



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FÁRMACIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RENATA DE HOLANDA SOUSA

**ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DE
PUÉRPERAS COM DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS E HIPERTENSIVOS**

FORTALEZA

2023

ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DE
PUÉRPERAS COM DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS E HIPERTENSIVOS

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dra. Priscila de Souza Aquino

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S698a Sousa, Renata de Holanda.

ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DE PUÉRPERAS
COM DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS E HIPERTENSIVOS / Renata de Holanda Sousa. – 2023.
57 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2023.

Orientação: Profa. Dra. : Prof. Dra. Priscila de Souza Aquino.

1. Enfermagem. 2. Saúde Materna. 3. Mortalidade Materna. I. Título.

CDD 610.73

RENATA DE HOLANDA SOUSA

ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DE
PUÉRPERAS COM DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS E HIPERTENSIVOS

Monografia apresentada ao Curso de
Enfermagem da Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 06/07/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Priscila de Souza Aquino (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enfa. Me. Tatiane da Silva Coelho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

RENATA DE HOLANDA SOUSA

A Deus e aos benfeitores espirituais.

Ao meu pai, Renato.

Aos meus irmãos, Renan e Renno.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por mais uma oportunidade terrena; pela minha saúde e determinação nesses anos de dedicação aos estudos, me permitindo conquistar meus tão sonhados objetivos.

Ao meu pai Renato, gratidão por tanto. Obrigada por todo o apoio, cuidado, zelo e ensinamentos a mim destinados desde a infância. Minha maior inspiração, não só como pai, mas também como o grande docente que és.

Aos meus irmãos Renan e Renno, por sempre se fazerem presentes em minha vida, através do cuidado e amor que têm comigo.

Ao meu namorado Yan Braquehais, por todo apoio, carinho e paciência.

Às minhas amigas Isabele Rocha, Gleyciane Rebouças e Juliana Damasceno por todo apoio durante esses últimos semestres da faculdade, vocês contribuíram muito para que esse momento da minha vida fosse mais leve e agradável.

Ao meu amigo Lucas Napoleão, que sempre esteve ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo desses anos.

À professora Dra. Priscila Aquino, por ter sido minha orientadora tão dedicada e pela paciência e ensinamentos a mim destinados. Obrigada por acreditar em mim.

À professora Dra. Ana Kelve Damasceno, por todo acolhimento e ensinamentos passados durante o ano em que fui sua bolsista. Meu amor e afeição pela enfermagem obstétrica tem grande contribuição das professoras Priscila e Ana Kelve. Ambas são meus maiores exemplos na enfermagem.

À Enfa. Me. Lívia Araújo, pelo apoio e contribuições no processo de construção deste trabalho.

E a todos aqueles que contribuíram de alguma forma com essa conquista: gratidão.

*"Entregue o teu caminho ao Senhor, confia
n'Ele e Ele agirá."*

Salmo 37:5.

RESUMO

A doença hipertensiva e hemorrágica, as complicações do parto e a infecção puerperal são consideradas as principais morbidades maternas com potencial para causar óbito materno direto. Identificou-se que as doenças hipertensivas e a hemorrágicas foram as principais causas de admissões em hospital de referência para alto risco obstétrico da Região Norte de Saúde do Ceará. Objetivou-se comparar as variáveis sociodemográficas e obstétricas de puérperas com distúrbios hemorrágicos e hipertensivos através de uma pesquisa comparativa, transversal e com abordagem quantitativa que ocorreu no período de janeiro a maio de 2022, com 108 puérperas internadas em uma maternidade de Sobral/CE. A coleta de dados ocorreu por meio de um formulário, composto por diagnóstico clínico, dados sociodemográficos e dados obstétricos, respeitando-se os aspectos éticos. Da amostra de 108 puérperas, 95 (87,96%) apresentaram algum distúrbio hipertensivo e 13 (14,04%) desenvolveram distúrbios hemorrágicos. Dentre as puérperas que desenvolveram distúrbios hipertensivos, 88 (92,6%) evoluíram com Pré-eclâmpsia Grave, e 1 (1,1%) com Hipertensão Grave. Em relação aos distúrbios hemorrágicos, 7 (53%) puérperas evoluíram com Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) e 6 (46%) com Hemorragia Pós-Parto (HPP). Sobre o perfil sociodemográfico, a maioria das puérperas tinha idade de até 35 anos, se declararam pardas, com companheiro, acima de 9 anos de estudos. Em relação a renda, houve divergência, a maioria das puérperas com distúrbios hemorrágicos recebiam acima de um salário-mínimo, em contrapartida, as puérperas com distúrbios hipertensivos tiveram prevalência de renda até 1 salário-mínimo. No perfil obstétrico, a maioria das puérperas que foram admitidas com até 37 semanas, eram multigestas, primíparas, não haviam abortado e nem se submetido a mais de duas cesáreas anteriores, prevalecendo o parto vaginal na última gestação e o parto cesárea na resolução da gestação atual, onde a maioria realizou mais de 6 consultas de pré-natal. Houve divergência em relação a quantidade de filhos vivos, o qual a maioria das puérperas com distúrbios hemorrágicos declararam ter apenas 1 filho vivo, e a maioria das puérperas com distúrbios hipertensivos declararam ter 2 filhos ou mais vivos. Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi observada entre os grupos quanto aos aspectos sociodemográficos e obstétricos. Concluiu-se que é o perfil de puérperas se assemelha em relação a idade, estado civil, escolaridade e raça, divergindo no tocante renda. Dentre os dados obstétricos, se assemelham no número de gestações anteriores, abortos e perdas fetais, número de partos vaginais e cesáreas, idade gestacional na admissão, realização e número de consultas de pré-natal, divergindo no tipo de parto da última gestação e número de nascidos vivos.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde Materna; Mortalidade Materna.

ABSTRACT

Hypertensive and hemorrhagic disease, childbirth complications, and puerperal infection are the primary maternal morbidities that can potentially cause direct maternal death. It was identified that hypertensive and hemorrhagic diseases were the leading causes of admissions in a reference hospital for high obstetric risk in the Northern Health Region of Ceará. The objective was to compare the sociodemographic and obstetric variables of postpartum women with hemorrhagic and hypertensive disorders through comparative, cross-sectional research with a quantitative approach that occurred in the period from January to May 2022, with 108 postpartum women admitted to a maternity hospital in Sobral/CE. Data collection occurred through a form containing clinical diagnosis, sociodemographic, and obstetric data, respecting ethical aspects. Of the sample of 108 postpartum women, 95 (87.96%) had some hypertensive disorder, and 13 (14.04%) developed bleeding disorders. Among the postpartum women who developed hypertensive disorders, 88 (92.6%) developed severe pre-eclampsia, and 1 (1.1%) developed severe hypertension. Regarding hemorrhagic disorders, 7 (53%) postpartum women developed Premature Placenta Detachment (PPD), and 6 (46%) developed Postpartum Hemorrhage (PPH). About the sociodemographic profile, most postpartum women were aged up to 35 years, declared brown, with a partner, and with more than 9 years of schooling. Regarding income, there was divergence; most postpartum women with bleeding disorders received more than one minimum wage. In contrast, postpartum women with hypertensive disorders had a prevalence of income up to one minimum wage. In the obstetric profile, most postpartum women who were admitted up to 37 weeks were multigravida, primiparous, had not had an abortion or undergone more than two previous cesarean sections, with vaginal delivery prevailing in the last pregnancy and cesarean delivery in the resolution of the current pregnancy, where most had more than 6 prenatal consultations. There was divergence regarding the number of living children, in which most postpartum women with bleeding disorders reported having only 1 living child, and most postpartum women with hypertensive disorders reported having 2 or more living children. No statistically significant differences were observed between the groups regarding sociodemographic and obstetric aspects. It was concluded that the profile of postpartum women is similar in terms of age, marital status, education and race, diverging in terms of income. Among the obstetric data, they are similar in the number of previous pregnancies, abortions and fetal losses, number of vaginal and cesarean deliveries, gestational age at admission, performance and number of prenatal consultations, diverging in the type of delivery of the last pregnancy and number of live births.

Keywords: Nursing; Maternal Health; Maternal Mortality.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Distribuição das Puérperas Segundo os Tipos de Distúrbios Hipertensivos atendidas na SCMS em Sobral – Ceará, de janeiro a maio de 2022..... 29
- Gráfico 2 – Distribuição das Puérperas Segundo os Tipos de Distúrbios Hemorrágicos atendidas na SCMS em Sobral – Ceará, de janeiro a maio de 2022 29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de Internações de puérperas nas UTIs da SCMS no período de 2011 a 2020	25
Tabela 2 – Distribuição das Puérperas atendidas na SCMS com Distúrbios Hemorrágicos e Hipertensivos Segundo as Características Sociodemográficas em Sobral, de janeiro à maio de 2022	30
Tabela 3 – Distribuição das Puérperas atendidas na SCMS Segundo as Variáveis Obstétricas. Sobral, de janeiro à maio de 2022	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido Acetilsalicílico
CE	Ceará
CEEEO	Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão
CPAV	Condições Potencialmente Ameaçadoras da Vida
CPN	Centro de Parto Normal
DPP	Descolamento Prematuro de Placenta
EE	Escola de Enfermagem
EL	Enzimas Hepáticas
GM	Gabinete do Ministro
H	Hemólise
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPP	Hemorragia Pós-Parto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
km	Quilômetro
km ²	Quilômetro Quadrado
LP	Plaquetopenia
mg	Miligramas
mL	Mililitro
MM	Mortalidade materna
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PE	Pré-Eclâmpsia
PN	Pré-Natal
PP	Placenta Prévia
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RU	Rota Uterina
SHEG	Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação

SIM	Sistema de Informações Sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SCMS	Santa Casa de Misericórdia de Sobral
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Convencional Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Convencional
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UF	Unidades Federativas
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Complicações na gestação.....	16
1.2	Atuação profissional na redução da mortalidade materna	20
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Objetivo geral	23
2.2	Objetivo específicos	23
3	MATERIAIS E MÉTODOS.....	24
3.1	Tipo de abordagem do estudo	24
3.2	Cenário e período do estudo.....	24
3.3	População do estudo.....	25
3.4	Coleta dos dados do estudo.....	26
3.5	Instrumento de coleta de dados.....	27
3.6	Organização e análise dos dados.....	27
3.7	Aspectos Éticos e Legais.....	27
4	RESULTADOS.....	29
5	DISCUSSÃO	33
5.1	Características sociodemográficas	33
5.2	Características obstétricas.....	35
6	CONCLUSÃO	37
	REFERÊNCIAS	39
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	46
	APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	49
	APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	51
	APÊNDICE D - DECLARAÇÃO FIEL DEPOSITÁRIO	54

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a mortalidade materna (MM), segundo o que está expresso na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID -10), como a morte de uma gestante ou mulher no prazo de 42 dias após a finalização da gestação, independentemente da duração e do local da gravidez, associada ou agravada pela gravidez ou seu manejo, mas não ocasionada por causas acidentais ou incidentais. Esse é considerado o pior resultado obstétrico (OMS, 1995; SANTANA *et al.*, 2018).

Dentre as chagas médico-sociais que atingem o Brasil, a mortalidade materna é uma das mais preocupantes, afetando preferencialmente mulheres em situações vulneráveis. O acesso a um pré-natal de qualidade, assistência ao parto seguro e cuidado puerperal apropriado não é a realidade de muitas brasileiras (BRASIL, 2022). As maiores taxas de mortalidade materna são em moradoras de áreas rurais e mulheres que vivem em regiões mais pobres, e 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento (OPAS, 2018).

