



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

ANA CLÁUDIA MAIA DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA EM
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DO CEARÁ**

**FORTALEZA
2019**

ANA CLÁUDIA MAIA DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA EM
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DO CEARÁ**

Projeto de pesquisa apresentado ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Liana Mara Rocha Teles

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

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

S578p Silva, Ana Cláudia Maia da.
Perfil epidemiológico da mortalidade materna em maternidade de referência do Ceará / Ana Cláudia
Maia da Silva. – 2019.
46 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Liana Mara Rocha Teles.

1. Mortalidade materna. 2. Fatores socioeconômicos. 3. Cuidado pré-natal. I. Título.

CDD 610.73

ANA CLÁUDIA MAIA DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA EM
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DO CEARÁ**

Monografia apresentada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Liana Mara Rocha Teles.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Liana Mara Rocha Teles (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Paula Sacha Frota Nogueira

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Jamine Borges de Morais

Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer à Deus, que sabe de todas as coisas e quando elas devem acontecer, por ter possibilitado a experiência de conviver numa rede educacional pública e de qualidade através das políticas públicas de inserção da população mais pobre na Universidade Federal do Ceará, local este que me proporcionou grandes aprendizados e amizades para a vida.

Agradecer em especial a minha mãe, minha tia dos Anjos e ao meu pai que sempre foram incentivadores da minha jornada educacional, que fizeram o possível e o impossível para que eu pudesse chegar até aqui através da educação, a vocês eu tenho uma eterna gratidão, respeito e amor.

A minha orientadora Liana que mesmo com os empecilhos, obstáculos e obrigações me captou no meio de tantos estudantes para ser sua bolsista e que sempre colaborou com a melhoria do meu ensino dentro e fora de sala, à senhora agradeço pela paciência e desejo sucesso na caminhada docente.

A Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem – ENEEnf, por todos os encontros e espaços organizados que me fizeram além de um ser humano melhor, foi parte fundamental para o meu processo profissional, me lapidando para um cuidado seguro e humanizado. Além de me dar meus grandes amigos interestaduais Marllon, Letícia, Valino, Kainan, Carlinhos, Paula, Camila, Wendy, Chagas, Christofer e Vytoria, aos quais minha saudade é diária, mas que me motivaram a não desistir de lutar pela enfermagem que acreditamos e queremos fazer.

Ao Centro Acadêmico Grasiela Barroso – CAGB, espaço este representativo dos estudantes, ao qual me ensinou sobre a política de diversos âmbitos, que escutou minhas reclamações, que me mostrou que muitas vezes que uma formiga sozinha não faz verão, mas consegue mobilizar outras para fazer luta. Meu muito obrigada por cada metro quadrado daquela sala e pelas pessoas que hoje deixo para sensibilizar mais pessoas que só há caminho pela luta, em especial Cícero, Juliana, Luana, Jully e Bia, precisamos de enfermeiros e enfermeiras como vocês.

Aos meus amigos de caminhada, em especial a Amanda, Andrezza e Wesley, sei quanto foi difícil a graduação para nós, porém com vocês o caminho se tornou menos árduo e mais bonito. Obrigada por não desistirem de mim, por sempre terem paciência comigo e por

acreditarem no meu potencial, sem vocês eu não seria a pessoa que sou hoje. Agradeço a Deus por ter vocês como meus companheiros para segurar o diploma juntos. Ainda assim queria agradecer por duas pessoas que sempre acreditaram mais em mim do que eu mesmo, que me formaram politicamente, que passamos por grandes obstáculos juntas, dividimos o mesmo colchão, as lamentações, a fome, a roupa e muito mais, Eva e Ingrid, sem vocês os encontros da executiva e o movimento estudantil com certeza não seria uma realidade para mim, obrigada por todo o carinho e amor, a vocês desejo todo sucesso.

Aos meus professores Michel e Ana Karina que fizeram da graduação um espaço de amizade e troca de saberes, nós precisamos de educadores como vocês, que incentivam seus estudantes, que compartilha sua vida, suas emoções, conquistas, que rir e que chora conosco, que as vezes é mãe e pai, mas que no final sempre estiveram de pé nos aplaudindo, vocês são os verdadeiros professores da educação libertadora.

Por fim ao meu namorado, Ruy, que me acompanhou em parte desse processo, me auxiliou nos momentos difíceis, riu das minhas loucuras, me proporcionou momentos diversos dos quais me fizeram hoje pensar mais no próximo e menos em mim. Obrigada por ser essa pessoa totalmente oposta, mas que me completa de uma forma que nem sei explicar, pela paciência quando eu apenas quero gritar com alguém e pelo companheirismo.

RESUMO

Objetivo: Analisar as características sociodemográficas, gineco-obstétricas e de atenção à saúde das mulheres que foram a óbito materno. **Método:** Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, analítico, de abordagem quantitativa, realizado com óbitos maternos da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, no período de 2008 a 2018. A coleta de dados ocorreu mediante prontuários e as fichas de notificação de mortalidade materna através de um questionário semiestruturado criado pela autora. Para a análise de dados foi utilizado o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.

Resultados e Discussões: As mulheres que foram a óbito têm uma média de idade de 27,8 anos, advindas do interior (58,3%), de cor parda e negra (83,7%), com menos de oito anos de estudo (4%), desempregadas (59,1%) e solteiras (55,7%). Apresentaram ainda um maior índice de cesariana (63,2%) no desfecho da gestação, apesar dos antecedentes obstétricos o parto vaginal (53,7%) ter sido mais evidente. Em relação ao pré-natal foi perceptível que a assistência realizada pelos profissionais do interior (χ^2 : 6,890; p: 0,009¹) é mais adequada, entretanto, foi visualizado que a cobertura relacionada aos exames foi mais eficiente no primeiro trimestre da gestação. Com os resultados apresentados ficou perceptível que os fatores sociodemográficos tem influência no discernimento das mulheres sobre a identificação de fatores sociais ou clínicos que interferem na mortalidade materna. **Conclusão:** Constatou-se a vulnerabilidade socioeconômica das mulheres que foram a óbito, bem como a dificuldade de acesso a uma assistência pré-natal qualificada, sobretudo, na capital do Estado.

Descritores: Mortalidade Materna; Fatores Socioeconômicos; Cuidado pré-natal.

ABSTRACT

Objective: To analyze the sociodemographic, obstetrical and gynecological characteristics and health care of women who died of maternal death. **Method:** This is a retrospective, analytical, quantitative, documentary study conducted with maternal deaths at Assis Chateaubriand Maternity School, from 2008 to 2018. Data collection was carried out through medical records and mortality reporting forms through of a semi-structured questionnaire created by the author. For the analysis of data the program was used Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 23. **Results and Discussion:** The women who died had an average of 27.8 years, coming from the interior (58.3%), brown and black (83.7%), with less than eight years of schooling (4%), unemployed (59.1%) and single women (55.7%). They also presented a higher rate of cesarean section (63.2%) in the gestational outcome, despite the obstetric history of vaginal delivery (53.7%) was more evident. Regarding prenatal care, it was noticed that the care provided by professionals from the interior (χ^2 : 6,890; p : 0.009¹) was more adequate, however, it was observed that the coverage related to the exams was more efficient in the first trimester of gestation. With the results presented, it was perceptible that sociodemographic factors influence the discernment of women about the identification of social or clinical factors that interfere in maternal mortality. **Conclusion:** It was verified the socioeconomic vulnerability of women who died, as well as the difficulty of access to prenatal care qualified, above all, in the state capital.

Keywords: Maternal Mortality; Socioeconomic Factors; Prenatal care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
WHO	World Health Organization
UFC	Universidade Federal do Ceará
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
RMM	Razão de Mortalidade Materna
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional dos Determinantes Sociais de Saúde
MS	Ministério da Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
APS	Atenção Primária em Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UCI	Unidade de Cuidados Intensivo
PN	Pré-natal
IMC	Índice de Massa Corporal
US	Ultrassom
TOTG	Teste Oral de Tolerância a Glicose
IG	Idade Gestacional
PA	Pressão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estática
NUVE	Núcleo de Vigilância Epidemiológica

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.

Figura 2 - Determinantes sociais relacionados com os resultados da pesquisa.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra em relação às variáveis sociodemográficas das mulheres que foram a óbito materno. Fortaleza, CE, 2019.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo variáveis obstétricas e de atenção pré-natal. Fortaleza, CE, 2019.

Tabela 3 - Distribuição da amostra em relação às variáveis dos exames realizados no 1º e 2º trimestre de gestação. Fortaleza, CE, 2019.

Tabela 4 - Procedimentos realizados durante a consulta PN x Adequabilidade do quantitativo desses procedimentos. Fortaleza, CE, 2019.

Tabela 5 - Distribuição das variáveis segundo características sociodemográficas e quantitativo de consultas PN. Fortaleza, CE, 2019.

Tabela 6 - Distribuição das variáveis segundo características sociodemográficas e o momento do óbito. Fortaleza, CE, 2019.

Tabela 7 - Distribuição das variáveis segundo procedência e adequabilidade do acompanhamento PN. Fortaleza, CE, 2019.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	22
2.1	GERAL.....	22
2.2	ESPECÍFICOS	22
3	METODOLOGIA	23
3.1	TIPO DE ESTUDO	23
3.2	PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO	23
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	23
3.4	COLETA DE DADOS	24
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	24
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	24
3.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	25
4	RESULTADOS	26
5	DISCUSSÃO	33
6	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICE	47

1 INTRODUÇÃO

1.1 EPIDEMIOLOGIA DA MORTE MATERNA

A morte materna é a morte de uma mulher durante a gravidez, no parto ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. Quando esta ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez, denomina-se morte materna tardia. Acrescenta-se também a morte materna àquelas ocorridas por consequência de aborto espontâneo ou aborto inseguro (BRASIL, 2007).

As causas principais de óbitos maternos são classificadas em: diretas (complicações exclusivas da gestação), indiretas (condições pré-existentes e agravadas na gestação) e não obstétricas ou não relacionadas (causas acidentais ou incidentais que ocorreram durante a gestação, mas sem relação com ela) (HERCULANO *et al.*, 2012).

