, Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627)

Tabela 9 - Oferta de cursos internos de capacitação periódica nas unidades de atuação por regiões. Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627).

Tabela 10 - Distribuição de características relacionadas a protocolos, processos e organização das equipes nas instituições, Brasil e regiões. Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 593)

Tabela 11 - Distribuição de características relacionadas ao atendimento de COVID-19, Brasil e regiões. Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627)

Tabela 12 – Correlações entre os dados de prevalência em relação a disponibilidade de recursos, cursos de capacitação e organização dos serviços de saúde com prevalência de óbitos maternos (r= 0,30 -> correlação fraca; r= 0,50 -> correlação moderada; r= 0,70 -> correlação forte)

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número absoluto de óbitos maternos declarados entre os anos de 2000 e 2021 no SIM (fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade do CGIAE/SVS/MS, 2022*Dados não consolidados)

Gráfico 2. Distribuição de ginecologistas e obstetras participantes por região geográfica do INAEB (N = 627) e Brasileira (N= 37327), Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil.

Gráfico 3. Participantes que prestaram assistência a gestantes/puérperas em emergências obstétricas, Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 592)

Gráfico 4. Tempo de realização do último curso de capacitação em emergências obstétricas, Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 386)

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CGIAE	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	Doença do coronavírus (do inglês: Coronavirus Disease 2019)
ECMO	Oxigenação por membrana extracorpórea
EO	Emergências obstétricas
FEBRASGO	Federação brasileira das associações de Ginecologia e Obstetrícia
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
IC	Intervalo de confiança
IDH	Índice de desenvolvimento humano
INAEB	Inquérito Nacional sobre emergências obstétricas
MEOWS	Modified early obstetric warning score
MM	Morte materna
MMG	Morbidade materna grave
OOBr	do inglês: *Obstetric Observatory BRAZIL - COVID-19*
OD	do inglês: *Odds ratio*
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização mundial de saúde
PIB	Produto interno bruto
RAMI	Rede de atenção materna e infantil
RedCap	do inglês: *Research Electronic Data Capture*
RMM	Razão de mortalidade materna
SARS-CoV-2	Síndrome respiratória aguda grave do coronavírus 2 (do inglês Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2)
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SIVEP-Gripe	Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe
SOGESP	Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do estado de São Paulo
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

RESUMO **14**

ABSTRACT **16**

1. INTRODUÇÃO **17**

2. JUSTIFICATIVA **22**

4. OBJETIVOS **23**

4.1. Objetivo principal *23*
4.2. Objetivos específicos *23*

5. CASUÍSTICA E MÉTODOS **24**

5.1. ASPECTOS ÉTICOS DO PROJETO 24
5.1.1. COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS 24
5.1.2. GESTÃO DE DADOS 24
5.2. CASUÍSTICA 25
5.2.1 Seleção de sujeitos *25*
5.2.2 Amostra *25*
5.2.3 Critérios *25*
5.2.3.1 Critérios de inclusão *25*
5.2.3.2 Critérios de exclusão *25*
5.2.3.3 Critério de descontinuidade *26*
5.3. MÉTODOS 26
5.3.1 TIPO DE ESTUDO 26
5.3.2. Método de Avaliação *26*
5.3.3. Variáveis analisadas *27*
5.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA 27

6. RESULTADOS **29**

6.1 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AOS MÉDICOS PARTICIPANTES 29
6.2 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS A INFRAESTRUTURA, RECURSOS E LOCAIS DE TRABALHO 32
6.3 HABILIDADES, SEGURANÇA E CONHECIMENTO NO DIAGNÓSTICO E MANEJO DAS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS 37
6.5 O OBSTETRA DIANTE AO DESAFIO DO CUIDADO A GESTANTE/PUÉRPERA COM COVID-19 44
6.6 ANÁLISE EXPLORATÓRIA DE CORRELAÇÕES 46

7. DISCUSSÃO **49**

8. CONCLUSÕES **57**

9. REFERÊNCIAS **58**

10. ANEXOS **63**

10.1. ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PÓS-INFORMADO - 2 63
10.2. ANEXO 2: CORPO DO E-MAIL ENVIADO PELO SETOR DE COMUNICAÇÃO DA FEBRASGO AOS MÉDICOS GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS COM E-MAILS CADASTRADOS. 67
10.3. ANEXO 3: LOGOMARCA DO PROJETO INAEB (INQUÉRITO NACIONAL SOBRE EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS) COM *QR CODE* PARA ACESSO AO QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO 68
10.4. ANEXO 4: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APLICADO EM FORMATO ELETRÔNICO 69
10.5. ANEXO 5: QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO PARA CARACTERIZAÇÃO DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS, RECURSOS ESTRUTURAIS, HUMANOS E DE PROCESSOS OPERACIONAIS DAS INSTITUIÇÕES 72
10.6. ANEXO 6: APROVAÇÕES DA UNIDADE DE PESQUISA CLÍNICA E DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HCFMRP-USP 78

Resumo

Título: Inquérito nacional sobre emergências obstétricas: a perspectiva do médico obstetra na prática clínica

Introdução: A mortalidade materna (MM), mantém índices elevados em países em desenvolvimento tais como o Brasil, com incremento importante desde o ano de 2020 em decorrência da pandemia de COVID-19. Ressalta-se a relevância das emergências obstétricas (EO) como importante causa de MM, correspondendo a 72,5% dessas mortes. Nesse cenário é fundamental identificar os principais fatores associados às dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na assistência às EO, com o propósito de se estabelecer planos de ações de acordo com cada região em um país de dimensões continentais e realidades distintas.

Objetivos: Avaliar a capacidade de assistência do médico ginecologista e obstetra frente às emergências obstétricas e identificar as principais dificuldades relacionadas tanto a conhecimento teórico/prático, como a recursos estruturais e de insumo.

Casuística e Métodos: estudo observacional e transversal, com inclusão consecutiva de médicos ginecologistas e obstetras, com dados obtidos por meio de questionário eletrônico, abordando temas relacionados à disponibilidade de recursos, equipe de saúde, protocolos institucionais, realização de cursos de capacitação relacionados à assistência das emergências obstétricas. A análise estatística dos dados coletados foi realizada por meio do programa SAS versão 9.4.

Resultados: Neste estudo, em que mais de 90% dos médicos já conduziu algum caso relacionado a gestante e/ou puérpera em condição de grave morbidade identificou-se que a rede de saúde dispõe de recursos humanos, profissionais formados, recursos estruturais e insumos (medicações, exames laboratoriais) para essa assistência. Entretanto, os dados evidenciam baixa prevalência de programas de educação continuada (36%, principalmente relacionada a COVID-19) capacitação específica da equipe médica (61,41%), implementação de protocolos de identificação de risco obstétrico (33,09%), time de resposta rápida (46,54%) e de montagem de caixas e carrinhos de urgência (71,68%) para diagnóstico e assistência das emergências obstétricas.

Discussão: Os dados sugerem que a permanência da elevada RMM está relacionada às deficiências na organização dos serviços de saúde, baixa implementação de protocolos para sistematização em classificação de risco e no atendimento às condições de gravidade materno fetal, como também à carência de acesso a programas de educação continuada/capacitação específica pela equipe médica.

Palavras-chave: Mortalidade materna; morbidade materna grave; emergências obstétricas; recursos; capacitação; educação continuada; escala de risco obstétrico.

Abstract

Title: National survey on obstetric emergencies: the obstetrician's perspective in clinical practice

Introduction: Maternal mortality (MM) maintains high rates in underdeveloped countries such as Brazil, with a significant increase since 2020 in line with the COVID-19 pandemic. The relevance of obstetric emergencies (OE) is highlighted as an important cause of MM, corresponding to 72.5% of these deaths. In this scenario, it is essential to identify the main factors associated with the difficulties faced by health professionals in the management of OE, with the purpose of establishing action plans according to each region in a country of continental dimensions and different realities.

Objectives: To assess the ability of gynecologists and obstetricians to handle obstetric emergencies and identify the main difficulties these professionals face in terms of both theoretical/practical knowledge and resources.

Casuistry and Methods: Observational and cross-sectional study, with consecutive inclusion of gynecologists and obstetricians, with data obtained through an electronic questionnaire, addressing topics related to the availability of resources, health team, institutional protocols and training courses related to management of obstetric emergencies. Statistical analysis of the collected data was performed using SAS version 9.4.

Results: In this study, in which over 90% of physicians have already conducted a case related to pregnant and/or puerperal women in a condition of severe morbidity, we identified that the health system has human resources, trained professionals, resources (medications, laboratory tests) for this management. However, there is low prevalence of continuing education programs (36%, mainly related to COVID-19) and specific training of the medical staff (61.41%), implementation of obstetric risk identification protocols (33.09%), rapid response team (46.54%) and assembly of boxes and emergency carts (71.68%) for management and diagnosis of obstetric emergencies.

Discussion: The data illustrate that the permanence of high maternal death rate may be related to the precarious organization of health services, low implementation of risk classification and protocols in the management of conditions of maternal and fetal severity and lack of continuing education programs /specific training of the medical team. Development of programs and protocols could potentially contribute to reduce MM.

Keywords: Maternal mortality; severe maternal morbidity; obstetric emergencies; resources; training; continuing education; obstetric risk scale.

1. Introdução

A morte materna (MM) é definida como a que ocorre com uma mulher durante a gravidez ou até 42 dias após o parto ou da interrupção da gestação, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, excluindo-se as mortes por causas externas. Podem ser diretas (devido a complicações do ciclo gravídico puerperal) ou indiretas (doenças que se desenvolvem durante o ciclo gravídico puerperal, agravadas pelas alterações fisiológicas desse período). (1)

A razão de mortalidade materna (RMM) é calculada pelo número absoluto de óbitos maternos por causas maternas pelo por ano em uma determinada localidade multiplicada por 100.000 nascidos vivos, sendo um importante indicador de desenvolvimento e de desigualdade econômico-social.

$$RMM = \frac{\text{Número de mortes maternas}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Em 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS) por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabeleceu um conjunto de metas que visam sanar as problemáticas mundiais mais urgentes no âmbito político, ambiental e econômico. (2) Diante das práticas de boa saúde e bem-estar, a saúde da mulher apresentou-se como tema de grande relevância, principalmente quando avaliadas as discrepâncias entre os índices de mortalidade materna e neonatal entre os países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos, e pelas altas taxas de morte sem causa aparente nesses últimos (correspondendo a 33,9% na África *versus* 13,8% em países desenvolvidos), impossibilitando não apenas a descrição epidemiológica, como também a avaliação de práticas de saúde a serem implementadas para suprir os déficits associados. (3)

Tal problemática foi enfatizada em 2015, por meio da revisão da Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes, estabelecendo propostas e metas ambiciosas para a redução da MM. As metas propostas para o Brasil objetivavam reduzir a RMM de 64,4 por 100mil nascidos vivos para 30 mortes por 100 mil nascidos vivos. (4) As metas para redução da mortalidade materna no Brasil, estão asseguradas através da Rede Cegonha,desde de 24 de junho de 2011, um programa instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde pela Portaria 1.459,

com objetivo de proporcionar adequada atenção e saúde de qualidade às mulheres e crianças, fomentando a inovação e a excelência na atenção pré-natal, assistência ao parto e ao pós-parto, assim como em ações durante os dois primeiros anos de vida da criança. (5–7)(8)

Necessita-se estabelecer políticas nacionais de enfrentamento da MM, mas também avaliar estratégias e ações regionais, considerando a variabilidade social e econômica presente no Brasil influencia diretamente na diferença das RMM de diferentes regiões, o que pode ser evidenciado pelos dados observados em 2015 de 79,8 por 100000 nascidos vivos na região Norte e 48,4 por 100000 nascidos vivos na região Sul. (9)

Quando se avaliam as causas das MM, dados até 2019 demonstravam que aproximadamente 72,5% eram decorrentes de: síndromes hipertensivas; hemorragia; infecções; complicações intraparto e abortos inseguros. (1)(10). Considerando que tais ocorrências apresentam tratamentos bem estabelecidos em protocolos nacionais e internacionais, infere-se que sua adequada aplicação determinaria impacto importante na redução MM, em um cenário que 92% dessas mortes poderiam ser evitadas. (11)

Apesar das elevadas médias globais de MM em países em desenvolvimento, notava-se uma tendência de redução gradual da mortalidade materna, em 44% no mundo e 56% no Brasil, entre os anos de 1990 à 2015. (12,13) No entanto, a situação de emergência sanitária global pelo advento da pandemia por COVID-19 (do inglês *coronavirus disease 19*), a partir do ano de 2020, interrompeu esse processo demográfico, com um aumento em 94% na RMM em relação ao mesmo período de 2019 no Brasil (55,31 para 107,53 óbitos maternos declarados/ 100.000 nascidos vivos) (Gráfico 1), distanciando-nos ainda mais das metas previamente estabelecidas. (1,10,11(14)15)

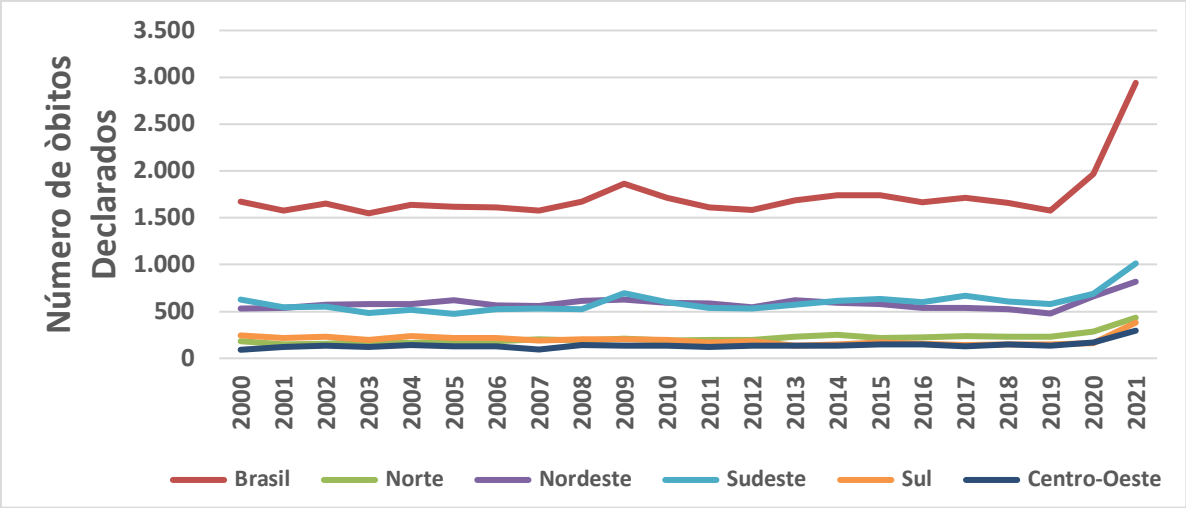

Gráfico 1. Número absoluto de óbitos maternos declarados entre os anos de 2000 e 2021 no SIM (fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade do CGIAE/SVS/MS, 2022*Dados não consolidados)(14)

A COVID-19 (do inglês *coronavirus disease 19*), doença causada pelo SARS-CoV-2 (sigla do inglês que significa síndrome respiratória aguda grave por coronavírus 2), apresenta relevância quanto a morbimortalidade em gestantes e puérperas. Dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) evidenciam incremento substancial na RMM relacionada às causas obstétricas indiretas, representando 63,3% em 2020 das causas de morte materna enquanto em 2019 essa razão era de 42,9%. (15) Durante o período de maior agravamento da pandemia por COVID-19, com altas taxas de morbimortalidade materna secundária à síndrome respiratória aguda grave, o Brasil ganhou notoriedade no cenário internacional por apresentar uma das maiores RMM por COVID-19. (16)

Meta análise publicada 2021, com avaliação de 117 estudos, com inclusão de 11758 gestante, sugeriu que a gravidez e/ou parto não incrementam o risco de adquirirem a infecção ou desenvolvimento de sintomas e que mais de 90% das gestantes se recuperam após sintomas leves com seguimento ambulatorial e isolamento domiciliar. (17) No entanto, as gestantes com a COVID-19 apresentam risco de pior desfecho clínico quando acometidas. Relatório recentemente publicado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), com mais de 23.000 gestantes e mais de 386.000 mulheres em idade reprodutiva com infecção confirmada por SARS-CoV-2 e sintomáticas respiratórias demonstrou aumento de risco na população gestante em comparação a não gestante de (18):

- Admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) (10,5 versus 3,9 por 1000 casos, razão de risco ajustada [aRR] 3,0, intervalo de confiança [IC] 95% 2,6-3,4).