No ano de 2020 estimou-se que ocorreram cerca de 287.000 mortes maternas em todo o mundo. Diariamente, aproximadamente 800 mulheres vieram a óbito por causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto, o que significa que uma mulher morre a cada dois minutos. Os maiores índices de morte materna concentram-se nas regiões mais pobres do mundo e em regiões afetadas por conflitos. Cerca de 70% de todas as mortes maternas ocorreram na África subsaariana, no ano de 2020 (WHO, 2023a).

Dados referentes a mortes relacionadas à gravidez na América Latina e Caribe, evidenciaram que em torno de 8.400 mulheres – cerca de aproximadamente 3% do total mundial - morreram por causas relacionadas à gravidez. E a mortalidade materna na América Latina reduziu 16,4% entre 1990 e 2015, entretanto aumentou 15% entre 2016 e 2020 (WHO, 2023a).

No Brasil, foram notificados nos anos de 2019 e 2020, 1.576 e 1.965 óbitos maternos ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), respectivamente. A mortalidade materna continuamente permaneceu com níveis elevados e em 2019, a razão de mortalidade materna (RMM) foi de 57,9 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. No ano de 2020, a RMM foi de 74,7 no qual aumentou em praticamente todas as unidades da Federação (UF) entre esses anos (BRASIL, 2022). Em 2021, a taxa de mortalidade materna no Brasil alcançou 107,53 (SINAN, 2021).

No Brasil as regiões que possuem as maiores taxas de mortalidade materna são Sudeste com 34,4% e Nordeste com 34,7%. Os estados Piauí, Tocantins, Mato Grosso do Sul, Rio de

Janeiro e Rio Grande do Sul, foram os estados que exibiram maiores índices de mortalidade. Progressos na redução do coeficiente de mortalidade materna, partindo desde os anos 2000, despontam que mais de 1,5 milhões de mortes maternas tenham sido impedidas.

Porém, as estatísticas revelam que os índices de mortalidade materna no Brasil ficaram abaixo do almejado em todos os estados. O número de mortes maternas de um país estabelece um extraordinário indicador de sua realidade nacional, estando assim relacionado ao grau de desenvolvimento humano, refletindo os níveis socioeconômicos, a iniquidade social, a qualidade da assistência, a política de promoção da saúde pública, dentre outros (RODRIGUES; CAVALCANTE; VIANA, 2020).

No Ceará, a RMM no ano de 2019 foi de 55,2. No ano seguinte, esse número foi para 97,6. No ano de 2020, a Razão de Mortalidade Materna específica (RMME) por causas de mortes maternas obstétricas diretas (complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério) apresentaram valores superiores às indiretas, ocasionadas por doenças pré-existentes à gravidez ou que se desenvolveram nesse período, agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação. Em relação aos dados sociodemográficos analisados, a maiores prevalências das mortes eram em mulheres com nível superior incompleto, pardas, na faixa etária de 20-29 anos e solteiras (AFONSO *et al.*, 2022; CEARÁ, 2019).

É importante destacar que no tocante à condição social, monetária e de raça, alguns estudos enfatizam que esses fatores estão ligados com uma maior prevalência de óbitos maternos. Em comparação às mulheres brancas, as mulheres negras apresentaram condições clínicas mais graves. Há uma maior prevalência de comorbidades em mulheres negras, podendo estar relacionada às condições sociodemográficas e de acesso aos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2021).

Quanto às causas de mortalidade materna, percebe-se que os dados nacionais diferem da análise mundial. Dados mundiais evidenciam que as principais causas de mortalidade materna são hemorragias, doenças hipertensivas e sepse (SAY *et al.*, 2014)). As principais causas de mortalidade materna no Brasil são as doenças hipertensivas, hemorragias, infecções puerperais e aborto (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2021). No ano de 2019, identificou-se que as doenças hipertensivas e a hemorragia foram as principais causas de admissões em hospital de referência para alto risco obstétrico da Região Norte de Saúde do Ceará (CEARÁ, 2020; SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL, 2020).

Em dezembro de 2019, a OMS foi informada que um novo vírus circulava em Wuhan na província de Hubei, China, o qual foi denominado de SARS-CoV-2, ocasionando uma patologia predominantemente respiratória que mais tarde foi nomeada COVID-19 (TAN *et al.*,

2020). Havia preocupação por parte de estudiosos que houvesse risco aumentado para as gestantes, justificado pelas alterações fisiológicas e anatômicas da gestação em diversos sistemas, principalmente cardiovasculares, respiratórias, imunológicas e de coagulação, tornando a gestante mais suscetível a pneumonias virais (SCHWARTZ *et al.*, 2020).

A média de óbitos semanais de gestantes e puérperas pela COVID-19 no Brasil mais que dobrou em 2021 em comparação a 2020. No ano de 2020 foram registradas 459 mortes de gestantes e puérperas, com média semanal de 10,6 óbitos. No ano de 2021, até julho de 2021, foram contabilizadas 1153 mortes, com média semanal de 44,3 óbitos (OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BRASILEIRO, 2021). A maior parte das mortes dessas mulheres ocorreram no pós-parto por complicações causadas pela doença (TAKEMOTO *et al.*, 2020).

Boa parte das gestações findam de forma saudável, entretanto, a gestante pode desenvolver complicações, as quais as mais graves foram classificadas com a terminologia Condições Potencialmente Ameaçadoras à Vida (CPAV). As CPAV estão associadas a um perigo elevado de desenvolvimento de gravidade e risco de morte. Estas condições foram subdivididas em distúrbios hipertensivos, hemorrágicas, e outras distúrbios sistêmicas (PATTINSON *et al.*, 2009; WITTEVEN *et al.*, 2020).

Dentro do contexto de mortalidade materna, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que entre os anos de 2016 e 2030, o objetivo é de que a razão de mortalidade materna (RMM) global seja inferior a 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. O Brasil se comprometeu a reduzir para, no máximo, 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos até 2030 (OPAS, 2018; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018). Porém, análises de tendência do acompanhamento da mortalidade materna evidenciam que apesar de se observar redução da mortalidade materna no mundo, de 2000 a 2009 a redução anual foi de 2,8% e de 2010 a 2020 de 1,3%, o que requer uma redução de 11,6% para que se atinja a meta em 2030 (WHO, 2023a).

Sabe-se que políticas públicas de saúde precisam ser cumpridas a fim de facilitar o acesso e uma assistência de qualidade no pré-natal, parto e puerpério. Em relação ao Brasil, visando a melhoria da assistência materno infantil, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2011 a Portaria nº 2.351/GM/MS de 05 de outubro de 2011, que dispõe sobre a Rede Cegonha. Foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como uma rede de cuidados, que objetiva assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, além de garantir o direito à criança um nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b).

Aliado a essa iniciativa, o MS, através da portaria nº 1.020/2013 estabeleceu diretrizes para o cuidado com a saúde na gestação de alto risco. Estabeleceu que há risco quando há doenças preexistentes ou intercorrências que se manifestam na gestação, parto e puerpério, que de alguma forma podem comprometer a saúde da gestante. É relevante destacar, que as situações consideradas de risco são multifatoriais, decorrentes de fatores orgânicos, demográficos e socioeconômicos (BRASIL, 2013b).

Dessa forma, entende-se que a assistência pré-natal de qualidade, o manejo adequado no terceiro período do parto e uma condução terapêutica resolutiva, contribuem com a diminuição da morbimortalidade materna e interfere positivamente na assistência à puérpera (MACEDO; LOPES, 2018).

Conhecer o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas diagnosticadas com distúrbios hemorrágicos e hipertensivos é importante, tendo em vista que as vulnerabilidades individuais e sociais podem ser identificadas. Ademais, a comparação desse perfil poderá esclarecer se as vulnerabilidades se assemelham, o que poderá direcionar ações de educação em saúde conjuntas, realizadas às mulheres ainda no pré-natal, englobando as principais vulnerabilidades identificadas. Ademais, o estudo justifica-se tendo em vista a escassez de pesquisas envolvendo a temática na região de Sobral – CE.

1.1.1 Complicações na Gestação

A gestação é um evento fisiológico que na grande maioria das vezes ocorre sem alterações patológicas. Entretanto, algumas mulheres com comorbidades ou sem, acabam por desenvolver problemas ligados à gravidez (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Hipertensão arterial, diabetes e obesidade, são fatores que tornam uma gestação de risco e possuem potencial para prejudicar a evolução da gestação, podendo inclusive levar à morte materna (LUZ *et al.*, 2015).

Dentre as principais causas de morbidade materna grave identificadas na literatura em países como China, Brasil e Índia, estão os distúrbios hipertensivos e hemorragias (MA *et al.*, 2020; REENA; RADHA, 2018; CECATTI *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016). Relacionado a esses distúrbios, fatores como idade, baixa escolaridade, parto cesárea atual ou prévio, se sobressaem (SILVA *et al.*, 2018).

Em um estudo realizado por Reis *et al.* (2021) no estado do Amazonas, foi possível identificar o perfil do óbito materno, acometendo principalmente mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, da raça parda, solteiras, com baixo grau de escolaridade e provenientes do interior do estado. O principal local de ocorrência dos óbitos foi a unidade hospitalar e as causas obstétricas diretas obtiveram maior prevalência dentro da população em análise, tendo

como principais causas a hipertensão gestacional com proteinúria significativa, hemorragia pós-parto, eclâmpsia, anormalidades da contração uterina e a infecção puerperal.

A hipertensão arterial é considerada um problema crônico e bastante comum, sendo considerado um problema de saúde pública, bastante prevalente em faixas etárias maiores. Além disso, mesmo que seja considerada uma doença assintomática, pode contribuir com complicações cardiovasculares, coronarianas, vasculares periféricas, encefálicas e renais. Dessa forma, é uma patologia responsável por um grande percentual de mortes maternas, em países desenvolvidos e nos em desenvolvimento (SOUSA *et al.*, 2019).

Entre as complicações que gestantes podem acabar desenvolvendo de maneira mais comum, a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG), é considerada a maior responsável por desfechos de mortes perinatais. A SHEG é caracterizada por manifestações clínicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) após a vigésima semana de gestação, e associada a presença de proteinúria, denomina-se como pré-eclâmpsia (PE). Em casos graves, a gestante pode apresentar episódios convulsivos caracterizando a Eclâmpsia (MAGNAGO; PIERANTONI, 2020).

Além disso, pode se definir a PE sem gravidade, como quadro de hipertensão com proteinúria após 20 semanas de gestação, porém, com ausência dos critérios de gravidade; se há presença de critérios para gravidade, ela se classifica como PE grave. Ademais, há também o quadro de PE superajuntada, na qual ocorre o aparecimento de PE em gestante já previamente hipertensas crônicas (FEITOSA *et al.*, 2020b).

A gravidez pode ser um fator que acaba por induzir a hipertensão em mulheres fisiologicamente normotensas ou pode acarretar um agravamento de uma hipertensão preexistente. Dentre as complicações oriundas das (SHEG), a que se destaca pela sua maior gravidade é a síndrome HELLP, que é caracterizada por hemólise (H), enzimas hepáticas (EL) elevadas e plaquetopenia (LP). Apesar da sua causa primária ainda não ter sido completamente elucidada, a síndrome de HELLP pode gerar diversas consequências como insuficiência cardíaca, pulmonar e renal, além de causar complicações no feto (LOPES, 2013).

