

**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM  
GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

TUANNY ÍTALLA MARQUES DA SILVA

**MORTALIDADE MATERNA EM PERNAMBUCO: UM  
ESTUDO DE CASO**

SALGUEIRO

2018

TUANNY ITALLA MARQUES DA SILVA

**MORTALIDADE MATERNA EM PERNAMBUCO: UM  
ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Régia Maria Batista Leite

SALGUEIRO

2018

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	05
<b>OBJETIVO</b> .....	08
<b>MÉTODO</b> .....	09
<b>RESULTADOS</b> .....	10
Mortalidade Materna na VII Regional de Saúde.....	10
O Caso.....	11
<b>DISCUSSÃO</b> .....	15
Assistência prestada no pré-natal: o papel da Atenção Básica.....	15
Assistência Hospitalar: Unidade Mista de Mirandiba.....	17
Assistência Hospitalar: Hospital Regional de Salgueiro/ UTI.....	19
<b>CONCLUSÃO</b> .....	21
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	23
<b>ANEXO</b> .....	26
<b>NORMAS DA REVISTA</b> .....	27

## MORTALIDADE MATERNA EM PERNAMBUCO: UM ESTUDO DE CASO

Tuanny Ítalla Marques da Silva<sup>1</sup>, Régia Maria Batista Leite<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira, Residente em Saúde Coletiva, Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco/ESPPE. Salgueiro (PE), Brasil. E-mail: [tuanny94@hotmail.com](mailto:tuanny94@hotmail.com); <sup>2</sup>Professora da Universidade de Pernambuco (UPE) - Campus Garanhuns, E-mail: [regialeite@yahoo.com.br](mailto:regialeite@yahoo.com.br)

### RESUMO

**Objetivo:** analisar a assistência prestada dentro dos serviços de saúde a partir de um óbito materno ocorrido no ano de 2017 em um município que compõe a VII Regional de Saúde de Pernambuco. **Método:** trata-se de um estudo de caso realizado por meio de coleta de dados secundários. A análise dos resultados se deu através da organização das informações na *Assistência prestada no pré-natal* e na *Assistência Hospitalar: Unidade Mista de Mirandiba; e Hospital Regional de Salgueiro/ UTI*. **Resultados:** foi possível perceber que durante a assistência prestada à gestante houve falha na identificação de fatores de riscos gestacionais e no encaminhamento oportuno da mesma durante o pré-natal e na Unidade Mista, além da falha no estabelecimento do diagnóstico de síndrome hipertensiva diante das queixas apresentadas pela gestante. Após a discussão do caso no Grupo Técnico de Óbito Materno ele foi considerado como óbito ocorrido por causas evitáveis. **Conclusão:** diante disso conclui-se que, embora a gestante não tenha tido dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a mesma não teve acesso ao médico da UBS, houve falha na identificação de fatores de riscos gestacionais e também no preenchimento adequado dos prontuários, o que prejudica uma melhor análise do caso.

**Descritores:** Mortalidade Materna; Fatores de Risco; Hipertensão Induzida pela Gravidez; Síndrome HELLP; Assistência Pré-Natal; Prevenção.

**Descriptors:** Maternal Mortality; Risk Factors; Hypertension, Pregnancy-Induced; HELLP Syndrome; Prenatal Care; Prevention.

**Descritores:** Mortalidad Materna; Factores de Riesgo; Hipertensión Inducida en el Embarazo; Síndrome HELLP; Atención Prenatal; Prevención.

## INTRODUÇÃO

A morte materna (MM) é definida, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - CID10, como a morte que ocorre durante a gestação, no período de até 42 dias após seu final, independentemente do local ou duração da gravidez, mas devido à causa relacionada ou agravada pela gravidez, ou mesmo por medidas tomadas em relação a ela, com exceção dos fatores acidentais ou incidentais.<sup>1</sup> A mortalidade materna representa um evento de grande magnitude e transcendência no mundo e no Brasil sendo uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser evitável em 92% dos casos e ocorrer principalmente nos países emergentes.<sup>2</sup>

Entre as causas de MM estão às complicações da gestação, parto e puerpério, síndromes hipertensivas, diabetes, processos infecciosos, afecções obstétricas e outras, assim como a interrupção voluntária de uma gravidez indesejada. Além disso, existem também os fatores de risco socioeconômicos como nível de escolaridade, ocupação, ausência de companheiro e outras condições como idade materna, histórico prévio de saúde e número de realização de consultas de pré-natal.<sup>3-5</sup>

