



GOVERNO DE
SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE

DICIONÁRIO DE DADOS – GO DATA

EXPORTAÇÃO XLS/XLSX/CSV DA NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE NEAR MISS MATERNO

ID NO GODATA	NOME DA COLUNA	TIPO DE SAÍDA	CATEGORIA	DESCRIÇÃO
ABA PESSOAL				
-	Nome completo*	Texto	-	Informar o nome completo da paciente (sem abreviaturas)
-	Nome completo da mãe*	Texto	-	Informar o nome completo da mãe da paciente (sem abreviaturas)
-	Nome social	Texto	-	Informar o nome pelo qual a pessoa se identifica e deseja ser reconhecida, podendo ser diferente do seu nome civil.
-	Identificador do caso *	Número	-	Campo interno gerado automaticamente pelo sistema.
-	Endereço de e-mail	Texto	-	Informar endereço de e-mail de referência do paciente ou familiar.
-	Número de telefone	Número	-	Formato (XX) XXXXX-XXXX ou (XX) XXXX-XXXX. Para indivíduo que não possui telefone residencial ou celular, preencher com número comercial ou de recado.
-	Local (município de residência)*	Texto	-	Texto codificado por terminologia externa (IBGE)
-	Bairro	Alfanumérico	-	Morador de rua, cigano ou análogo: preencher com o termo "inexistente", caso a pessoa não tenha endereço.
-	CEP	Número	-	Informar código com 8 dígitos; XX.XXX-XXX. Se o indivíduo não sabe o CEP, preencher com 00000-000.
-	Logradouro e número	Texto	-	Morador de rua, cigano ou análogo: preencher com o termo "inexistente", caso a pessoa não tenha endereço.
ABA EPIDEMIOLOGIA				
-	Data de notificação*	Data	-	Formato date-time yyyy-MM-dd. A data da notificação deve ser maior que 01/01/2025 e menor que a data atual do sistema.
-	Situação ao final do acompanhamento	Seleção	Em acompanhamento/ Acompanhamento concluído/ Perda de seguimento/ Não se aplica/ Óbito/ Transferido para outro município	Selecionar informação de acordo com o momento da notificação.
ABA QUESTIONÁRIO - INVESTIGAÇÃO DE NEAR MISS MATERNO				
1	Regional de saúde da instituição notificadora*	Texto	-	Informar de acordo com a regional de saúde em que o serviço notificador está situado.
1.1.	Qual serviço de saúde notificador?*	Texto	-	Selecionar de acordo com o serviço de saúde notificador.
SUBTÍTULO: Dados do paciente				
2	Data de nascimento*	Data	-	Formato date-time yyyy-MM-dd. A data da nascimento deve ser menor que a data de notificação.
3	Documento*	-	Cartão Nacional de Saúde/ Carteira Nacional de Habilitação/ CPF	Cada documento selecionado deverá ter seu número informado.
4	Raça/Cor*	-	Branca/ Preta/ Amarela/ Parda/ Indígena/ Ignorado	Informar a raça/cor declarada pelo paciente

ID NO GODATA	NOME DA COLUNA	TIPO DE SAÍDA	CATEGORIA	DESCRIÇÃO
5	Escolaridade*	-	Nenhuma/ Educação infantil/ Ensino fundamental incompleto/ Ensino fundamental completo/ Ensino médio incompleto/ Ensino médio completo/ Superior incompleto/ Superior completo/ Ignorado	Preencher de acordo com a última série escolar concluída pela mulher.
6	A paciente é imigrante?*	-	Sim/ Não	Se sim, qual o país de origem.
7	Exerce função remunerada?	-	Sim/ Não	Considerar quando a mulher exercer qualquer atividade profissional mediante pagamento de salário ou outra forma de compensação financeira. Abrange desde empregos formais com contratos de trabalho até atividades independentes como freelancers ou prestadores de serviços.
8	Encontra-se em situação de vulnerabilidade social?*	-	Sim/ Não	Se sim, informar em que situação de vulnerabilidade se encontra: baixa renda, moradora de rua, situação social precária, pessoa privada de liberdade ou outra.