Dados da literatura confirmam e associam idade materna extrema à maior probabilidade de risco gestacional e comprometimento vascular. Essas gestações exigem mais planejamento e acompanhamento profissional. Além disso, é importante ressaltar que a primiparidade em gestantes com idade inferior a 24 anos também se caracterizou como fator de risco para SHEG. Algumas pesquisas trazem que condições socioeconômicas como baixo nível de escolaridade é considerado um fator de risco para desenvolvimento da doença, pois

estas gestantes geralmente possuem pequena adesão terapêutica e menor nível de instrução. É importante ressaltar que raça e etnia também estão relacionadas, demonstrando que a raça parda com mais incidência de casos. Entretanto, a literatura mostra que a raça negra é a etnia com maior prevalência para SHEG, sendo considerada um fator de risco (HENRIQUES *et al.*, 2022).

A profilaxia com ácido acetilsalicílico (AAS), 100 mg/dia, à noite, a partir de 12 semanas, devendo ser iniciado até 16 semanas e mantido até 36 semanas é indicada para gestantes que apresentem fatores de risco e na presença de um critério de alto risco ou dois critérios de moderado risco. Um dos critérios de alto risco são, hipertensão arterial crônica, história de doença hipertensiva durante gestação anterior e diabetes tipo 1 ou tipo 2. Dentre os critérios de médio risco destacam-se, primeira gestação, idade materna maior ou igual a 35 anos, baixo nível socioeconômico e história familiar de pré-eclâmpsia (mãe ou irmã). Além disso, é associado cálcio, reposição com 1000-1500 mg/dia, em pacientes com dietas pobres em cálcio (< 600 mg/dia) (MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEUABRIAND, 2020).

Com relação à Hemorragia Pós-parto (HPP), pode ser definida como a perda de 500 mL ou mais de sangue após parto vaginal, 1.000 mL após cesárea dentro de 24 horas após o parto, ou qualquer perda de sangue via genital capaz de causar instabilidade. É estabelecida como maciça quando há perda superior a 2.000 mL ou quando há necessidade de transfusão de concentrado de hemácias mínima de 1.200 mL. São classificadas como primária ou secundária. A primária ocorre dentro das 24 horas após o parto, e geralmente está associada a restos de placenta, atonia e inversão do útero, acretismo, hematomas no canal de parto, lacerações e distúrbios de coagulação. A secundária ocorre após 24h ou até 6 semanas após o parto, relacionada doença trofoblástica gestacional, infecção, retenção de distúrbios da coagulação e retenção de restos de placenta (CORDEIRO; PAIVA; FEITOSA, 2020).

A regra mnemônica dos “4Ts” descreve as quatro principais causas de hemorragia pós-parto (HPP), são elas: Tônus (atonía uterina), que caracteriza 70% das causas de hemorragia pós-parto; Trauma (lacerações cervicais, vaginais, além das perineais, rotura e inversão uterina e hematomas), responsável por cerca de 19% das hemorragias pós-parto; Tecido (acrestimo da placenta e retenção de tecidos), são responsáveis por 10% causas; e Trombina (coagulopatias), corresponde a 1% destes episódios. Diante disso, a maior parte das mortes resultantes de HPP ocorre dentro de 24 horas após o parto, e a maioria dessas mortes pode ser evitada com o uso de profilaxia com uterotônicos durante o terceiro estágio do parto e manejo apropriado. É considerada a principal causa de mortalidade materna em países de

baixa renda e a causa primária de aproximadamente um quarto das mortes maternas no mundo (CORDEIRO; PAIVA; FEITOSA, 2020; WHO, 2012).

Os principais fatores de risco relacionados à HPP são a grande multiparidade, corioamnionite, o prolongado uso de ocitocina, anestesia geral e condições associadas à sobredistensão uterina, como, polidrâmnio, gestação múltipla, fibrose uterina e macrosomia fetal. Além disso, fatores que prejudiquem a contração uterina, como: idade materna acima de 35 anos, miomas uterinos, obesidade e hipoproteinemia (BAGGIERI *et al.*, 2011; MAVRIDES *et al.*, 2016).

Outro fator de risco é a anemia gestacional; sua identificação e tratamento podem contribuir com a redução da morbidade materna associada à HPP. Estudos evidenciaram que níveis de hemoglobina menores que 9,0 dg/L estão ligados a uma maior perda sanguínea durante o parto e o puerpério (MAVRIDES *et al.*, 2016).

O descolamento prematuro de placenta (DPP), um tipo de síndrome hemorrágica, é uma patologia que acarreta a separação da placenta fisiologicamente inserida, de forma parcial ou completa, antes do nascimento do feto. Os principais sintomas são sangramento vaginal, dor abdominal que geralmente é acompanhada de contrações uterinas hipertônicas, além de um padrão de frequência cardíaca fetal não tranquilizador. Mulheres com idade menor que 20 anos ou igual ou superior a 35 anos, múltiparas, negras e mães solteiras, apresentam maior fator de risco para desenvolvimento de DPP. Além disso, distúrbios hipertensivos estão relacionados a uma condição clínica mais comumente associada ao DPP. O risco é cinco vezes maior em mulheres hipertensivas para o desenvolvimento de DPP quando comparado a mulheres normotensas (FEITOSA *et al.*, 2020a).

As mortes por hemorragias estão associadas a falta de treinamento da equipe para ação rápida na assistência ao parto e pós-parto, lacuna na utilização das boas práticas de assistência ao parto no que diz respeito à utilização de ocitocina pós-parto como rotina, deficiências nos estoques de bolsas de sangue nas maternidades, o que evidencia as disparidades entre países presentes nas análises de mortalidade por essa causa (WHO, 2023a).

Dessa forma, constata-se que os distúrbios hemorrágicos e hipertensivos são de bastante relevância para a saúde, por afetarem muitas gestantes e por estarem diretamente relacionados com desfechos maternos adversos, e conseqüentemente, com a mortalidade materna e o conhecimento do perfil da população acometida.

1.2 Atuação profissional na redução da mortalidade materna

Sabe-se que 9 em cada 10 mortes maternas são evitáveis com a provisão de medidas efetivas de cuidado e utilização das recomendações mundiais. De 70% a 80% dos casos poderiam ser resolvidos com cuidados clínicos. Dessa forma, percebe-se que a atuação de profissionais habilitados para uma boa assistência ao ciclo gravídico puerperal é de grande importância, bem como a garantia do acesso aos serviços de saúde (WHO, 2023b).

Até 2030, 7.8 milhões de vidas poderão ser salvas, entre mães e bebês, se cuidados efetivos de saúde forem realizados. Entre eles, destaca-se o mínimo de 4 consultas pré-natais, profissionais habilitados de assistência ao parto, cuidados pós-natais dentro dos primeiros dois dias após o parto e qualidade e equidade através de um cuidado contínuo (WHO, 2023b).

O pré-natal é composto por estratégias clínicas e educativas realizadas pelo médico e enfermeiro, que possuem a finalidade de assistir a evolução da gestação, promover a saúde materna e infantil e identificar agravos e fatores de risco relacionados à saúde da mulher. Portanto, é de suma importância que a gestante tenha acesso ao cuidado pré-natal de qualidade. Além disso, é importante destacar que a gestação é uma etapa com mudanças fisiológicas intensas que podem estar acompanhadas de riscos, cabendo à assistência pré-natal buscar minimizá-los (BRASIL, 2016).

Em um pré-natal de qualidade, é realizado exames de rotina, que permitem identificação de agravos e a avaliação das condições clínicas da gestante, o que norteia as diversas condutas a serem realizadas nesse período. Conseqüentemente, é fundamental que gestantes iniciem o pré-natal em período oportuno a fim de identificar de forma precoce as possíveis alterações patológicas comuns desse período e conseqüentemente, intervir de forma adequada nas condições de vulnerabilidade da usuária. (BRASIL, 2016).

Dentre os profissionais que acompanham a gestante durante o pré-natal, a enfermagem como parte da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) possui a função de assistir mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida. Respaldo pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento (PHPN), o enfermeiro como profissional da equipe de saúde realiza os atendimentos às gestantes, nas consultas de pré-natal e na revisão de puerpério (DE DEUS, 2022). Pesquisa revela que as gestantes atendidas nas consultas de pré-natal pelos profissionais médico e enfermeiro tiveram chance 41% maior de ter orientações adequadas quando comparadas às atendidas apenas pelo profissional médico (MARQUES *et al.*, 2021).

Os profissionais de enfermagem como parte da equipe da ESF possuem a função de assistir mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida. Respaldo pelo PHPN, o enfermeiro como profissional da equipe de saúde realiza os atendimentos às gestantes, nas consultas de pré-natal e na revisão de puerpério (DE DEUS, 2022).

As ações de enfermagem são indispensáveis ao cuidado da gestante com níveis alterados da pressão arterial. A realização das consultas de pré-natal, bem como solicitação de exames complementares e de rotina, além da prescrição de medicamentos, e orientação quanto à realização de exercícios físicos e alimentação balanceada são de suma importância. Além disso, realiza-se o rastreamento das mulheres com HAS crônica, aliada a fatores que possam contribuir com o processo de vulnerabilidade e agravamento de uma SHEG (SILVA *et al.*, 2021).

Em relação ao DPP, a conduta dos profissionais deve ser individualizada, analisando cada caso, onde a extensão e classificação do descolamento, o nível de comprometimento materno e fetal e da Idade Gestacional (IG), são avaliados em conjunto. Além disso, as gestantes com suspeita de DPP precisam ser monitoradas constantemente, onde se deve avaliar o pulso, pressão arterial e diurese, bem como a vitalidade fetal (FEITOSA *et al.*, 2020a).

Em relação à HPP, a extratificação dos fatores de risco no pré-natal e no momento da admissão ao parto possibilita a classificação das pacientes e cuidados diferenciados para as gestantes que possuam maior risco. Essa é estratégia primordial para reduzir a mortalidade materna causada por HPP (CORDEIRO; PAIVA; FEITOSA, 2020).

Dessa forma, a assistência deve-se orientar na avaliação clínica, qualificando o estado geral da puérpera, verificando os sinais vitais e a formação do globo de segurança de Pinard, que evidencia a eficaz contratilidade uterina e a consequente hemostasia do local de fixação placentária, além da avaliação estimativa de perda sanguínea vaginal. O cuidado de enfermagem à puérpera no pós-parto, deve acontecer imediatamente, realizando aferição dos sinais vitais a cada 15 minutos na primeira hora pós-parto, seguido da revisão da placenta e seus anexos, e da verificação da contratilidade uterina por meio da palpação abdominal (VIEIRA *et al.*, 2018).

É indispensável o papel do enfermeiro juntamente com a equipe multiprofissional, atuando na prevenção e redução da morbimortalidade materna e do recém-nascido (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Através de uma assistência profissional qualificada, é possível prover uma assistência de qualidade, auxiliando na identificação de riscos e atuando sobre eles, conseqüentemente, contribuindo com a redução de agravos a saúde materna.

À vista disso, um dos desdobramentos da Rede Cegonha, foi a criação no ano de 2015 do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEE/O/Rede Cegonha), coordenado pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG) em cooperação com o Ministério da Saúde. O curso é voltado para as enfermeiras atuantes em maternidades do SUS que são aderidas à Rede Cegonha. Além disso, a estratégia dispõe de colaboração com Instituições Federais de Ensino Superior nacionalmente, dentre elas, a Universidade Federal do Ceará (UFC), responsável pela coordenação local turmas do CEE/O (FERNANDES, 2018).