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta-se como a patologia que mais acomete complicações na gravidez, atingindo de 5% a 10% das gestações, e apresentando-se como uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. Além da HAS, as hemorragias e infecções também são importantes causas prevalentes de mortalidade materna.<sup>6-7</sup>

Em relação à classificação, o óbito materno divide-se em obstétrico direto ou indireto. O primeiro resulta de complicações provenientes da gravidez, parto ou puerpério, como as síndromes hipertensivas e infecções puerperais. Já o segundo ocorre

quando há uma doença anterior à gestação ou que surgiu durante a gravidez e se agravou pela mesma, como as cardiopatias, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. As causas obstétricas diretas apresentam-se como mais evitáveis que as indiretas, uma vez que dependem da qualidade da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal.<sup>6,8</sup>

A Razão da Mortalidade Materna (RMM) é utilizada como indicador de avaliação de pobreza, desigualdade social, variações geográficas e temporais da mortalidade materna. Ou seja, ela mede a probabilidade de uma mulher morrer por causa relacionada ao ciclo gravídico-puerperal.<sup>6-7</sup> A redução desta taxa é um dos principais desafios da atualidade e apresenta-se incluído nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da organização das nações unidas, mais especificamente na quinta Meta. A meta era reduzir em 75% a razão da mortalidade materna no período de 1990-2015, porém, as estimativas globais sobre a redução desta mortalidade mostraram que os resultados atingidos não foram suficientes para o alcance desta meta na maioria dos países.<sup>9</sup>

Após o fim do tempo estipulado para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em 2015, novos objetivos foram estabelecidos. Esses objetivos, denominados agora Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sucederão os ODM. Em relação à mortalidade materna, surgiram novas metas com o intuito de estimular o empenho para a eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030.<sup>10-11</sup> A meta agora é reduzir a RMM global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.<sup>12</sup>

Com o objetivo de cumprir as metas estabelecidas, o Ministério da Saúde vem formulando programas e políticas públicas voltadas à saúde da mulher, como a implantação dos Comitês de Mortalidade Materna, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), a Política Nacional de Humanização - intitulada

Humaniza SUS, e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, em 2004.<sup>13</sup> Mais recentemente, o governo brasileiro lançou em 2011 a Rede Cegonha, normatizada pela Portaria nº 1.459, que tem como objetivo ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida.<sup>14</sup>

Em Pernambuco, foi criado em 2007 o Programa Mãe Coruja - transformado em lei em 2009 - o qual destina-se às mulheres gestantes, usuárias do Sistema Único de Saúde, abrangendo a atenção integral à gestação, parto e puerpério, estímulo à alfabetização das gestantes, proteção social e segurança alimentar e nutricional da mãe e da criança.<sup>15</sup>

Em relação à investigação de óbitos maternos, tem-se que a mesma permite a obtenção de informações relacionadas aos problemas que contribuíram para a ocorrência desses óbitos, proporcionando a avaliação da atenção prestada a mulher em quaisquer dos níveis de complexidade e do preenchimento da declaração de óbito, sendo fundamental para a elaboração de intervenções voltadas para a prevenção de novas mortes.<sup>2</sup>

A vigilância epidemiológica da morte materna deve ser feita por profissionais de saúde, escolhidos pelas autoridades de vigilância em saúde da respectiva esfera de gestão (federal, estadual, municipal e Distrito Federal). Sendo assim, as secretarias municipais de saúde devem instituir um grupo técnico responsável por essa investigação. Vale ressaltar que o propósito da investigação não é culpabilizar pessoas ou serviços, mas sim evitar novas mortes por causas semelhantes.<sup>2</sup>

Devem ser utilizados como instrumentos para a investigação cópia da Declaração de Óbito (DO); as Fichas de Investigação do Óbito Materno - Serviço de saúde: ambulatorial e hospitalar; a Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia, quando realizado; a Ficha de Investigação do Óbito Materno - Entrevista domiciliar; Ficha de Investigação do

Óbito Materno - Síntese, Conclusões e Recomendações (Ficha Síntese) e a Planilha Municipal de Investigação do Óbito Materno. Ao finalizar a investigação, a equipe de vigilância de óbitos deve construir um resumo do caso e realizar reunião do Grupo Técnico para análise detalhada de cada caso, conclusão sobre a evitabilidade do óbito e definição de medidas para a prevenção de novos óbitos, colocando essas informações na Ficha Síntese.<sup>2</sup>