É considerada como indicador social refletindo sobre fatores biológicos, sociais, econômicos, qualidade da assistência e promoção da saúde pública (PEREIRA *et al.*, 2017). Além disso, é vista uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (SOUZA, 2011).

Dentre os indicadores epidemiológicos para o monitoramento desse agravo, tem-se a Razão da Mortalidade Materna (RMM), a qual é utilizada para enumerar a quantidade de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em um determinado local. (OMS, 1998). Tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência prestada, servindo ainda como indicador (MONTE, 2016).

A maioria das mortes maternas é evitável e ocorrem em países em desenvolvimento. Em países desenvolvidos a taxa pode ser de 10 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, o que é considerado um número baixíssimo de mortalidade, já nos países em desenvolvimento podem chegar a 1.000 óbitos ou mais por 100.000 nascidos vivos (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2012)

As disparidades devem ser levadas em consideração não apenas entre países, mas também entre regiões de um mesmo país e quando a população é desagregada por renda ou educação (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2012).

Estima-se que em 2015, no mundo, houveram 303.000 óbitos maternos devido a complicações da gestação e do parto, traduzindo assim em uma taxa global de mortalidade

materna de 216 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2015, uma redução de 37% desde 2000 (UNESCO, 2017). Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 99% das mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento, destacando-se a África Subsaariana e quase um terço do sul da Ásia, pois apresentam os maiores índices de óbitos maternos (OPAS, 2018).

Senegal faz parte dos países dentre dos muitos da África Subsaariana declaradamente incapaz de atingir a 5ª meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), apresentando uma taxa de mortalidade materna de 320 mortes por 100.000 nascidos vivos, o que corresponde que em cada 60 mulheres uma tem risco de morte ao longo da vida de causas relacionadas à gravidez (WHO, 2014).

Estima-se que a Nigéria e a Índia no ano de 2015 apresentou um resultado de mais de um terço de todos os óbitos maternas no mundo, com aproximadamente 58.000 (19%) e 45.000 (15%) mortes maternas, respectivamente. Um outro país localizado na África Ocidental, Serra Leoa, apresenta a maior RMM de 1360. Ainda na África Subsaariana, dezoito outros países até o 2015 podem apresentar uma estimativa muito alta da RMM, variando de 999 a 500 mortes por 100.000 nascidos (WHO, 2012).

No Brasil, a taxa de mortalidade materna durante a gravidez, o parto ou o puerpério tem-se reduzido de forma acentuada, passando de 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 1990 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2011. De acordo com os ODM para 2015 é aceitável uma taxa de mortalidade materna de até 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos, já para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o preconiza a ocorrência de 20 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos (ODM, 2014; WHO, 2014). Já de acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2015, foi registrado 1.738 casos de óbitos relacionados a maternidade e, em 2016, 1.670 casos, mostrando uma queda de 9% em relação ao ano anterior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O Brasil é um país que passou por diversas transformações que proporcionaram impacto direto na saúde, exemplo disso são os setores políticos e econômicos, com o advento da mudança do regime militar para uma democracia e a questão do alargamento da pirâmide de econômica que atualmente se encontra com uma grande classe média e em expansão. Dessa maneira, estes setores tiveram grande influência nos resultados dos avanços da saúde, como a reorganização de um sistema universal de saúde, que pudesse abranger e dar assistência de qualidade para toda a população, a inserção da mulher no mercado de trabalho, o que conseqüentemente apresentou uma diminuição da taxa de fecundidade. Vale destacar

que toda essa mudança foi possível com a implementação do SUS assegurando a totalidade das ações e serviços de saúde para a sociedade, ainda assim podemos destacar os avanços nos processos de aprendizagem e atualização de diversos profissionais, ressaltando o avanço científico e tecnológico para tal assunto (LEAL *et al*, 2018)

O Brasil conseguiu cumprir vários dos ODM, tais como a erradicação da pobreza extrema e da fome, o acesso à educação, a redução da mortalidade infantil em menores de 5 anos e a promoção de igualdade das mulheres, através de políticas sociais intersetoriais e de redistribuição da riqueza, entretanto, a taxa de mortalidade materna não foi atingida apesar de ter demonstrado uma diminuição nos resultados (LEAL *et al*, 2018).

Ao analisar o panorama da mortalidade materna no estado do Ceará, percebe-se que a RMM é ainda elevada, com 78.5 óbitos em cada 100.000 nascidos vivos. O risco de morte materna é quatro vezes maior neste estado, tendo Fortaleza a capital apresentando 16 óbitos no ano de 2016. O Ceará apresenta a tendência nacional de que das taxas, mas ainda não atingiu valores preconizados pela OMS (BRASIL, 2018; CATUNDA, 2013).

A redução da mortalidade materna perpassa pelo combate efetivo das violências estruturais do país, assim como um aumento quantitativo e qualitativo da assistência prestada durante o período gestacional (BRASIL, 2012). Além disso, faz-se importante um adequado registro e monitoramento desse agravo, com uma melhor confiabilidade dos dados, desde a detecção até a classificação das mortes maternas (HELLERINGER *et al*, 2013).

Independente das causas clínicas, diversos são os fatores relacionados com a mortalidade materna. Fatores sociais, como a atividade sexual de início precoce, a desnutrição e anemia como consequência da pobreza, a violência, a gravidez indesejada, a ausência do acesso a serviços de assistência de qualidade desde o pré-natal até o parto e puerpério, contribuem de maneira expressiva para os altos índices do fenômeno em nosso país e no mundo (BRASIL, 2014a).

1.2 A MORTALIDADE MATERNA E OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (DSS)

O combate à mortalidade materna também implica na atuação sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada com o objetivo de sensibilizar sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e combate às iniquidades em saúde geradas por eles, os DSS são variáveis relacionadas a fatores sociais,

econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que tem influência nas condições de saúde e seus fatores de riscos para a sociedade. Já para a comissão homônima da OMS a definição de DSS se dar pelas condições sociais em que a população vive e trabalha (BUSS e FILHO, 2007; BRASIL, 2008).

Segundo o conceito de Margareth Whitehead, as iniquidades em saúde são desigualdades em saúde que além de serem sistemáticas, são inevitáveis, injustas e desnecessárias, entre indivíduos e população, onde no Brasil representa um dos traços mais marcantes sobre a situação de saúde do país (BUSS e FILHO, 2006)

Correspondendo a uma tradição do movimento sanitário, o Brasil foi o primeiro país a criar sua própria comissão em 2006, integrando-se precocemente a um movimento global desencadeado pela OMS em torno dos DSS. A dedicação aos estudos sobre os determinantes sociais e a situação de saúde vem sendo desejo de muitos sanitários desde o século passado, em que podem relacionar o desenvolvimento de ações e serviços baseados neste conhecimento (BRASIL, 2008).

Houveram muitos avanços na elaboração de modelos explicativos entre a forma de organização e desenvolvimento de uma sociedade e sua situação de saúde. Um dos principais desafios foi o estabelecimento da hierarquização de fatores globais como natureza social, econômica, política, etc e a forma a qual esses fatores incidem na vida do indivíduo e da população. (BUSS e FILHO, 2006)

Desde então tem se dado grande importância na relação do papel dos DSS e os resultados de saúde da população em que são apontados os pontos de pobreza, educação, estado nutricional, hábitos de vida como uso de drogas, áreas demograficamente violentas com taxas de criminalidade alta podem afetar de alguma maneira a saúde materna no acesso a certos profissionais (KRAMER e HOGUE, 2009).

No modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 1), os DSS estão dispostos em camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se localizam os macrodeterminantes. Na base do modelo, estão as características individuais como idade, sexo e fatores hereditário; na camada seguinte, aparecem com os fatores proximais apresentando fatores comportamentais e estilo de vida, por entender que o comportamento do individual é entendido como uma responsabilidade de si próprio. Na camada intermediária, destacam-se as redes sociais e comunitárias com a influência das relações sociais e da vida em sociedade. A seguir, a camada com as condições de vida e de trabalho em que podemos visualizar fatores relacionados a educação, habitação, saneamento

básico, saúde, desemprego, fonte de alimentação e meio ambiente. Por fim, na camada distal, apresentam-se as condições econômicas, culturais e ambientais gerais, possuindo grande influência sobre as demais camadas (BUSS e FILHO, 2007).



Figura 1. Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead

Portanto, existem 4 funções em que o setor saúde pode implementar sobre os DSS no quesito da governança: defender o uso de uma abordagem junto aos determinantes sociais, monitorar as iniquidades em saúde e o impacto de políticas públicas, conectar setores no planejamento e implementação do trabalho e desenvolver capacidade de trabalho sobre os determinantes sociais. Além de fazer com que os serviços de saúde contribuam para a redução das iniquidades em saúde, registrando e divulgando suas ações e serviços existentes para os diversos grupos populacionais e trabalhar junto a outros setores além da saúde para combater essas desigualdades (OMS, 2011).

É importante salientar que os DSS servem de embasamento para a criação de políticas de saúde para a população a fim de diminuir as iniquidades existentes na sociedade e reduzir as taxas a nível, mundial, nacional e regional da mortalidade materna. É importante ainda visualizar que os processos de avaliação dos resultados de determinantes entre uma população ou outra não serve apenas como uma linha unidirecional de intervenções, mas que colabora para o entendimento de que cada grupo ou população tem suas características individuais e coletivas.

1.3 ATENÇÃO À SAÚDE PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

A dificuldade do acesso ao serviço de saúde, a precariedade das ações de prevenção e promoção da saúde, a deficiência no cuidado multiprofissional, a quebra na continuidade dos cuidados e a ausência do vínculo das pacientes com o serviço também contribuem para a elevada mortalidade materna (MANDÚ; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009).

A morte de uma mulher em idade fértil causa impacto na família e na sociedade. Por carência de intervenções para avaliar o bem-estar feminino, a mortalidade materna vem sendo o melhor indicador de assistência à saúde das mulheres (VIANA, NOVAES, CALDERON, 2011).