Dessa forma, percebe-se que a assistência profissional qualificada é capaz de promover melhor assistência, seja identificado fatores de risco e atuando na profilaxia de complicações, seja utilizando as boas práticas de assistência ao parto, o que favorece a redução dos índices de mortalidade, associados à estrutura dos serviços de saúde e promoção do acesso à assistência pré-natal.

Assim, de posse do conhecimento do perfil de puérperas acometidas com distúrbios hemorrágicos e hipertensivos, é possível identificar os fatores de riscos associados a essas patologias e conseqüentemente, contribuir com a criação de estratégias para a redução de agravos a saúde materna.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Comparar as variáveis sociodemográficas e obstétricas de puérperas com distúrbios hemorrágicos e hipertensivos.

2.2 Objetivo específico

- Identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas com distúrbios hemorrágicos e hipertensivos;

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo e Abordagem do Estudo

Os dados pertencentes a essa monografia fazem parte de um estudo maior realizado no ano de 2022, intitulado “*Tipos de demoras obstétricas em pacientes com condições potencialmente ameaçadoras à vida em uma maternidade de referência de Sobral - CE*”, de autoria de Lívia Mara de Araújo (ARAÚJO, 2022).

Trata-se de um estudo comparativo, de corte transversal com abordagem quantitativa. Segundo Fachin (2005), o método comparativo consiste em examinar coisas ou fatos e explicá-los segundo suas correspondências e distinções.

No que diz respeito aos estudos transversais, as aferições são realizadas em um pequeno intervalo de tempo. Além disso, uma amostra da população é selecionada e são examinados os arranjos das variáveis dentro desse público, estabelecendo as variáveis preditoras e de desfecho (HULLEY *et al.*, 2015).

3.2 Cenário e Período do Estudo

Situada na região Norte do Ceará, a 235 quilômetros (km) de Fortaleza, a cidade de Sobral tem 2.068,474 km² de extensão territorial, possui população de 212.437 habitantes. O município pertence a região de saúde de Sobral, que conta com 24 municípios, sendo eles Uruoca, Ipú, e Santa Quitéria (IBGE, 2021; SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2016).

Os dados foram coletados no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral (HSCMS), especificamente nas enfermarias da ala Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral entre os meses de janeiro a maio do ano de 2022. A Santa Casa de Misericórdia é uma instituição filantrópica que é referência para toda a zona noroeste do estado do Ceará, atendendo a uma população de aproximadamente 1,9 milhão de pessoas, oriundas de 55 municípios (SOBRAL, 2016).

A ala Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral possui 53 leitos no total, distribuídos em: 5 para o Centro de Parto Normal (CPN), 33 leitos de alojamento conjunto e 15 para gestações de alto risco. Conta também com leitos de cuidado ao recém-nascido, com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Convencional Canguru (UCINCa) e o berçário na Unidade de Cuidado Intermediário Convencional (UCINCo).

3.3 População do Estudo

Puérperas em internação nas enfermarias da maternidade do período de janeiro a maio de 2022, foram as participantes do presente estudo. Definiu-se a amostra a partir da aferição da medida da população, baseando-se no número de internamentos de puérperas nas UTIs da SCMS, entre os anos de 2011 e 2020. As especificações sobre o total de internações do período de 2011 a 2020 estão no quadro em seguida.

O parâmetro da amostra foi definido a partir da quantidade de internações de puérperas nas UTIs da SCMS: Amostragem Aleatória Simples e estimação para proporções em população finita utilizando a seguinte fórmula:

Tabela 1 - Número de Internações de Puérperas nas UTIs da SCMS no período de 2011 a 2020.

Ano	Quantidade de internamentos
2011	2
2012	13
2013	13
2014	12
2015	11
2016	10
2017	22
2018	25
2019	22
2020	27

Fonte: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL, 2022.

O método de amostragem foi definido considerando-se a quantidade de internamentos de puérperas nas UTIs da SCMS: Amostragem Aleatória Simples (AAS) e estimação para proporções em população finita utilizando a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot (1 - p) \cdot z^2}{p \cdot (1 - p) \cdot z^2 + (N + 1)e^2}$$

Onde:

N: Tamanho da população

α : Nível de significância

\hat{p} : Proporção amostral estimada

e: Erro amostral

Em geral, a medida da proporção esperada é obtida a partir da literatura, ou mediante estudos piloto. À medida que o valor não pode ser estimado, a proporção deve ser considerada desconhecida. Em relação ao estudo, não há referências que indiquem essa proporção, então consideramos a proporção desconhecida como 0,5.

Considerando isso, é possível mensurar o tamanho da amostra estabelecendo um valor para α e erro amostral, e aplicando em seguida os padrões designados na fórmula. Aplicando-se a fórmula acima citada, ponderando um erro de amostra de 0,05 e nível de significância de 5%, o tamanho amostral de 108 participantes foi obtido.

Foram consideradas participantes da pesquisa as puérperas internadas nas enfermarias da maternidade no puerpério até 42 dias, e que apresentaram alguma CPAV, sendo incluídas no estudo 108 puérperas, 95 com distúrbios hipertensivos e 13 com distúrbios hemorrágicos. Dentre os distúrbios hipertensivos, foram considerados (hipertensão grave, eclâmpsia, pré-eclâmpsia grave, e síndrome de HELLP) e nos hemorrágicos (descolamento prematuro de placenta e hemorragia grave). As puérperas que apresentavam algum tipo de desconforto físico, psicológico e que se achavam em condição grave de saúde, foram descartadas do estudo.

3.4 Coleta dos Dados do Estudo

A pesquisa ocorreu entre os meses de janeiro a maio de 2022 e os dados coletados duas vezes por semana, nos horários da manhã e tarde, através da análise de prontuários e do sistema de admissão, para a devida seleção de puérperas. Os prontuários foram examinados para a elegibilidade das participantes, considerando as puérperas internadas com CPAV e seus aspectos clínicos. As puérperas foram selecionadas através da análise dos prontuários, e em seguida identificadas e elucidadas sobre a pesquisa e a finalidade do estudo.

Posteriormente, as puérperas selecionadas foram requisitadas a participar do estudo e, ao concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE B). Em seguida, responderam um formulário abordando questões relacionadas aos aspectos sociodemográficos. Em relação aos dados obstétricos, a coleta foi realizada mediante avaliação dos prontuários.

A coleta de dados foi realizada por enfermeiras mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, além de uma discente da UVA, que foi previamente treinada para realizar a função.

3.5 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu por intermédio de um formulário (APÊNDICE C) confeccionado por (ARAÚJO, 2022), composto por três partes: diagnóstico clínico, dados sociodemográficos e dados obstétricos. As variáveis utilizadas no estudo foram categorizadas da seguinte forma: idade até 35 anos ou acima de 35 anos, escolaridade até 9 anos de estudo ou abaixo de 9 anos de estudo; estado civil com companheiro ou sem companheiro; raça negra, ou outras; renda familiar até 1 salário mínimo ou acima de 1 salário mínimo; número de gestações anteriores primigesta ou multigesta; aborto/perdas fetais sim ou não, 1 ou mais abortos; número de nascidos vivos 1 ou 2 ou mais; número de partos vaginais, primípara ou múltipara; tipo de parto da última gestação cesárea, vaginal, vaginal com fórceps, cesárea antes do início do trabalho de parto e cesárea após o início do trabalho de parto; idade gestacional na admissão, antes ou até 37 semanas, após 37 semanas; realização de pré-natal, sim ou não; quantidade de consultas de pré-natal, até 6 consultas ou mais de 6 consultas.

3.6 Organização e Análise dos Dados

A ferramenta utilizada para organizar os dados e posterior análise descritiva foi o *Excel for Windows* e o *Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS)*, no qual, comparou-se as frequências que foram agrupadas conforme suas características. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas, e foram explicitadas as frequências absolutas e relativas. O Teste de *Qui-Quadrado de Pearson* foi utilizado para verificação de diferença estatística entre os grupos da amostra estudada pelas variáveis analisadas. Adotou-se valor de p menor que 0,05 ($p > 0,05$) para considerar significância. Para frequências esperadas menores, utilizou-se o Teste Exato de Fischer.

3.7 Aspectos Éticos e Legais

No estudo, os aspectos éticos foram considerados inteiramente nas etapas da pesquisa, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as normas que regem a pesquisa com seres humanos, como: benevolência, não maleficência, autonomia e justiça. Para isso, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética. Além disso, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e aprovado pelo Parecer nº 5.237.490, que contém os instrumentos de coleta de dados (APÊNDICE C). O Termo Fiduciário

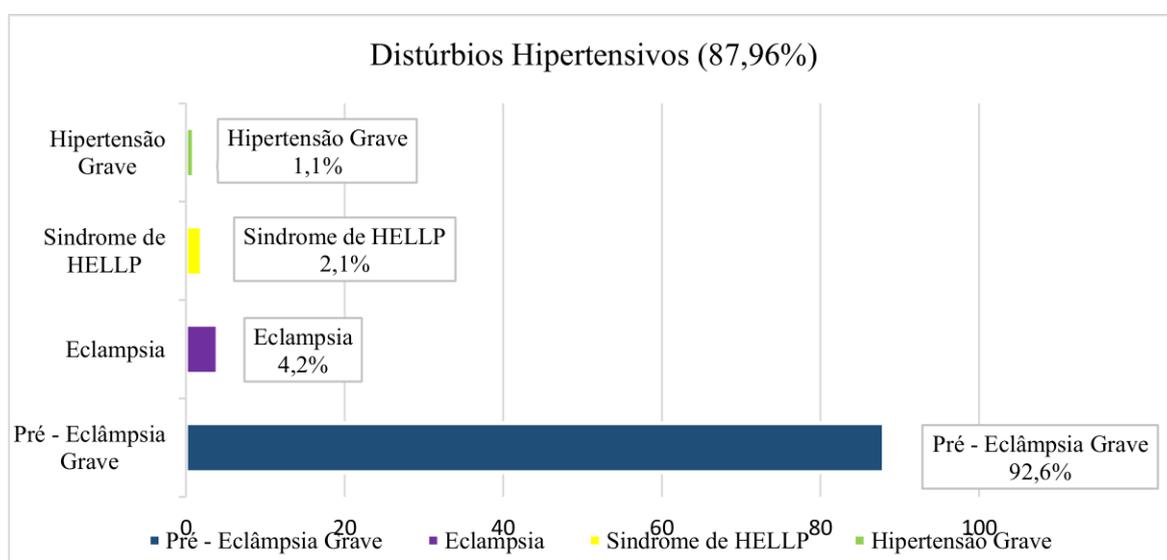
(APÊNDICE D) também foi utilizado para autorizar o acesso às informações contidas no prontuário do participante.

Como risco às participantes a pesquisa poderia ocasionar incômodo ou desconforto em razão do período que foi realizada, entretanto foi assegurado local reservado para proceder com as perguntas. É importante destacar que as participantes puderam abdicar da participação na pesquisa no instante em que desejassem, sem que lhe fosse causado algum tipo de prejuízo. Além disso, foi garantido a elas, o anonimato, bem como a garantia de desistência em permanecer participando do estudo, sem sofrer nenhum tipo de prejuízo, danos e discriminação.