SUBTÍTULO: História obstétrica e perinatal				
9	Número de partos normais anteriores (não contabilizar a gestação atual)?*	Número	-	Não incluir na contagem dados da gestação atual.
10	Número de operações cesarianas anteriores (não contabilizar a gestação atual)?*	Número	-	Não incluir na contagem dados da gestação atual.
11	Número de gestações ectópicas anteriores (não contabilizar a gestação atual)?*	Número	-	Não incluir na contagem dados da gestação atual.
12	Número de abortos anteriores (não contabilizar a gestação atual)?*	Número	-	Não incluir na contagem dados da gestação atual.
13	Número de filhos vivos (não contabilizar a gestação atual)?*	Número	-	Não incluir na contagem dados da gestação atual.
14	Complicações em gestações anteriores (não contabilizar a gestação atual)?	-	Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia/ Hemorragia/ Descolamento prematuro de placenta/ Corioamnionite/ Infecção de sítio cirúrgico/ Infecção urinária de repetição/ Insuficiência istmo cervical/ Diabetes gestacional/ Óbito fetal/infantil/ Trabalho de parto prematuro/ Placenta prévia/ Outra complicação	Não incluir informações da gestação atual.
15	Possui condições crônicas anteriores ao período gestacional?	-	Sim/ Não	Se sim, quais condições crônicas: hipertensão arterial sistêmica, obesidade, diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2, hipotireoidismo, asma, cirurgia bariátrica, depressão, epilepsia, anemia, dependência química, lúpus eritematoso, anemia falciforme, trombofilia, cardiopatia, uso de tabaco, uso de álcool, outras. Se dependência química, especificar o tipo (álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, heroína, ecstasy, medicamentos, entre outras).

ID NO GODATA	NOME DA COLUNA	TIPO DE SAÍDA	CATEGORIA	DESCRIÇÃO
SUBTÍTULO: História da gestação atual				
16	A paciente realizou consulta de pré-natal?*	-	Sim/ Não	Se sim, informar idade gestacional que iniciou o pré-natal (em semanas): menos que 8 semanas, de 8 a 11 semanas e 6 dias, de 12 a 13 semanas e 6 dias, de 14 a 15 semanas e 6 dias, de 16 a 19 semanas e 6 dias, de 20 a 23 semanas e 6 dias, de 24 a 27 semanas e 6 dias, 28 semanas ou mais, Ignorado.
17	Estratificação de risco no pré-natal que consta na carteira da gestante	-	Habitual/ Intermediário/ Alto/ Não estratificada/ Não realizou pré-natal/ Ignorado	Se alto risco, informar o que apresentou: dependência de drogas ilícitas, obesidade mórbida (IMC≥40), cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento, cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório), cirurgia uterina prévia fora da gestação, colelitíase com repercussão na atual gestação, diabetes mellitus tipo I ou tipo II, diabetes gestacional insulínica independente, doenças autoimunes, doenças hematológicas, doença falciforme (exceto traço falciforme), doenças neurológicas, citopatológico com lesão de alto grau, mamografia com classificação BIRADS ≥4, hipertensão arterial crônica, hipertireoidismo, histórico de tromboembolismo, malformação útero-vaginal, nefropatias em tratamento, neoplasias, pneumopatias descompensadas ou graves, psicose ou depressão grave, aborto de repetição (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos), histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores, anemia grave (Hemoglobina < 8), doenças infectocontagiosas com complicações, sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita, doença hemolítica perinatal, gestação gemelar, infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios), pielonefrite na atual gestação (1 episódio), isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo), incompetência Istmo-cervical, malformação fetal confirmada, macrossomia fetal, oligodrâmnio ou polidrâmnio, placenta acreta/ acretismo placentário, placenta prévia (após 22 semanas), restrição de crescimento intrauterino, síndromes hipertensivas na gestação, trabalho de parto prematuro, tromboembolismo na gestação, trombofilias na gestação, senescência placentária com comprometimento fetal.