- Necessidade de ventilação mecânica invasiva (2,9 versus 1,1 por 1000 casos, aRR 2,9, IC 95% 2,2-3,8).

- Necessidade de Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO – do inglês *Extracorporeal Membrane Oxygenation*) (0,7 versus 0,3 por 1000 casos, aRR 2,4, IC 95% 1,5-4,0).

- Morte (1,5 *versus* 1,2 por 1000 casos, aRR 1,7, IC 95% 1,2-2,4).

Estudos observacionais demonstraram que, quando comparadas com mulheres da mesma idade e não grávidas, gestantes e puérperas quando sintomáticas apresentam uma deterioração clínica mais rápida e com maior risco de doença grave e mortalidade, determinando maior incidência de hospitalizações, desfechos hospitalares graves, desenvolvimento de síndrome respiratória aguda grave pela COVID-19 e, consequentemente, maior taxa de mortalidade(19)(20). Apresentam também maior incidência de comorbidades (distúrbios cardíacos, neurológicos e cutâneos; insuficiência renal aguda, infecções secundárias, eventos tromboembólicos; doenças gastrointestinais, hepáticas e psiquiátricas) e maiores taxas de partos pré-termos e cesáreos. A idade avançada (maior ou igual a 35 anos), obesidade e comorbidades preexistentes (hipertensão e diabetes) são os principais fatores de risco associados. (19)(20)

Adotando-se como estratégia de avaliação ampliada que permite identificar etapas de atuação para a prevenção da MM, a OMS define como morbidade materna grave (MMG) (do inglês "*near miss*") a situação em que uma mulher apresentou uma complicação obstétrica grave, durante a gravidez, parto ou dentro de 42 dias após o término da gestação, e sobreviveu pela identificação precoce do risco e intervenção médica correta e urgente. Assim, a identificação da MMG baseia-se em diagnóstico de uma complicação específica da gravidez, como eclâmpsia ou hemorragia puerperal; necessidade de intervenção específica, como cuidados em unidade de terapia intensiva, procedimento como histerectomia ou transfusão maciça de sangue; ou presença de disfunção orgânica, como choque hipovolêmico ou insuficiência respiratória. (21)

Estudo multicêntrico realizado em 2014, em 27 maternidades brasileiras correlacionou questões relacionadas ao tempo resposta como um dos grandes fatores relacionados a piores desfechos. O atraso no atendimento, identificação e gestão de

pacientes graves foram correlacionados a um aumento da morbimortalidade materna, independente das condições socioeconômicas regionais. O tempo resposta para realização do cuidado em pacientes com risco de vida eminente durante o ciclo gravídico puerperal, é imprescindível para o sucesso na assistência de complicações: desde a orientação das pacientes para reconhecimento de um sinal de alarme e busca por atendimento especializado; logística para o deslocamento para atendimento e o período relacionado ao reconhecimento do risco e intervenção pela equipe médica e multidisciplinar de referência.(22,23)

Nesse cenário, a classificação de risco por profissional qualificado adquire papel fundamental, uma vez que a utilização de um sistema de triagem deficiente no primeiro contato das pacientes com os serviços de saúde pode se caracterizar como outra barreira, no acolhimento, identificação e abordagem de situações graves. É essencial a presença de uma equipe qualificada e experiente em discernir queixas e realizar um julgamento clínico criterioso diante de uma mulher no período gravídico puerperal.(24) Sendo assim, pode-se garantir a assistência e abordagem em tempo hábil, seja naquele local ou através do encaminhamento para locais com apropriada complexidade assistencial. (25)

Diante das altas taxas de morbimortalidade materna no Brasil é necessário a identificação e mensuração dos fatores associados a essa realidade. Nessa perspectiva, a identificação e o monitoramento de cuidados prestados a mulheres com MMG pode ser usado como ferramenta auxiliar valiosa na mensuração da capacidade do sistema de saúde de prevenir e gerenciar emergências obstétricas, além de contribuir para a identificação dos pontos de intervenções que almejam a otimização de recursos e processos. (21) - redundante

Por sua vez, também diante do incremento na morbimortalidade materna decorrente de COVID-19, torna-se importante avaliar e entender se o médico ginecologista e obstetra, equipe de atenção e cuidado a essa população, além dos hospitais, maternidades (e outros serviços de atenção a gestante) estão preparados para atender essa população e as possíveis complicações.(18) (20)

Esses resultados seriam ampliados se as particularidades relacionadas às patologias médicas prevalentes ou às dificuldades técnicas e operacionais de cada região fossem consideradas na elaboração dos temas e dos modelos educacionais futuramente implementados. (26)

2. Justificativa

Ressalta-se a importância em reconhecer os distintos processos de assistência obstétrica para resolver falhas no sistema, a fim de promover medidas corretivas.

Considera-se fundamental identificar os principais fatores associados às dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na assistência das emergências obstétricas, com o propósito de se estabelecer aprimoramentos de acordo com cada região em um país de dimensões continentais e realidades antagônicas, visto que a redução da mortalidade materna brasileira ainda é um grande desafio de saúde pública.

Nesse sentido, torna-se imprescindível a avaliação da percepção dos profissionais envolvidos na assistência às emergências obstétricas em relação ao seu conhecimento teórico, habilidades práticas, disponibilidade de estrutura adequada, recursos e insumos, além de acesso à educação permanente direcionada tanto às causas mais prevalentes de morte materna, como também a novas doenças com alta prevalência e impacto em nossa população, a exemplo da pandemia por COVID-19.

4. Objetivos

4.1. Objetivo principal

- Avaliar a capacidade de assistência do médico ginecologista e obstetra às emergências obstétricas e identificar as principais dificuldades desses profissionais relacionadas tanto a conhecimento teórico-prático, como a recursos estruturais e de insumo.

4.2. Objetivos específicos

- Avaliar disponibilidade de recursos;
- Estimar a habilidade e segurança do obstetra nos cuidados relacionados a emergências obstétricas.
- Estimar as diferenças de recursos estruturais, de insumos e informações nas diferentes regiões do país.
- Comparar geograficamente os resultados da avaliação estrutural com as razões de mortalidade materna reportadas oficialmente.

5. Casuística e Métodos

5.1. Aspectos éticos do projeto

5.1.1. Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

O projeto de pesquisa "**Inquérito nacional sobre emergências obstétricas: a perspectiva do médico obstetra na prática clínica**" foi submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP, Unidade de Pesquisas Clínicas e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo APROVADO (anexo 6).

Os participantes foram informados, de forma clara e objetiva, sobre os protocolos de pesquisa a serem executados, dando-se seguimento aos mesmos apenas com após anuência espontânea ao projeto. Foi obtido eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo 1) de todos os participantes que participarem do estudo imediatamente antes de ser liberado acesso ao instrumento. Foi garantida a liberdade dos sujeitos da pesquisa em recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

5.1.2. Gestão de dados

Considerando que o estudo englobou análise de dados sensíveis e epidemiológicos dos participantes, além de variáveis referentes às instituições onde atuam apresentados nas respostas ao instrumento eletrônico, os autores codificaram os dados relativos à identificação dos sujeitos de pesquisa e os manterão sob sigilo em plataforma web de captura de dados eletrônicos segura REDCap (do inglês *Research Electronic Data Capture*) suportada pela FMRP-USP (https://redcap.fmrp.usp.br/), evitando-se possíveis riscos de perda de confidencialidade dos dados.

O acesso aos dados depositados na plataforma web REDCap foi restrito aos pesquisadores envolvidos no estudo e cadastrados na Plataforma Brasil (base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema de Comitês de Ética em Pesquisa em Seres Humanos / Comissão Nacional

de Ética em Pesquisa - CEP/CONEP), mantendo-se a seguinte hierarquia de acesso: pesquisadora principal, assistente de pesquisa e orientadora com acesso pleno a todos os dados e com autorização para modificar a base de dados em situação de identificação de inconsistências, sendo liberados o acesso apenas aos dados anonimizados para demais pesquisadores. Os dados brutos anonimizados serão apresentados ao corpo editorial do periódico de publicação, caso sejam requisitados.

5.2. Casuística

5.2.1 Seleção de sujeitos

Foram considerados elegíveis para participação neste inquérito, profissionais médicos especialistas e residentes em Ginecologia e Obstetrícia, com cadastro ativo na Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), que responderam ao questionário eletrônico.

5.2.2 Amostra

Amostra de conveniência com universo de aproximadamente 15.000 profissionais Ginecologistas e Obstetras cadastrados e ativos na Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

5.2.3 Critérios

5.2.3.1 Critérios de inclusão

- A população do estudo foi composta por médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia ou que estejam cursando residência médica habilitada em tal área, que estejam com cadastros ativos na FEBRASGO

5.2.3.2 Critérios de exclusão

- Participantes que não concordaram em participar do estudo ou não assinaram o “Termo de consentimento livre e esclarecido pós-informado”.
- Foram excluídos questionários respondidos mais de uma vez pelo mesmo profissional de acordo com o número de inscrição do médico no Conselho

Regional de Medicina (CRM) do estado de origem do título, permanecendo apenas um questionário vinculado a cada CRM.

5.2.3.3 Critério de descontinuidade

- Ausência de respostas aos questionários eletrônicos;

5.3. Métodos

5.3.1 Tipo de estudo

Estudo observacional e transversal.

5.3.2. Método de Avaliação

O projeto foi desenvolvido na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), com abrangência nacional.

Foi realizado um estudo observacional, transversal, com inclusão consecutiva de médicos em exercício da especialização em Ginecologia e Obstetrícia, cujos dados foram obtidos por meio das respostas coletadas em questionário eletrônico de formato único entre junho de 2021 à agosto de 2022, reencaminhados de endereço eletrônico próprio desse projeto < inaeb@usp.br > pelo e-mail do setor de comunicação da FEBRASGO < no-reply@comunicacao-go.com.br > (anexo 2), respeitando-se os preceitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018 - LGPD), que dispõe sobre o tratamento de dados de pessoas físicas. (27) Acessados tanto através do link disponível no corpo do e-mail quanto pelo QR Code. (anexo 3)

As perguntas contidas no questionário eletrônico incluíram respostas objetivas e espaço para considerações subjetivas, abordando temas referentes ao conhecimento, experiência, estrutura e insumos necessários para a assistência adequada das emergências obstétricas. Todos os profissionais que responderam esse questionário, deram o aceite ao TCLE aplicado previamente ao questionário (anexo 4)

O questionário eletrônico foi enviado aos participantes para caracterização de práticas assistenciais, recursos estruturais, humanos e de processos operacionais das instituições em que atuam (anexo 5)

5.3.3. Variáveis analisadas

- Idade;
- Etapa da residência médica em ginecologia e obstetrícia (primeiro, segundo ou terceiro ano) ou tempo de atuação como especialista;
- Subespecialidade atuante;
- Localidade de atuação profissional em termos geográficos;
- Tipo de instituição de atuação predominante (público / privado; nível de complexidade; estrutura de retaguarda)
- Participação na assistência obstétrica;
- Presença de protocolos para triagem de pacientes;
- Aplicação do sistema de alerta precoce em obstetrícia (MEOWS);
- Presença de equipe assistente especialista em cuidados intensivos;
- Existência de protocolo de suporte avançado de vida;
- Capacidade e experiência do médico com técnicas de controle de hemorragia, infecção, hipertensão;
- Presença de insumos para atendimento das emergências obstétricas.

5.4. Análise estatística

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva das variáveis quantitativas. As variáveis qualitativas foram categorizadas e foram resumidas considerando as frequências absolutas e relativas, a fim de se resumir e organizar os dados coletados, condensando-os em gráficos e tabelas; proporcionando a identificação de tendências e permitindo expor em nosso trabalho os principais pontos relacionados a dificuldade de assistência relacionada às emergências obstétricas.

As análises estatísticas de todos os dados coletados foram realizadas por meio do programa SAS versão 9.4.

Para comparação de amostras pareadas foi realizado teste de wilcox, as avalições de correlação utilizamos o coeficiente de *Spearman*, correlacionando os dados de mortalidade materna de 2020 com os dados coletados neste inquérito.

Consideramos para avaliar o poder da correlação dos coeficientes de Spearman “r”, segundo a recomendação sugerida em *“How to Interpret a Correlation Coefficient r – dummies,” 2019*(28)*:*

- r maior ou igual a 0,30 e menor que 0,50: correlação fraca
- r maior ou igual a 0,50 e menor que 0,70: correlação moderada
- r maior ou igual 0,70: correlação forte

6. Resultados

6.1 Características relacionadas aos médicos participantes

Entre maio de 2021 e agosto de 2022, foram encaminhados convites por correio eletrônico em cinco momentos a aproximadamente 15.000 médicos ginecologistas e obstetras cadastrados na base de dados da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, sendo validados 627 questionários respondidos de maneira satisfatória para análise de resultados.

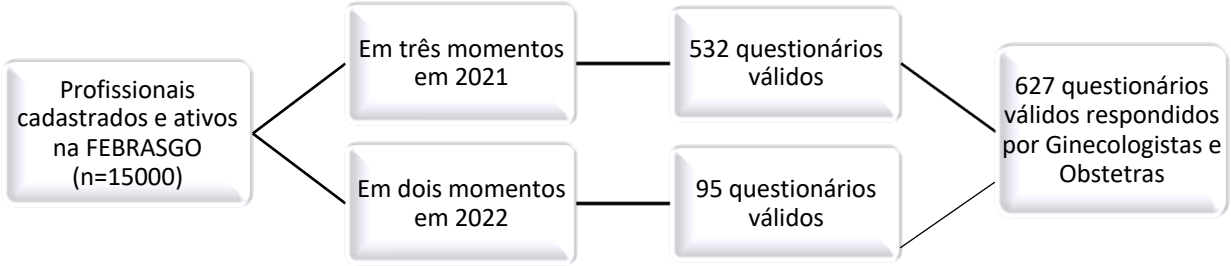

Figura 1. Fluxograma da casuística do estudo "Inquérito nacional sobre emergências obstétricas: a perspectiva do médico obstetra na prática clínica" (N = 627)

Este inquérito abrangeu as cinco regiões do país e 25 estados incluindo o Distrito Federal (não houve respostas dos Estados do Amapá e Roraima). A região sudeste correspondeu com 60% (374) do total das respostas, com destaque para o estado de São Paulo com 41,54% (221). Dados com distribuição proporcionalmente semelhantes à de médicos ginecologistas e obstetras no Brasil conforme documento publicado pela Associação Médica Brasileira de 2023 da demografia médica brasileira (p = 0,999). (29) A prevalência identificada por região de ginecologistas e obstetras brasileira e neste trabalho segue conforme o gráfico 2.

Os participantes apresentavam idade média de 42,9 anos (DP ± 13,8 anos), sendo a população da região centro-oeste a mais jovem, média de 39 anos. Aqueles que se consideram especialistas corresponderam a 78,95% (495) e 54,21% (322) apresentam o Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO). O tempo médio desde a graduação dos sujeitos era de 17,6 anos (± 13,9 anos) (Tabela 1).