Quando falamos de indicadores de saúde, a sexualidade é colocada como um direito humano firmado a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, em que a OMS define como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar relacionado à sexualidade, que necessita de uma abordagem respeitosa e positiva, para que se tenha um sexo livre, sem discriminação, violência e seguro. Assim, a inclusão da saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária de Saúde (APS), foi de suma importância para a abertura da discussão sobre este tema, o desenvolvimento de ações e serviços na APS contribuindo na qualidade de vida e saúde das pessoas e para ultrapassar obstáculos encontrados pelos profissionais relacionados ao assunto que infelizmente ainda se tem como um tabu, por conta que o tema pode gerar polêmicas ou os profissionais não se sentem preparados para tal abordagem, mesmo sendo eles responsáveis por detectar dificuldades e disfunções sexuais (BRASIL, 2013b).

O Ministério da Saúde (MS) com a necessidade de aplicar uma nova estratégia de atenção à mulher para o período gravídico-puerperal criou em 2000 através da portaria 569, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com a finalidade de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso a assistência pré-natal, indicar procedimentos mínimos a serem realizados na gestação, estabelecer critérios de qualidade das consultas e promover um vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2002).

Compreendendo que o PHPN ainda deixava uma lacuna na saúde materna-infantil o MS criou em 2011 a Rede Cegonha através da Portaria 1.459, que buscar ofertar assistência desde o planejamento familiar, confirmação da gestação, o pré-natal, o parto, o puerpério até

28 dias e o desenvolvimento da criança até seus 2 anos de vida. Tem como objetivo reduzir a mortalidade materna-infantil, garantir os direitos sexuais e reprodutivos à mulher, proporcionar uma assistência de qualidade com ênfase na implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil garantindo o acesso e resolubilidade. O programa ainda oferece a ampliação para a realização dos exames pré-natal, testagem rápida para HIV e sífilis, leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e neonatal, Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) neonatal, adequação dos ambientes e custeio para a construção de Centros de Parto Normal e Casa da Gestante, Bebês e Puérperas. (BRASIL, 2011)

1.4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA A PREVENÇÃO/CONTROLE DA MORTALIDADE MATERNA

Em meio a isso, quando se fala da saúde materno-infantil, o quesito de prevenção torna um desafio para o profissional enfermeiro que a partir das políticas dos governantes, é um dos profissionais da saúde mais atuantes nos programas voltados para a redução dos índices de mortalidade materna (BARBASTEFANO E VARGENS, 2009).

O profissional de enfermagem, ligado a imagem da (o) enfermeira (o) está envolvido na assistência pré-natal, sendo este assegurado nacionalmente a realizar consultas de enfermagem, em qualquer âmbito seja o lugar hospitalar ou na atenção básica de saúde, respaldado legalmente pela resolução 159 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em que se refere que o enfermeiro desenvolva consulta de enfermagem em seu serviço de atuação (COFEN, 1993).

Inúmeras transformações orgânicas, psicoemocionais e socioculturais acontecem com a gestação e a saúde da mulher passa atrela-se a vários elementos relacionados a estes, necessitando de uma assistência pré-natal de qualidade por meio de uma equipe de saúde (MIRANDA, SILVA e MANDÚ, 2018).

Com base nas consultas de atenção básica o enfermeiro tem como campo de atuação na saúde materna três pontos principais: o planejamento reprodutivo, o pré-natal e o puerpério. As ações de planejamento reprodutivo têm um direcionamento para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos baseando-se em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade, incluindo e valorizando a participação do (a) companheiro (a). Já no âmbito do pré-natal apresenta papel fundamental de acolher a mulher, explicar sobre o

acompanhamento pré-natal, iniciar o mais precocemente o pré-natal com a anamnese da paciente, avaliação nutricional, exame físico geral e específico, cadastro e preenchimento do cartão da gestante, solicitação de exames, realizar os testes rápidos para HIV e sífilis, prescrição de suplementação de ácido fólico e ferro e avaliação de risco da gestante (BRASIL, 2016a).

A APS é a principal porta de entrada para o pré-natal, que tem como objetivo primordial garantir o acesso ao acompanhamento da gestação, assegurando um parto saudável e sem complicações maternas posteriores, servindo também como indicador de saúde materno e infantil. O início precoce do pré-natal é de suma importância para uma assistência adequada, onde possa atender as necessidades da gestante e possibilitando a prestação da integralidade de forma longitudinal e continuada (BRASIL, 2013b).

Vale salientar que a atuação do enfermeiro na assistência pré-natal da atenção básica tem maiores responsabilidades, em decorrência de resultados que demonstraram destaque e reconhecimento da sua função, o que pode proporcionar uma aproximação contínua com suas atribuições. É necessário que neste espaço haja um elevado arcabouço clínico, baseado em evidências científicas, para assim buscar soluções adequadas à gestante, à família e à comunidade, de acordo com as situações sociais, econômicas e culturais da população (SANTOS e RESSEL, 2013).

A assistência de enfermagem no trabalho de parto e parto inicia-se quando a gestante é admitida num serviço hospitalar, necessitando de cuidados e preparação para o decorrer do processo. O (a) enfermeiro (a) é um dos profissionais habilitados através da Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, para acompanhar e prestar assistência a gestante durante o trabalho de parto e parto, sendo este profissional capaz de identificar o diagnóstico de trabalho de parto, prestar cuidados de apoio físico e psicológico, discutir sobre o plano de parto mais adequado para a gestante, fornecer informações importantes como alimentação, realizar monitoramento do feto e da gestante, avaliar o padrão de contrações, aplicar práticas não farmacológicas de alívio da dor, realizar o parto e outras atribuições durante caso seja necessário como episiotomia e episiorrafia, além de prestar cuidados durante o puerpério imediato. Portanto a equipe de enfermagem tem um papel primordial e diferenciado no cuidado à parturiente, deixando de lado preconceitos e respeitando a individualidade da paciente, levando em consideração sua cultura, educação, modo de viver, dentre outros, colocando a mulher no centro do processo como protagonista da sua história (BRASIL, 2014b).

No puerpério, a mulher passa por transformações em seu corpo e da sua rotina diária, pois precisa prestar os cuidados ao bebê, por isso o profissional da saúde tem o dever de acolher a mulher com dignidade, respeitando seus desejos e angústias, fornecendo informações necessárias para o cuidado consigo e com o bebê, auxiliando na sua reorganização psíquica, as mudanças corporais, retomada da vida sexual e planejamento reprodutivo, além claro de monitorar sangramento e infecções que possam surgir neste período caracterizado como o puerpério imediato, no qual o enfermeiro faz uso das suas atribuições para a realização da anamnese, levando principalmente em consideração as mamas, regressão do fundo do útero e loquiação, além de monitorar sinais vitais. Vale ressaltar que a puérpera deve ainda retomar à Unidade Básica de Saúde (UBS) para informar o desfecho do pré-natal aos profissionais que a acompanharam e fazer a revisão de parto, identificando possíveis complicações no colo, iniciando ainda a assistência ao recém-nascido, caso a gestação não tenha terminado em óbito fetal (PRIGOL E BARUFFI, 2017).

Dessa forma, o enfermeiro pode desenvolver um papel de agente que se destaca na redução dos índices de mortalidade materna como também das enfermidades relacionadas à gestação e à transmissão vertical de possíveis agravos durante o período gestacional.

Considerando a problemática em questão, surgiu a seguinte pergunta: Qual o perfil epidemiológico das mulheres que tiveram óbito materno em maternidade de referência do Ceará? Como se deu a atenção pré-natal dessas mulheres? Qual a relação entre as características sociodemográficas e a ocorrência desses óbitos?

Ao traçar e analisar os aspectos epidemiológicos que permeiam a ocorrência dos óbitos maternos, esse estudo estará contribuindo para o direcionamento de políticas públicas na atenção materno-infantil.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar as características sociodemográficas, gineco-obstétricas e de atenção à saúde das mulheres que foram a óbito materno;

2.2 ESPECÍFICOS

- Verificar a relação das características sociodemográficas com o momento do óbito materno e com aspectos da atenção pré-natal;
- Identificar o perfil epidemiológico de mulheres que foram a óbito materno em maternidade de referência do Ceará;

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo documental, retrospectivo, analítico, de abordagem quantitativa. A pesquisa documental, através da análise e avaliação de documentos, permite classificar fatos passados e adquirir resultados para o presente, pois os documentos são utilizados como fontes de informação. O estudo retrospectivo, por sua vez, permite analisar fatos desde um momento passado até o momento atual (FONTENELLES et al., 2009).

Os estudos quantitativos são mais realizados quando se tem o planejamento de ações coletivas, que visa resultados gerais principalmente quando há fidelidade da amostra pesquisada, é uma abordagem que usa variáveis expressas sob a forma de dados numéricos, rígidos recursos e técnicas estatísticas como classificação e análise, podendo ser dividida em pesquisa descritiva e analítica. A pesquisa analítica propõe uma avaliação mais aprofundada de informações coletadas, sendo capaz de fazer previsões para a população da amostra, ressalta-se que é uma pesquisa mais complexa que a descritiva, logo que tenta explicitar um contexto no fenômeno de grupos ou população, uma vez que procura explicar a relação causa e efeito (FONTENELLES et al., 2009).

3.2 PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), instituição de referência, vinculada a Universidade Federal do Ceará (UFC), localizada no município de Fortaleza e capital do Estado do Ceará, considerada centro de apoio as boas práticas ao parto e nascimento do Norte/Nordeste, tendo como missão realizar assistência, ensino e pesquisa de excelência a saúde da mulher.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a maio de 2019, após aprovação do comitê de ética em pesquisa da instituição enumerado com o protocolo 3.284.188.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Amostra foi do tipo censo, analisando todas as fichas de notificação e prontuários das mulheres que foram classificadas com óbito materno internadas na instituição no período de 2008 a 2018. Dos 140 registros encontrados pelas fichas de notificação no Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE), 32 prontuários não foram incluídos devido a não localização no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) totalizando 108 registros para análise.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através do preenchimento de um formulário previamente estruturado desenvolvido pela própria pesquisadora (APÊNDICE A). A coleta de dados ocorreu mediante a análise das fichas de notificação e revisão do prontuário de acordo com o instrumento.