18	Tipo de gestação*	-	Tópica única/ Gemelar/ Ectópica	Informar de acordo com o tipo de gravidez e implantação do óvulo fecundado.
SUBTÍTULO: Dados da internação atual				
19	Data da internação*	Data	-	Formato date-time yyyy-MM-dd. A data da internação deve ser menor que a data de notificação e menor ou igual a data da digitação (atual).
20	Procedência: origem da paciente imediatamente antes da internação*	-	Casa/ UBS UPA/Pronto socorro/UPA/ Transferência de outro hospital/ Consultório privado/ Ambulatório/ Outro/ Ignorado	Informar local de procedência da paciente.
21	Transporte	-	SAMU/ Ambulância/ Bombeiro/ Transporte público/ Transporte particular/ Ignorado	Se SAMU ou ambulância, informar constituição da equipe: acompanhante, enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, motorista.
SUBTÍTULO: Dados vitais no momento da internação				
22	Verificada pressão sistólica?*	-	Sim/ Não	Se sim, informar o valor da pressão sistólica.
23	Verificada pressão diastólica?*	-	Sim/ Não	Se sim, informar o valor da pressão diastólica.
24	Verificada frequência cardíaca?*	-	Sim/ Não	Se sim, informar o valor da frequência cardíaca.
25	Verificada temperatura?*	-	Sim/ Não	Se sim, informar o valor da temperatura.
26	Verificada frequência respiratória?*	-	Sim/ Não	Se sim, informar o valor da frequência respiratória.
27	Verificada saturação?*	-	Sim/ Não	Se sim, informar o valor da saturação.

ID NO GODATA	NOME DA COLUNA	TIPO DE SAÍDA	CATEGORIA	DESCRIÇÃO
SUBTÍTULO: Condições de chegada ao serviço de saúde				
28	Classificação de risco no momento da chegada da paciente ao serviço	-	Vermelha/ Laranja/ Amarela/ Verde/ Azul/ Não realizada	<p>Se classificação de risco vermelha, indicar que condições apresentou: sinais de sepse, convulsão, paciente não responsiva, sinais de choque, saturação \leq 89% em ar ambiente, período expulsivo, prolapso de cordão umbilical, exteriorização de partes fetais, apneia ou padrão respiratório ineficaz, desidratação intensa, trabalho de parto (TP) em período expulsivo, hemorragia exsanguinante.</p> <p>Se classificação de risco laranja, indicar que condições apresentou: alteração de consciência ou estado mental, PAS \geq 160 ou PAD \geq 110 mmHg, saturação de O₂ entre 90% e \leq 94% (ar ambiente), dor de cabeça intensa de início súbito, diabética com glicemia \leq 50 mg/dl, hipertermia \geq 40°C, crise falciforme, mulher com HIV e sinais de trabalho de parto, perda de líquido de aspecto esverdeado e espesso, distúrbios de equilíbrio, zumbidos, perda da visão, sinais de meningismo, dor intensa 7-10/10, contrações intensas a cada 2 minutos, hipertonia uterina, US evidencia risco de morte para o feto.</p> <p>Se classificação de risco amarela, indicar que condições que apresentou: PAS entre 140-159 ou PAD entre 90-109 mmHg sem sintomas, febre: 38°C a 39,9°C, mulheres com HIV, dor moderada 4-6/10, contrações com intervalos de 3 a 5 minutos, sangramento moderado, ausência de MF em gravidez \geq 22 semanas, vítimas de violência física e sexual, dispneia moderada, edema unilateral de MMII ou dor na panturrilha, dor de garganta com placas, dor torácica moderada, ingurgitamento mamário com sinais flogísticos e febre, retenção urinária, redução de movimentos fetais por mais de 12h (gravidez >26 semanas), ausência de percepção de MF em gravidez \geq 22 semanas, história de trauma/violência, vômitos com sinais de desidratação e sem repercussão hemodinâmica.</p>
29	Chegou em trabalho de parto?	-	Sim/ Não	Informar se no momento em que chegou no serviço de saúde estava em trabalho de parto.