Gráfico 2. Distribuição de ginecologistas e obstetras participantes por região geográfica do INAEB (N = 627) e Brasileira (N= 37327), Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis demográficas dos médicos Ginecologistas e Obstetras, no Brasil e nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627)

Variável		**Distribuição Geográfica**						
		Brasil	**Sul**	**Sudeste**	**Centro-Oeste**	**Norte**	**Nordeste**	***p valor***
Idade (média em anos ± DP)		42,9 ± 13,80	44,02	43,27	38,95	43,32	43,74	
Tempo de formação médica (média anos ± DP)		17,6 ± 13,9	19,02	17,95	13,62	17,59	18,60	
Formação profissional	Residente	126 (20,10%)	10 (16,13%)	82 (21,93%)	16 (21,62%)	7 (17,95%)	11 (14,29%)	0,7533
	Primeiro ano	22 (3,5%)	3 (30%)	13 (16,05%)	3 (18,75%)	1 (14,29%)	2 (20%)	
	Segundo ano	52 (8,3%)	6 (60%)	34 (41,98%)	5 (31,25%)	3 (42,86%)	4 (40%)	
	Terceiro ano	47 (7,5%)	10 (10%)	32 (39,51%)	8 (50%)	3 (42,86%)	3 (30%)	
	Subespecialidade	3 (0,5%)	0	2 (2,47%)	0	0	1 (10%)	
	Especialista	495 (78,95%)	51 (82,26%)	288 (77,01%)	58 (78,38%)	32 (82,05%)	65 (84,42%)	
	Generalista	6 (0,96%)	1 (1,61%)	4 (1,07%)	0	0	1 (1,3%)	
Área de atuação predominante	Obstetrícia	113 (22,83%)	12 (23,53%)	62 (21,53%)	14 (24,14%)	7 (21,88%)	18 (27,69%)	0,2150
	Ginecologia	39 (7,88%)	3 (5,88%)	22 (7,64%)	11 (18,97%)	1 (3,13%)	2 (3,08%)	
	G&O	333 (67,27%)	36 (70,59%)	198 (68,75%)	31 (53,45%)	24 (75%)	43 (66,15%)	
	Mastologia	8 (1,62%)	0	4 (1,39%)	2 (3,45%)	0	2 (3,08%)	
	Outros	2 (0,40%)	0	2 (0,69%)	0	0	0	

DP: Desvio padrão; G&O: Ginecologia e Obstetrícia; Teste estatístico: teste qui-quadrado de Pearson.

6.2 Características relacionadas a infraestrutura, recursos e locais de trabalho

Os médicos trabalhavam prioritariamente em serviços exclusivos à atenção e saúde da mulher (50,8% - 318) e públicos (62,3% - 390), tendência que se mantém em nível regional. E observou-se diferença significativa entre a distribuição de médicos em maternidades públicas nas regiões Norte e Nordeste em relação as demais regiões do país e entre distribuição de médicos que atuam em maternidade inserida em hospital geral particular na região sul em relação as demais regiões do país ($p < 0,001$). (Tabela 2).

Como regra geral, os serviços que promovem atenção à saúde da mulher apresentaram disponibilidade de recursos superior a 80%, tanto a nível nacional como regional. Dentre os recursos estruturais essenciais no Brasil: 86,76% contam com centro obstétrico; 65,39% com agência transfusional; 81,98% com laboratório de análises clínicas, e 80% possuem disponibilidade de exames laboratoriais essenciais para diagnóstico e seguimento das pacientes nas principais situações de agrave, conforme demonstrado nas tabelas 3 e 4.

Ressalta-se importante diferença entre as cinco regiões em relação a disponibilidade de leitos de UTI (unidade de terapia intensiva) adulto, sendo maior nas regiões Sul (74,19%), Sudeste (72,73%) e Centro-oeste (75,68%) em relação a Norte (29,87%) e Nordeste (29,87%) ($p < 0,001$) (Tabela 3). No entanto, observou-se baixa disponibilidade de leitos de UTI adulto dedicados exclusivamente à tratamento de condições obstétricas (média nacional de 27,11%). Há diferença entre disponibilidade de exames essenciais para identificações de condições de grave morbidade com a relação proteína creatinina envolvida no diagnostico e manejo das síndromes hipertensivas (Sul 75,81%, Sudeste 69,52%, Centro-Oeste 71,97%, Norte 61,54% e Nordeste 48,05%; $p = 0,0015$) e lactato relacionada a sepse (Sul 75,81%, Sudeste 75,94%, Centro-Oeste 78,38%, Norte 66,67% e Nordeste 54,55%, $p = 0,0019$) (Tabela 4).

Observou-se altas taxas de disponibilidade (em torno de 90%) de medicamentos amplamente utilizados na prática obstétrica para a assistência de hemorragia puerperal, síndromes hipertensivas, choque hipovolêmico, aborto e doenças trofoblásticas. No entanto, quando se faz necessário o uso de instrumentos, aparelhos ou medicações utilizadas no manejo de situações mais complexas, geralmente refratárias aos tratamentos iniciais, esse amplo acesso já não se confirma, como observado em relação ao balão de tamponamento intrauterino (30,74%), aspiração manual intrauterina (68,26%), vacuoaspiração (20,73%), nitroprussiato de sódio (63,00%). (Tabela 5).

Tabela 2 - Distribuição dos médicos assistenciais Ginecologistas e Obstetras segundo locais de atuação predominante, no Brasil e nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627)

Tipo de Maternidade	**Distribuição/ porcentagem**						
	Brasil	**Sul**	**Sudeste**	**Centro-Oeste**	**Norte**	**Nordeste**	***p valor***
Maternidade pública	221 (37,21%)	15 (24,59%)	104 (29,71%)	26 (36,62%)	24 (63,16%)*	51 (69,89%)*	
Maternidade particular	56 (9,43%)	2 (3,28%)	37 (10,57%)	9 (12,68%)	4 (10,53%)	4 (4,58%)	
Maternidade por convênio	41 (8,10%)	3 (4,92%)	40 (11,43%)	5 (7,04%	1 (2,63%)	2 (2,74%)	
Maternidade inserida em hospital geral público	169 (28,45%)	21 (34,43%)	110 (31,43%)	22 (30,99%)	6 (15,79%)	10 (13,7%)	< 0,001*
Maternidade inserida em hospital geral particular	97 (16,33%)	20 (32,79%)*	59 (16,86%)	9 (12,68%)	3 (7,89%)	6 (8,22%)	

Teste estatístico: teste qui-quadrado de Pearson.

*observou-se diferença significativa entre a distribuição de médicos em maternidades públicas nas regiões Norte e Nordeste em relação as demais regiões do país e entre distribuição de médicos que atuam em maternidade inserida em hospital geral particular na região sul em relação as demais regiões do país.

Tabela 3 - Distribuição de disponibilidade de recursos estruturais nas instituições de atuação dos médicos assistenciais Ginecologistas e Obstetras, no Brasil e nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627)

Recurso estrutural	**Disponibilidade/ porcentagem**						
	Brasil	**Sul**	**Sudeste**	**Centro-Oeste**	**Norte**	**Nordeste**	***p valor***
PA[1] com sala de urgência	504 (80,38%)	53 (85,48%)	297 (79,41%)	63 (85,14%)	31 (79,49%)	59 (76,62%)	0,5557
Centro obstétrico	544 (86,76%)	54 (87,1%)	322 (86,1%)	64 (86,49%)	35 (89,74%)	68 (88,31%)	0,9611
UTI[2] adulto geral	418 (66,67%)	46 (74,19%)	272 (72,73%)	56 (75,68%)	21(53,85%)*	23 (29,87%)*	< 0,001*
UTI[2] obstétrica	170 (27,11%)	10 (16,13%)	98 (26,20%)	18 (24,32%)	16 (41,03%)	27 (35,06%)	0,0322
Agência transfusional	410 (65,39%)	41 (66,13%)	250 (66,84%)	51 (68,92%)	25 (64,10%)	42 (54,55%)	0,3087
Lab[3] de análises clínicas	514 (81,98%)	51 (82,26%)	304 (81,28%)	68 (91,89%)	31 (79,49%)	59 (76,62%)	0,1528
Hospital de referência	196 (31,26%)	24 (38,71%)	106 (28,34%)	27 (36,49%)	14 (35,9%)	24 (31,17%)	0,3522
Transporte hospitalar	394 (62,84%)	39 (62,9%)	230 (61,5%)	51 (68,92%)	25 (64,1%)	49 (63,64%)	0,8255
Sem recursos citados	5 (0,80%)	1 (1,61%)	3 (0,8%)	0	1 (2,56%)	0	0,5139

*observou-se diferença significativa entre disponibilidade de UTI adulto geral nas regiões Norte e Nordeste em relação as demais regiões do país.
[1]PA: Pronto-atendimento; UTI[2]: unidade de tratamento intensivo; Lab[3]: Laboratório;
Teste estatístico: teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 4 - Distribuição de disponibilidade de exames laboratoriais nas instituições de atuação predominante dos médicos assistenciais Ginecologistas e Obstetras, no Brasil e nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627)

Exames laboratoriais	**Disponibilidade/ porcentagem**						
	Brasil	**Sul**	**Sudeste**	**Centro-Oeste**	**Norte**	**Nordeste**	***p valor***
Hemograma	511(81,50%)	51 (82,26%)	303 (81,02%)	68 (91,89%)	31 (79,49%)	58 (75,32%)	0,1131
TAP[1]	500 (79,74%)	49 (79,03%)	302 (80,75%)	66 (89,19%)	30 (76,92%)	52 (67,53%)*	0,0204*
TTPA[2]	498 (79,43%)	49 (79,03%)	303 (81,02%)	66 (89,19%)	28 (71,79%)	51 (66,23%)	0,0059
Ureia	511 (81,50%)	51 (82,26%)	301 (80,48%)	68 (91,89%)	31 (79,49%)	59 (76,62%)	0,1417
Creatinina	513 (81,82%)	51 (82,26%)	303 (81,02%)	68 (91,89%)	31 (79,49%)	59 (76,62%)	0,1498
Sódio	503 (80,22%)	51 (82,26%)	302 (80,75%)	66 (89,19%)	31 (79,49%)	52 (67,53%)*	0,0190*
Potássio	504 (80,38%)	51 (82,26%)	303 (81,02%)	66 (89,19%)	31 (79,49%)	52 (67,53%)*	0,0178*
Bilirrubina	509 (81,18%)	51 (82,26%)	301 (80,48%)	67 (90,54%)	31 (79,49%)	59 (76,62%)	0,2351
TGO[3]	511 (81,50%)	51 (82,26%)	301 (80,48%)	68 (91,89%)	31 (79,49%)	59 (76,62%)	0,1417
TGP[4]	510 (81,34%)	51 (82,26%)	300 (80,21%)	68 (91,89%)	31 (79,49%)	59 (76,62%)	0,1368
LDH[5]	504 (80,38%)	51 (82,26%)	301 (80,48%)	66 (89,19%)	30 (76,92%)	55 (71,43%)	0,0923
Gasometria arterial/venosa	478 (76,24%)	51 (82,26%)	289 (77,27%)	62 (83,78%)	28 (71,79%)	47 (61,04%)*	0,0072*
Urina-1	511 (81,50%)	51 (82,26%)	301 (80,48%)	68 (91,89%)	31 (79,49%)	59 (76,62%)	0,1417
RPC[6]	423 (67,46%)	47 (75,81%)	260 (69,52%)	54 (71,97%)	24(61,54%)*	37 (48,05%)*	0,0015*
Lactato	458 (73,05%)	47 (75,81%)	284 (75,94%)	58 (78,38%)	26(66,67%)*	42 (54,55%)*	0,0019*
Proteína C reativa	501 (79,9%)	51 (82,26%)	299 (79,95%)	64 (86,49%)	31 (79,49%)	55 (71,43%)	0,2266

*Diferença estatística significativa entre o dado da região destacada em relação as demais regiões na mesma linha.
[1]TAP: Tempo de atividade de protrombina; [2]TTPA: Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada; [3]TGO: Transaminase Oxalacética; [4]TGP: Transaminase Pirúvica; [5]LDH: Desidrogenase lática; [6]RPC: Relação proteína creatinina urinária;
Teste estatístico: teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 5 - Distribuição de disponibilidade de recursos (medicamentos, instrumentos ou aparelhos) para manejo das principais causas de morbidade materna grave nas instituições de atuação predominante dos médicos assistenciais Ginecologistas e Obstetras, Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627)

	Recurso estrutural para	Brasil	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Norte	Nordeste	*p valor*
HEMORRAGIA PUERPERAL	Ocitocina	594 (94,74%)	61 (98,39%)	350 (93,58%)	71 (95,95%)	38 (97,44%)	73 (94,81%)	0,4874
	Methergin	580 (92,50%)	60 (96,77%)	344 (91,98%)	70 (94,59%)	37 (94,87%)	68 (88,31%)	0,3418
	Ácido tranexâmico	580 (92,50%)	57 (91,94%)	345 (92,25%)	69 (93,24%)	36 (92,31%)	72 (93,51%)	0,9935
	Misoprostol	583 (92,98%)	59 (95,16%)	346 (92,51%)	68 (91,89%)	37 (94,87%)	72 (93,51%)	0,9163
	Balão de tamponamento intrauterino	182 (30,74%)	26 (43,33%)	103 (29,43%)	22 (31,43%)	13 (34,21%)	18 (24,66%)	0,4443
	Realização de sutura hemostática	383 (65,03%)	39 (63,93%)	224 (64,37%)	45 (64,29%)	30 (81,08%)	45 (62,5%)	0,0876
SÍNDROME HIPERTENSIVA	Nifedipina	580 (92,50%)	60 (96,77%)	341 (91,18%)	67 (90,54%)	38 (97,44%)	73 (94,81%)	0,2934
	Hidralazina	585 (93,30%)	57 (91,94%)	345 (92,25%)	71 (95,95%)	38 (97,44%)	73 (94,81%)	0,5544
	Sulfato de magnésio	588 (93,78%)	59 (95,16%)	349 (93,32%)	69 (93,24%)	37 (94,87%)	73 (94,81%)	0,9636
	Nitroprussiato de sódio	395 (63,00%)	35 (56,45%)	253 (67,65%)	46 (62,19%)	19 (48,72%)*	41 (53,25%)*	0,0247*
	Outros**	19 (3,03%)	2 (3,23%)	8 (2,14%)	1 (1,35%)	3 (7,69%)	5 (6,49%)	0,1014
CHOQUE SÉPTICO	Antibióticos de largo espectro	588 (93,78%)	59 (95,16%)	349 (93,32%)	71 (95,95%)	37 (94,87%)	71 (92,21%)	0,8545
	Vasopressores	579 (92,34%)	61 (98,39%)	342 (91,44%)	69 (93,24%)	36 (92,31%)	70 (90,91%)	0,4149
	Soros para expansão volêmica	589 (93,94%)	60 (96,77%)	348 (93,05%)	70 (94,59%)	37 (94,87%)	73 (94,81%)	0,8068
	Hemocomponentes	536 (85,49%)	56 (90,32%)	323 (86,36%)	65 (87,84%)	34 (87,18%)	57 (74,03%)*	0,0411*
ABORTO E DTG	Aspiração manual intrauterina	428 (68,26%)	38 (61,29%)	243 (64,97)	63 (85,14%)*	26 (66,67%)	57 (74,03%)	0,0067*
	Vacuoaspiração	130 (20,73%)	9 (14,52%)*	92 (24,6%)	8 (10,81%)	7 (17,95%)	14 (18,18%)	0,0445*
	Curetagem	581 (92,66%)	60 (96,77%)	342 (91,44%)	70 (94,59%)	36 (92,31%)	72 (93,51%)	0,5834

*Diferença estatística significativa entre o dado da região destacada em relação as demais regiões na mesma linha.
** Outros: quaisquer outros medicamentos anti-hipertensivos além dos citados; Vasopressores: noradrenalina, adrenalina; DTG: doença trofoblástica gestacional; Teste estatístico: teste qui-quadrado de Pearson.

6.3 Habilidades, segurança e conhecimento no diagnóstico e manejo das emergências obstétricas

Dentre os participantes, 555 (93,47%) afirmaram que em algum momento prestaram assistência a uma gestante/puérpera em situação de emergência obstétrica (Gráfico 3).