Primeiramente, foi solicitado ao NUVE da maternidade a quantidade de óbitos maternos nos anos de 2008 a 2018, em seguida, ocorreu a identificação do número de prontuários a serem solicitados no SAME e a coleta foi finalizada com a apreciação das fichas de notificação.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O Instrumento foi desenvolvido pelas autoras da pesquisa com base no modelo dos DSS e pelo manual do Ministério da Saúde sobre pré-natal dividindo-se em sessões apresentando dados a seguir: I. Variáveis socioeconômicas (procedência, idade, cor declarada, estado civil, escolaridade, vínculo empregatício, renda familiar), II. Antecedentes obstétricos (número de gestações, número de partos, número de abortos, número de natimortos, tipos de partos anteriores, filhos vivos, tipo de gravidez, classificação de risco e hábitos maternos), III. Gestação e puerpério atual (idade gestacional na primeira consulta, idade gestacional no momento do parto, número de consultas de pré-natal realizadas, número de consultas realizadas com o enfermeiro da ESF, número de consultas realizadas com o médico da ESF, número de consultas realizadas por médico especialista, número de consultas realizadas está adequada aos parâmetros ministeriais, realizou avaliação odontológica, exames realizados, imunização, avaliação da consulta de pré-natal).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram compilados e analisados através do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23, e, posteriormente apresentados em tabelas. As variáveis contínuas foram expressas através de média e desvio padrão, já as categóricas, através de frequências absolutas e relativas. Para verificar a normalidade da distribuição dos dados contínuos foi utilizado o teste de Kolmogorov- Smirnov (KS). Para verificar associação entre as variáveis, foram utilizados os testes qui-quadrado, Fisher ou

Razão de Verossimilhança (variáveis categóricas) e o teste t de Student ou Mann-Whitney (variáveis contínuas), assumindo-se um Intervalo de Confiança (IC) de 95%.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi submetido à apreciação do comitê de ética em pesquisa da instituição com seres humanos conforme Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2013a), e aprovado com o número de protocolo 3.284.188. Devido a utilização do prontuário e formulário previamente desenvolvido, será assinado o Termo de Fiel Depositário. A pesquisa se enquadra dentro dos princípios éticos e legais, preservando o sigilo e a privacidade, utilizando os dados obtidos com confidencialidade. Os dados obtidos e resultados da pesquisa serão relevantes para formular medidas de prevenção dos índices de mortalidade materna.

4 RESULTADOS

A tabela 1 traz o perfil sociodemográfico dos óbitos maternos coletados no período de 2008 a 2018.

Tabela 1. Distribuição da amostra em relação às variáveis sociodemográficas das mulheres que foram a óbito materno. Fortaleza, CE, 2019.

Variável	TOTAL		
	Md (\pm DP)	Máx-Mín	p ¹
Idade (anos)	27,8 (\pm 7,1)	13-45	0,08
	Mediana	Máx-Mín	p¹
	(\pmDP)		
Anos de Estudo	04 (\pm 1,7)	1-8	0,00
	N (%)		
Procedência (n:108)			
Capital	45 (41,7)		
Interior	63 (58,3)		
Regionais (n:43)			
CORES I	2 (4,7)		
CORES II	3 (7,0)		
CORES III	13 (30,2)		
CORES IV	5 (11,6)		
CORES V	14 (32,6)		
CORES VI	6 (14,0)		
Município - Mesorregiões (n:65)			
Noroeste Cearense	4 (6,2)		
Norte Cearense	14 (21,5)		
Região Metropolitana de Fortaleza	30 (46,2)		
Sertões Cearense	6 (9,2)		
Jaguaribe	7 (10,8)		
Centro – Sul Cearense	4 (6,2)		
Estado Civil (n:88)			
Solteira	49 (55,7)		
União estável	9 (10,2)		
Casada	29 (33,0)		
Divorciada	1 (1,1)		
Cor da Pele (n:92)			
Branca	14 (15,2)		
Parda	75 (81,5)		
Amarela	1 (1,1)		
Negra	2 (2,2)		
Vínculo Empregatício (n:44)			
Empregada	18 (40,9)		
Desempregada	26 (59,1)		
Religião (n:8)			
Católica	7 (87,5)		

1. Teste de Kolmogorov-Smirnov

Ao analisar as variáveis sociodemográficas, foi observado que as mulheres que foram a óbito na capital e no interior apresentaram uma incidência maior na Coordenadoria Regional de Saúde V (CORES), principalmente no bairro Bom Jardim (11,1%) e na mesorregião na cidade de Caucaia (14,3%), Maranguapé (6,3%), Eusébio (6,3%) e Baturité (6,3%) respectivamente. No que diz respeito sobre o vínculo empregatício, a maior parte da amostra se encontravam desempregadas e apenas uma mulher tinha ensino superior desenvolvendo a profissão de professora. A tabela 2 traz a distribuição das variáveis obstétricas incluindo a gestação atual e a atenção pré-natal dispensada nesse período.

Tabela 2. Distribuição das mulheres segundo variáveis obstétricas e de atenção pré-natal. Fortaleza, CE, 2019.

Variável	TOTAL		
	Mediana (±DP)	Máx-Mín	p ¹
Gestações	2,0 (±1,8)	1-12	0,00
Partos	1,0 (±1,7)	0-11	0,00
Abortos	0,0 (±0,7)	0-3	0,00
IG no momento do parto/aborto	25,2 (±1,6)	0-39	0,00
IG na primeira consulta pré-natal	2,7 (±7,9)	0-32	0,00
	Média (±DP)	Máx-Mín	p ¹
Número de Consulta PN	4,8 (± 2,3)	1-10	0,08
Enfermeiro	3,1 (± 1,6)	0-7	
Médico	2,7 (± 2,3)	0-9	
Variável		N (%)	
Realização de 6 ou + consultas PN (n: 60)		22 (36,7)	
História Progressiva de:			
Parto Vaginal (n:39)		26 (46,3%)	
Cesariana (n:39)		23 (53,7%)	
Desfecho da gestação atual: (n: 87)			
Aborto		14 (16,1)	
Parto Vaginal		18 (20,7)	
Cesariana		55 (63,2)	
Imunização			
DT (n:51)		43 (84,3)	
Hepatite B (n:31)		23 (74,2)	
Influenza (n:34)		19 (55,9)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao analisar a história obstétrica, observou-se a discrepância no quantitativo de gestações e partos entre as mulheres, variando de nulíparas (21,6%) até grandes múltíparas

(10,8%), vale ressaltar que foi considerado as mulheres multíparas aquelas com mais de três partos. É pertinente atentar que apesar de 53,7% das mulheres terem realizado parto vaginal em gestações anteriores, 63,2% delas realizaram cesariana na gestação atual. Observou-se ainda que grande parte dos prontuários não traz registros sobre o quadro de imunização da gestante/puérpera.

A tabela 3 apresenta o panorama das mulheres quanto à realização dos exames laboratoriais recomendados pelo ministério a serem realizados durante o período gestacional. Ressalta-se que a tabela apresenta apenas os dados das mulheres que havia o registro da realização dos exames no cartão de PN.

Tabela 3. Distribuição da amostra em relação às variáveis dos exames realizados no 1º e 2º trimestre de gestação. Fortaleza, CE, 2019.

Exames Realizados	N (%)	
Coombs Indireto (n:47)	3 (6,4)	
Sorologia para Toxoplasmose (n:52)	32 (61,5)	
ABO-Rh (n:51)	46 (90,2)	
TOTG (n:51)	7 (13,7)	
Sífilis - TR (n:49)	14 (28,6)	
	1º trimestre	2º trimestre
Glicemia de Jejum (n:50)	32 (64,0)	15 (30,0)
VDRL (n:52)	28 (53,8)	19 (36,5)
HIV/ Anti - HIV - TR (n:51)	26 (51,0)	16 (32,0)
Hepatite B e C - TR (n:49)	14 (28,6)	5 (10,2)
HBsAg (n:51)	24 (47,1)	8 (15,7)
Hemograma Completo (n:51)	32 (62,7)	19 (37,3)
Sumário de Urina (n:51)	27 (52,9)	17 (33,3)
Urinocultura (n:51)	12 (23,5)	4 (7,8)
US Obstétrica (n:50)	23 (46,0)	37 (75,5)

Fonte: Elaborado pela autora.

É relevante observar que nos exames relativos aos trimestres da gestação, o primeiro trimestre é o que teve maior incidência da solicitação, realização e registro desses exames. Um fator importante para esse resultado é que nem todas as gestantes ou puérperas que foram internadas na instituição não tinham a cópia do cartão do PN anexada ao prontuário, principalmente as transferidas de outras instituições ou a ausência dos dados preenchidos, dificultando a coleta desse dado.

Com o intuito de verificar a adequabilidade dos registros durante a consulta pré-natal, buscou-se saber em quantas consultas foram avaliados e registrados os seguintes itens: Peso, IMC, Queixas, Cálculo da IG, Pesquisa de edema, verificação da PA, Verificação da

Altura Uterina, Verificação de Apresentação Fetal e Verificação dos BCF. Quando em todas as consultas realizadas pela mulher esses itens foram registrados, considerou-se como adequado (Tabela 4).

Tabela 4. Procedimentos realizados durante a consulta PN x Adequabilidade do quantitativo desses procedimentos. Fortaleza, CE, 2019.

Variável	N (%)	
	Adeq	Inadeq
Peso (n:58)	42 (72,4)	16 (27,6)
IMC (n:58)	-	58 (100)
Queixas (n:58)	4 (6,9)	54 (93,1)
Cálculo da IG (n:58)	58 (74,1)	15 (25,9)
Pesquisa de edema (n:58)	7 (12,1)	51 (87,9)
Verificação da PA (n:58)	48 (82,8)	10 (17,2)
Verificação da Alt. Uterina (n:58)	16 (27,6)	42 (72,4)
Verificação de Apresentação Fetal (n:58)	5 (8,6)	53 (91,4)
Verificação dos BCF (n:58)	13 (22,4)	45 (77,6)
Gráfico de acompanhamento nutricional (n:57)	4 (7)	53 (93)
Gráfico de acompanhamento da altura uterina (n:57)	7 (12,3)	50 (87,7)

Fonte: Elaborado pela autora.