30	Identificar em que momento houve o agravamento das condições clínicas da mulher, ocasionando risco de morte	-	Na gestação/ No parto/ No puerpério	<p>Se na gestação/parto, indicar a idade gestacional em semanas de gestação.</p> <p>Se no puerpério, indicar em que momento após o parto: até 24h após o parto, de 24h a 48h após o parto, de 48h a 7 dias após o parto, de 7 a 42 dias após o parto, mais de 42 dias após o parto.</p>
31	Indique o desfecho da gestação	-	Parto vaginal/ Cesariana eletiva/ Cesariana intraparto/ Cesariana de emergência/ Aborto/ Gestação ectópica/ Paciente ainda gestante	Informar se ainda gestante, ou as condições do parto, se puérpera.
32	Data do parto/ cesariana/aborto (quando paciente não mais gestante)	Data	-	Formato date-time yyyy-MM-dd.
33	Diagnósticos relacionados ao caso de near miss materno*	-	Síndrome Hipertensiva/ Sepse/ Hemorragia/ Gestação ectópica/ SRAG/ Acidente Vascular Encefálico/ Choque anafilático/ Tentativa de suicídio/ Cardiopatia/ Trauma relacionado ao trânsito/violência/ Doença autoimune/ Complicação de aborto/ Outro Diagnóstico	<p>Se síndrome hipertensiva, especifique a síndrome: eclâmpsia, pré-eclâmpsia, pré-eclâmpsia superajuntada, síndrome HELLP.</p> <p>Se sepse, especifique a causa da sepse: infecção do trato urinário, infecção respiratória, infecção de sítio cirúrgico, mastite, outra.</p> <p>Se SRAG, especifique a doença respiratória: covid-19, influenza, outros vírus respiratórios, ignorado.</p> <p>Se hemorragia, especifique manejos realizados na hemorragia pós parto: massagem uterina, ocitocina, misoprostol, methergin, ácido tranexâmico, sutura de B-Lynch, histerectomia, curetagem, anexectomia, laparotomia, balão de Bakri, outros tamponamentos, outras suturas.</p> <p>Se hemorragia, especifique a causa: acretismo placentário, atonia uterina, descolamento prematuro de placenta, dengue Hemorrágica, gestação ectópica, laceração do canal de parto, placenta prévia, rotura uterina, trauma (acidente, queda, violência), outra.</p>
SUBTÍTULO: Critérios de identificação dos casos de near miss materno				
34	Houve alteração de dados vitais que indicaram o agravamento durante o internamento?*	-	Sim/ Não	Se sim, informe quais dados vitais alteraram: pressão arterial, pulso, temperatura, respiração, saturação, glicemia.
35	Critérios clínicos relacionados ao near miss materno*	-	Convulsão/ Perda de consciência/ Distúrbios de coagulação/ Choque/ Ictericia/ Cianose aguda/ Parada cardiorrespiratória/ Acidente Vascular/ Encefálico/ Desconforto respiratório/dispneia/ Sepse/ Outro critério	Informar os critérios clínicos utilizados para identificar o caso de near miss materno.

ID NO GODATA	NOME DA COLUNA	TIPO DE SAÍDA	CATEGORIA	DESCRIÇÃO
36	Critérios de manejo do near miss materno*	-	Sulfatação/ Transfusão de hemocomponentes/ Laparotomia pós-parto/ Histerectomia/ Intubação e ventilação/ Transferência para Unidade de Terapia Intensiva/ Uso de drogas vasoativas/ Diálise por falência renal aguda/ Ressuscitação cardiopulmonar/ Anestesia Geral/ Transferência emergencial para serviço de maior complexidade/ Outras cirurgias/ Oxigenioterapia/ Outros critérios de manejo	Se transfusão de hemocomponentes, informar hemocomponentes transfundidos: crioprecipitado, concentrado de Hemácias, plaquetas, plasma. Se transfusão de hemocomponentes, informar número de unidades transfundidas. Se outras cirurgias, especifique. Se outros critérios de manejo, especifique.