No que se refere à prevenção da mortalidade materna, uma forma de tentar reduzir o número de óbitos maternos encontra-se na realização de um bom acompanhamento pré-natal, por meio de serviços de qualidade e profissionais capacitados para identificar precocemente os fatores de risco para a mulher e controlá-los oportunamente. Para isso, faz-se necessário a preparação e constante atualização destes profissionais, assim como o esclarecimento e conscientização das gestantes sobre as alterações fisiológicas deste período e quais são os possíveis sinais de alarme.<sup>4</sup>

Deste modo, a assistência pré-natal é um conjunto de atividades que tem por finalidade promover a saúde da gestante e do feto, identificando riscos do período gestacional. A não realização do pré-natal ou a presença de alguma deficiência na realização deste está associada a maiores taxas de mortalidade materna.<sup>4</sup>

Diante disso, o tema apresenta grande relevância para a saúde pública devido à elevada taxa de mortalidade materna, e pelo fato de a maioria dos óbitos ainda possuírem causas evitáveis. Sendo assim, espera-se contribuir, através da realização desse estudo de caso, para que o assunto continue sendo amplamente discutido, e que cada vez mais sejam encontradas formas de evitar óbitos maternos.

## **OBJETIVO**

Analisar a assistência prestada dentro dos serviços de saúde a partir de um óbito materno ocorrido em um município que compõe a VII Regional de Saúde de Pernambuco, em 2017.



## MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso de um óbito materno ocorrido no município de Salgueiro-PE (sede da VII Regional de Saúde-GERES) em fevereiro de 2017 de uma mulher residente na cidade de Mirandiba-PE. A VII GERES é composta por 7 municípios com uma população de 138.719 habitantes, sendo eles: Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova e Verdejante. O município-sede - Salgueiro - localiza-se a uma distância de 520 Km da capital Recife, possuindo uma população de 56.629 habitantes, sendo 18.423 mulheres entre 10 e 49 anos de idade.<sup>16</sup>

O município de Salgueiro é referência regional em parto de risco habitual para ele próprio e para mais seis outros municípios, entre esses Mirandiba, residência do caso estudado. Salgueiro possui dois Hospitais, sendo que ambos realizam assistência obstétrica. Apenas um desses Hospitais é público: o Hospital Regional Inácio de Sá (HRIS). Atualmente a referência para partos de alto risco é o Hospital Dom Malan na cidade de Petrolina, que fica a 248 Km da cidade de Salgueiro e a 312,3 Km de Mirandiba.

Em relação à cidade de Mirandiba, onde a gestante residia, a cidade possui 14.308 habitantes e fica a 65,2 km da cidade de Salgueiro.<sup>16</sup> Possui uma Unidade Mista para realização de atendimentos gerais e realização dos partos de risco habitual, além das cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O presente estudo foi realizado por meio de coleta de dados secundários buscando as seguintes variáveis: Características sociodemográficas; História reprodutiva; Características relacionadas à gravidez; Características relacionadas ao momento do óbito e Características relacionadas aos serviços de saúde nas fichas de investigação do óbito materno, ficha síntese da discussão do óbito, registros dos prontuários hospitalares e dos serviços de pré-natal e registros do Programa Mãe Coruja. Além disso, foi possível participar da discussão do óbito materno pelo Grupo Técnico de Óbito Materno (GT).

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (CAAE 63796717.4.0000.5190), tendo sido iniciada a coleta somente após aprovação do mesmo.

## RESULTADOS

### Mortalidade Materna na VII Regional de Saúde

Em 2011 a VII GERES implantou o Programa Mãe Coruja nos municípios de Mirandiba e Terra Nova na perspectiva de melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil, além da implantação também da Rede Cegonha em 2012.<sup>17</sup>

Com o intuito de avaliar a mortalidade materna na VII GERES, a tabela a seguir apresenta o número de óbitos maternos que ocorreram nos últimos 5 anos (2013-2017).

Tabela 1: Número absoluto de óbitos maternos ocorridos em municípios da VII GERES, 2013-2017

Município	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Belém de São Francisco	-	-	-	-	-	-
Cedro	-	-	1	-	-	1
Mirandiba	-	-	-	-	1	1
Salgueiro	2	-	-	-	1	3
Serrita	-	-	-	-	-	-
Terra Nova	-	-	-	1	-	1
Verdejante	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>6</b>

Fonte: SIM (óbitos maternos).