Vale salientar sobre o quantitativo de procedimentos realizados durante a consulta de PN, podemos ainda explicitar que a verificação do peso (4 %), o cálculo da IG (4%) e verificação da PA (4%) foram os procedimentos mais realizados durante as consultas, seguido da verificação da altura uterina (3%) e dos BCF (2%). Entretanto nos demais procedimentos como IMC, queixas, pesquisa de edema e apresentação fetal não apresentaram resultado significativo quanto a realização dos mesmos nas consultas apesar de terem incidência em alguns cartões de PN.

A Tabela 5 traz a distribuição das características sociodemográficas segundo quantitativo de consultas PN.

Tabela 5. Distribuição das variáveis segundo características sociodemográficas e quantitativo de consultas PN. Fortaleza, CE, 2019.

Variável	QUANTITATIVO CONSULTAS PN		P
	< 6 consultas PN	≥ 6 consultas PN	
	N (%)	N (%)	
Idade			
<20 (n:5)	4 (80,0)	1 (20,0)	0,643 ¹
20-35 anos (n:42)	26 (61,9)	16 (38,1)	0,726 ³
>35 anos (n:12)	8 (66,7)	4 (33,3)	0,788 ²
Anos de Estudo			

≤ 8 anos (n:18)	10 (55,6)	8 (44,4)	0,949 ³
> 8 anos (n:22)	12 (54,5)	10 (45,5)	0,949 ³
Cor da Pele			
Parda/Negra (n:46)	28 (60,9)	18 (39,1)	0,702 ¹
Branca/Amarela (n:8)	4 (50,0)	4 (50,0)	0,702 ¹
Vínculo empregatício			
Empregada (n:10)	7 (70,0)	3 (30,0)	1,000 ¹
Desempregada (n:15)	11 (73,3)	4 (26,7)	1,000 ¹
Procedência			
Capital (n:24)	20 (83,3)	4 (16,7)	0,009³
Interior (n:36)	18 (50,0)	18 (50,0)	0,009³
Situação conjugal			
Com companheiro (n:27)	19 (70,4)	8 (29,6)	0,306 ³
Sem companheiro (n:33)	19 (57,6)	14 (42,4)	0,306 ³

1. Teste de Fisher; 2. Razão de Verossimilhança; 3. Teste de chi-quadrado

Conforme apresentado acima, pode-se perceber que houve associação estatisticamente significativa entre a procedência das mulheres (χ^2 : 6,890; p : 0,009¹) e o quantitativo de consultas PN.

Tabela 6. Distribuição das variáveis segundo características sociodemográficas e o momento do óbito. Fortaleza, CE, 2019.

Variável	Momento do óbito		P
	Gestação	Puerpério	
	N (%)	N (%)	
Idade			
<20 (n:12)	5 (41,7)	7 (58,3)	0,758 ¹
20-35 anos (n:70)	24 (34,3)	46 (65,7)	0,359 ³
>35 anos (n:19)	9 (47,4)	10 (52,6)	0,312 ³
Anos de Estudo			
≤ 8 anos (n:28)	12 (42,9)	16 (57,1)	0,234 ³
> 8 anos (n:29)	17 (58,6)	12 (41,4)	0,234 ³
Cor da Pele			
Parda/Negra (n:73)	31 (42,5)	42 (57,5)	0,104 ³
Branca/Amarela (n:15)	3 (20,0)	12 (80,0)	0,104 ³
Vínculo empregatício			
Empregada (n:18)	2 (11,1)	16 (88,9)	0,147 ¹
Desempregada (n:24)	8 (33,3)	16 (66,7)	0,147 ¹
Procedência			
Capital (n:43)	10 (23,3)	33 (76,7)	0,013³
Interior (n:59)	28 (47,5)	31 (52,5)	0,013³
Situação conjugal			
Com companheiro (n:37)	17 (45,9)	20 (54,1)	0,171 ³
Sem companheiro (n:65)	21 (32,3)	44 (67,7)	0,171 ³

1. Teste de Fisher; 2. Razão de Verossimilhança; 3. Teste de chi-quadrado

Conforme apresentado acima, pode-se perceber que houve associação estatisticamente significativa entre a procedência das mulheres (χ^2 : 6,232; p : 0,013³) e o momento do óbito das mulheres.

Tabela 7. Distribuição das variáveis segundo procedência e adequabilidade do acompanhamento PN. Fortaleza, CE, 2019.

Variável	Procedência		p
	Capital	Interior	
	N (%)	N (%)	
Quantitativo de Consultas PN			
≥ 6 consultas PN (n:22)	4 (18,2)	18 (81,8)	0,009¹
Exames			
ABO/Rh (n:46)	16 (34,8)	30 (65,2)	0,071 ³
TOTG (n:7)	2 (28,6)	5 (71,4)	0,690 ³
Sífilis - TR (n:14)	2 (14,3)	12 (85,7)	0,026¹
Coombs Indireto (n: 3)	2 (66,7)	1 (33,3)	0,567 ³
Sorologia para Toxoplasmose (n:32)	13 (40,6)	19 (59,4)	0,964 ¹
Glicemia de Jejum - 1º trimestre (n:32)	12 (37,5)	20 (62,5)	0,630 ¹
Glicemia de Jejum - 2º trimestre (n:15)	3 (20,0)	12 (80,0)	0,059 ¹
VDRL - 1º trimestre (n:28)	11 (39,3)	17 (60,7)	0,862 ¹
VDRL - 2º trimestre (n:19)	8 (42,1)	11 (57,9)	0,848 ¹
HIV/AntiHIV - TR - 1º trimestre (n:26)	8 (30,8)	18 (69,2)	0,208 ¹
HIV/AntiHIV - TR - 2º trimestre (n:16)	6 (37,5)	10 (62,5)	0,804 ¹
Hepatite B e C - TR - 1º trimestre (n:14)	7 (50,0)	7 (50,0)	0,523 ¹
Hepatite B e C - TR - 2º trimestre (n:5)	4 (80,0)	1 (20,0)	0,150 ³
HBsAg - 1º trimestre (n:24)	9 (37,5)	15 (62,5)	0,813 ¹
HBsAg - 2º trimestre (n:8)	4 (50,0)	4 (50,0)	0,696 ³
Hemograma Completo - 1º trimestre (n:32)	11 (34,4)	21 (65,6)	0,358 ¹
Hemograma Completo - 2º trimestre (n:19)	7 (36,8)	12 (63,2)	0,789 ¹
Sumário de Urina - 1º trimestre (n:27)	9 (33,3)	18 (66,7)	0,227 ¹
Sumário de Urina - 2º trimestre (n:17)	7 (41,2)	10 (58,8)	1,000 ¹
Urinocultura - 1º trimestre (n:12)	6 (50,0)	6 (50,0)	0,518 ³
Urinocultura - 2º trimestre (n:4)	2 (50,0)	2 (50,0)	1,000 ³
US - 1º trimestre (n:23)	7 (30,4)	16 (69,6)	0,309 ¹
US - 2º trimestre (n:37)	16 (43,2)	21 (56,8)	
Adequabilidade de Procedimentos			
Peso (n:42)	17 (40,5)	25 (59,5)	0,836 ¹
IMC (n:58)	23 (39,7)	35 (60,3)	
Queixas (n:4)	0 (0,0)	4 (100,0)	0,144 ³
Cálculo da IG (n:43)	17 (39,5)	26 (60,5)	0,975 ¹
Pesquisa de Edema (n:7)	5 (71,4)	2 (28,6)	0,102 ³
Verificação da PA (n:48)	17 (35,4)	31 (64,6)	0,173 ³
Verificação da Altura Uterina (n:16)	10 (62,5)	6 (37,5)	0,028¹
Verificação da Apresentação Fetal (n:5)	4 (80,0)	1 (20,0)	0,075 ³
Verificação de BCF (n:13)	7 (53,8)	6 (46,2)	0,235 ¹
Gráfico de Acompanhamento Nutricional (n:4)	0 (0,0)	4 (100,0)	0,140 ³
Gráfico da Altura Uterina (n:7)	1 (14,3)	6 (85,7)	0,223 ³

Imunização			
DT (n:43)	18 (41,9)	25 (58,1)	1,000 ³
Hepatite B (n:23)	9 (39,1)	14 (60,9)	1,000 ³
Influenza (n:19)	5 (26,3)	14 (73,7)	0,475 ³

1. Teste de chi-quadrado; 2. Razão de Verossimilhança; 3. Teste de Fisher.

Em relação a procedência das mulheres com a questão da adequabilidade da assistência PN, ressalta-se que as variáveis de peso, cálculo da IG e verificação da PA se mantiveram como os procedimentos mais realizadas durante as consultas como consta na tabela 4, é importante observar ainda, que o IMC apesar de ter não ter tido adequabilidade segundo os parâmetros ministeriais nas consultas, apresentou uma incidência de sua realização nas mulheres no interior.

Verificou-se relação estatisticamente significativa em realizar mais de seis consultas pré-natal (x^2 : 6,890; p :0,009¹), o exame de Sífilis – TR (x^2 : 4,952; p : 0,026¹) e a mensuração da altura uterina (x^2 : 4,819; p :0,028¹), com ser procedente do interior do Estado.



Figura 2. Determinantes sociais relacionados com os resultados da pesquisa.

Sobre a imagem acima, é notório observar que a construção da mesma teve como embasamento o modelo de Dahlgren e Whitehead em relação aos DSS encontrados pela pesquisa, sendo levado em consideração cada camada do modelo, desde as características individuais até a camada distal, exceto os fatores proximais.

5 DISCUSSÃO

Em relação à idade das mulheres que foram a óbito materno, pode-se perceber que o maior índice de mortalidade aconteceu de 20 e 35 anos, idade essa considerada com maior prevalência de gestação e com menor risco para as mulheres. Esse dado corrobora com um estudo realizado na mesma instituição no qual 59,4% mulheres tinha entre 20 e 34 anos. (HERCULANO *et al*, 2012). Trata-se de um dado preocupante, visto que no decorrer dos anos o panorama da instituição em relação a idade das mulheres que estão morrendo não teve mudanças e nenhuma tomada de iniciativas para a mudanças dessa realidade, é necessário ainda a melhora da assistência à saúde reprodutiva da mulher.