SUBTÍTULO: Condições do recém-nascido				
37	Condições do RN ao nascer	-	Boas condições, encaminhado ao alojamento conjunto/ Indicação de terapia intensiva com transferência imediata ao nascer/ Indicação de terapia intensiva, aguardou vaga/ Perda fetal (\geq 22 semanas)/ Aborto (< 22 semanas)/ Recém-nascido internado em outra instituição ou em domicílio/ Outra	Informar condições importantes do feto/recém-nascido, caso já tenha nascido.
38	É gemelar?	-	Sim/ Não	Se sim e mais de um gemelar, informar as condições do RN II com mais complicações ao nascer: boas condições, encaminhado ao alojamento conjunto, indicação de terapia intensiva com transferência imediata ao nascer, indicação de terapia intensiva, aguardou vaga, perda fetal (\geq 22 semanas), aborto (< 22 semanas), recém-nascido internado em outra instituição ou em domicílio, outra.
SUBTÍTULO: Desfecho materno				
39	Desfecho da internação*	-	Alta médica no puerpério/pós aborto/ Alta médica com a paciente ainda gestante/ Transferência para outro hospital/ A paciente está internada no momento da notificação/ Evasão/ Óbito	Se transferência para outro hospital, especifique.
40	Data da alta/óbito/ transferência	Data	-	Formato date-time yyyy-MM-dd. A data da alta/óbito/ transferência deve ser menor ou igual a data da digitação (atual).
SUBTÍTULO: Resultados da Investigação do caso				
41	Demoras/Atrasos que influenciaram no desfecho do caso*	-	Demoras/atrasos I - Demora para que a paciente ou sua família busquem atendimento de saúde, ou a falta de adesão aos tratamentos e orientações Demoras/atrasos II - Falta de acesso ao serviço de saúde mais adequado. Demoras/atrasos III relacionadas à atenção pré-natal (falhas na qualidade da assistência no pré-natal). Demoras/atrasos III relacionadas à atenção pré-hospitalar (falhas na qualidade da assistência oferecida no atendimento pré-hospitalar). Demoras/atrasos III relacionadas à atenção hospitalar - Falhas na qualidade da assistência hospitalar. Demoras/atrasos III relacionadas à atenção puerperal - Falhas na qualidade da assistência puerperal pós-alta. Não foram identificadas Demoras na Atenção Pré-Natal, Pré-hospitalar, Hospitalar e Puerperal.	Se Demora I, especifique: incapacidade de compreensão da informação prestada, não aderência ao pré-natal, não aderência ao tratamento, demora na busca por atendimento frente a um sintoma ou intercorrência, compreensão dificultada de comunicação por ser estrangeira, outra Demora I. Se Demora II, especifique: consultas pré-natais, exames pré-natais de imagem ou laboratoriais, pré-natal de alto risco/atenção especializada, hemocomponentes, leitos de terapia intensiva, métodos contraceptivos, medicamentos, transporte/ambulância, atendimento puerperal precoce, outra Demora II. Se Demora III relacionada à atenção pré-natal, especifique: estratificação de risco gestacional incorreta, estratificação de risco gestacional não realizada, falta de captação precoce da gestante na área de abrangência da Unidade Básica, protocolos de tratamento de infecção urinária na gestação não foram utilizados, protocolos de tratamento de síndromes hipertensivas na gestação não foram utilizados, falta de diagnóstico e tratamento de vaginose bacteriana na gestação, falta de qualidade na ultrassonografia, falta de diagnóstico de acretismo placentário na gestação, paciente ou família não foram orientados a respeito dos serviços de referência, paciente ou família não foram orientados a respeito dos sinais de risco da gestação, outra Demora III relacionada à atenção pré-natal. Se Demora III relacionada ao atendimento pré-hospitalar/urgência, especifique: demora na chegada do SAMU ao local da solicitação para remoção ou transferência, a regulação indicou referência não indicada pela Linha de Cuidado, o atendimento de urgência não realizou e /ou garantiu sulfatação para transporte, falta de intubação