Com relação ao número absoluto de óbitos maternos ocorridos em municípios da VII GERES (2013-2017), observa-se que, dos 7 municípios da VII Regional, apenas nos municípios de Belém de São Francisco, Serrita e Verdejante não ocorreram óbitos maternos. Nesse período ocorreram 6 óbitos na Regional (Tabela 1).

Vale ressaltar que a análise da mortalidade materna foi realizada através da utilização de números absolutos porque, quando os números são muito pequenos, não é necessário calcular a RMM. Neste caso, o número absoluto representa melhor.

Apesar dos pequenos números, quase todos os óbitos foram classificados como óbitos maternos obstétricos evitáveis. A análise por grupos de causas mostrou a hemorragia, a hipertensão gestacional e o aborto como as principais causas de morte materna na VII Regional de Saúde.<sup>18</sup>

Diante disso, levando-se em consideração a situação da Regional em relação à mortalidade materna, foi selecionado um caso de óbito materno ocorrido no município de Mirandiba e que destacou-se pela suas especificidades, para ser objeto de estudo desta pesquisa.

## O Caso

A. C. L. L., 28 anos, professora, casada, residente no município de Mirandiba - PE, sendo seus antecedentes obstétricos G1P1A0 (G = número de gestações; P = número de partos; A = número de abortos). Realizou 05 consultas de pré-natal, esquema vacinal atualizado, primeiros exames de rotina realizados, sem alterações e/ou intercorrências até a última consulta (TABELAS 2 e 3). Durante a gestação a mulher foi atendida em uma UBS e Unidade Mista do município onde residia, no Hospital Regional Inácio de Sá e Pronto Socorro São Francisco em Salgueiro, vindo a óbito na UTI do último estabelecimento de saúde supracitado, no dia 28 de fevereiro de 2017.

Tabela 2: Dados do cartão da gestante sobre as 05 consultas de pré-natal.

Data	IG	Peso	PA	AFU	BCF	MF	Vacina Dt	Vacina Hep B	Queixas, condutas; e percepção de edemas
------	----	------	----	-----	-----	----	--------------	-----------------	---

27.09.16	10 s	52	120x70 mmHg	-	+	+	-	-	-
25.10.16	14 s	51,5	100x70 mmHg	16 cm	+	+	1ª dose 25.10.16	1ª dose 25.10.16	-
29.11.16	19 s	53,2	110x70 mmHg	18 cm	140	+	2ª dose 30.11.16	2ª dose 30.11.16	-
20.12.16	22 s	55	100x70 mmHg	20 cm	146	+	-	-	-
26.01.17	27s 2d	57,6	100x70 mmHg	23 cm	144	+	3ª dose 24.01.17	-	-

Nota: IG= idade gestacional; PA= pressão arterial; AFU= altura de funduterino; BCF= batimentos cardíofetais; MF= movimentos fetais.

Tabela 3: Dados do cartão da gestante referentes aos exames realizados no 1º trimestre da gestação.

Exames	Data	Resultado
ABO-RH	17.10.16	B +
Hb-Ht	17.10.16	Hb 12,3; Ht 37
Glicemia de jejum	17.10.16	77,4 mg/dL
VDRL	17.10.16	Negativo
Urina 1	17.10.16	Negativo
HBsAg	17.10.16	Não-reagente

No último monitoramento do Canto Mãe Coruja em janeiro de 2017, A. C. L. L. não informava queixas, mas possuía edemas nos membros superiores (MMSS). Como estava usando meias de média compressão, ainda durante a visita do Canto Mãe Coruja, não foi possível a avaliação do edema dos membros inferiores (MMII). A gestante foi então

orientada a elevar os MMII e não passar muito tempo na mesma posição, tendo em vista os níveis pressóricos dentro da normalidade no cartão da gestante.

Após o óbito da gestante foi realizada nova visita domiciliar pelo Canto Mãe Coruja, em que o esposo relatou que era o primeiro filho do casal, que foi desejado e planejado e que o pré-natal, esquema vacinal e primeiros exames de rotina vinham sendo realizados, sendo a gravidez classificada como gestação de risco habitual, sem nenhuma intercorrência. No curso de 27 semanas de gestação começou a apresentar edemas de MMSS e MMII, porém a gestante relatava que o edema era devido a profissão de professora e passar muito tempo em uma mesma posição.