4 RESULTADOS

A amostra foi composta por um total de 108 puérperas, das quais 95 (87,96%) apresentaram algum tipo de distúrbio hipertensivo e 13 (14,04%) desenvolveram distúrbios hemorrágicos. Dentre as puérperas que desenvolveram distúrbios hipertensivos, 88 (92,6%) evoluíram com Pré-Eclâmpsia Grave, e 1 (1,1%) com Hipertensão Gestacional Grave. Essas informações foram dispostas no Gráfico 1.

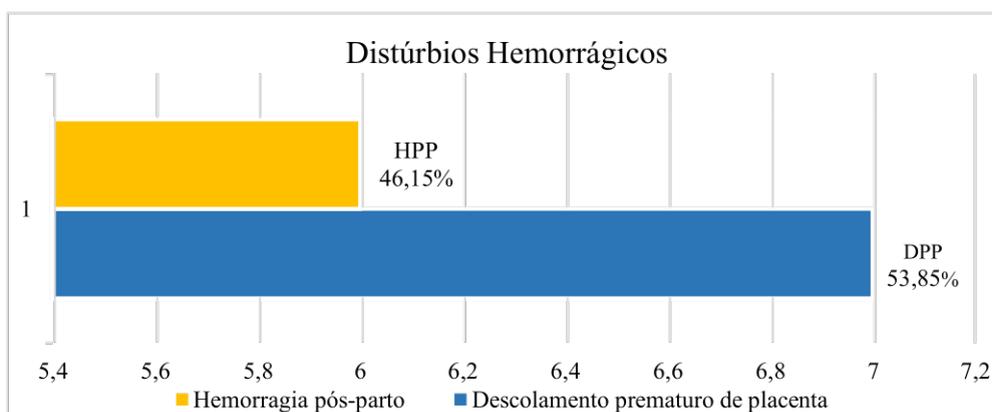
Gráfico 1 - Distribuição das Puérperas Segundo os Tipos de Distúrbios Hipertensivos atendidas na SCMS em Sobral – Ceará, de janeiro a maio de 2022.



Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

Em relação aos distúrbios hemorrágicos, 7 (53%) gestantes evoluíram com Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) e 6 (46%) com Hemorragia Pós-Parto (HPP). Essas informações foram dispostas no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição das Puérperas Segundo os Tipos de Distúrbios Hemorrágicos atendidas na SCMS em Sobral – Ceará, de Janeiro a Maio de 2022.



Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

Os dados obtidos em relação à caracterização sociodemográfica das puérperas envolvidas nesse estudo foram expostos na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das Puérperas atendidas na SCMS com Distúrbios Hemorrágicos e Hipertensivos Segundo as Características Sociodemográficas em Sobral, de janeiro à maio de 2022.

Variáveis Sociodemográficas	Distúrbios Hemorrágicos		Distúrbios Hipertensivos		p-valor
	n	%	n	%	
Mulheres entrevistadas	13	12,04%	95	87,96%	
Idade					1,00**
Até 35 anos	10	77%	74	78%	
Acima de 35 anos	3	23%	21	22%	
Estado civil					0,296**
Com companheiro	8	62%	73	77%	
Sem companheiro	5	38%	22	23%	
Escolaridade					1,00**
Até 9 anos de estudo	2	15%	15	16%	
Acima de 9 anos de estudo	11	85%	80	84%	
Renda					0,370**
Até 1 salário-mínimo	3	23%	83	87%	
Acima de 1 salário-mínimo	10	77%	12	13%	
Raça					0,606**
Negra	0	0%	10	11%	
Outras	13	100%	85	89%	

**Teste exato de Fischer.

Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

O perfil das puérperas com distúrbios hemorrágicos constatou que 10 (77%) tinham idade até 35 anos, uma mediana de 30 anos, mínimo de 20 anos e máximo de 44 anos. Das puérperas com distúrbios hipertensivos, 74 (78%) declararam ter idade até 35 anos, com mediana de 29 anos, idade mínima de 14 anos e máxima de 44 anos. Quanto ao estado civil, 8 (62%) puérperas com distúrbios hemorrágicos, e 73 (77%) com distúrbios hipertensivos relataram possuir companheiro.

Em relação à escolaridade, em ambos os distúrbios, a maiorias das puérperas tinha acima de 9 anos de estudo, 11 (85%) e 80 (84%). No que diz respeito à raça, 13 (100%) puérperas com distúrbios hemorrágicos declaram raça como “outras” e 10 (11%) com distúrbios hipertensivos se declaram negras.

Considerando a renda, as puérperas que apresentaram distúrbios hemorrágicos em sua maioria recebiam acima de 1 salário-mínimo, 10 (77%); em contrapartida, as puérperas com distúrbios hipertensivos tiveram uma maior prevalência de renda até 1 salário-mínimo, 83 (87%). Observa-se segundo o valor de *p* que não houve associação estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas e a presença de distúrbios hemorrágicos ou hipertensivos.

As informações concernentes à distribuição das puérperas pelas variáveis obstétricas foram dispostas na Tabela 2.

Tabela 3 – Distribuição das Puérperas atendidas na SCMS Segundo as Variáveis Obstétricas. Sobral, de janeiro à maio de 2022.

Variáveis Obstétricas	Distúrbios Hemorrágicos		Distúrbios Hipertensivos		<i>p</i> -valor
	n	%	n	%	
Mulheres Entrevistadas	13	12,04%	95	87,96%	
Número de gestações anteriores					0,435*
Primigesta	4	31%	40	42%	
Multigesta	9	69%	55	58%	
Aborto/perdas fetais					1,000**
Não Abortou	11	85%	80	84%	
Um ou mais Abortos	2	15%	15	16%	
Número de nascidos vivos *					0,124**
1 filho vivo	5	38%	16	17%	
2 filhos ou mais	3	23%	34	36%	
Número de Partos vaginais					0,352**
Primípara	7	54%	66	69%	
Múltipara	6	46%	29	31%	
Número de partos cesáreas					0,271**
Mais de duas cesáreas anteriores	0	0%	12	13%	
Tipo de parto da última gestação					1,000**
Vaginal	5	38%	26	27%	
Cesárea	4	31%	26	27%	
Idade Gestacional na admissão					0,747**
Antes ou até 37 semanas	9	69%	64	67%	
Após 37 semanas	3	23%	31	33%	

Realização de PN					0,120**
Sim	12	92,3%	95	100%	
Não	1	7,7%	0	0%	
Número de consultas Pré-natal					0,294**
Até 6 consultas	5	38%	24	25%	
Mais de 6 consultas	7	54%	70	74%	

Legenda: *Exceto recém-nascido. ** Teste exato de Fischer.

Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

Com relação ao número de gestações anteriores, a maioria das puérperas era multigesta em ambos os distúrbios, 9 (69%) e 55 (58%). Quanto a ter sofrido algum aborto, 11 (85%) puérperas com distúrbios hemorrágicos e 80 (84%) com hipertensivos, afirmaram que não haviam sofrido aborto. Quanto ao número de filhos vivos, 5 (38%) puérperas com distúrbios hemorrágicos declaram ter somente 1 filho vivo. Dentre as com distúrbios hipertensivos, 34 (36%) puérperas declaram ter mais de 2 filhos vivos. Sobre a quantidade de partos vaginais, 7 (54%) puérperas com distúrbios hemorrágicos e 66 (69%) com distúrbios hipertensivos eram primíparas. Analisando a prevalência de partos cesáreas, nenhuma puérpera com distúrbios hemorrágicos possuía mais de duas cesáreas, e 12 (13%) puérperas com distúrbios hipertensivos informaram ter mais de duas cesáreas.

Em relação ao tipo de parto da última gestação, 5 (38%) puérperas com distúrbios hemorrágicos informaram que na última gestação o parto foi vaginal e 3 (23%) foram cesáreas, após início do trabalho de parto. Analisando as puérperas com distúrbios hipertensivos, 26 (27%) evoluíram com parto vaginal na última gestação e 19 (20%) com cesáreas antes do início do trabalho de parto.

Observando a idade gestacional no momento da admissão foi possível constatar que 9 (69%) puérperas com distúrbios hemorrágicos foram admitidas antes ou até 37 semanas e 64 (67%) puérperas com distúrbios hipertensivos também foram admitidas antes ou até 37 semanas. Dentre as puérperas, apenas 1 (7,7%) que desenvolveu distúrbio hemorrágico não realizou pré-natal. E sobre a quantidade de consultas de pré-natal, a maior parte realizou mais de 6 consultas, totalizando 7 (54%) puérperas com distúrbios hemorrágicos e 70 (74%) com distúrbios hipertensivos.

Quanto à verificação de associação entre as variáveis obstétricas e os distúrbios hemorrágicos e hipertensivos, percebeu-se a ausência de associação estatisticamente significativa.

5 DISCUSSÃO

5.1 Características Sociodemográficas

Neste estudo, identificou-se que as puérperas em sua maioria tinham faixa etária até 35 anos. Idade inferior a 15 ou superior a 35 anos, aliado à outras condições demográficas, econômicas e sociais, estão associados a maior risco de desenvolvimento de agravos na gestação. Faixa etária igual ou superior a 35 anos tem maior o risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia e hipertensão na gravidez (BRASIL, 2012b; DOGENSKI; MANFREDINI, 2019; SOUSA *et al.*, 2019).

Gestantes com faixa etária superior a 35 anos, podem estar mais suscetíveis a intercorrências na gestação além de morbidade e mortalidade, sendo considerada uma gestação tardia. Dessa forma, gestações após os 35 anos são consideradas de alto risco, por apresentarem incidência crescente de síndromes hipertensivas, ruptura prematura de membranas e presença de diabetes. Destaca-se também, que estudos evidenciam maior incidência de doenças crônicas em mulheres após os 35 anos, quanto mais a gestação é adiada, maior o risco de desenvolvimento de intercorrências (ALVES *et al.*, 2017; BEZERRA *et al.*, 2015).

Em relação ao estado civil, observou-se que a maioria das puérperas possuía companheiro. Em estudo sobre fatores sociodemográficos e clínicos associados a HPP em Salvador, Bahia, no ano de 2018, observou divergência em relação ao presente estudo em relação ao estado civil, houve predomínio de mulheres sem companheiro (83 %) (TEIXEIRA *et al.*, 2021).

Zugaib (2015) afirma que mulheres em união estável apresentam evolução da gestação mais seguras. É relevante a presença de um companheiro durante o período gestacional, visto que o mesmo pode proporcionar a mulher apoio emocional e financeiro, além de contribuir com a prevenção de complicações maternas (CASTRO *et al.*, 2016). Além disso, a carência de conhecimento por parte dos homens, pode ser considerado um fator prejudicial no processo de tomada de decisão para procurar atendimento e é um dos fatores que mais influenciam na mortalidade materna (BARAKI *et al.*, 2019; GREENSPAN *et al.*, 2019).

Quando à escolaridade, identificou-se que as puérperas apresentavam acima de nove anos de estudos. Dentre as variáveis analisadas, o nível de escolaridade merece atenção, pois a baixa escolaridade pode ser considerada um fator de risco por estar associada ao menor acesso de informações e menor compreensão do entendimento da importância dos cuidados com a saúde (DALLA COSTA *et al.*, 2016). Os fatores que podem influenciar as mulheres na tomada de decisão de procurar o serviço de saúde, a escolaridade e suas circunstâncias estão relacionados

a esse processo. (SK *et al.*, 2019; MACDONALD *et al.*, 2018; PAGALDAY-OLIVARES *et al.*, 2017).