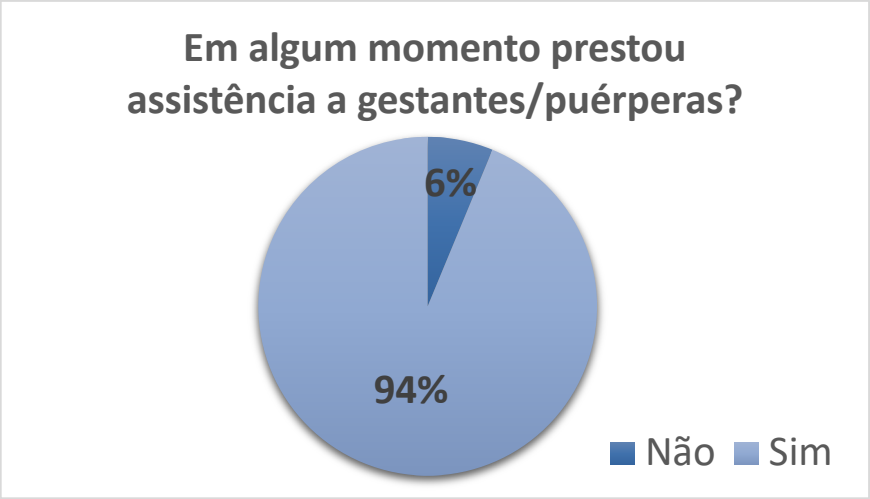

Gráfico 3. Participantes que prestaram assistência a gestantes/puérperas em emergências obstétricas, Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 592)

Por sua vez, 466 (78,85%) participantes consideraram ter algum grau de conhecimento, destacando-se os 91,78% da região nordeste e 71,83% do Centro-Oeste. Ressalta-se que 465 (78,42%) declararam estar seguros quanto ao diagnóstico e manejo das emergências obstétricas, sendo esse percentual divergente entre médicos da região norte (89,48%) em relação aos de Centro-Oeste (70,4%). (Tabela 6).

Do total de entrevistados, 386 (61,41%) realizaram algum treinamento específico preparatório para o diagnóstico e assistência às emergências obstétricas (Sul 55,74%; Sudeste 67,71%, Centro-Oeste 57,75%; Norte 68,42% e Nordeste 64,38%) (Tabela 7). Ressaltando-se uma maior realização de Cursos de Emergências Obstétricas tanto da SOGIMIG quanto da SOGESP pelos médicos da região sudeste em relação as outras regiões, cursos esses nacionais promovidos pelas sociedades de ginecologia e obstetrícia da própria região sudeste - CEO-SOGMIG: Sudeste (11,76%) em relação as regiões Sul (1,61%), Centro-Oeste (1,35%), Norte (0) e Nordeste (2,60%) (p = 0,0002); CEO-SOGESP: Sudeste (23,26%) em relação as regiões Sul (9,68%), Centro-Oeste (4,05%), Norte (5,13%) e Nordeste (9,09%) (p < 0,001). E 267 participantes (69,17%) realizaram o aprimoramento durante a residência de ginecologia e obstetrícia e 51 (13,2%) durante especialização em medicina fetal (Tabela 8).

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais em relação à percepção de segurança e conhecimentos em diagnosticar e manejar as emergências obstétricas, Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N=593)

Questionamento sobre percepção pessoal	**Número de participantes/ porcentagem**						
	Brasil	**Sul**	**Sudeste**	**Centro-Oeste**	**Norte**	**Nordeste**	***p valor***
Você se sente seguro?							
Sim	465 (78,42%)	49 (81,67%)	266 (76%)	50 (70,4%)	32 (89,48%)	65 (89,04%)	0,2184
Parcialmente	102 (17,20%)	8 (13,33%)	70(20%)	15 (21,13%)	2 (5,26%)	7 (9,59%)	
Não	26 (4,38%)	3 (5%)	14 (4%)	6 (8,47%)	2 (5,26%)	1 (1,37%)	
Você tem conhecimento?							
Sim	466 (78,85%)	47 (78,33%)	268 (77,01%)	51 (71,83%)	32 (84,21%)	67 (91,78%)	0,5610
Parcialmente	108 (18,27%)	12 (20%)	69 (19,83%)	16 (22,54%)	5 (13,16%)	6 (8,22%)	
Não	17 (2,88%)	1 (1,67%)	11(3,16%)	4 (5,63)	1 (2,63%)	0	

Teste estatístico: teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 7 - Distribuição de cursos de capacitação em emergências obstétricas pelos médicos assistenciais Ginecologistas e Obstetras, Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627)

Capacitação em EO[1]	**Porcentagem**						
	Brasil	**Sul**	**Sudeste**	**Centro-Oeste**	**Norte**	**Nordeste**	***p valor***
Não	242 (38,59%)	27 (44,26%)	113 (32,29%)	30 (42,25%)	12 (31,58%)	26 (35,62%)	0,2601
Sim	386 (61,41%)	34 (55,74%)	237 (67,71%)	41 (57,75%)	26 (68,42%)	47 (64,38%)	
CEO-SOGESP[2]	105 (16,75%)	6 (9,68%)	87 (23,26%)*	3 (4,05%)	2 (5,13%)	7 (9,09%)	< 0,001*
CEO-SOGIMIG[3]	48 (7,66%)	1 (1,61%)	44 (11,76%)*	1 (1,35%)	0	2 (2,60%)	0,0002*
ALSO[4]	177 (28,23%)	20 (32,26%)	93 (24,87%)	20 (27,03%)	13 (33,33%)	31 (40,26%)	0,0710
0MMxH[5]	86 (13,72%)	5 (8,06%)	48 (12,83%)	9 (12,16%)	9 (23,08%)	15 (19,48%)	0,1302
Outros	43 (6,86%)	2 (3,23%)	19 (5,08%)	7 (9,46%)	3 (7,69%)	12 (15,6%)*	0,0107*

*Diferença estatística significativa entre o dado da região destacada em relação as demais regiões na mesma linha.
EO[1]: emergências obstétricas; CEO-SOGESP[2]: Curso Teórico Prático de Emergências Obstétricas SOGESP; CEO-SOGIMIG[3]: Cursos de Emergências Obstétricas da SOGIMIG; ALSO[4]: Suporte Avançado de Suporte de Vida em Obstetrícia; 0MMxH[5]: Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia
Os participantes podem ter realizado mais de um curso
Teste estatístico: teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 8 - Distribuição de capacitação em emergências obstétricas pelos médicos assistenciais Ginecologistas e Obstetras, Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627)

Capacitação em EO**	Número de participantes/ Porcentagem						
	Brasil	**Sul**	**Sudeste**	**Centro-Oeste**	**Norte**	**Nordeste**	***p valor***
Não	242(38,59%)	27 (44,26%)	113 (32,29%)	30 (42,25%)	12 (31,58%)	26 (35,62%)	0,6796
Sim	386 (61,41%)	34 (55,74%)	237 (67,71%)	41 (57,75%)	26 (68,42%)	47 (64,38%)	
Durante a residência de G&O***	267 (69,17%)	26 (41,94%)	160 (42,78%)	29 (39,19%)	16 (41,03%)	36 (46,75%)	0,9173
Durante a especialização em MF****	51 (13,2%)	5 (8,06%)	32 (8,56%)	4 (5,41%)	6 (15,38%)	4 (5,19%)	0,3480

*Diferença estatística significativa entre o dado da região destacada em relação as demais regiões na mesma linha.
**EO: emergências obstétricas; ***G&O: Ginecologia e Obstetrícia; ****MF: Medicina Fetal
Teste estatístico: teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 9 - Oferta de cursos de capacitação periódica em emergências obstétricas nas unidades de atuação por regiões. Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 627).

Capacitação periódica na instituição	Número de participantes/ Porcentagem						
	Brasil	**Sul**	**Sudeste**	**Centro-Oeste**	**Norte**	**Nordeste**	***p valor***
Não	399 (63,64%)	44 (72,13%)	199 (57,18%)	51 (71,83%)	18 (48,65%)*	49 (68,06%)	0,0128*
Sim	228 (36,36%)	17 (27,87%)	149 (42,82%)	20 (28,17%)	19 (51,35%)*	23 (31,94%)	

*Diferença estatística significativa entre o dado da região destacada em relação as demais regiões na mesma linha.
Teste estatístico: teste qui-quadrado de Pearson.

Dos 386 participantes que referiram treinamento prévio para assistência a emergências obstétricas, 322 (83,41%) realizaram algum desses cursos de capacitação nos últimos cinco anos (Gráfico 4).

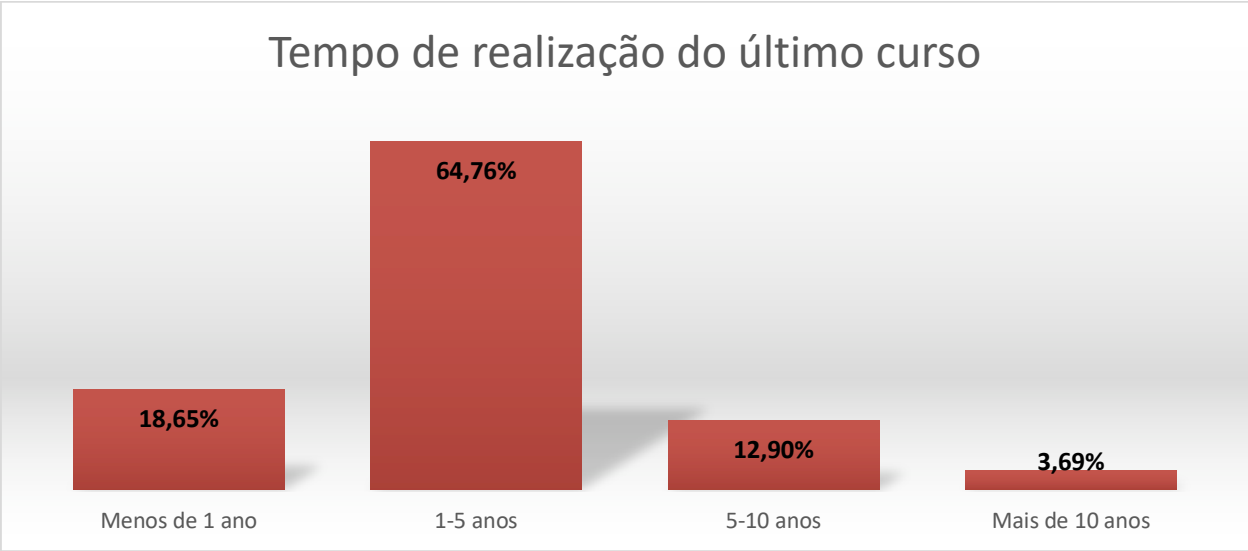

Gráfico 4. Tempo de realização do último curso de capacitação em emergências obstétricas, Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 386).

Por outro lado, 228 (36,36%) dos 627 participantes referiram terem acesso a estratégias de capacitação periódica pela instituição em que atuam (Tabela 9), com maior prevalência entre os médicos das regiões Sudeste (42,82%) e Norte (51,35%) p = 0,0128.

6.4 Protocolos, processos e organização das equipes nas instituições

Nos locais em que 471 (79,43%) participantes atuam o primeiro atendimento é realizado diretamente por um obstetra (Tabela 10).

Em relação a implementação de protocolo de classificação de risco, 440 (74,38%) profissionais afirmaram que essa estratégia está implementada no pronto-atendimento da instituição em que atuam. Para apenas 201 (33,09%) médicos, o MEOWS (do inglês – *Modified Early Obstetrics Warning Score*) está estabelecido na instituição em que atuam, com maior prevalência no Sudeste (38,54%) e Norte (44,74%) (p = 0,0032). Esse recurso é ainda mais escasso na região Centro-oeste em que apenas 16,9% participantes relataram ter implementada essa ferramenta em seus

serviços. É importante ressaltar que 7,58% desconhecem a presença do protocolo de classificação de risco e 22,77% desconhecem o sistema de classificação de risco obstétricos (Tabela 10).

Do total de médicos que responderam ao questionário eletrônico, 276 (46,54%) afirmaram atuar em locais com time de resposta rápida em caso de emergência, e 425 (71,68%) que trabalham em serviços onde há protocolo de montagem de caixas e/ou carrinhos para a condução das emergências obstétricas, com menor disponibilidade na região nordeste (55,26% dos entrevistados). (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição de características relacionadas a protocolos, processos e organização das equipes nas instituições, Brasil e regiões. Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil (N = 593)

Características	Números absolutos/ porcentagem						*p valor*
	Brasil	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Norte	Nordeste	
Realização do primeiro atendimento							
Clínico	30 (5,06%)	3 (5%)	17 (4,87%)	4 (5,8%)	5(13%)	1 (1,4%)	0,2492
Emergencista	10 (1,69%)	2 (3,2%)	7 (0,2%)	1 (1,4%)	0	0	
Médico de Família	9 (1,52%)	1 (1,6%)	5 (0,1%)	1 (1,4%)	0	2 (2,8%)	
Obstetra	471 (79,43%)	52 (85,2%)	280 (80,2%)	56 (78,8%)	27 (71%)	55 (75,3%)	
Não médico (enfermeiro/ tec. enfermagem)	73 (12,31%)	3 (5%)	40 (14,6%)	9 (12,6%)	6 (16%)	15 (20,5%)	
Implementação classificação de risco							
Sim	440 (74,38%)	42 (68,85%)	266 (76,22%)	46 (65,71%)	29 (76,32%)	56 (76,71%)	0,0610
Não	107 (18,04%)	14 (22,95%)	59 (16,91%)	12 (17,14%)	9 (23,68%)	13 (17,81%)	
Desconhece	46 (7,58%)	5 (8,20%)	24 (6,88%)	12 (17,14%)	0	4 (5,48%)	
Implementação do MEOWS**							
Sim	201 (33,09%)	16 (26,23%)	138 (38,54%)	12 (16,9%)*	17 (44,74%)	17 (23,29%)	0,0032*
Não	257 (43,34%)	31 (50,82%)	134 (38,40%)	40 (56,34%)	16 (42,11%)	36 (49,32%)	
Desconhece	135 (22,77%)	14 (22,95%)	77 (22,06%)	19 (26,76%)	5 (13,16%)*	20 (27,40%)	
Time de resposta rápida							
Sim	276 (46,54%)	28 (45,9%)	179 (51,14%)	22 (30,99%)*	23 (60,53%)	24 (33,33%)*	0,0098*
Não	274 (46,21%)	30 (49,18%)	144 (41,14%)*	42 (59,15%)	14(36,84%)*	43 (59,72%)	
Desconhece	43 (7,25%)	3 (4,92%)	27 (7,71%)	7 (9,86%)	1 (2,63%)	5 (6,94%)	
Caixas e/ou carrinhos de emergências							
Sim	425 (71,68%)	46 (75,41%)	264 (76,08%)	45 (64,29%)	29 (78,38%)	40 (55,56%)	0,394
Não	101 (17,03%)	9 (14,75%)	50 (14,41%)	16 (22,86%)	5 (13,51%)	21 (29,17%)	
Desconhece	67 (11,29%)	6 (9,84%)	33 (9,51%)	9 (12,86%)	3 (8,11%)	11 (15,28%)	

*Diferença estatística significativa entre o dado da região destacada em relação as demais regiões na mesma linha.

**MEOWS: escore de alerta precoce em obstetrícia; Teste estatístico: teste qui-quadrado de Pearson.

6.5 O obstetra diante ao desafio do cuidado a gestante/puérpera com COVID-19

O estudo demonstrou que 537 (91,79%) entrevistados atuam em hospitais / maternidades que realizaram atendimento a gestantes / puérperas com COVID-19 ($p < 0,0001$). Desses, 372 (63,59%) consideraram estar aptos e 351 (60,00%) receberam alguma capacitação específica para a assistência dessas pacientes (Tabela 11).