No que diz respeito sobre à escolaridade, foi apresentado um grau de instrução menor, visto que a maioria das mulheres apresentava menos de oito anos de estudo, corroborando assim com um estudo do Estado da Bahia, em que maior parte das mulheres que foram a óbito apresentava apenas de quatro a sete anos de estudo (ARAÚJO, 2017). Estudo realizado em Curitiba constatou que 84% das mulheres que foram a óbito tinham apenas o ensino fundamental incompleto e que 3% delas tinham nível superior completo (KEFFLER, 2010). Isso pode interferir no grau de entendimento das informações que são repassadas durante o PN, não conseguindo identificar fatores ou hábitos que levem à riscos ou agravos.

Relacionado à varável cor, foi notório o grande número de mulheres pardas no estudo, entretanto, o quantitativo de mulheres que se autodeclararam como negras foi baixíssimo, sendo um retrato da mistura racial. Segundo último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, 82.277.333 pessoas se autodeclararam como pardas e 14.517.961 como negra, isso mostra o reflexo da resistência a identificação racial, em que um estudo desenvolvido a partir de entrevistas com pardos e negros os mesmos relataram que a diferença racial que os dividem é a questão da identificação e diferença da discriminação racial para ambos, aos quais entendem o processo de se autodeclarar como negros como uma construção de fatores que vão para além do quesito cor da pele, o que corrobora com a teoria do colorismo, entretanto ao depararem com a classificação do IBGE que fala apenas sobre cor da pele, se declaram como pardos. Neste mesmo estudo considerou que a questão da ascensão social foi fator importante para perceberem as diferentes formas de discriminação social (BRASIL, 2010; SILVA e LEÃO, 2012). Alguns estudos mostram que as mulheres pardas e negras são as que mais sofrem o racismo institucional velado por parte dos profissionais que ainda não tem capacitação para as demandas necessárias das pessoas negras, os principais exemplos disso são os índices de violência obstétrica, seja ela física, psicológica, sexual ou

institucional e a menor assistência anestésica durante o trabalho de parto, como parte de um antigo e preconceituoso entendimento de que os corpos negros são mais resistentes a dor, vinculam à mulher negra a um corpo desumanizado e animalizado (ASSIS, 2017).

Considerando ainda que a classificação do IBGE passa por grandes críticas, pelo fato dos termos “moreno, moreno-claro e claro” ainda servirem como identificação para algumas pessoas, vale salientar que o uso desses termos tem diminuído e que a autoidentificação como pessoa negra teve um aumento de 3 para 8% entre os anos de 1998 a 2008 (BRASIL 2013d). Vale ressaltar a lacuna no preenchimento dessa variável de forma fidedigna, tendo em vista a diferença de compatibilidade dessa informação ou ausência dela entre a ficha de internação e a ficha de declaração de óbito. É importante informar que o preenchimento de ambas as fichas é realizado por funcionários diferentes e em diferentes locais.

Na variável procedência, foi visível a elevada incidência de óbitos maternos advindos do interior, principalmente da região metropolitana de Fortaleza, com enfoque na cidade de Caucaia. Isso pode estar relacionado à dificuldade do acesso a saúde, na baixa procura ou a não habilitação dos serviços para prestar assistência sobre tal demanda, importante citar que em 2018 a prefeitura da cidade assinou uma ordem de serviço para a reforma da Maternidade Santa Teresinha e a criação de uma Casa de Parto Normal (PREFEITURA DE CAUCAIA, 2018). Residir em um local sem os necessários recursos para uma assistência adequado no parto, pode levar a população a “peregrinar” de porta em porta em busca da garantia da assistência, visto que ainda se contra dificuldades nos processos de referência, contrarreferência, transferência, viabilização de transporte e demanda de leitos (CARDOSO; SOUZA; GUIMARÃES, 2010).

Em relação às variáveis estado civil, profissão e vínculo empregatício, pode-se perceber que as mulheres se encontram sem companheiros, isso se mostra o reflexo da fluidez das relações afetivas ou a instabilidade afetiva que se dão os relacionamentos, tendo hoje novos aspectos sobre a constituição do que se chama núcleo familiar (CARDOSO, SOUZA e GUIMARÃES, 2010). Já a profissão e o vínculo empregatício são fatores relacionados que demonstraram em sua maioria as mulheres não apresentavam atividades laborais estando apenas cuidando do lar, apesar de algumas terem declarado realizar empregos informais. Fatores como a falta de experiência e o sexo são nitidamente obstáculos para o ingresso no mercado de trabalho ou para a sua sustentabilidade nele, um a cada três jovens com idades entre 18 e 24 anos estão desempregados e a taxa de desemprego em relação das mulheres com

os homens se encontra maior (13,5% e 10,5% respectivamente) (CASTRO, 2016). É de suma importância analisar que o elevado índice de desemprego corresponde como um DDS ao qual o ser humano está inserido, podendo esse fator ter relação direta com o estado de saúde das pessoas, ao qual pode trazer consequências físicas e psíquicas a saúde da gestante.

Ao que se relacionada com a quantidade de consultas PN, ficou evidente que poucas mulheres tinham realizado mais do que 6 consultas PN e que, em sua maioria, o enfermeiro tinha sido o profissional ao qual acompanhou a gestação. Fica nítido que os parâmetros ministeriais em relação a quantidade de consultas não foram atingidos, sendo que a maioria da amostra estudada apresentou menos do que 6 consultas, tendo em alguns casos iniciado o PN com 32 semanas de gestação, salientando ainda que o estado vacinal não se encontrava satisfatório, objetivando isso, é relevante observar que um PN que não foi bem assistido aumenta a prevalência de desfechos negativos da gestação. Vale ainda ressaltar que o enfermeiro é um dos profissionais habilitados para o acompanhamento de PN, intercalando suas consultas com o profissional médico, apresentando papel fundamental na prevenção e promoção a saúde da mulher através de ações educativas além de ser gerente da equipe de enfermagem ao qual estão subordinados a ele o técnico e auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2013c; REGANASSI *et al*, 2015).

Sobre o desfecho da gestação atual, ficou prevalente que mesmo em uma instituição de referência do Estado, a cesariana ainda sim foi mais prevalente que o parto vaginal (63,2 % e 20,7% respectivamente), mesmo a maioria das mulheres terem tido uma prevalência maior de partos vaginais do que cesários nas gestações anteriores (53,7% e 46,7% respectivamente). É sabido que cada gestação acontece de maneira individualizada, sendo necessário sempre haver a investigação dos hábitos de vida e sobre gestações anteriores para a identificação de possíveis riscos (BRASIL, 2013c). Entretanto, é necessário que os profissionais e as instituições estejam cientes das decisões nacionais, como a Portaria nº 306 de 28 de março de 2016 que dispõe sobre protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para cesariana, com o objetivo de diminuir a ocorrência de cesarianas, o que acarreta maiores riscos para a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2016b).

Com relação aos exames solicitados durante o PN, observou-se a cobertura desse procedimento foi realizada de maneira mais adequada no primeiro trimestre. Trata-se de um dado preocupante, visto que a cada trimestre da gestação, novas triagens devem ser realizadas a fim de minimizar os riscos materno-fetais. Também foi incipiente a realização do Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG), um exame de suma importância para a triagem do diabetes

gestacional. Apesar do Ministério da Saúde colocar a realização desse exame como rotina no acompanhamento pré-natal, a OMS recomenda a realização desse exame quando a gestante tenha algum fator de risco relacionado ao valor da glicemia de jejum ou apresente fatores de riscos sociais, antecedentes obstétricos ou familiares. Também foi pouco prevalente a realização de Ultrassonografia Obstétrica (US), a qual é recomendada no primeiro, segundo e terceiro trimestres. A US no primeiro trimestre é fundamental para a identificação de risco ou problemas com o feto, obter um cálculo mais fidedigno da IG nas primeiras semanas de gestação, realizar o diagnóstico de gravidez ectópica, mola hidatiforme e placenta prévia, dentre outras complicações como polidrâmnio ou oligoidrâmnio (BRASIL, 2013c). Deve-se levantar em consideração os obstáculos encontrados pelos profissionais no que diz respeito a solicitação de exames. Um estudo realizado na cidade de Fortaleza com enfermeiros foi constatado o alto índice de demora para recebimento dos resultados dos exames, chegando muitas vezes a um período de três meses (GUERREIRO *et al*, 2012). Essa situação reflete nos resultados encontrados no momento do parto em que as gestantes chegam para nas instituições sem essas informações, ao que aparenta é que a solicitação e realização dos exames estão sendo feitas, entretanto fica uma lacuna na questão do recebimento desses resultados.

Acerca dos procedimentos técnicos feitos durante a consulta PN, percebeu-se que apenas peso, cálculo da idade gestacional (IG) e a verificação da pressão arterial (PA) foram realizados de forma sistemática nas consultas, com adequabilidade de 72,4%, 74,1% e 82,8% respectivamente. Segundo o Caderno de Atenção Básica nº32 (BRASIL, 2013c), a primeira consulta PN deve ser realizado a verificação do peso, altura, PA, IMC, avaliação das mucosas, mamas, tireoide, pulmões, coração, abdome, extremidades do corpo, estado nutricional e ganho de peso, pesquisa de edema, queixas, verificar a altura uterina, batimentos cardíacos (BCF), apresentação fetal, e movimentação fetal, desde que seja possível a realização desses procedimentos de acordo com a IG. Nas consultas subsequentes é necessário a realização do peso, IMC, cálculo da IG, pesquisa de edema, verificação da PA, altura uterina e BCF. Como podemos comparar com o estudo desenvolvido existem outras informações que são imprescindíveis sua constatação no cartão ou caderneta da gestante, não apenas para identificar possibilidades de riscos ou agravos na gestação, mas também para visualizar um perfil clínico e social das gestantes e demonstrar a qualidade das consultas.

Ao correlacionar variáveis sociodemográficas com a quantidade de consultas PN, percebeu-se que mulheres entre 20 e 35 anos e de cor preta/parda tiveram menos de seis

consulta de PN, mas não houve significância estatística. No Manual de Gestão para a Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra trouxe achado semelhante, demonstrando que mulheres entre 20 e 24 anos há uma maior ocorrência de mães de cor/raça preta (26%) e parda (27,5%), tendo as negras uma proporção de consultas inferior 6 pelo MS (69,8%) em relação com as mulheres brancas (84,9%) (BRASIL, 2018).