Ainda conforme o relato do esposo da gestante, no dia 24/02/17, eles procuraram atendimento na Unidade Mista de Mirandiba, devido à dor de cabeça da esposa. Consta pressão arterial (PA) 130 X 90 mmHg. Ela foi medicada pelo médico plantonista, o qual solicitou exames para avaliação de pré-eclâmpsia, porém não foram realizados devido a ser período carnavalesco e o laboratório de análises clínicas encontrar-se fechado. No dia 27/02/17 houve retorno a Unidade Mista, com queixa de náuseas e dor epigástrica, sendo efetuado atendimento pelo plantonista.

No prontuário da Unidade Mista existe um relato de atendimento à gestante no dia 27/02/17 onde a mesma, com 32 semanas de gestação, apresentou queixas de náuseas, vômito e dor epigástrica, após ter se alimentado com canja. Há em registros: estado geral bom, eupneica, corada, hidratada, afebril, consciente, orientada, batimentos cardíacos (BCF) 142 bpm, PA 120 X 80 mmHg, aparelho cardiovascular (ACV)/aparelho respiratório (AR) = sem alt., desconforto abdominal em quadrante superior, EXT pulsos + e TEC < 2 seg; Hipótese Diagnóstica (HD): vômitos A/E, hiperêmese gravídica (?) e exarcebação gastrite (?); e como observação, paciente portadora de gastrite, fazia uso de omeprazol, sendo suspenso no início da gestação.

A medicação prescrita, ainda no dia 27/02/17, na Unidade Mista, foi: omeprazol, 01 frasco-ampola (FA) + diluente, endovenoso (EV), às 21h51m; plasil, 30 gotas, via oral (VO), às 21h51m; após 10 min de medicação via oral, paciente apresentou episódio emético e a conduta foi plasil, 01 FA + água destilada (AD), EV, às 22h04min; e buscopam, 1 FA + AD, EV, às 22h15min. Houve reavaliação às 23h55min e a mulher apresentou melhora clínica, sem queixas, solicitando liberação, pois morava ao lado da unidade. Como a mulher estava assintomática, o médico plantonista concedeu a liberação.

Às 02h do dia 28/02/17, a paciente retorna à Unidade Mista, com agitação psicomotora grave e relato de crise convulsiva (1º episódio, segundo familiares). Após 15 minutos evolui de novo com quadro convulsivo tônico-clônico. Foi receitado 10 mg de diazepam e suporte de O<sub>2</sub>. Posteriormente, ocorreu encaminhamento para o Hospital Regional Inácio de Sá para monitorização e avaliação do obstetra.

De acordo com registros do prontuário, a gestante foi admitida no Hospital Regional Inácio de Sá no dia 28/02/17, às 03h30min, com crise convulsiva tônico-clônica, inconsciente, BCF ausente, PA 160 X 140 mmHg e glicemia 209 mg/dL. Sobre o registro de HD: eclâmpsia, desprendimento prematuro da placenta normo-inserta (DPPNI) + óbito fetal + broncoaspiração. Foi administrado sulfato de magnésio com dose ataque e manutenção + hidralazina + O<sub>2</sub> + sonda vesical de demora (SVD), evoluindo com instabilidade respiratória, onde foi intubada e encaminhada ao bloco obstétrico, com realização de cesariana de urgência com feto morto (peso 1.182g). Apresentou hipotonia uterina com necessidade de uso de ocitocina + misoprostol, realizado 02 unidades de concentrado de hemácia. Registro de estado gravíssimo, com coagulação intravascular disseminada (CIVD), sedada em intubação orotraqueal (IOT) e sendo solicitada vaga em UTI às 08h32min. Foi encaminhada para a UTI do Pronto Socorro São Francisco às 09h10min do mesmo dia.