Associando escolaridade ao pré-natal, em estudo de série realizado com gestantes, identificou que aquelas com 12 anos ou mais de estudo apresentaram maior proporção de realização de consultas de pré-natal, evidenciando que a escolaridade materna influencia também na realização adequada do acompanhamento pré-natal, bem como na adequabilidade dos exames laboratoriais realizados nesse período (MALLMANN *et al.*, 2018).

No tocante à renda, constatou-se uma divergência no perfil das puérperas dos distúrbios hemorrágicos e hipertensivos. As puérperas com distúrbios hemorrágicos em sua maioria possuíam renda acima de um salário-mínimo. Entretanto, as puérperas com distúrbios hipertensivos possuíam em sua maior parte renda até um salário-mínimo. Apesar disso, não foram observadas diferenças estatísticas entre os grupos. Os fatores relacionados ao comportamento das puérperas, por busca de atendimento, são multifatoriais. Os aspectos econômicos e socioculturais podem influenciar na decisão, influenciando assim o tempo até o serviço de saúde, além da assistência. (ASSEFA; BERHANE, 2020).

É relevante destacar que regiões desfavorecidas, aliadas à miserabilidade, pobreza, e condições financeiras desfavoráveis, oferecem mais riscos as mulheres. Nesta perspectiva, a incidência de agravos, como a HPP e seu impacto na mortalidade materna, constituem um significativo indicador do estado populacional, do progresso socioeconômico e da garantia dos direitos das mulheres. (JAUNIAUX *et al.*, 2018).

Analisando a raça das puérperas, observou-se que em sua maioria se declararam-na classificação “outras”. No que concerne à raça, foram encontrados estudos em que a maior parte das mulheres que desenvolveram complicações obstétricas graves eram pardas/negras (ANDRADE *et al.*, 2020; HUMMEL *et al.*, 2022).

Estudos relatam que gestantes de pele escura possuem maior predisposição genética para desenvolverem doenças, principalmente síndromes hipertensivas específicas da gravidez (SHEG). Dessa forma, é relevante considerar que sua exposição às condições de maior vulnerabilidade social, pode resultar em dificuldade no acesso aos serviços assistenciais com melhor qualidade (RUAS *et al.*, 2020).

Em relação a HPP, raça não necessariamente é um fator de risco, mas sim a dificuldade de acesso e às desigualdades sociais dessa parcela da população à assistência de saúde, à medida que ela representa a maior parte de usuários do SUS (CARVALHO *et al.*, 2014; MEDEIROS *et al.*, 2018)

5.2 Características Obstétricas

Analisando o número de gestações anteriores, observou-se que as puérperas, em sua maioria, eram multigestas, admitidas com idade gestacional até 37 semanas. Em relação à paridade, constatou-se que a maior parte eram primíparas, onde a maioria teve o desfecho da gestação anterior com parto vaginal. O que está em concordância com dados da literatura, que declaram que PE é duas vezes mais comum em primíparas do que em múltiparas (RAPOSO *et al.*, 2011; O’GORMAN *et al.*, 2016). A incidência de PE em primigestas é de 10-14% e de 5,7 a 7,3% em múltiparas, esse número cresce consideravelmente nos casos de pré-eclâmpsia prévia (BRASIL, 2012). Em pesquisa realizada no Peru com 80 puérperas, identificou que (52,5%) das puérperas evoluíram com HPP eram múltiparas. Do total de puérperas, cerca de (91,3%) evoluíram com HPP durante as primeiras 24 horas pós parto (BAUTISTA ESPINOZA, 2020).

Em relação ao número de cesáreas anteriores, dentre as puérperas com distúrbios hemorrágicos, nenhuma havia sido submetida a mais de 2 cesáreas anteriores. Apenas um pequeno número de puérperas com distúrbios hipertensivos havia realizado mais de 2 cesáreas prévias. Nesse cenário, uma pesquisa mostrou que risco de mortalidade materna após cesárea é três vezes maior se comparado ao pós-parto vaginal, que ocorre em decorrência de hemorragia pós parto (ESTEVES-PEREIRA *et al.*, 2016). Em uma revisão sistemática com metanálise que objetivou identificar os riscos de complicações maternas agudas e graves ligadas ao parto cesáreo com ausência de indicação médica, identificou há maiores chances de morte materna, bem como maior risco de infecção pós parto (MASCARELLO *et al.*, 2017).

O parto vaginal é aconselhado para mulheres com PE e eclâmpsia, onde a última escolha deverá ser o parto cesárea. Dentre as síndromes hemorrágicas, a cicatriz uterina ocasionada por uma cesariana anterior pode ser considerada como o principal fator de risco para placenta prévia (PP), rotura uterina (RU) e descolamento prematuro da placenta (DPP) (BRASIL, 2012). Estudos evidenciam que o parto cesáreo influencia negativamente nas taxas de mortalidade materna ocasionadas por hemorragia, pois a gestante é exposta a riscos inerentes a uma cirurgia, logo deve ser indicada apenas em situações onde o risco para mãe e bebê forem realmente comprovados. (FAHMY; CRISPIM; CLIFFE, 2018).

Dados encontrados na literatura mostram que a maior parte das gestantes com distúrbios hipertensivos evoluem para o parto cesárea. Em pesquisa realizada no Sul do Brasil, identificou que as síndromes hipertensivas nas gestações de alto risco são um fator de risco importante para o parto cesárea (ANTUNES; ROSSI; PELLOSO, 2020).

Quanto realização do pré-natal, apenas uma puérpera não realizou. E sobre a quantidade de consultas de Pré-Natal (PN), a maioria das puérperas realizou mais de 6 consultas. Diante disso, observou-se no presente estudo que as puérperas realizaram 7 ou mais consultas de PN, o que é considerado ideal pela Estratégia Rede Cegonha. Iniciar precocemente o cuidado pré-natal propicia a identificação, em tempo oportuno, de cenários que possam submeter a gestante a riscos que ocasionam danos ao desenvolvimento da gestação, o que é benéfico para a prevenção de desordens obstétricas (BALSELLS *et al.*, 2018). Além disso, estudo mostra que gestantes com dificuldades no acesso à assistência de saúde apresentaram risco consideravelmente maior de desenvolver desfechos adversos na gestação, pois não concluíram o PN de forma adequada (HOLCOMB *et al.*, 2021).

Em estudo desenvolvido em duas cidades brasileiras, onde seus achados referem que a carência de pré-natal está associada às condições de risco de vida e impactam no contexto de desfechos neonatais negativos (KALE *et al.*, 2017). Logo, iniciar o pré-natal em momento oportuno, além de permitir a detecção precoce de possíveis intercorrências na gestação, permite também, realizar as intervenções necessárias (BRASIL, 2011b).

Em relação a quantidade de filhos nascidos vivos, observou-se distinção no perfil das puérperas, onde a maior parte das puérperas com distúrbios hemorrágicos referiram ter apenas um filho nascido vivo, e as puérperas com distúrbios hipertensivos em sua maioria relataram ter mais de 2 filhos nascidos vivos. Sobre aborto e perdas fetais, constatou-se que a maior parte das puérperas não haviam abortado ou tiveram perdas fetais. Em estudo realizado por Vos *et al.* (2020), foi constatado que o aborto foi causador da mortalidade em mulheres acima de 45 anos (67,0 e 122,6/100.000 nascidos vivos), indicando cerca de 11% das mortes em mulheres gestantes.

Diariamente o Brasil registra 535 internações motivadas por aborto. Em geral, as principais vítimas são mulheres negras e jovens. O SUS entre os anos de 2009 e 2018, registrou oficialmente 721 mortes de mulheres, decorrentes de abortos. Essas mulheres, em sua maioria, eram negras ou pardas, com dificuldade de acesso a informações e cuidados humanizados. de mulheres por aborto em sua maioria negras ou pardas com baixo acesso a informações e cuidados humanizados (DATASUS, 2021).

Dentre as causas associadas a perda fetal e abortamento, as principais são doenças infecciosas da gestação, como toxoplasmose e sífilis, os distúrbios hormonais, sendo eles hipotireoidismo e diabetes gestacional; os distúrbios hipertensivos como eclâmpsia e pré-eclâmpsia, bem como os hábitos maternos, como etilismo e tabagismo (MASLOVICH; BURKE 2020; OTA *et al.*, 2020).

6. CONCLUSÃO

Concluiu-se que há predomínio dos distúrbios hipertensivos, principalmente Pré-eclâmpsia grave, seguido de Eclâmpsia. Dentre os distúrbios hemorrágicos, prevaleceu o Descolamento Prematuro de Placenta. Quanto aos aspectos sociodemográficos, dentre as puérperas que desenvolveram distúrbios hemorrágicos e hipertensivos, observou-se predomínio de puérperas com idade até 35 anos, pardas, com companheiro, com renda até 1 salário-mínimo e escolaridade acima de 9 anos de estudo.

Em relação as características obstétricas, a maior parte das puérperas eram multigestas e primíparas, no qual não tiveram abortos/perdas fetais e mais de duas cesarianas anteriores, onde o desfecho da última gestação se deu nas multigestas com distúrbios hemorrágicos com o parto vaginal e dentre as puérperas com distúrbios hipertensivos não houve prevalência entre parto vaginal e cesárea. Divergindo na tocante quantidade de filhos nascidos vivos, predominando apenas 1 filho nascido vivo nas puérperas que desenvolveram distúrbios hemorrágicos, e dentre as que desenvolveram distúrbios hipertensivos, prevaleceram aquelas com mais de 2 filhos nascidos vivos. Sobre os dados obstétricos da gestação atual, o maior número de puérperas realizou pré-natal, com mais de 6 consultas, sendo admitidas em sua maioria no serviço de saúde com até 37 semanas de gestação.

As dificuldades enfrentadas pelas mulheres têm raízes sociais profundas, que permeiam contextos demográficos, econômicos e raciais, que por vezes reverberam negativamente no contexto obstétrico de muitas mulheres brasileiras. Diante disso, é necessário a reavaliação dos gestores quanto às políticas de saúde pública voltadas para gestantes de alto risco, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada, e com isso diminuir os índices de mortalidade materna no Brasil.

Dessa forma, é importante salientar a relevância da temática e seu aprofundamento para a enfermagem brasileira, pois os enfermeiros exercem papel fundamental na assistência prestada às gestantes nos diversos níveis de atenção, executando o cuidado de enfermagem a importância do aprofundamento da temática para a área da enfermagem, pois a enfermagem tem papel importante diante dos distúrbios estudados.

Considera-se como fatores limitantes para esta pesquisa o fato de que foi realizada em uma única maternidade, o que impossibilita o fornecimento de dados de outras regiões. É importante destacar a escassez de estudos que associam de forma mais específica as características sociodemográficas e obstétricas com o desenvolvimento dos distúrbios hipertensivos e principalmente hemorrágicos.

Dessa forma, contribuiu para que discussão fosse mais abrangente ao citar dados

referentes à puérperas como um todo, ao invés de detalhar e associar especificamente as características sociodemográficas e obstétricas com fatores associados aos distúrbios hemorrágicos e hipertensivos, o que demonstra a necessidade de estudos aprofundados dentro da temática.