Dos médicos que participaram dessa pesquisa, 438 (81,57%) relataram atuar em locais com estrutura adequada para o cuidado de pacientes com COVID-19 $p < 0,001$, sendo menores as taxas nas regiões norte (70,59%) e nordeste (62,12%). Por sua vez, 84 (84,84%) dos 99 médicos das instituições que não apresentam recursos humanos e estruturais para a manutenção do cuidado de alta complexidade dessas gestantes contam com hospital retaguarda para realização de transferência após o atendimento inicial e estabilização (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição de características relacionadas ao atendimento de COVID-19, Brasil e regiões. Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil

Características	Números absolutos/ porcentagem						
	Brasil	**Sul**	**Sudeste**	**Centro-Oeste**	**Norte**	**Nordeste**	***P valor***
Atua em unidade com atendimento a gestante e puérperas com Covid-19? (N = 585)**							
SIM	537(91,79%)	57 (93,44%)	326 (94,77%)	53 (75,71%)*	34 (91,89%)	66 (91,67%)	<0,0001*
NÃO	48 (8,21%)	4 (6,56%)	18 (5,23%)	17 (24,29%)*	3 (8,11%)	6 (8,33%)	
A unidade em que atua apresenta estrutura adequada para o atendimento a gestantes/ puérperas com Covid-19? (N = 537)							
Sim	438 (81,57%)	45 (78,95%)	285 (87,69%)	42 (79,25%)	24 (70,59%)*	41 (62,12%)*	
Não	99 (18,43%)	12 (21,05%)	40 (12,31%)	11 (20,75%)	10 (29,41%)*	25 (37,88%)*	< 0,001*
Tenho hospital para referenciar	84 (84,84%)	9 (75%)	35 (87,5%)	10 (90,91%)	8 (88,89%)	21 (84%)	
Você se sente apto em atender gestantes/ puérperas com Covid-19? (N = 499)							
Sim	372 (63,59%)	42 (68,85%)	219 (63,66%)	36 (51,43%)	28 (75,68%)	46 (63,89%)	0,1103
Não	213 (36,41%)	19 (31,15%)	125 (36,34%)	34 (48,57%)	9 (24,32%)	26 (36,11%)	
Você recebeu algum tipo de capacitação ou treinamento para atender gestantes/ puérperas com Covid-19? (N =585)							
Sim	351 (60,00%)	35 (57,38%)	220 (63,95%)	33 (47,14%)	21 (56,76%)	41 (56,94%)	0,1043
Não	234 (40,00%)	26 (42,62%)	124 (36,05%)	37 (52,86%)	16 (43,24%)	31 (43,06%)	

*Diferença estatística significativa entre o dado da região destacada em relação as demais regiões na mesma linha.
**COVID-19: do inglês coronavirus disease 19; Teste estatístico: teste qui-quadrado de Pearson.

6.6 Análise exploratória de correlações

Considerando as razões de mortalidade materna diretas (hemorragia, aborto, infecção puerperal, síndromes hipertensivas) e indiretas calculadas a partir dos dados do ano de 2020 consolidados e publicados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/), foi possível identificar que quanto menor a disponibilidade de um time de resposta rápida maior a mortalidade materna por causas obstétricas indiretas (r = 0,9000, *p* 0,0374); (Tabela 12)

Tabela 12 - Correlações entre os dados de disponibilidade de recursos, cursos de capacitação e organização dos serviços de saúde com prevalência de óbitos maternos em 2020 no Brasil (r maior ou igual 0,30 - correlação fraca; r maior ou igual a 0,50 - correlação moderada; r maior ou igual a 0,70 - correlação forte)

Dados correlacionados	*Índice de Spearman (r)*	*p valor*
Realizou curso específico de EO x prevalência de óbitos maternos por causas obstétricas diretas	- 0,56429	0,3217
Realizou curso específico de EO x prevalência de óbitos maternos por causas obstétricas indiretas	0,23684	0,7013
Realizou alguma capacitação em EO x prevalência de óbitos maternos por causas obstétricas diretas	- 0,5000	0,3910
Realizou alguma capacitação em EO x prevalência de óbitos maternos por causas obstétricas indiretas	0,20520	0,7406
Capacitação periódica na instituição que atua x prevalência de óbitos maternos por causas obstétricas diretas	- 0,56429	0,3217
Capacitação periódica na instituição que atua x prevalência de óbitos maternos por causas obstétricas indiretas	0,02632	0,9665
Tem protocolo de risco implementado x prevalência de óbitos maternos por causas obstétricas diretas	-,0,5000	0,3910
Tem protocolo de risco implementado x prevalência de óbitos maternos por causas obstétricas indiretas	- 0,80000	0,1041
Tem protocolo de risco MEWOS implementado x prevalência de óbitos maternos por causas obstétricas diretas	- 0,10260	0,8696
Tem protocolo de risco MEOWS implementado x prevalência de óbitos maternos por causas obstétricas indiretas	-0,80000	0,1041
Existe time de resposta rápida x prevalência de óbitos maternos por causas obstétricas diretas	0,10260	0,8696
Existe time de resposta rápida x prevalência de óbitos maternos por causas obstétricas indiretas	**- 0,90000**	**0,0374**
Presença de protocolo de montagem de caixas ou carrinhos x prevalência de óbitos maternos por causas obstétricas diretas	0,41039	0,4925
Presença de protocolo de montagem de caixas ou carrinhos x prevalência de óbitos maternos por causas obstétricas indiretas	0,67082	0,2152
Oportunidade de realizar alguma técnica de sutura uterina hemostática x prevalência de óbitos maternos por hemorragia	0,46169	0,4338
Presença de protocolo de montagem de caixas ou carrinhos x prevalência de óbitos maternos por aborto	0,30000	0,6238
Presença de protocolo de montagem de caixas ou carrinhos x prevalência de óbitos maternos por hemorragia	0,60000	0,2848
Presença de protocolo de montagem de caixas ou carrinhos x prevalência de óbitos maternos por síndromes hipertensivas	-0,50000	0,3910
Presença de protocolo de montagem de caixas ou carrinhos x prevalência de óbitos maternos por infecção puerperal	0,35355	0,5594
Oportunidade de realizar alguma técnica de sutura uterina hemostática x prevalência de óbitos maternos por hemorragia	- 0,30000	0,6238
Usar balão de tamponamento intrauterino x prevalência de óbitos maternos por hemorragia	0,60000	0,2848

Disponibilidade de ocitocina x prevalência de óbitos maternos por hemorragia	0,50000	0,3910
Disponibilidade de methergin x prevalência de óbitos maternos por hemorragia	0,66689	0,2189
Disponibilidade ácido tranexâmico x prevalência de óbitos maternos por hemorragia	- 0,22361	0,7177
Disponibilidade de misoprostol x prevalência de óbitos maternos por hemorragia	0,15811	0,7995
Disponibilidade de nifedipina x prevalência de óbitos maternos por síndromes hipertensivas	0,63246	0,2522
Disponibilidade de hidralazina x prevalência de óbitos maternos por síndromes hipertensivas	0,05130	0,9347
Disponibilidade de sulfato de magnésio x prevalência de óbitos maternos por síndromes hipertensivas	-0,86603	0,0577
Disponibilidade de nitroprussiato de sódio x prevalência de óbitos maternos por síndromes hipertensivas	- 0,70000	0,1881
Disponibilidade de antibióticos de largo espectro x prevalência de óbitos maternos por infecção puerperal	- 0,72548	0,1654
Disponibilidade de vasopressores x prevalência de óbitos maternos por infecção puerperal	-0,36274	0,5485
Disponibilidade de soros de expansão x prevalência de óbitos maternos por infecção puerperal	0,00000	1,0000
Disponibilidade de hemocomponentes x prevalência de óbitos maternos por infecção puerperal	- 0,35355	0,5594
Disponibilidade de hemocomponentes x prevalência de óbitos maternos por hemorragia	0,70000	0,1881
Disponibilidade de AMIU x prevalência de óbitos maternos por aborto	0,20520	0,7406
Disponibilidade de vacuoaspirador x prevalência de óbitos maternos por aborto	0,65789	0,2275
Disponibilidade de cureta x prevalência de óbitos maternos por aborto	-0,82078	0,0886
Existe time de resposta rápida x prevalência de óbitos maternos por aborto	0,61559	0,2690
Existe time de resposta rápida X prevalência de óbitos maternos por hemorragia	-0,10000	0,8729
Existe time de resposta rápida x prevalência de óbitos maternos por infecção puerperal	0,70711	0,1817
Existe time de resposta rápida x prevalência de óbitos maternos por síndromes hipertensivas	-0,20000	0,7471
Aptos ao manejo de pacientes com covid-19 x prevalência de óbitos maternos por causas indiretas	-0,26316	0,6688
Receberam curso de capacitação ou realizou treinamento para manejo de pacientes com COVID-19 x prevalência de óbitos maternos por causas indiretas	-0,34412	0,5707

EO: emergências obstétricas; MEOWS: escore de alerta precoce em obstetrícia; AMIU: aspiração manual intrauterina; COVID-19: do inglês coronavírus disease; Teste estatístico: Correlação de *Spearman*

7. Discussão

Os resultados do presente estudo devem ser analisados perante a perspectiva de que são derivados de relatos de médicos que atuam em ginecologia e obstetrícia em diferentes cenários socioeconômicos e culturais, sendo, portanto, diretamente influenciados pela diferenciação de sua casuística.

A população de médicos ginecologistas e obstetras (GOs) participante deste estudo apresenta distribuição demográfica semelhante à brasileira quando avaliadas as cinco regiões do país (gráfico 2). Apesar de apresentar proporcionalidade semelhante à distribuição nacional, a presente casuística é constituída por apenas 1,6% dos GOs brasileiros e 4,1% dos GOs cadastrados na FEBRASGO. Dentre as possíveis justificativas de baixo interesse em participar do estudo, pode-se inferir que o momento de pandemia por COVID-19, com sobrecarga de informações e questionários eletrônicos, possa ter influenciado significativamente.

Considerando-se que os dados do presente estudo são derivados predominantemente de médicos provenientes da região Sudeste (60%), que corresponde à economicamente mais rica do país e que apresenta maior disponibilidade de recursos de saúde, a realidade regional impacta diretamente nos resultados observados neste estudo em nível nacional. Ponderando-se ainda que representa a região mais populosa do Brasil, deve-se atentar que sua RMM (de aproximadamente 60 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos em 2019) influencia diretamente na taxa geral do país. (30)

O Brasil é um país de dimensões continentais, com cinco macrorregiões caracterizadas por realidades culturais e socioeconômicas distintas e uma distribuição populacional não equilibrada. Dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimam que em 2021 a população brasileira correspondia 213,3 milhões de habitantes, sendo que a região sudeste concentra 42,2% da população, seguida pela região nordeste com 27,06%, sul (14,25%), norte (8,86%) e centro-oeste (7,83%). (31,32) O Sudeste não é apenas a região mais populosa do país, como também com maior índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM, que consideram a longevidade, nível educacional e renda) (0,766), detendo 55,2% do produto interno bruto (PIB) brasileiro.(32)

Analisando-se a disponibilidade de medicamentos mais amplamente utilizados na prática clínica de assistência às principais causas de emergências obstétricas,

observou-se adequada disponibilidade (em torno de 90%). Em contraste, observou-se dificuldades de acesso a instrumentos, aparelhos ou medicações utilizadas para terapêutica de situações mais complexas e de maior gravidade, geralmente refratárias aos tratamentos iniciais, como por exemplo: balão de tamponamento intrauterino (30,74%), vacuoaspirador (20,73%, p = 0,0445) e nitroprussiato de sódio (63,00%, p = 0,0247), AMIU (68,26%; p = 0,0067). (Tabela 5).

As baixas taxas de disponibilidade de vácuo aspirador para aspiração manual intra-uterina (AMIU) (média brasileira de 68,26%) em comparação a curetagem uterina (92,66%) vai em sentido oposto as recomendações da OMS e FEBRASGO. A AMIU é o método de primeira escolha eleito pela OMS para o aborto seguro em gestações inferiores a 12/14 semanas. Tal instrumento é considerado de alta eficácia, de rápida realização (3-10 minutos), com baixas taxas de complicação, como as relacionadas a perda sanguínea e perfuração uterina em comparação a curetagem uterina. Método que necessita de maior disseminação, considerando que 31% de todas as gestações evoluem para aborto e 80% dessas perdas gestacionais ocorrem no primeiro trimestre, o que pode impactar positivamente na redução da RMM. (33,34)

O balão intrauterino, pouco disponível nos nossos serviços brasileiros (30,74%), é uma ferramenta de extrema importância e aplicação, quando se considera a hemorragia puerperal refrataria a terapêutica farmacológica, com taxa de sucesso de 80% e baixa morbimortalidade, evitando intervenções cirúrgicas, preservando o futuro reprodutivo dessas pacientes. (35)

Outro ponto importante é a indicação absoluta de nitroprussiato de sódio em casos de edema agudo de pulmão com comprometimento cardíaco e na hipertensão grave refratária, complicação da síndrome hipertensiva, e que pode ser revertida com seu efeito vasodilatador, estando disponível para apenas 63%.(36)

Neste cenário de recursos humanos e estruturais, a maioria dos profissionais (93,47%) declararam que em algum momento já conduziram uma situação de gravidade no contexto materno/fetal (Gráfico 3).

Estudo multicêntrico realizado em 2014, incluindo 27 maternidades brasileiras, correlacionou fatores socioeconômicos, disparidades regionais (baixo nível socioeconômico, extremos de idade, habitações em zona rural, multiparidade) ao aumento da morbimortalidade materna. Esse mesmo estudo identificou o tempo resposta (identificação de sinais de alarme, deslocamento da paciente e tempo de

ação pela equipe médica/multidisciplinar) como o fator primordial relacionado aos desfechos desfavoráveis no manejo dessas pacientes. (22,37)(38)

A identificação e ação precoce diante os sinais de gravidade é imprescindível para o atendimento adequado, sendo possível principalmente por meio de organização de processos assistenciais e implementação de protocolos de identificação precoce de deterioração clínica e escores de alerta precoce de risco obstétrico (MEOWS). Os dados do presente estudo evidenciam, em todas as regiões deste país, baixas taxas de implementação de protocolos de identificação de risco obstétrico, principalmente Sul (26,23%), Centro-oeste (16,9%), Nordeste (23,29%) (p = 0,0032).

No Reino Unido, a implementação do sistema de alerta precoce em obstetrícia (MEOWS – do inglês *modified early obstetric warning system*) em 100% dos serviços assistenciais foi considerada uma estratégia eficaz na redução da morbimortalidade materna, quando aplicada por profissionais treinados. (39) Por oferecer parâmetros que facilitam o reconhecimento de gestantes/puérperas em risco de deterioração clínica iminente (devido a doenças cardiovasculares, sepse, doença tromboembólica, hemorragia ou pré-eclâmpsia), o instrumento auxilia no julgamento clínico inicial, comunicação entre a equipe multiprofissional e intervenção precoce e pertinente a cada caso. (40) Em um inquérito britânico, o MEOWS apresentou sensibilidade de 89% (IC95% 81-95%) e especificidade de 79% (IC95% 76–82%) para identificar condições de gravidade em obstetrícia. (41)

Ressalta-se não apenas a importância da implementação de uma ferramenta de triagem obstétrica, como também a necessidade de capacitação específica para sua aplicabilidade se fazer efetiva. Em um estudo retrospectivo desenvolvido por um grupo brasileiro, 99,2% das complicações do ciclo gravídico-puerperal não foram reconhecidas pela equipe de enfermagem com aplicação do MEOWS, por este não fazer parte da rotina dos cuidados de enfermagem do serviço. (42) O presente inquérito identificou o dado alarmante de que uma parcela significativa dos profissionais (22,77%) desconhece a existência dessa escala de risco obstétrico em suas instituições.