Apesar de no estudo ter se encontrado que as mulheres apresentavam um menor grau de instrução (≤ 8 anos de estudo) e encontrarem-se desempregadas, ao relacionar com a quantidade de consultas PN foi percebido que as mulheres que tinham mais de oito anos de estudo e que conseqüentemente tinham um maior grau de instrução, apresentaram menos do que seis consultas PN indo contra outras pesquisas. Um estudo desenvolvido num Estado nordestino em que os anos de estudos influenciaram nos resultados da mortalidade materna por causas hipertensivas, no qual o baixo nível de escolaridade pode levar ao estresse relacionado ao desemprego e desenvolver distúrbios hipertensivos (PEREIRA *et al*, 2017).

Apesar da ocorrência maior dos óbitos terem ocorrido na região interiorana do Estado, ao relacionar o quantitativo de consultas PN, as mulheres da capital foram as que tiveram menor acesso aos serviços de saúde em relação ao PN (< 6 consultas de PN). Isso pode ser um reflexo da ausência de uma rede de atenção à saúde bem estruturada e baixa cobertura da atenção básica na capital do Estado. As consultas de PN devem ser realizadas entre os profissionais enfermeiros e médicos, sendo as consultas intercaladas para cada profissional. Um estudo realizado sobre o impacto do Programa Mais Médicos, pode-se perceber que os municípios com maior porte tiveram menor impacto do programa, entretanto os municípios de menor porte tiveram um impacto significativo frente ao perfil de vulnerabilidade na assistência (GIRARDI *et al*, 2016). Vale frisar que apesar do Programa Mais Médicos ter sido uma metodologia do governo para diminuir as iniquidades em saúde dos municípios dos interiores, é importante evidenciar o papel dos profissionais enfermeiros em que muitas das vezes assumem uma equipe sem o profissional médico, em detrimento de prestar o mínimo de cobertura da população.

Referindo a correlação das variáveis sociodemográficas e o momento do óbito, foi possível constatar que a maioria das mortes aconteceram nas mulheres entre 20 a 35 anos, pretas/pardas, desempregadas, sem companheiro e do interior, ocorrendo no período do puerpério, classificado em morte de uma mulher com até 42 dias pós-parto. Esses resultados corroboram com a maior possibilidade de uma mulher ter complicações no puerpério como mostra no estudo desenvolvido comparando o município de São Paulo e o Estado do Paraná,

correspondendo a 849 e 871 mortes maternas, respectivamente, nos anos de 2004 a 2013 (VEGA, SOARES e NARS, 2017). Entretanto, no que se diz respeito sobre a escolaridade a maior incidência de mortalidade aconteceu entre mulheres na gestação e com grau de escolaridade maior do que oito anos de estudo, indo contra um estudo realizado em Manaus pode-se observar que 68% das mulheres faleceram tinham menos do que oito anos de estudo e que a maior amostra delas se encontrava com o ensino fundamental incompleto (1-3 anos de estudo) (CASTRO e RAMOS, 2016). Isso chama atenção que para o que diz sobre o papel do enfermeiro ao qual presta assistência necessária à gestante e é o profissional mais habilitado para a prestação de espaços de educação em saúde, entretanto deve ser levado em consideração que mesmo com grau de instruções diferentes as informações precisam ser repassadas para todas, porém com metodologias diferentes para cada gestante de acordo com a possibilidade de entendimento de cada uma.

Ao fazer uma intercessão entre os achados do estudo e os DSS, percebe-se que os DSS individuais (idade e raça) não tiveram influência sobre o momento de ocorrência do óbito materno ou de acesso ao serviço PN. Quanto aos DSS intermediários, apesar de não ter significância estatística, houve maior mulheres com companheiro fixo no grupo daquelas que realizaram mais de seis consultas de acompanhamento pré-natal. Ao analisar os DSS distais, que inclui a cidade de origem (ambiente onde a mulher vive e trabalha), verificou-se uma maior vulnerabilidade de mulheres da capital, sobretudo, dos bairros mais pobres. Por se tratar de pesquisa documental, não foi possível obter informações sobre os DSS proximais, que incluem fatores comportamentais e estilo de vida.

6 CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico das mulheres estudadas foi de uma população jovem, de baixa escolaridade, de cor parda/negra, não inseridas no mercado de trabalho formal. Tais mulheres eram provenientes, principalmente, de Caucaia, Maranguapé, Eusébio e Baturité. As variáveis sociodemográficas não influenciaram no momento do óbito materno e no quantitativo de consultas PN realizadas, entretanto, a procedência dessa mulher teve influência na qualidade da atenção PN dispensada, tendo mulheres do interior acesso a um serviço PN mais qualificado.

É importante reforçar as metodologias aplicadas para o rastreamento desses óbitos frente aos obstáculos encontrados durante o processo de notificação, como a sub-notificação e a realização do cadastro de dados socioepidemiológicos em que pode-se ver a apresentação de divergências de informações, onde pode-se verificar que muitos dados sociodemográficos da ficha de internação estavam ausentes nos prontuários ou incongruentes com a ficha de notificação de mortalidade, porém foram considerados os dados da ficha de internação. Vale ainda salientar a importância dessas variáveis para a construção das políticas públicas, nas quais os funcionários de toda a instituição devem seguir os protocolos de maneira igual, começando desde o atendente da recepção ao médico que preencha a declaração de óbito, para isso é imprescindível que aconteça um treinamento com os funcionários das instituições para registrar as informações corretamente.

Destaca-se que é importante que os profissionais da saúde que estão inseridos em maternidades e hospitais que recebam a demanda relacionadas a gestação, parto e puerpério necessitam de capacitações sobre o assunto e que coloquem em prática seus conhecimentos adquiridos, por isso a questão da educação permanente e continuada se faz de suma importância nesses serviços, sendo o enfermeiro o profissional capacitado para desenvolver metodologias para a melhoria do conhecimento da equipe. Além disso se faz imprescindível que os profissionais que estão inseridos na APS conheçam os DSS para uma completa assistência, devendo estes reconhecer seu território e sua população para identificar os fatores de riscos e agravos que as gestantes possam estar inseridos. Devemos detonar que o enfermeiro é o profissional ao qual os ACS são subordinados e os que estão mais presentes no território, sendo estes parte fundamental para auxiliar a traçar o perfil socioepidemiológico da população, assessorando o enfermeiro num gerenciamento do cuidado de maneira mais adequada.

Traçar o perfil epidemiológico das mulheres referente a mortalidade materna serve para avaliar os objetivos e verificar a efetividade das políticas públicas relacionadas a saúde sexual e reprodutiva. É importante frisar que em futuras pesquisas sejam realizadas com o intuito de averiguar a mudança de comportamentos dentro das instituições, além de observar se as variáveis sociodemográficas estão sendo compreendidas como parte desse processo. É significativo ainda que as futuras pesquisas tragam dados sobre a influência dos DSS, podendo relacionar o perfil descrito por esta pesquisa com o PIB das cidades interioranas e bairros da capital do Estado.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. J. S et al. The magnitude of maternal mortality in Bahia in the last 10 years. **Rev Enferm UFPI**, Piauí, v. 6, n. 2, p. 5-10, 2017. Disponível em: <https://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/download/5793/pdf_1>. Acesso em: 23 nov. 2018.
- ASSIS, J. F. “Negra é como coelho: só dá cria”! Existe violência obstétrica contra mulheres negras no Brasil?. 2017. Disponível em: <http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499468879_ARQUIVO_JUS_SARAFRANCISCADEASSIS-FAZENDOGENERO2017TEXTOCOMPLETO.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.
- BARBASTEFANO, P. S; VARGENS, O. M. C. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 278-282, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a17v62n2.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2018.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Brasília (DF): ANVISA; 2014a.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, ° 12, 13 jun. 2013a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. 2007. 104 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf>. 19 out. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016a.
- _____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde: As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Ministério da Saúde, 2008. Disponível em : <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em 21 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Manual de Gestão para Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/manual_gestao_implementacao_politica_nacional.pdf> Acesso em: 14 jun. 2019.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Características étnico-raciais da população: classificações e identidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2013d. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2019. (Estudos & Análises, 2).

_____. IBGE. Censo demográfico 2010. 2010. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Aprova as diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Diário Oficial da União, seção 1, nº 59, p. 58, 29 mar. 2016. Disponível em: <https://lex.com.br/legis_27111067_PORTARIA_N_306_DE_28_DE_MARCO_DE_2016.aspx>. Acesso em: 13 jun. 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 31 mai. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Ceará. 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10ce.def>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BUSS, P. M; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

BUSS, P. M; FILHO, A. P. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p. 2005-2008, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/26.pdf>>. Acesso em: 20 maio. 2019.

CALDERON, I. M.; CECATTI, J. G. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 310-5, mai. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000500008>. Acesso em: 15 out. 2018.

CARDOSO, L. M; SOUZA, M. M. C. F; GUIMARÃES, R. U. C. Morte materna: uma expressão da "questão social". **Serv. Soc. Soc**, São Paulo, n. 102, p. 244-268, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200004>. Acesso em: 16 jun. 2019.

CATUNDA, H. L. O. *et al.* Razão da mortalidade materna no Ceará: uma análise epidemiológica. In: 17º SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM. 2013. Natal. Anais 17º SENPE. Natal: ABEN. 2013, p. 2392-2394. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1533co.pdf>. Acesso em: 12 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Nº 159, de 19 de abril de 1993: dispõe sobre a consulta de enfermagem. 1993. Available from: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 23 abr. 2019.

CASTRO, J. R. O que é a subutilização da força de trabalho e quem ela afeta no Brasil. 2016. Disponível em: <<https://www.nexojournal.com.br/expresso/2016/11/24/O-que-%C3%A9-a-subutiliza%C3%A7%C3%A3o-da-for%C3%A7a-de-trabalho-e-quem-ela-afeta-no-Brasil>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

CASTRO, B. M. C; RAMOS, S. C. S. Perfil de mortalidade materna em uma maternidade pública da cidade de Manaus-AM. **Saúde Santa Maria**, Rio Grande do Sul, v. 42, n.1, p. 103-112, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/20953>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

FONTANELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Rev. para. med.**, Pará, v. 23, n. 3. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902675>. Acesso em: 18 jun. 2019.