Por fim, é fundamental que mais estudos na área abordem a temática de distúrbios hemorrágicos e hipertensivos, pois podem auxiliar na criação de estratégias públicas e institucionais com a finalidade de diminuir os crescentes números de mortalidade materna associados a esses distúrbios.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Lucélia Rodrigues et al. Profile of maternal mortality in the State of Ceará. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, p. 115-119, 2022.
- ALVES, Nayara Cristina de Carvalho et al. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2018.
- ANDRADE, Magna Santos et al. Morbidade materna grave em hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00096419, 2020.
- ANTUNES, Marcos Benatti; ROSSI, Robson Marcelo; PELLOSO, Sandra Marisa. Relationship between gestational risk and type of delivery in high risk pregnancy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.
- ARAÚJO, Isabella Félix Meira et al. Síndromes hipertensivas e fatores de risco associados à gestação. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, p. 4254-4262, 2017.
- ARAÚJO, L. M. **Tipo de demoras obstétricas em pacientes com condições potencialmente ameaçadoras à vida em uma maternidade de referência de Sobral -CE**. 2022. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará Sobral, 2022.
- ASSEFA, Endalkachew Mekonnen; BERHANE, Yemane. Delays in emergency obstetric referrals in Addis Ababa hospitals in Ethiopia: a facility-based, cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 10, n. 6, p. e033771, 2020.
- BAGGIERI, Rafael Angelo Avance et al. Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento/Postpartum hemorrhage: prevention and management. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, p. 96-101, 2011.
- BALSELLS, Marianne Maia Dutra et al. Evaluación del proceso en la atención prenatal de embarazadas con riesgo normal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. 247-254, 2018.
- BARAKI, Zeray et al. Husbands involvement in birth preparedness and complication readiness in Axum town, Tigray region, Ethiopia, 2017. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2019.
- BAUTISTA ESPINOZA, Zaid Medalid. **Perfil epidemiológico de las pacientes con hemorragia post parto atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé de EsSalud**, Junín 2020. 2020.
- BEZERRA, Ana Caroline Lira et al. Desafios enfrentados por mulheres primigestas em idade avançada. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, p. 163-168, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/3fSfjI3>. Acesso em: 23 junho 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.351, de 5 outubro de 2011**. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.[Internet], p. 230-230, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de Gestão De Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CARVALHO, Márcia Valéria Pereira et al. Mortalidade materna na capital do Piauí. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 3, p. 17-27, 2014.

CASTRO, B. M. Z.; RAMOS, S. C. S. **Perfil de mortalidade materna em uma maternidade pública da cidade de Manaus – AM**. Saúde (Santa Maria), v. 42, n. 1, p. 103-112, Jan – Jun, 2016.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Colóquio da ESP/CE Focaliza Mortalidade Materna**. 2019. Disponível em: <https://www.esp.ce.gov.br/2019/06/06/coloquio-da-esp-ce-focaliza-mortalidade-materna/>. Acesso em: 19 mai. 2023.

CECATTI, J. G. et al. Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity Study Group. Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity: a powerful national collaboration generating data on maternal health outcomes and care. **BJOG**, v. 123, n. 06, p. 946-953, 2016.

CORDEIRO, Denise Ellen Francelino; PAIVA, Jordana Parente; FEITOSA, Francisco Edson de Lucena. **Protocolos Assistenciais em Obstetrícia: Maternidade Escola Assis Chateaubriand**. 2020.

DALLA COSTA, Lediane et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2016.

DATASUS. (2021). **Sistema de Informação sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS)**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>.

DE DEUS, Francisca Regilene de Sousa et al. A importância da Atuação do enfermeiro nas unidades básicas de saúde e seu impacto na redução da mortalidade materna. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, p. e365111335504-e365111335504, 2022.

DOGENSKI, Chanaiara. **Condicionantes e Determinantes Sociais de Saúde de Gestantes com Doenças Hipertensivas Gestacionais, Internadas em uma Maternidade no Sistema Único de Saúde**. 2019.

ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula et al. Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in Brazil. **PloS One**, v. 11, n. 4, p. e0153396, 2016.
FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

FAHMY, Walid Makin; CRISPIM, Cibele Aparecida; CLIFFE, Susan. Association between maternal death and cesarean section in Latin America: a systematic literature review. *Midwifery*, v. 59, p. 88-93, 2018.

FEITOSA, F.E.L *et al.* **Descolamento prematuro de placenta.** *In:* CORDEIRO, D.E.F.; PAIVA, J.P; FEITOSA, F.E.L (org.). Protocolos assistenciais em obstetrícia: Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020a. p. 77-84.

FEITOSA, F.E.L *et al.* **Síndromes Hipertensivas na Gestação.** *In:* FIGUEIREDO, E.T.; AGUIAR, G.B; FEITOSA, F.E.L (org.). Protocolos assistenciais em obstetrícia: Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020b. p. 309-323.

FERNANDES, M.M. **Assistência ao trabalho de parto e parto prestada por enfermeiras especializadas em obstetrícia em maternidades da região metropolitana de Fortaleza.** 2018. 42 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

GREENSPAN, Jesse A. et al. Men's roles in care seeking for maternal and newborn health: a qualitative study applying the three delays model to male involvement in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 19, n. 1, p. 1-12, 2019.

HENRIQUES, Kamille Giovanna Gomes et al. Fatores de risco das síndromes hipertensivas específicas da gestação: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 5, p. e43911527981-e43911527981, 2022.

HOLCOMB, Denisse S. et al. Geographic barriers to prenatal care access and their consequences. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, v. 3, n. 5, p. 100442, 2021.

HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica – 4 Edição.** Artmed Editora, 2015.

HUMMEL, Julia Richter et al. Emergências obstétricas: estudo de caso múltiplo em terapia intensiva. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_ds_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf. Acesso em: 01 jul. 2023.

JAUNIAUX, E. et al. FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology. *Int. Journal of Gynaecol. Obstet.*, v. 140, n. 3, p. 265-273, 2018.

KALE, Pauline Lorena et al. Neonatal near miss and mortality: factors associated with life-threatening conditions in newborns at six public maternity hospitals in Southeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, 2017.

LOPES, Gertrudes et al. Hipertensão gestacional e a síndrome HELLP: ênfase nos cuidados de enfermagem. **Revista Augustus**, v. 18, n. 36, p. 77-89, 2014.

LUZ, B. G. et al. The profile of high risk pregnant women a clinic of Divinópolis. **Minas Gerais, Brazil, in the Biennium**, v. 14, p. 137-43, 2013.

MA, Yuan Ying et al. Low incidence of maternal near-miss in Zhejiang, a developed Chinese province: a cross-sectional study using the WHO-approach. **Clinical Epidemiology**, p. 405-414, 2020.

MACDONALD, Tonya et al. The fourth delay and community-driven solutions to reduce maternal mortality in rural Haiti: a community-based action research study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, p. 1-12, 2018.

MACEDO, P. C.; LOPES, H. H. Hemorragia pós-parto: um artigo de revisão. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 5, n. 3, p. 59-64, 2018.

MAGNAGO, Carinne; PIERANTONI, Celia Regina. A formação de enfermeiros e sua aproximação com os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais e da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 15-24, 2019.

MALLMANN, Mariana Borsa et al. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2018022, 2018.

MARQUES, Bruna Leticia et al. Guidelines to pregnant women: the importance of the shared care in primary health care. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2020.

MASCARELLO, Keila Cristina; HORTA, Bernardo Lessa; SILVEIRA, Mariângela Freitas. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

MASLOVICH, Mark M.; BURKE, Lori M. **Intrauterine Fetal Demise**. 2020.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. **Protocolo: Síndromes Hipertensivas na Gestação**. Universidade Federal do Ceará, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/aceso-a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/maternidade-escola-assis-chateaubriand/obstetricia/sindrome-hipertensiva-s-na-gestacao-pro-med-obs-024.pdf/view>. Acesso em: 01 jul. 2023.

MAVRIDES, E. et al. Prevention and management of postpartum haemorrhage. **BJOG**, v. 124, n. 5, p. e106-49, 2016.

MEDEIROS, Lidiane Tavares et al. Mortalidade materna no estado do Amazonas: estudo epidemiológico. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 2018.

MGAWADERE, Florence et al. Factors associated with maternal mortality in Malawi: application of the three delays model. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, p. 1-9, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, v. 150, n. 112 Seção 1, p. 59-62, 2013.

O'GORMAN, Neil et al. Competing risks model in screening for preeclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks' gestation. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 214, n. 1, p. 103. e1-103. e12, 2016.

OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BRASILEIRO. **COVID-19. Espírito Santo: Observatório Obstétrico Brasileiro (OBBR)**, 2020. Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/. Acesso em: 12 dez. 2022.

OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes de et al. Fatores maternos e resultados perinatais adversos em portadoras de pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 106, p. 113-120, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão**. São Paulo: CBCD, 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Mortalidade materna. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=574:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em: 2 dez. 2022.

OTA, Erika et al. Antenatal interventions for preventing stillbirth, fetal loss, and perinatal death: an overview of Cochrane systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 12, 2020.

PAGALDAY-OLIVARES, Pedro et al. Exploring the feasibility of eHealth solutions to decrease delays in maternal healthcare in remote communities of Ghana. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 17, n. 1, p. 1-13, 2017.

PATTINSON, R. et al. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. **Bull World Health Organ**, v. 87, n. 10, p. 1-29, 2011.

RAPOSO, Laura et al. Complicações da obesidade na gravidez. **Arq. Med.**, v. 25, n. 3, p. 115-122, 2011.

REENA, R.; RADHA, K. Factors associated with maternal near miss: A study from Kerala. **Indian Journal of Public Health**, v. 62, n. 1, p. 58-60, 2018.

REIS, Raul Dos Santos et al. Caracterização epidemiológica da mortalidade materna no estado do Amazonas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 9964-9979, 2021.

RODRIGUES, Antônia Regynara Moreira; CAVALCANTE, Ana Egliny Sabino; VIANA, Aleide Barbosa. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. **ReTEP**, v. 11, n. 1, p. 3-9, 2019.

RUAS, Carla Alaíde Machado et al. Perfil e distribuição espacial da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 385-396, 2020.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL. **Maternidade**. Sobral: Santa Casa de Misericórdia de Sobral, 2020.

SANTANA, Danielly Scaranello et al. *Near miss* materno - entendendo e aplicando o conceito. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 187-194, 2018.

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Global Health** [Internet]. 2014; 2 (6): e323-33. 2020.

SCHWARTZ, David A.; DHALIWAL, Amareen. Infections in pregnancy with COVID-19 and other respiratory RNA virus diseases are rarely, if ever, transmitted to the fetus: experiences with coronaviruses, parainfluenza, metapneumovirus respiratory syncytial virus, and influenza. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 144, n. 8, p. 920-928, 2020.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Região de Saúde de Sobral**. [s.l: s.n.]. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/caderno_sau_de_sobral_dez2016.pdf. Acesso em: 01 jul. 2023.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2021.

SILVA, Josy Maria de Pinho da et al. Conceitos, prevalência e características da morbidade materna grave, *near miss*, no Brasil: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, p. 7-35, 2018.

SILVA, Rita Maria Ramalho et al. Síndromes Hipertensivas Gestacional e o manejo da Enfermagem no âmbito da Atenção Primária. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. e369101522060-e369101522060, 2021.

SILVA, Thaíse Castanho da et al. Severe maternal morbidity identified in the Hospital Information System of the Brazilian National Health System in Paraná State, Brazil, 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 617-628, 2016.

SK, Md Illias Kanchan et al. Praying until death: revisiting three delays model to contextualize the socio-cultural factors associated with maternal deaths in a region with high prevalence of eclampsia in India. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, p. 1-11, 2019.