Evidenciou-se que os profissionais participantes se autodeclaram seguros e relatam ter conhecimento para conduzir casos relacionados a assistência a gestante e puérperas em condições de morbidade materna grave (Tabela 6). Em contraste,

observou-se baixa prevalência de capacitação periódica dos profissionais da equipe que realizam o atendimento dessas pacientes, sendo realizada/disponibilizada em apenas 36% das localidades em que esses profissionais atuam, com maior prevalência entre os médicos das regiões Sudeste (42,82%) e Norte (51,35%) *(p* = 0,0128). Novamente, infere-se que o maior acesso a recursos institucionais também influencia em acesso a processos bem estabelecidos e, consequentemente, determina a necessidade de capacitação periódica de equipes. (Tabela 9 e 10)

A educação continuada mostra-se como uma ferramenta importante na redução da MM. Diversos trabalhos realizados em países de baixa renda demonstram que tanto a capacitação periódica da equipe multidisciplinar, como o treinamento de médicos para situações de emergências obstétricas, independente da disponibilidade plena ou escassez de recursos estruturais (como medicações, exames) podem reduzir significativamente a MM. (17)(19)(26)(43)(44)(45)(46) Ressalta-se que aumentar a eficiência do cuidado obstétrico é comprovadamente eficaz na redução dos custos em saúde.(47) No Quênia, a cada 1 dólar investido em cursos de capacitação periódica em EO, houve um impacto social equivalente à 12,74 dólares.(48)

Em um estudo de caso controle, *Muller. et al* (2019) demonstrou que momentos de aprendizagem regulares apresenta impacto positivo não só na formação de médicos e especialistas como também na preparação de toda a equipe, a fim de agregar conhecimento teórico e prático nos cuidados obstétricos e aumentar a compreensão do trabalho em equipe, reduzindo custos e impactando na redução da RMM. (43)

Metanálise, publicada em 2015 na *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, avaliou o impacto do treinamento de equipes no cuidado relativo a emergências obstétricas incluindo 23 estudos/ensaios publicados de 1994 a 2014 e demonstrando que a contínua intervenção nas práticas de assistência obstétrica é capaz de reduzir as falhas de processos e, consequentemente, a morbimortalidade materna e neonatal. Tais intervenções incluíram a elaboração de objetivos institucionais; desenvolvimento de protocolos, diretrizes e auditorias; reuniões mensais de feedback e principalmente pelo treinamento regular e contínuo em cursos de reciclagem. (44)

O Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia (ALSO – do inglês *Advanced Life Support in Obstetrics*), criado em 1991 com o objetivo de melhorar as habilidades na

assistência das emergências obstétricas em um ambiente de crise, apresenta alto impacto na taxa de mortalidade materna. Uma coorte prospectiva realizada em 2017 em países de baixa renda, como Guatemala, Honduras, Colômbia e Tanzânia evidenciou redução da RMM após a realização do ALSO pela equipe médica local, refletindo a aquisição de habilidades práticas e segurança dos profissionais em agir em tais cenários após o treinamento. O estudo sugere que a capacitação de médicos obstetras pode salvar vidas mesmo em áreas com poucos recursos. (26)(49)

A capacitação para a assistência das principais complicações periparto em hospitais do Quênia impactou positivamente na redução dos quadros de hemorragia puerperal. (46) Em serviços de assistência obstétrica e neonatal de Senegal e Mali, locais que implementaram sistemática de revisões contínuas dos óbitos maternos e boas práticas de saúde, apresentaram redução importante da mortalidade materna em relação aos hospitais onde tais práticas não foram implementadas ([OR] 0,85, IC 95% 0,73–0,98, p=0,0299). (45)

Assim, tal fragilidade pode ser reduzida com a disseminação de cursos de capacitação em emergências obstétricas. Identificamos uma maior capacitação interna na região norte (51,35% p = 0,0128), sugerindo uma associação a maior realização do curso *"Zero Morte Materna"* entre os profissionais dessa região (23,08%). Curso esse oferecido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS Brasil), a fim de se prevenir a mortalidade materna por causas hemorrágicas evitáveis e acelerar a redução da RMM brasileira, ao promover a qualificação de profissionais para atuação prática e organização dos processos de saúde. (50,51)

Outras importantes ferramentas já implementadas na região Sudeste, são os cursos teórico-prático de Emergências Obstétricas da SOGMIG (CEO-SOGMIG, 11,76%, p = 0,002) e da SOGESP (CEO-SOGESP, 23,26%, p < 0,001). Esse último, estruturado por médicos Ginecologistas e Obstetras, em um contesto de elevação de RMM no ano de 2018 no estado de São Paulo, através da elaboração de protocolos de capacitação, desenvolveram-se atividades teórico-práticos a fim de se sistematizar a assistência às condições de grave morbidade materna (do diagnóstico ao tratamento), a serem replicadas em todo o território paulista por instrutores plenamente capacitados, com um material didático uniformizado, prático e de fácil replicabilidade, baseados em evidencias científicas de alto impacto e com o objetivo

de desenvolver as habilidades da equipe multiprofissional no cuidado diante as principais emergências obstétricas (urgências hipertensivas, quadros infecciosos, síndromes hemorrágicas). Qualificar a equipe assistencial, incentivar a realização de protocolos uniformizados, estimular mudanças nos fluxos assistenciais e na estrutura institucional das unidades de saúde são os pilares desse curso e fatores imprescindíveis para impactar positivamente na redução da RMM. (52,53)

A pandemia por Coronavírus (COVID-19), doença decorrente da infecção por SarsCov2, nos termos declarados pela Organização Mundial de Saúde, impactou em aumento substancial da mortalidade materna por causas indiretas nos últimos dois anos em decorrência da síndrome respiratória aguda grave e suas complicações. Em 2020 e 2021, respectivamente, foram 1964 e 2857* óbitos de mulheres gestantes/puérperas, elevando a RMM brasileira para 99,3* mortes materna por 100.000 nascidos vivos (dados preliminares*).(54)

Dados publicados pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) em uma coorte retrospectiva com mulheres gestantes e não gestantes realizada em seu país sede em 2020, identificaram que mulheres grávidas apresentavam um risco significativamente maior de desfechos graves em comparação com mulheres não grávidas, desde admissão em UTI (aumento em quatro vezes do risco), intubação orotraqueal, necessidade de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) e óbito (duas vezes maior que mulheres não grávidas).(55)

Estudo coorte retrospectiva publicada em outubro de 2022 pelo Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19 (OOBr Covid-19) (do inglês *Obstetric Observatory BRAZIL* - COVID-19), com dados extraídos do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), caracterizou demograficamente os óbitos maternos por COVID-19 e síndrome respiratória aguda grave no Brasil. Os resultados dessa coorte demonstraram que os óbitos apresentavam maior frequência em mulheres obesas, negras e com idade materna avançada, sendo muito superior ao evidenciado na população geral (aumento de 97%). Além disso, as maiores taxas de morte materna ocorreram nos estados de Roraima e Amazonas (norte), sugerindo as que as condições socioeconômicas se relacionam à dificuldade no acesso ao sistema de saúde e cuidado adequado. (56) Em outra coorte, esse mesmo grupo de pesquisa identificou que as puérperas apresentavam maior risco de óbito e desfechos desfavoráveis em relação as não gestantes. (57)

Neste contexto, torna-se necessário refletir sobre diferentes fatores determinantes da performance do sistema de saúde no Brasil no cuidado de gestantes / puérperas com síndrome respiratória aguda grave por COVID-19. Um dos aspectos que o presente estudo pode aventar está relacionado às deficiências em capacitação das equipes no manejo da síndrome respiratória aguda grave em população obstétrica, pois, apesar de 91,79% afirmarem trabalhar em centros de referência e 81,57% em instituições com estrutura adequada para esse atendimento, apenas 63,59% dos médicos relataram estar aptos e outros 60,00% receberam alguma capacitação específica para assistência dessas pacientes. (17,19).

Ainda se convive com tal vírus e suas variantes genéticas circulando em todas as regiões do país, e é fato que se faz necessário manter o aprimoramento contínuo dos protocolos assistenciais à medida que as pesquisas elucidam a fisiopatologia e as melhores medidas de tratamento dessa doença desafiadora.

Como considerações finais, pode-se aventar que os dados do presente estudo sugerem que a permanência da elevada RMM está relacionada às deficiências na organização dos serviços de saúde (relacionadas às baixas prevalências de implementação do MEOWS, disponibilidade de time de resposta rápida e de caixas e carrinhos para urgências), como também à carência de acesso a programas de educação continuada/capacitação específica pela equipe médica, apesar da maioria dispor de recursos humanos, estruturais e insumos essenciais.

É preciso atuar nos fatores que podem ser ajustados/ aprimorados e contribuir para o alcance da meta ambiciosa da agenda 2030 de RMM brasileira inferior a 35 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, iniciando-se com apoio à implementação de projetos de educação e capacitação em emergências obstétricas.

7.1. Pontos fortes do estudo

O presente estudo caracteriza-se por ser um inquérito nacional com a perspectiva dos médicos das cinco macrorregiões brasileiras sobre suas práticas assistenciais e serviços de saúde em que atuam, possibilitando realizar correlação entre a presença ou carências de recursos estruturais, logísticas assistenciais e programas de capacitação da equipe médica com os dados de mortalidade materna.

Os dados desse estudo evidenciam a necessidade de se implementar um programa de abrangência nacional de capacitação em emergências obstétricas com objetivo de difundir: conhecimento teórico-prático, sistematização de processos de

identificação e assistência das principais causas de morte materna e estimular busca de recursos estruturais adequados e disponibilidade de insumos.

7.2. Fragilidades do estudo

Os resultados deste estudo foram baseados em relatos e vivências dos profissionais de saúde não sendo possível a checagem direta das estruturas institucionais.

Outro ponto a se destacar foi a baixa adesão ao questionário (4,1% dos médicos cadastrados na FEBRASGO) e principalmente de profissionais atuantes em nos Estados do Piauí, Pará, Roraima, Amazonas e Maranhão, localidades que apresentam as maiores RMM de nosso país.

8. Conclusões

A realidade da RMM brasileira é multifatorial. Segundo a perspectiva dos médicos obstetras, os serviços de saúde brasileiros apresentam disponibilidade de equipes de assistência, medicamentos essenciais (anti-hipertensivos, antibióticos, uterotônicos), centro obstétricos, laboratórios de análises clínicas, mas carecem de processos sistematizados e capacitação permanente dos profissionais para o atendimento qualificado às emergências obstétricas.

9. Referências

1. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):323–33.
2. Document U, Comment USE, To F, Epmm T. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). 2015;6736(2013):1–4.
3. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 2006;367(9516):1066–74.
4. Brasil revê metas globais de redução da mortalidade materna e na infância [Internet]. [cited 2020 Sep 7]. Available from: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35013
5. RESOLUÇÃO No 42, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2018 - Imprensa Nacional [Internet]. [cited 2020 Sep 6]. Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57217977/do1-2018-12-28-resolucao-n-42-de-13-de-dezembro-de-2018-57217765
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. 2017.
7. WHO, UNICEF, UNFPA WBG and the UNPD. Trends in Maternal Mortality : 2000 To 2017. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2019. 104 p.
8. PORTARIA GM/MS No 2.228, DE 1o DE JULHO DE 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS no 3, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação GM/MS no 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a habilitação e o financiamento da Rede de Aten [Internet]. Basília: Ministério da Saúde; 2022 p. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt2228_01_07_2022.html
9. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos ODS [Internet]. [cited 2020 Sep 6]. Available from: http://portalods.com.br/publicacoes/saude-brasil-2017-uma-analise-da-situacao-de-saude-e-os-desafios-para-o-alcance-dos-ods/
10. Viana R da C, Novaes MRCG, MP Calderon I. Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. Comun ciênc saúde. 2011;141–52.
11. Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna [Internet]. [cited 2020 Sep 6]. Available from: https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade%20-matern
12. MULHER, Cada; CRIANÇA, Cada. Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030) [Internet]. Nova York, p. 1, 2015. Disponível em: https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_Global_Strategy_PT_inside_LogoOK2017_web.pdf
13. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the un Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. The Lancet [Internet].

2016;387(10017):462–74. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7

14. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna [Internet]. Brasil. Disponível em: https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/cid10/.
15. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) [Internet]. Brasil. Disponível em: https http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def.
16. Orellana J, Jacques N, Leventhal DGP, Marrero L, Morón-Duarte LS. Excess maternal mortality in Brazil: Regional inequalities and trajectories during the COVID-19 epidemic. PLoS One. 2022;17(10):e0275333.
17. Karimi L, Makvandi S, Vahedian-Azimi A, Sathyapalan T, Sahebkar A. Effect of COVID-19 on Mortality of Pregnant and Postpartum Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Pregnancy. 2021;2021:1–33.
18. Zambrano LD, Ellington S, Strid P, Galang RR, Oduyebo T, Tong VT, et al. Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–October 3, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(44):1641–7.
19. Badr DA, Mattern J, Carlin A, Cordier AG, Maillart E, el Hachem L, et al. Are clinical outcomes worse for pregnant women at ≥20 weeks' gestation infected with coronavirus disease 2019? A multicenter case-control study with propensity score matching. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(5):764–8.
20. Metz TD, Clifton RG, Hughes BL, Sandoval G, Saade GR, Grobman WA, et al. Disease Severity and Perinatal Outcomes of Pregnant Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Obstetrics & Gynecology. 2021;Publish Ah(4):571–80.
21. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss - towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009;23(3):287–96.
22. Cecatti JG, Costa ML, Haddad SM, Parpinelli MA, Souza JP, Sousa MH, et al. Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity: A powerful national collaboration generating data on maternal health outcomes and care. BJOG. 2016;123(6):946–53.
23. Thaddeus S, Maine D. Too To Walk : Maternal Mortality in. Soc Sci Med. 1994;38(8):1091–110.
24. Souza CC de, Chianca TCM, Cordeiro Júnior W, Rausch M do CP, Nascimento GFL. Reliability analysis of the manchester triage system: Inter-observer and intra-observer agreement. Rev Lat Am Enfermagem. 2018;26.
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. 2017;1–12.
26. Rojas-Suarez J, Suarez N, Ateka-Barrutia O. Developing obstetric medicine training in Latin America. Obstet Med. 2017;10(1):16–20.
27. Brasil, 2019. Lei nº 13.583 de 8 de Julho de 2019 Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que altera a lei nº137.09 de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de dados. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13853.htm#art1
28. Deborah J. J. Rumsey. Statistics For Dummies (For Dummies (Lifestyle)) . 2nd Edition. 2019. 101–102 p.

29. Gil Alves Guilloux A, Alonso Miotto Cristiane de Jesus Almeida Pesquisadores colaboradores B, Guerra A, Cassenote A, Matijasevich A, Pérola Drulla Brandão A, et al. DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL 2023 Equipe da pesquisa [Internet]. Available from: https://amb.org.br/
30. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. Boletim epidemiológico 29. 2021;52.
31. População brasileira chega a 213,3 milhões de habitantes, estima o IBGE. Serviços e Informações do Brasil. Agosto de 2021. [Internet]. Brasil. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/2021/08/populacao-brasileira-chega-a-213-3-milhoes-de-habitantes - estima-ibge
32. Em 2012, o Sudeste concentrava 55,2% do PIB do país e o DF tinha o maior PIB per capita. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Novembro de 2014 [Internet]. Brasil. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?view=noticia&id=1&idnoticia=2759&busca=1&t=2012-sudeste-concentrava-55-2-pib-pais-df-tinha-maior -capita
33. Organização Mundial da Saúde (OMS). Aborto Seguro: Orientação Técnica e Política para Sistemas de Saúde. 2ª edição. 2011. [Internet]. Brasil. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/abortamento-seguro-orientacao-tecnica-e-de-politicas-para/
34. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Aborto: classificação, diagnóstico e conduta. São Paulo; FEBRASGO, 2021. (Protocolo FEBRASGO – Obstetrícia, nº 1/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).
35. Dalmedico MM, Barbosa FM, Toledo CM de, Martins WA, Fedalto A do R, Ioshii SO. Tamponamento por balão intrauterino no tratamento da hemorragia pós-parto. Fisioterapia em Movimento. 2022;35(spe).
36. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Pré-eclâmpsia/eclâmpsia. São Paulo; FEBRASGO, 2021. (Protocolo FEBRASGO – Obstetrícia, nº 73/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).
37. Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Haddad SM, Costa ML, et al. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: Results from a national multicentre cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014 May 5;14(1).
38. Zanardi, Dulce M., e outros. "Desfechos perinatais adversos estão associados a morbidade e mortalidade materna grave: evidências de um estudo transversal multicêntrico nacional." Arquivos de ginecologia e obstetrícia 299 (2019): 645-654.
39. Isaacs RA, Wee MYK, Bick DE, Beake S, Sheppard ZA, Thomas S, et al. A national survey of obstetric early warning systems in the United Kingdom: Five years on. Anaesthesia. 2014;69(7):687–92.
40. Nair S, Dockrell L, Colgain S Mac, Brown J, Abir G. Maternal Early Warning Scores (MEWS). Obstetric Anaesthesia [Internet]. 2018;(July):3–7. Available from: www.wfsahq.org/resources/anaesthesia-tutorial-of-the-week
41. Singh S, McGlennan A, England A, Simons R. A validation study of the CEMACH recommended modified early obstetric warning system (MEOWS). Anaesthesia. 2012;67(1):12–8.