GUERREIRO, E. M. *et al.* O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.**, Minas Gerais, v. 16, n. 3, p. 315-323, 2012. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/533>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

HELLERINGER S. *et al.* Misclassification of pregnancy-related deaths in adult mortality surveys: case study in Senegal. **Trop Med Int Health**, v. 18, p. 27–34, 2013.

HERCULANO, M. M. S. *et al.* Óbitos maternos em uma maternidade pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 295-301. abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200005>. Acesso em: 16 out. 2018.

KRAMER, M. R.; HOGUE C. R. What causes racial disparities in very preterm birth? A biosocial perspective. **Epidemiol Ver**, n. 31, p. 84–98, 2009.

KEFFLER, K. *et al.* Características sociodemográficas e mortalidade materna em um hospital de referência na cidade de Curitiba – Paraná. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 15, n. 3, p. 500-505, 2010. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/18894>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

MANDÚ, E. N. T; ANTIQUEIRA, V. M. A; LANZA, R. A. C. Mortalidade materna: implicações para o Programa Saúde da Família. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 278-84, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a25.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

LEAL, M. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1915-1928, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915>. Acesso: 16 mai. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de informação sobre Mortalidade. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos: 2015-2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

MIRANDA, E. F.; SILVA A. M. N.; MANDÚ E. N. T. Abordagem de necessidades de saúde pelo enfermeiro na consulta pré-natal. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, n. 10, v. 2, p. 524-533, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.524-533>

MONTE, A. S. Morbidade materna grave em uma unidade de terapia intensiva e suas repercussões maternas e perinatais. 2016. Tese (Doutor em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, 2016.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO: Relatório Nacional de Acompanhamento / Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea; MP, SPI, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro: OMS; 2011.

Disponível em: < <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

PEREIRA, G.T. *et al.* Epidemiological profile of maternal mortality due to hypertension: situational analysis of a northeastern state between 2004 and 2013. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 653-658, Jul.-Sep. 2017. Disponível em: <https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/53328/ssoar-revpesquisa-2017-3-pereira_et_al-Epidemiological_profile_of_maternal_mortality.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 out. 2018.

PREFEITURA DE CAUCAIA. Prefeito assina ordem de serviço para criação de Centro de Parto Normal. Disponível em: <https://www.caucaia.ce.gov.br/index.php?tabela=pagina&acao=noticia_simples&codigo=1927>. Acesso em: 16 jun. 2019.

PRIGOL, A. P; BARUFFI, L. M. O papel do enfermeiro no cuidado à puérpera. **Rev Enferm UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 7, n. 1, p. 1-8, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22286/pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

PEREIRA, G. T. et al. Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013. **J. res.: fundam. care.** Online, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 653-658, jul-set, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5526>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

REGANASSI, C. *et al.* Mortalidade materna: desafios para enfermagem no enfrentamento da assistência. **Revista Fafibe On-Line**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 319-331, 2015. Disponível em: <<http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015190327.pdf>>. Acesso em 14 jun. 2019.

SANTOS C. C.; RESSEL L. B. Pré-natal e enfermagem: conhecendo novos olhares apoiados em políticas públicas. **RIES**, Santa Catarina, v. 2, n.1, p. 79-87, 2013.

SAÚDE, O. M. **Classificação Internacional de Doenças**: décima revisão (CID-10). 4ª ed. v. 2. São Paulo: Edusp, 1998. p. 143.

SILVA, G. M; LEÃO, L. T. S. O PARADOXO DA MISTURA: identidades, desigualdades e percepção de discriminação entre brasileiros pardos. *Rev. Bras. Ci. Soci.* São Paulo, v. 27, n. 80, p. 117-131, out – 2012. Disponível em: <

SAÚDE, O. P. A. Folha Informativa – Mortalidade materna. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em: 22 out. 2018

SOUZA, J. P. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. 273-279, 2011.

UNITED NATIONS FOR EDUCATION, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATIONS – UNESCO. The Sustainable Development Goals Report, 2017.

Disponível em:

<<https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2017.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2018.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. Rich mother, poor mother: the social determinants of maternal death and disability. New York: UNFPA; 2012. Available from: <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/factsheets/srh/EN-SRH%20fact%20sheet-Poormother.pdf>

VIANA, R. C; NOVAES, M. R. C. G; CALDERON, I. M. P. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 22, n.1, p. 141-152, 2011. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2018.

VEGAS, C. E. P; SOARES, V. M. N; NARS, A. M. L. F. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 1-13, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00197315.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Geneva: WHO, 2012. 90 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf;jsessionid=4F3395401A06C4DE0711EF530EAD3A1C?sequence=1>. Acesso em: 20 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANISATION. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Geneva, Switzerland: WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population Division; 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DE MORTALIDADE MATERNA

PARTE I- VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS

Nome: _____

1. Procedência: 1.() Capital 2. () Interior
Se capital, qual bairro? _____
Se interior, qual interior? _____
2. Idade: _____ anos
3. Cor da pele declarada: 1.() Branca 2.() Parda 3.() Amarela 4.() Negra 5.() Outros _____
4. Estado civil: 1.() Solteira 2.() União estável 3. () Viúva 4. () Divorciada 5. () Casada
5. Religião: _____
6. Escolaridade (anos de estudo): _____
7. Vínculo empregatício: 1.() Empregado 2.() Desempregado
8. Profissão: _____
9. Acesso à saúde: 1.() Público 2.() Privado
10. Renda familiar (em reais): _____ reais

PARTE II- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

11. Número de gestações: _____
12. Número de partos: _____
13. Número de abortos: _____
14. Número de natimortos: _____
15. Tipos de partos anteriores: 1. _____ Cesárea 2. _____ Vaginal
16. Filhos vivos: _____
17. Tipo de gravidez: 1 () Única 2. () Gemelar 3. () Tripla ou mais
18. Gravidez planejada: 1. () Sim 2. () Não
19. Classificação do risco: 1. () Risco habitual 2. () Alto risco
20. Hábitos maternos: 1. () Álcool 2 () Tabagismo 3 () Drogas Ilícitas

PARTE III- GESTAÇÃO E PUERPÉRIO ATUAL

21. Idade gestacional na primeira consulta pré-natal (verificar cartão de gestante): _____
 22. Idade gestacional no momento do parto: _____
 23. Número de consultas pré-natal realizadas: _____
 24. Número de consultas realizadas com o Enfermeiro da ESF: _____
 25. Número de consultas realizadas com o Médico da ESF: _____
 26. Número de consultas realizadas por Médico Especialista: _____
 27. Número de consultas realizadas está adequada aos parâmetros ministeriais: 1. () Sim 2. () Não
 28. Realizou avaliação odontológica: 1. () Sim 2. () Não 3. () Ignorado
- Exames realizados:**
29. ABO-Rh: 1 () Sim 2 () Não

30. Glicemia de Jejum:

31. 1 1º trimestre: 1 () Sim 2 () Não 26.2 2º trimestre: 1 () Sim 2 () Não

32. Teste Oral de Tolerância à Glicose: 1 () Sim 2 () Não

33. Sífilis (teste rápido): 1 () Sim 2 () Não

34. VDRL:

35. 1 1º trimestre: 1 () Sim 2 () Não 29.2 2º trimestre: 1 () Sim 2 () Não

36. HIV/Anti-HIV (teste rápido):

37. 1 1º trimestre: 1 () Sim 2 () Não 30.2 2º trimestre: 1 () Sim 2 () Não

38. Hepatite B e C (teste rápido): 1 () Sim 2 () Não

39. 1 1º trimestre: 1 () Sim 2 () Não 31.2 2º trimestre: 1 () Sim 2 () Não

40. HBsAg:

41. 1 1º trimestre: 1 () Sim 2 () Não 32.2 2º trimestre: 1 () Sim 2 () Não

42. Sorologia para Toxoplasmose: 1 () Sim 2 () Não

43. Hemograma Completo:

44. 1 1º trimestre: 1 () Sim 2 () Não 34.2 2º trimestre: 1 () Sim 2 () Não

45. 1 () Sim 2 () Não

46. Sumário de urina:

47. 1 1º trimestre: 1 () Sim 2 () Não 35.2 2º trimestre: 1 () Sim 2 () Não

48. Urinocultura:

49. 1 1º trimestre: 1 () Sim 2 () Não 36.2 2º trimestre: 1 () Sim 2 () Não

50. Coombs indireto: 1 () Sim 2 () Não

51. Ultrassonografia:

52. 1 1º trimestre: 1 () Sim 2 () Não 37.2 2º trimestre: 1 () Sim 2 () Não

53. 1º trimestre: 1 () Sim 2 () Não Se sim, quantas? _____

Imunização

54. Vacinação antintetânica: 1. () Sim 2. () Não

55. Hepatite B: 1. () Sim 2. () Não

56. Se sim, qual a quantidade de doses? _____

57. Influenza: 1. () Sim 2. () Não

Avaliação da consulta PN

Para cada item, será considerado “Adequado” quando realizado em todas as consultas de acompanhamento PN; Será considerado “Inadequado” quando não tiver sido realizado em ao menos uma consulta.

58. Quantitativo de consultas PN em que foram realizados os seguintes procedimentos:

59. Peso: _____ 1. () Adequado 2. () Inadequado

60. IMC: _____ 1. () Adequado 2. () Inadequado

61. Registro de queixas: _____ 1. () Adequado 2. () Inadequado

62. Cálculo da IG: _____ 1. () Adequado 2. () Inadequado

63. Pesquisa de edema: _____ 1. () Adequado 2. () Inadequado

64. Verificação de Pressão arterial: _____ 1. () Adequado 2. () Inadequado

65. Verificação de Altura Uterina: _____ 1. () Adequado 2. () Inadequado

66. Verificação de Apresentação Fetal: _____ 1. () Adequado 2. () Inadequado

67. Verificação de Batimentos Cardíofetais (BCFs): _____ 1. () Adequado 2. () Inadequado

68. Preenchimento do gráfico de acompanhamento nutricional: 1. () Sim 2. () Não

69. Preenchimento do gráfico de acompanhamento da altura uterina: 1. () Sim 2. () Não