SOBRAL. Secretaria da Saúde. **Histórico**. 23 de maio de 2016. Disponível em: <https://stacasa.com.br/histórico/>. Acesso em: 12 dez. 2022.

SOUSA, Marilda Gonçalves de et al. Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, 2019.

SOUZA, Gilson Da Silva et al. **Cuidados de enfermagem na hemorragia pós-parto: uma revisão integrativa da literatura. Desafios e perspectivas para a integralidade do cuidado**. Editora Científica Digital, 2021.

TAKEMOTO, Maira LS et al. Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil: a surveillance database analysis. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 127, n. 13, p. 1618-1626, 2020.

TAN, Wenjie et al. A novel coronavirus genome identified in a cluster of pneumonia cases—Wuhan, China 2019–2020. **China CDC Weekly**, v. 2, n. 4, p. 61-62, 2020.

TEIXEIRA, Dianne et al. Fatores sociodemográficos e clínicos associados à hemorragia pós-parto numa maternidade. **Aquichan**, v. 21, n. 2, p. e2127-e2127, 2021.

VIEIRA, Solana Nunes et al. Avaliação da assistência de enfermagem na hemorragia pós-parto. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 12, n. 12, p. 3247-3253, 2018.

VOS, Theo et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1204-1222, 2020.

WITTEVEEN, Tom et al. Validating the WHO maternal near miss tool: comparing high-and low-resource settings. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, p. 1-9, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth: progress report 2023**. World Health Organization, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division**. World Health Organization, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage**. World Health Organization, 2012.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia Básica**. Barueri – SP: Manole Ltda., 2015.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada Puérpera,

Você está sendo convidado por Lívia Mara de Araújo como participante da pesquisa intitulada “*TIPOS DE DEMORAS OBSTÉTRICAS EM PACIENTES COM CONDIÇÕES POTENCIALMENTE AMEAÇADORAS À VIDA EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DE SOBRAL - CE*”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa tem como objetivo geral: Identificar os tipos de demoras obstétricas em pacientes com condições potencialmente ameaçadoras à vida em uma maternidade de referência de Sobral - CE e objetivos específicos: Investigar se há associação dos aspectos sociodemográficos e obstétricos com os tipos de demoras; Categorizar as demoras obstétricas de acordo com as condições potencialmente ameaçadoras à vida; Investigar se há relação entre as demoras obstétricas e os casos de condições potencialmente ameaçadoras à vida; Investigar se há associação entre a peregrinação das pacientes à procura dos serviços de saúde e às condições potencialmente ameaçadoras à vida. Esta pesquisa justifica-se devido à escassez de estudo em relação à temática na região de Sobral - Ceará e a importância sobre o conhecimento acerca das demoras obstétricas contribuindo para o direcionamento de ações relacionadas às três demoras. Dessa forma, venho convidar a senhora para participar dessa pesquisa na qual sua participação é muito importante para o alcance dos objetivos apresentados. Caso aceite participar serão aplicadas algumas perguntas e serão necessários aproximadamente 30 minutos do seu tempo. Sua participação nesta pesquisa poderá lhe causar desconforto ou incômodo devido ao tempo que será utilizado, porém será disponibilizado um ambiente reservado com privacidade para a realização das perguntas e você poderá desistir de participar quando desejar sem que seja causado algum prejuízo. A senhora terá a garantia do anonimato, o direito de retirar seu consentimento caso não queira continuar participando do estudo, sem sofrer nenhuma discriminação, prejuízo ou danos. Durante o momento não será utilizado o recurso de gravação áudio ou visual e todas as informações obtidas serão sigilosas. Garantimos que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. A realização da pesquisa é importante, pois por meio dela será possível identificar as demoras que estão influenciando nos desfechos maternos

para o direcionamento de ações a fim de reduzir as barreiras que impedem o acesso à assistência adequada e oportuna. Os resultados serão apresentados à comunidade científica sendo resguardado por meio da apreciação do comitê de ética em pesquisa. Em face destes motivos, gostaria muito de contar com a sua colaboração.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Lívia Mara de Araújo

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Pedro Aguiar Carneiro, nº 1077, Bairro: Padre Ibiapina, CEP: 620230-050

Telefones para contato: (88) 99217 - 0859

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, Telefone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Sobral, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador : _____

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Nome da testemunha

(se o voluntário não souber ler): _____

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Nome do profissional

que aplicou o TCLE: : _____

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Prezada puérpera,

Você está sendo convidada como participante da pesquisa: Tipos de demoras obstétricas em pacientes com condições potencialmente ameaçadoras à vida em uma maternidade de referência de Sobral - CE. Neste estudo pretendemos Identificar os tipos de demoras obstétricas em pacientes com condições potencialmente ameaçadoras à vida em uma maternidade de referência de Sobral - CE. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é devido à escassez de estudo em relação à temática na região de Sobral – CE e a importância sobre o conhecimento acerca das demoras obstétricas contribuindo para o direcionamento de ações relacionadas às três demoras. Para este estudo adotaremos o seguinte procedimento: serão aplicadas algumas perguntas e será necessário aproximadamente 30 minutos do seu tempo. Você terá a garantia do anonimato, o direito de retirar seu consentimento caso não queira continuar participando do estudo, sem sofrer nenhuma discriminação, prejuízo ou danos. Durante o momento não será utilizado o recurso de gravação áudio ou visual e todas as informações obtidas serão sigilosas. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora que irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificada em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo poderá lhe causar desconforto ou incômodo devido ao tempo que será utilizado apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar, se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Sobral, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) menor

Assinatura de quem obteve o consentimento

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Endereço d(os, as) responsável (is) pela pesquisa:

Nome: Lívia Mara de Araújo

Instituição: Universidade Federal do Ceará - UFC

Endereço: Rua Pedro Aguiar Carneiro, nº1077, Bairro: Padre Ibiapina, Sobral - Ceará

Telefones para contato: (88) 99217-0859

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data:	Nº da coleta:	Nº de admissão:
	Nome do coletor:	Nº do Leito:
DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS		
1. Idade: _____ (em anos completos)		
2. Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva	3. Escolaridade em anos de estudo: _____	
4. Cor: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Prefere não declarar	5. Renda familiar: <input type="checkbox"/> até 01 salário mínimo <input type="checkbox"/> acima de 01 salário mínimo	
DADOS OBSTÉTRICOS/ PRÉ-NATAL		

Gestações anteriores	
Nº de gestações anteriores:	
Aborto/ Perdas fetais:	
Nº de partos vaginais:	
Nº de partos cesáreos:	
Tipo de parto da última gestação: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Vaginal com fórceps <input type="checkbox"/> Cesárea antes do início do trabalho de parto() Cesárea depois do início do trabalho de parto	
Gestação atual	
Realização de pré-natal(<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Se sim quantas consultas foram realizadas no pré-natal? _____
Desfecho da gravidez:	
Data do encerramento da gravidez: ____/____/____	
Resolução da gravidez:(<input type="checkbox"/> Parto vaginal <input type="checkbox"/> Parto cesáreo() Parto fórceps	

IG no dia da admissão: _____ semanas.	
CONDIÇÕES POTENCIALMENTE AMEAÇADORAS À VIDA	
<p>* Apresentou distúrbios hemorrágicos?</p> <p><input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta</p> <p><input type="checkbox"/> Placenta acreta / increta / percreta</p> <p><input type="checkbox"/> Gravidez ectópica</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorragia pós-parto</p> <p><input type="checkbox"/> Rotura uterina</p>	<p>* Apresentou distúrbios hipertensivos?</p> <p><input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia grave</p> <p><input type="checkbox"/> Eclâmpsia</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensão grave</p> <p><input type="checkbox"/> Síndrome de HELLP</p> <p><input type="checkbox"/> Encefalopatia hipertensiva</p>

APÊNDICE D - DECLARAÇÃO FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, _____, Diretor Técnico da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Ceará, fiel depositário dos prontuários médicos dos pacientes, autorizo o(a) pesquisador(a) Lívia Mara de Araújo a colher dados dos prontuários para fins de seu estudo **“Tipos de demoras obstétricas em pacientes com condições potencialmente ameaçadoras à vida em uma maternidade de referência de Sobral – CE”**.

Sobral, _____ de _____ de _____.

ASSINAR E CARIMBAR

(INFORMAR O NOME DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO, LEMBRANDO QUE NÃO PODE ESTAR ENVOLVIDO NA PESQUISA)

PARECER

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TIPOS DE DEMORAS OBSTÉTRICAS EM PACIENTES COM CONDIÇÕES POTENCIALMENTE AMEAÇADORAS À VIDA EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DE SOBRAL-CE

Pesquisador: Livia Mara de Araújo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53973221.3.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.237.490

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de corte transversal, com abordagem quantitativa. A coleta dos dados será realizada no hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral, nas enfermarias do setor Maternidade Sant'Ana. As participantes serão puérperas que estiverem internadas nas enfermarias do setor maternidade. Para definição da amostra realizou-se uma estimativa do tamanho da população baseada na quantidade de internamentos dos últimos seis anos, de 2015 a 2020. O tamanho amostral foi de aproximadamente 362, acrescentando 10% a esse número, para casos de eventual perda de dados, fica-se aproximadamente 398 participantes. Serão incluídas mulheres no período puerperal até 42 dias e que apresentarem alguma das condições potencialmente ameaçadoras à vida (CPAV). As mulheres que estiverem em estado grave de saúde, apresentarem desconforto físico ou psicológico que as impossibilitem de participar serão excluídas. A coleta dos dados ocorrerá duas vezes por semana, por meio do sistema de admissão e de prontuários para seleção de mulheres elegíveis. Inicialmente, os prontuários serão analisados quanto aos aspectos referentes às CPAV presentes na internação e aspectos clínicos para elegibilidade das participantes. Ao serem selecionadas por meio da análise dos prontuários, as participantes serão localizadas e esclarecidas quanto à pesquisa e objetivos do estudo. Subsequentemente, serão convidadas a participar da pesquisa e,

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 5.237.490

Responsável	CARTA_SOLILICITANDO_APRECIACA O_CEP_UFC_.pdf	01/12/2021 12:42:08	Livia Mara de Araújo	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	01/12/2021 12:26:07	Livia Mara de Araújo	Aceito
Orçamento	DECLARACAO_DE_ORCAMENTO_FIN ANCEIRO.pdf	01/12/2021 12:23:22	Livia Mara de Araújo	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO.pdf	01/12/2021 12:21:31	Livia Mara de Araújo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	01/12/2021 12:13:38	Livia Mara de Araújo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	15/09/2021 14:05:18	Livia Mara de Araújo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 11 de Fevereiro de 2022

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

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_BASICAS_DO_PROJETO_1822888.pdf	01/12/2021 12:57:58		Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_UTILIZACAO_DE_DADOS.pdf	01/12/2021 12:58:52	Livia Mara de Araújo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DEMORAS_OBSTETRICAS.pdf	01/12/2021 12:53:03	Livia Mara de Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_TALE.pdf	01/12/2021 12:47:27	Livia Mara de Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_TCLE.pdf	01/12/2021 12:43:31	Livia Mara de Araújo	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador	CARTA_SOLICITANDO_APRECIACAO_CEP_UFC_.pdf	01/12/2021 12:42:08	Livia Mara de Araújo	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefons: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

Página 03 de 04

UFC - UNIVERSIDADE
 FEDERAL DO CEARÁ /