42. Schuler L. Aplicação do Modified Early Obstetric Warning System (MEOWS) em mulheres após gestações : um estudo descritivo. 2019;19(3):557–67.
43. Mueller V, Ellis S, Murray-Davis B, Sonnadara R, Grierson LEM. A multiple-trainee, multiple-level, multiple-competency (multi-TLC) simulation-based approach to training obstetrical emergencies. Perspect Med Educ. 2019;8(5):309–13.
44. Bergh AM, Baloyi S, Pattinson RC. What is the impact of multi-professional emergency obstetric and neonatal care training? Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2015;29(8):1028–43. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.03.017
45. Dumont A, Fournier P, Abrahamowicz M, Traoré M, Haddad S, Fraser WD. Quality of care, risk management, and technology in obstetrics to reduce hospital-based maternal mortality in Senegal and Mali (QUARITE): A cluster-randomised trial. The Lancet. 2013;382(9887):146–57.
46. Spitzer RF, Steele SJ, Caloia D, Thorne J, Bocking AD, Christoffersen-Deb A, et al. One-year evaluation of the impact of an emergency obstetric and neonatal care training program in Western Kenya. International Journal of Gynecology and Obstetrics [Internet]. 2014;127(2):189–93. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.05.023
47. Willcox M, Harrison H, Asiedu A, Nelson A, Gomez P, LeFevre A. Incremental cost and cost-effectiveness of low-dose, high-frequency training in basic emergency obstetric and newborn care as compared to status quo: part of a cluster-randomized training intervention evaluation in Ghana. Global Health. 2017 Dec 6;13(1):88.
48. Banke-Thomas A, Madaj B, van den Broek N. Social return on investment of emergency obstetric care training in Kenya. BMJ Glob Health. 2019 Jan 1;4(1).
49. Dresang LT, González MMA, Beasley J, Bustillo MC, Damos J, Deutchman M, et al. The impact of Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) training in low-resource countries. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2015;131(2):209–15.
50. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de orientação para o curso de prevenção de manuseio de hemorragia obstétrica: Zero Morte Materna por Hemorragia. Brasília: OPAS; 2018 [Internet]. Brasil. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34880/9788579671258-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
51. Organização Mundial da Saúde (OMS). Aborto Seguro: Orientação Técnica e Política para Sistemas de Saúde. 2ª edição. 2011. [Internet]. Brasil. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/abortamento-seguro-orientacao-tecnica-e-de-politicas-para/
52. Dantas EC, Fábio M, Neves F, Mattar R, Vieira RP, Silvana F, et al. Guidance manual for the theoretical and practical course on obstetric emergencies at SOGESP, Association of Gynecology and Obstetrics of the State of São Paulo, 2021.
53. Dantas EC, Fábio M, Neves F, Mattar R, Vieira RP, Silvana F, et al. Capacitação teórica e prática de profissionais de saúde em emergências obstétricas como estratégia para redução da mortalidade materna. Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo, 2021.
54. Francisco RPV, Lacerda L, Rodrigues AS. Obstetric observatory brazil-covid-19: 1031 maternal deaths because of covid-19 and the unequal access to health care services. Vol. 76, Clinics. UNIV SAO PAULO; 2021.

55. Zambrano LD, Ellington S, Strid P, et al. Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–October 3, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1641–1647. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6944e3
56. Franco VF, Rodrigues AS, Junior ERR, de Godói LG, Monroy NAJ, da Costa RA, et al. Demographic and epidemiological characteristics of pregnant and postpartum women who died from severe acute respiratory syndrome in Brazil: A retrospective cohort study comparing COVID-19 and nonspecific etiologic causes. PLoS One. 2022 Oct 1;17(10 October).
57. Serra FE, Francisco RPV, de Rossi P, de Lourdes Brizot M, Rodrigues AS. COVID-19 outcomes in hospitalized puerperal, pregnant, and neither pregnant nor puerperal women. PLoS One. 2021 Nov 1;16(11 November).

---

[*] Modelo de referências de acordo com:

International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Style) – Grupo Vancouver

10.Anexos

10.1. Anexo 1: Termo de consentimento livre e esclarecido pós-informado - 2

TÍTULO DO ESTUDO:

Inquérito nacional sobre emergências obstétricas: a perspectiva do médico obstetra na prática clínica.

INVESTIGADORES PRINCIPAIS:

- Vitória Espíndola Leite Borges
- Prof. Dra. Maria Rita de Souza Mesquita
- Prof. Dra. Elaine Christine Dantas Moisés

INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Antes de decidir participar deste estudo, é importante que você leia e compreenda os procedimentos envolvidos. Este termo de consentimento informado descreve o motivo, os procedimentos, os benefícios e os riscos do estudo. É necessário ler e assinar este termo de consentimento antes que você possa participar.

POR QUE VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO(A) A PARTICIPAR DESSE PROJETO:

Para nos ajudar a dimensionar fatores associados às dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na assistência/manejo das emergências obstétricas e as particularidades enfrentadas em cada região brasileira, seja relacionado à escassez de recursos e insumos, estrutura inadequada, triagem ou acolhimento não correspondentes, deficiência de conhecimento prático ou teórico.

OBJETIVO DO ESTUDO:

Avaliar indicadores de conhecimento de profissionais de saúde em emergências obstétricas e acesso a recursos durante a assistência a esses casos

O QUE ENVOLVE SUA PARTICIPAÇÃO NESSE PROJETO?

Nesse projeto sua participação será respondendo instrumento de avaliação de

POSSÍVEIS RISCOS AO PARTICIPAR DO ESTUDO:

Para evitar o risco de perda de confidencialidade dos dados, os pesquisadores irão codifica-los em relação à identificação e os manterão sob sigilo.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS AO PARTICIPAR DO ESTUDO:

Os benefícios para os sujeitos de pesquisa são indiretos considerando a possibilidade de auto avaliação de conhecimento, prática assistencial e disponibilidade de recursos de sua instituição.

O QUE ACONTECE SE VOCÊ NÃO QUISER PARTICIPAR DESSE ESTUDO?

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Se você decidir não participar, não haverá penalidade alguma.

E SE VOCÊ QUISER SAIR DO ESTUDO APÓS TER ACEITADO PARTICIPAR?

Você pode descontinuar sua participação neste estudo a qualquer momento sem penalidade ou perda dos benefícios que de outra forma você teria direito. Caso você deseje retirar o seu consentimento, favor notificar o investigador, através do número de telefone listado na última página deste termo de consentimento livre e esclarecido. Você tem o direito de se retirar do estudo completamente (isto significa que você não deseja ser contatado por qualquer pessoa do estudo depois da sua retirada) ou pode só desejar parar de realizar a avaliação, mas permitir que o pessoal do estudo entre em contato com você e utilize os seus dados.

Você será informado(a) de forma oportuna sobre qualquer nova informação relacionada à sua segurança que possa influenciar sua disposição em continuar participando do estudo.

Este estudo poderá ser interrompido caso o pesquisador responsável perceba qualquer risco ou dano significativo causado pela pesquisa.

O QUE ENVOLVE SUA PARTICIPAÇÃO NESSE PROJETO?

Será necessária a disponibilidade de 15 minutos para a análise de conhecimento de práticas assistenciais em emergências obstétricas, recursos estruturais, humanos e de processos operacionais de sua instituição.

SIGILO E DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES PESSOAIS

Todas as informações coletadas durante este estudo, incluindo seus dados pessoais e de pesquisa, serão mantidas em sigilo. No entanto, um representante autorizado irá analisar essas informações.

Você será identificado por um número em toda documentação e avaliação, estando seu nome em segredo absoluto. Seu nome ou o material que o identifique como um participante do estudo não será liberado sem a sua permissão por escrito, exceto quando for exigido por lei.

REGISTRO DO ESTUDO PESQUISA

O projeto de pesquisa "Inquérito nacional sobre emergências obstétricas: a perspectiva do médico obstetra na prática clínica" foi cadastrado na Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Unidade de Pesquisas Clínicas e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

CUSTOS E REMUNERAÇÃO

Sua participação não terá custos e você não terá que pagar por nenhum procedimento que será realizado neste estudo. Você não será pago por sua participação

NO CASO DE DANO RELACIONADO À PESQUISA

Caso você sofra algum dano como resultado de qualquer atividade da pesquisa, os pesquisadores e o centro tentarão providenciar assistência integral, dentro do padrão internacional de boas práticas clínicas e resolução vigente no Brasil (Resolução 466/2012).

De forma alguma, o presente termo renuncia os direitos legais do participante ou isenta o investigador, a instituição, o patrocinador ou seus representes das responsabilidades legais caso haja algum dano.

CONTATO COM PESQUISADORES PARA MAIS INFORMAÇÕES

Os pesquisadores estarão disponíveis para responder a quaisquer perguntas

que você possa ter em relação ao tratamento descrito ou os procedimentos do estudo. Se você tiver alguma dúvida sobre esta pesquisa, você pode entrar em contato com Vitória Espíndola Leite Borges, 16-3602-2583, Avenida Bandeirantes, 3900 - Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP, 14048-900.

CONTATO COM COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que estão sendo feitas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma.
Caso você quiser falar com alguém não diretamente envolvido neste estudo sobre os seus direitos, preocupações, danos relacionados à pesquisa, você pode se comunicar com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo no Campus Universitário, S/N, Monte Alegre, Prédio Central, Subsolo - 14048-900 – Ribeirão Preto/SP, em (16) 3602-2228 com horário de funcionamento de Segunda a Sexta-feira das 08h00min às 17h00min.
Você também poderá entrar em contato, caso se sentir coagido para aceitar ou continuar a participar da pesquisa.

CONSENTIMENTO

Ao assinar e datar este formulário, você irá confirmar que foi suficiente informado sobre a natureza, a finalidade, a duração e os riscos deste estudo. Confirma também que foi capaz de discutir dúvidas em detalhes com o pesquisador, e que estas, foram completamente e satisfatoriamente respondidas.
Você receberá uma via assinada deste formulário e a outra via ficará com o pesquisador.

Nome do Participante	Assinatura	Data e horário
Nome do Pesquisador	Assinatura	Data e horário

10.2. Anexo 2: Corpo do e-mail enviado pelo setor de comunicação da FEBRASGO aos médicos ginecologistas e obstetras com e-mails cadastrados.

Colegas Ginecologistas e Obstetras,

Com objetivo de estabelecer um cenário da assistência a emergências obstétricas no Brasil, convidamos você a participar da pesquisa "INQUÉRITO NACIONAL SOBRE EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: A PERSPECTIVA DO MÉDICO OBSTETRA NA PRÁTICA CLÍNICA (INAEB)" desenvolvida como Mestrado Profissional em Medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Para contribuir com a construção desse conhecimento, convido-o a acessar o questionário apresentado no meio do link: https://bit.ly/INAEB

Agradecemos a sua disponibilidade e comprometemo-nos a garantir a confidencialidade de seus dados.

Equipe INAEB

Vitória Espíndola Leite Borges – Pós-graduanda em Mestrado Profissional em Medicina pela FMRP-USP

Orientação: Profa. Dra. Elaine Christine Dantas Moisés (http://lattes.cnpq.br/3488286057756311)

Coorientação: Profa. Dra. Maria Rita de Souza Mesquita (http://lattes.cnpq.br/2328449002158581)

Suporte técnico em gerenciamento de dados: Francisco Barbosa Junior

Apoio: FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP

Inquérito Nacional sobre
Emergências Obstétricas

10.3. Anexo 3: Logomarca do projeto INAEB (inquérito nacional sobre emergências obstétricas) com *QR Code* para acesso ao questionário eletrônico

10.4. Anexo 4: Termo de consentimento livre e esclarecido aplicado em formato eletrônico

INAEB - Inquérito nacional sobre emergências obstétricas: a perspectiva do médico obstetra na prática clínica.

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. **Antes de decidir participar deste estudo, é importante que você leia e compreenda os procedimentos envolvidos:**

- Sua participação nos ajudará a caracterizar o cenário da assistência às emergências obstétricas em cada região brasileira;
- Você poderá visualizar o TCLE completo clicando em "Mostrar TCLE". Se concordar em colaborar com essa pesquisa, solicita-se que declare "Eu Aceito" ao TCLE;
- **Ao assinar o TCLE (declarando "Eu Aceito"), você confirmará que foi suficientemente informado sobre a natureza, a finalidade, a duração e os riscos deste estudo;**
- O tempo total estimado para participar é de 10 minutos;
- Para evitar o risco de perda de confidencialidade dos dados, os pesquisadores irão codificá-los em relação à identificação;
- Você poderá descontinuar sua participação neste estudo a qualquer momento sem nenhuma penalidade;
- Os pesquisadores estão disponíveis pelo e-mail inaeb@usp.br para responder a quaisquer perguntas que você possa ter em relação ao estudo.

Os pesquisadores agradecem antecipadamente a sua valiosa participação.

Page 1 of 3

reset

Mostrar TCLE

Declaro ter lido e aceito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

* must provide value

Eu ACEITO | **Eu NÃO aceito**

reset

Next Page >>

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INAEB
Inquérito nacional sobre emergências obstétricas: a perspectiva do médico obstetra na prática clínica.

INVESTIGADORES PRINCIPAIS
• Vitória Espíndola Leite Borges
• Prof. Dra Maria Rita de Souza Mesquita
• Prof. Dra Elaine Christine Dantas Moisés

INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE
Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Antes de decidir participar deste estudo, é importante que você leia e compreenda os procedimentos envolvidos. Este termo de consentimento informado descreve o motivo, os procedimentos, os benefícios e os riscos do estudo. É necessário ler e assinar este termo de consentimento antes que você possa participar.

POR QUE VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO(A) A PARTICIPAR DESSE PROJETO
Para nos ajudar a dimensionar fatores associados às dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na assistência/manejo das emergências obstétricas e as particularidades enfrentadas em cada região brasileira, seja relacionado à escassez de recursos e insumos, estrutura inadequada, triagem ou acolhimento não correspondentes, deficiência de conhecimento prático ou teórico.

OBJETIVO DO ESTUDO
Avaliar indicadores de conhecimento de profissionais de saúde em emergências obstétricas e acesso a recursos durante a assistência a esses casos.

O QUE ENVOLVE SUA PARTICIPAÇÃO NESSE PROJETO?
Nesse projeto sua participação será respondendo questionário eletrônico.

POSSÍVEIS RISCOS AO PARTICIPAR DO ESTUDO
Para evitar o risco de perda de confidencialidade dos dados, os pesquisadores irão codifica-los em relação à identificação e os manterão sob sigilo.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS AO PARTICIPAR DO ESTUDO
Os benefícios para os sujeitos de pesquisa são indiretos considerando a possibilidade de autoavaliação de conhecimento, prática assistencial e disponibilidade de recursos de sua instituição.

O QUE ACONTECE SE VOCÊ NÃO QUISER PARTICIPAR DESSE ESTUDO?
Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Se você decidir não participar, não haverá penalidade alguma.

E SE VOCÊ QUISER SAIR DO ESTUDO APÓS TER ACEITADO PARTICIPAR?
Você pode descontinuar sua participação neste estudo a qualquer momento sem penalidade ou perda dos benefícios que de outra forma você teria direito. Caso você deseje retirar o seu consentimento, favor notificar o investigador, através do número de telefone listado ao final deste termo de consentimento livre e esclarecido. Você tem o direito de se retirar do estudo completamente (isto significa que você não deseja ser contatado por qualquer pessoa do estudo depois da sua retirada) ou pode só desejar parar de realizar a avaliação, mas permitir que o pessoal do estudo entre em contato com você e utilize os

REGISTRO DO ESTUDO PESQUISA
O projeto de pesquisa "Inquérito nacional sobre emergências obstétricas: a perspectiva do médico obstetra na prática clínica" foi cadastrado na Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Unidade de Pesquisas Clínicas e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

CUSTOS E REMUNERAÇÃO
Sua participação não terá custos e você não terá que pagar por nenhum procedimento que será realizado neste estudo. Você não será pago por sua participação.

NO CASO DE DANO RELACIONADO À PESQUISA
Caso você sofra algum dano como resultado de qualquer atividade da pesquisa, os pesquisadores e o centro tentarão providenciar assistência integral, dentro do padrão internacional de boas práticas clínicas e resolução vigente no Brasil (Resolução 466/2012).

De forma alguma, o presente termo renuncia os direitos legais do participante ou isenta o investigador, a instituição, o patrocinador ou seus representes das responsabilidades legais caso haja algum dano.