traqueal para o transporte quando indicado, outra demora no atendimento pré-hospitalar. Se Demora III relacionada à atenção hospitalar, especifique: demora em indicar a referência mais adequada, o Hospital/serviço de emergência da origem não iniciou os protocolos para atendimento do caso, a classificação de risco em Obstetria não foi realizada na admissão, o protocolo de indução do trabalho de parto não foi utilizado adequadamente, falta de utilização de ocitocina para prevenção da hemorragia, falha na condução da fisiologia/mecânica do trabalho de parto, evento adverso relacionado à assistência à saúde, falha no monitoramento do parto/ pós-parto, o protocolo de tratamento de síndromes hipertensivas não foi utilizado adequadamente, alta precoce, falta de comunicação entre o Hospital e a APS, falha na orientação de alta para paciente e família, falta de busca de infecção pós-alta, outra Demora III relacionada à atenção hospitalar. Se Demora III relacionada à atenção puerperal pós-alta, especifique: falta de visita puerperal precoce (até o 5º dia pós-alta), protocolos de tratamento de síndromes hipertensivas não foram utilizados adequadamente, falha na identificação de infecção puerperal, falha no manejo do tratamento de mastite, falta de orientação aos cuidados e sinais de risco no puerpério, outra Demora III relacionada à atenção puerperal pós-alta.

ID NO GODATA	NOME DA COLUNA	TIPO DE SAÍDA	CATEGORIA	DESCRIÇÃO
SUBTÍTULO: Medidas adotadas para prevenção de novos casos				
42	Medidas a serem adotadas para a prevenção de novos casos*	-	<p>Medidas adotadas para prevenção de novos casos relacionadas à capacitação em serviço</p> <p>Medidas adotadas para prevenção de novos casos relacionadas à adoção e aperfeiçoamento de protocolos</p> <p>Medidas adotadas para prevenção de novos casos relacionadas às ações de correção e/ou gestão</p>	<p>Especifique as medidas adotadas relacionadas à capacitação em serviço: capacitação em serviço - protocolo de atenção às síndromes hipertensivas, capacitação em serviço - protocolo de atenção à hemorragia pós-parto, capacitação em serviço - protocolo de sepse, capacitação em serviço - condução da fisiologia/mecânica do trabalho de parto, outras medidas relacionadas à capacitação em serviço.</p> <p>Especifique as medidas adotadas relacionadas à implementação de protocolos: classificação de risco em Obstetrícia, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, hemorragia pós-parto, sepse, alta qualificada às gestantes/puérperas, busca ativa de infecções/complicações pós-alta, outras medidas relacionadas à adoção e aperfeiçoamento de protocolos.</p> <p>Especifique as medidas adotadas relacionadas às ações de correção/gestão: comunicação do caso com a Atenção Primária do município de origem, mudança em processos e/ou fluxos de trabalho, investigação conjunta do caso com hospital/atenção primária e Regional de Saúde para qualificação da atenção em todos os níveis, investigação do evento adverso relacionado à assistência à saúde, outras medidas relacionadas a ações de correção e/ou gestão.</p>
SUBTÍTULO: Resumo do Caso				
43	Descreva, de forma concisa, os fatos mais relevantes a respeito do atendimento*	Texto	-	Informar tudo o que achar importante mencionar e que não foi contemplado no questionário.
SUBTÍTULO: Dados do responsável pelo preenchimento do Formulário de Notificação				
44	Nome do responsável pelo preenchimento*	Texto	-	Informar o nome completo do profissional que realizou o preenchimento da ficha de notificação e investigação de near miss.
45	Telefone (com DDD)	Número	-	Formato (XX) XXXXX-XXXX ou (XX) XXXX-XXXX. Informar de preferência número de celular para facilitar o contato.
46	E-mail de referência para notificações de near miss materno	Texto	-	Informar e-mail de contato de referência para as notificações de near miss materno da instituição notificadora.