CONTATO COM PESQUISADORES PARA MAIS INFORMAÇÕES
Os pesquisadores estarão disponíveis para responder a quaisquer perguntas que você possa ter em relação ao tratamento descrito ou os procedimentos do estudo. Se você tiver alguma dúvida sobre esta pesquisa, você pode entrar em contato com Vitória Espíndola Leite Borges, inaeb@usp.br, (16)3602-2583, Avenida Bandeirantes, 3900 - Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP, 14048-900.

CONTATO COM COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que estão sendo feitas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma.
Caso você quiser falar com alguém não diretamente envolvido neste estudo sobre os seus direitos, preocupações, danos relacionados à pesquisa, você pode se comunicar com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo no Campus Universitário, S/N, Monte Alegre, Prédio Central, Subsolo - 14048-900 - Ribeirão Preto/SP, em (16) 3602-2228 com horário de funcionamento de Segunda a Sexta-feira das 08h00min às 17h00min.

Declaro ter lido e aceito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

* must provide value

Eu ACEITO	Eu NÃO aceito

10.5. Anexo 5: Questionário eletrônico para caracterização de práticas assistenciais, recursos estruturais, humanos e de processos operacionais das instituições

: : Identificação inicial : :

Nome completo:
* must provide value

E-mail:
* must provide value

Estado (Escolha uma opção)
* must provide value

Cidade (Digite)
* must provide value

Você é um(a) médico(a):
* must provide value

- Residente
- Com formação completa (Especialista)
- Generalista
- Não sou médico

reset

Idade:
Anos

Tempo de formado:
Anos

: : Assistência em Emergências Obstétricas : :

Você possui Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO?:

* must provide value

Sim | **Não**

reset

Qual tipo de estrutura hospitalar em que você desempenha suas atividades profissionais de maneira predominante?

(Em caso de atuação em mais de uma instituição, considerar as respostas em relação à instituição em que atua predominantemente)

* must provide value

- **Maternidade particular**
- **Maternidade pública**
- **Maternidade por convênios**
- **Maternidade inserida em hospital geral particular**
- **Maternidade inserida em hospital geral público**

reset

Na instituição em que atua existe:
(Pode se marcar mais de uma alternativa)

- **Pronto-atendimento com sala de emergência**
- **Centro obstétrico**
- **UTI adulto geral**
- **UTI obstétrica**

Em uma escala de 1 a 5, sendo:

1 = Nenhum conhecimento
e
5 = Sou referência na área

Qual o seu grau de conhecimento relacionado ao diagnóstico e manejo de emergências obstétricas?

(Ex.: hemorragia, hipertensão, sepse, choque séptico, complicações de aborto, exacerbações de doenças crônicas pré-existentes)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

reset

No último ano você teve oportunidade de prestar assistência a alguma gestante em situação de emergência obstétrica?
(Ex.: hemorragia, hipertensão, sepse, choque séptico, complicações de aborto, exacerbações de doenças crônicas pré-existentes)

- Sim
- Não

reset

Em uma escala de 1 a 5, sendo:

1 = Totalmente inseguro
e
5 = Totalmente seguro,

quão seguro você se sente para atuar em uma situação de emergência obstétrica?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

reset

Você já realizou curso especializado preparatório para o manejo de emergências obstétricas?

- Sim
- Não

reset

O protocolo de classificação de risco está estabelecido na unidade de pronto-atendimento de pacientes da maternidade de sua instituição?

- Sim
- Não
- Não tenho conhecimento sobre essa informação ou não conheço esse protocolo

reset

O protocolo de Sistema de Alerta Precoce em Obstetrícia (MEOWS) está estabelecido nas unidades de internação da maternidade de sua instituição?

- Sim
- Não
- Não tenho conhecimento sobre essa informação ou não conheço esse protocolo

reset

Há uma equipe que atua como time de resposta rápida em casos de gravidade (hospitalista, intensivista, anestesista) na maternidade de sua instituição?

- Sim
- Não
- Não tenho conhecimento sobre essa informação

reset

Indique quais as medicações disponíveis em sua instituição para o atendimento de hemorragia puerperal:
(Pode se marcar mais de uma alternativa)

- Ocitocina
- Methergin
- Ácido Tranexâmico
- Misoprostol

Indique quais as medicações disponíveis em sua instituição para o atendimento de emergência hipertensiva:
(Pode se marcar mais de uma alternativa)

- Nifedipina
- Hidralazina
- Sulfato de magnésio
- Nitroprussiato de sódio
- Outro

Indique quais as medicações disponíveis em sua instituição para o atendimento de choque séptico:
(Pode se marcar mais de uma alternativa)

- Antibióticos de largo expectro
- Vasopressores (noradrenalina, adrenalina)
- Soros (para expansão volêmica)
- Hemocomponentes

Em relação ao manejo do aborto e doenças trofoblásticas, a sua instituição dispõe de:
(Pode se marcar mais de uma alternativa)

Na sua instituição o primeiro atendimento é realizado por:

- Clínico
- Emergencista
- Médico de Família
- Generalista
- Obstetra
- Profissional não médico

reset

Na sua instituição está estabelecido o protocolo de montagem de caixas ou carrinhos de atendimento (por exemplo caixa do Código Vermelho) para as situações de emergências?

- Sim
- Não
- Não tenho conhecimento sobre essa informação ou não conheço esse protocolo

reset

Você já teve oportunidade de utilizar o balão de tamponamento intrauterino (artesanal ou industrializado) em tratamento de hemorragia puerperal?

- Sim
- Não, mas sou plenamente capacitado(a) para realizar o procedimento
- Não, pois não sou capacitado(a) para realizar o procedimento

10.6. Anexo 6: Aprovações da Unidade de Pesquisa Clínica e do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049- 900
Fone (016) 3602-2583 - Fax (016) 3602-1524

Ribeirão Preto, 9 de outubro de 2020.

Ilma. Sra. Profa. Dra.
Elaine Christine Dantas Moisés

Prezada Professora,

O projeto intitulado **"Inquérito nacional sobre emergências obstétricas: a perspectiva do médico obstetra na prática clínica"**, protocolado sob nº 719 de sua autoria foi analisado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Informamos que o projeto foi **APROVADO COM SUGESTÃO** para ser desenvolvido em nosso Departamento, devendo ser enviado à Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para análise, antes do início da coleta de dados.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva
Presidente da Comissão de Pesquisa do DGO/FMRP-USP

UPC
HCFMRP - USP

PROJETO DE PESQUISA

11318

Ribeirão Preto,07 de OUTUBRO de 2020.

Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Márcia Guimarães Villanova
MD.Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Do HCFMRP e da FMRP-USP

Senhora Coordenadora,

Encaminho em anexo o projeto de pesquisa intitulado INQUÉRITO NACIONAL SOBRE EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: A PERSPECTIVA DO MÉDICO OBSTETRA NA PRÁTICA CLÍNICA., juntamente com a documentação necessária para avaliação ética deste Comitê.

O projeto de pesquisa acima mencionado será desenvolvido no departamento de GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.

Informo também que o pesquisador responsável e orientador possuem currículo Lattes.

O orçamento do presente projeto foi analisado pela equipe técnica da UPC antes da submissão ao Comitê e foi APROVADO.

Atenciosamente.

Elaine Christine Dantas Moises

ELAINE CHRISTINE DANTAS MOISES

VITORIA ESPINDOLA LEITE BORGES

De acordo:

GINECOLOGIA E OBSTETRICIA
Carimbar e Assinar

Equipe Ténica
UPC
07 / 10 / 2020

Chefe do Ambulatório/Laboratório
Carimbar e Assinar

Obs.: Caso algum chefe possua vinculo com a pesquisa, deverá ser solicitada assinatura do suplente.
Após assinatura em todos os campos, digitalizar toda a documentação do check list e encaminhar ao CEP via Plataforma Brasil.

HC - Campus Universitário
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

UNIDADE DE PESQUISA CLÍNICA
Fone (16) 3602-2632 FAX: 3602-2962

USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Inquérito nacional sobre emergências obstétricas: a perspectiva do médico obstetra na prática clínica.

Pesquisador: VITORIA ESPINDOLA LEITE BORGES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39449320.7.0000.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto Unidade de Emergência

Patrocinador Principal: FUND DE APOIO AO ENSINO PESQ E ASSISTENCIA HCFMRPUSP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.444.237

Apresentação do Projeto:

O projeto está apresentado de maneira adequada. Ele aborda um tema importante no contexto da saúdebrasileira e tem uma hipótese plausível.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo pretende avaliar a capacidade de manejo do médico ginecologista e obstetra quanto aemergências obstétricas e identificar as principais dificuldades desses profissionais relacionadas tanto aconhecimento teórico/prático, como a recursos estruturais e de insumo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores garantem que haverá sigilo à identificação do participante.E também deixam explícito que não há benefícios diretos garantidos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto transversal no qual será usado um questionário eletrônico de perguntas objetivasaplicado uma única vez.Será um projeto de abordagem nacional que pretende incluir 1000 participantes.O questionário já está elaborado e foi enviado nos documentos anexos.As sugestões metodológicas já foram apresentadas pela Comissão de Pesquisa do DGO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: ok

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

Aprovação DGO: ok

Aprovação UPC: ok

Ficha de informações básicas: ok

TCLE: está claro para o público alvo. E foi adequadamente corrigido.

O TCLE foi

Recomendações:

Nenhuma adicional

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa – versão 2 – 11 de novembro 2020, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 2 – 11 de novembro 2020, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1643699.pdf	12/11/2020 12:08:44		Aceito
Outros	TCLE_VERSAO2.pdf	11/11/2020 18:16:05	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_apenas.pdf	11/11/2020 18:12:50	VITORIA ESPINDOLA LEITE BORGES	Aceito
Outros	PARECER_DGO_APROVACAO.pdf	21/10/2020 16:04:57	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
Outros	FOLHA_UPC.pdf	20/10/2020 19:24:26	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	19/10/2020 17:55:27	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	19/10/2020 17:55:10	VITORIA ESPINDOLA LEITE BORGES	Aceito

Ausência	TCLE.pdf	19/10/2020 17:55:10	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_PROFISSIONAL.pdf	19/10/2020 17:50:39	VITORIA ESPINDOLA LEITE BORGES	Aceito
Orçamento	OrCamento_Projeto_Inquerito_EO_Vitoria_Mestrado_Profissional.pdf	19/10/2020 17:42:41	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
Cronograma	Cronograma_Projeto_Inquerito_EO_Vitoria_Mestrado_Profissional.pdf	19/10/2020 17:41:36	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	19/10/2020 17:40:03	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIBEIRAO PRETO, 07 de Dezembro de 2020

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Inquérito nacional sobre emergências obstétricas: a perspectiva do médico obstetra na prática clínica.

Pesquisador: VITORIA ESPINDOLA LEITE BORGES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 39449320.7.0000.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto Unidade de Emergência

Patrocinador Principal: FUND DE APOIO AO ENSINO PESQ E ASSISTENCIA HCFMRPUSP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.657.676

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao projeto de pesquisa conforme documento CARTA_AO_CEP_Adendo_.pdf.

Resumo:

Introdução: A mortalidade materna (MM), apesar de apresentar redução importante nos últimos 25 anos, mantém índices elevados para a média global em países em desenvolvimento, tais como o Brasil. Nesse contexto, as emergências obstétricas (EO) correspondem a 72,5% de todas as causas de MM. Dessa forma, é fundamental identificar os principais fatores associados às dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no manejo das emergências obstétricas, com o propósito de se estabelecer medidas pontuais de acordo com cada região em um país de dimensões continentais e realidades antagônicas. Objetivos: Identificar a capacidade de manejo e as principais dificuldades do médico obstetra quanto às EO; estimar o impacto dos desfechos negativos das EO nos índices de MM e as diferenças de manejo e desfecho nas regiões do país; avaliar medidas que possam alterar esta realidade. Casuística e Métodos: esse é um estudo observacional e transversal, com inclusão consecutiva de médicos
obstetras, cujos dados serão obtidos por meio de questionário eletrônico, abordando temas relacionados ao manejo das emergências obstétricas. O projeto será desenvolvido a partir da análise de respostas obtidas pela aplicação de questionário na população médica descrita. A

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

análise estatística dos dados coletados será realizada por meio do programa SPSS versão 20.0.

Justificativa da Emenda:

Venho por meio deste adendo solicitar aprovação para adicionar a pesquisa o acrônimo do estudo: INAEB (inquérito nacional sobre emergências obstétricas) e adicionar ao questionário do projeto de pesquisa questões relativas ao manejo de gestantes em cenários de urgência e emergência com covid-19, uma vez que tal patologia vem apresentando grande incidencia em nossa populaçao e relativo impacto na morbimoratalidade desse grupo de pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a capacidade de manejo do médico ginecologista e obstetra quanto a emergências obstétricas e identificar as principais dificuldades desses profissionais relacionadas tanto a conhecimento teórico/prático, como a recursos estruturais e de insumo.

Objetivo Secundário:

Avaliar disponibilidade de recursos;

Estimar as diferenças de recursos estruturais, de insumos e informações nas diferentes regiões do país.

Estimar a habilidade e segurança do obstetra nos cuidados relacionados a emergências obstétricas.

Comparar geograficamente os resultados da avaliação estrutural com as RMM reportadas oficialmente.

Analisar a necessidade de se implementar um programa de abrangência nacional para difundir: conhecimento prático, por meio de cursos; conhecimento teórico, através de cartilha; classificação de risco e manutenção do cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

NÃO HÁ RISCOS

Benefícios:

Os benefícios para os sujeitos de pesquisa são indiretos considerando a possibilidade de auto avaliação de conhecimento, prática assistencial e disponibilidade de recursos de sua instituição, além de permitir a identificação de deficiências pontuais e particulares de cada serviço, e em

território nacional, a serem superados objetivando melhorias na assistência obstétrica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

O projeto será desenvolvido na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), com vistas a abrangência nacional.Será realizado um
estudo observacional, transversal, com inclusão consecutiva de médicos em exercício da especialização em Ginecologia e Obstetrícia, cujos dados
serão obtidos por meio das respostas coletadas em questionário eletrônico de formato único.As perguntas contidas no questionário eletrônico
incluirão respostas objetivas e espaço para considerações subjetivas, abordando temas referentes ao conhecimento, experiência, estrutura e
insumos necessários para o manejo adequado das emergências obstétricas. Em todo processo será garantido o sigilo dos
participantes.Questionário eletrônico será enviado aos participantes para caracterização de práticas assistenciais, recursos estruturais, humanos e
de processos operacionais das instituições em que atuam

Critério de Inclusão:

A população do estudo será composta por médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia ou que estejam cursando residência médica
habilitada em tal área, que estejam cadastrados na FEBRASGO e/ou no CFM.

Critério de Exclusão:

Participantes que não concordarem em participar do estudo ou não assinarem o "Termo de consentimento livre e esclarecido pós-informado".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos da emenda foram devidamente apresentados ao CEP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP analisou e aprovou a emenda bem como o Projeto de pesquisa VERSÃO 2.0 Ribeirão Preto 12 de abril de 2021.

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_1722230_E1.pdf	12/04/2021 18:02:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_versao2.pdf	12/04/2021 18:01:30	VITORIA ESPINDOLA LEITE BORGES	Aceito
Outros	CARTA_AO_CEP_Adendo_.pdf	10/04/2021 17:40:46	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_VERSAO_ABRIL_2021.pdf	10/04/2021 17:38:32	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
Outros	adendo_questionario.txt	22/03/2021 13:41:56	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
Outros	TCLE_VERSAO2.pdf	11/11/2020 18:16:05	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_apenas.pdf	11/11/2020 18:12:50	VITORIA ESPINDOLA LEITE BORGES	Aceito
Outros	PARECER_DGO_APROVACAO.pdf	21/10/2020 16:04:57	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
Outros	FOLHA_UPC.pdf	20/10/2020 19:24:26	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	19/10/2020 17:55:27	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/10/2020 17:55:10	VITORIA ESPINDOLA LEITE BORGES	Aceito
Orçamento	OrCamento_Projeto_Inquerito_EO_Vitoria_Mestrado_Profissional.pdf	19/10/2020 17:42:41	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
Cronograma	Cronograma_Projeto_Inquerito_EO_Vitoria_Mestrado_Profissional.pdf	19/10/2020 17:41:36	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	19/10/2020 17:40:03	VITORIA ESPINDOLA LEITE	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 19 de Abril de 2021

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br