Mulher admitida na UTI do Pronto Socorro, em 28/02/17, às 09:38, apresentando parada cardiorrespiratória (PCR) revertida, Glasgow 03, frequência cardíaca (FC) 81 bpm, frequência respiratória (FR) 14 irpm, SpO2 98%, em cateter venoso periférico (CVP) + SVD + tubo orotraqueal (TOT), estado geral grave, eupneica, comatosa, hipocorada, afebril e abdome gravídico involutivo. Aponta-se na HD: Síndrome HELLP/puerpério imediato; choque séptico/hipovolêmico; e insuficiência renal aguda (IRA)/insuficiência respiratória aguda (IRpA)/infecção do trato respiratório (ITR). No parecer do nefrologista: Síndrome HELLP + choque misto + acidose metabólica, evoluindo com 02 PCR e IRA anúrica com necessidade de hemodiálise (HD), porém com PA inaudível e choque hipovolêmico grave. Conduta: CDL, VFD e HD lenta com sua vazão alta, péssimo prognóstico. Às 19h16min a paciente veio a óbito, com diagnóstico de IRpA, IRA, Síndrome HELLP e doença hipertensiva específica da gestação (DHEG).

## DISCUSSÃO

Mediante a exposição dos dados analisados do caso, reconheceremos o objetivo da pesquisa. Para uma melhor análise e discussão do caso, o mesmo foi dividido em três momentos, a saber: *Assistência prestada no pré-natal: o papel da Atenção Básica; Assistência Hospitalar: Unidade Mista de Mirandiba; e Assistência Hospitalar: Hospital Regional de Salgueiro/ UTI*. Adiante, as mesmas serão apresentadas e discutidas.

### **Assistência prestada no pré-natal: o papel da Atenção Básica**

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (BRASIL, 2013).

A gestante fez o acompanhamento pré-natal numa UBS na cidade de Mirandiba, iniciando o mesmo com 10 semanas de gestação e realizando 5 consultas, sendo a última

com 27s e 2d de gestação. Isso corrobora com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, uma vez que a gestante deve começar o acompanhamento de preferência no primeiro trimestre da gestação (até 12 semanas) e realizar, no mínimo, 6 consultas durante toda a gestação.<sup>19</sup>

A situação vacinal também estava de acordo com o que é preconizado e os exames do primeiro trimestre da gestação tinham sido realizados e estavam dentro dos padrões de normalidade. Ela fez uso do sulfato ferroso e ácido fólico. A gestação seguiu sem nenhuma queixa da paciente e sem intercorrências, e foi classificada como gestação de risco habitual.

Porém, vale ressaltar que no decorrer dessas 5 consultas a gestante não teve nenhuma delas realizada pelo médico. Apesar de a unidade possuir este profissional na sua equipe, o mesmo não realizava pré-natal. Isso diverge do que é recomendado pelo Ministério da Saúde, que diz que as consultas de pré-natal devem ocorrer de forma intercalada entre médico e enfermeiro.<sup>19</sup>

O Ministério da Saúde também lista outras séries de recomendações para que a consulta seja realizada com qualidade e de forma efetiva como: a identificação de possíveis fatores de risco, os antecedentes familiares, antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, avaliação da idade gestacional, altura uterina, registro dos movimentos fetais e batimentos cardio-fetais; avaliação nutricional, medida da pressão arterial, verificação da presença de edema, reforçar e estimular a suplementação de ferro e ácido fólico. Acrescenta-se na primeira consulta a solicitação de exames laboratoriais de rotina e a verificação do cartão de vacina.<sup>19</sup>

É essencial que todas essas informações da assistência prestada no pré-natal sejam registradas, tanto no cartão da gestante quanto no prontuário para uma posterior avaliação da qualidade dos atendimentos prestados à gestante durante o seu pré-natal.



A qualidade do pré-natal realizado é um fator que apresenta grande relevância na prevenção da morte materna.<sup>4</sup>

Sendo assim, observou-se que a gestante não teve dificuldade no acesso à atenção básica, estava realizando as consultas regularmente e não teve complicações nesse período, além de também ter recebido visita do agente comunitário de saúde durante a gestação, porém não teve acesso ao médico da unidade. Vale destacar também que, de acordo com uma visita domiciliar do Canto Mãe Coruja, a gestante começou a apresentar edema por volta de 27 semanas, atribuindo isso ao tempo que passava na mesma posição ministrando aula como professora. Este fato não foi registrado no cartão da gestante em nenhum momento.

Ressalta-se que os níveis pressóricos apresentaram-se sempre normais durante as consultas de pré-natal, assim como os exames laboratoriais, não havendo outros sinais e sintomas associados que indicassem alguma síndrome hipertensiva até a última consulta realizada. Além disso, observaram-se também poucas informações registradas em prontuário e no cartão da gestante sobre as condutas realizadas em cada consulta.

Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde que atuam na atenção básica participem de atividades de educação permanente, e que os gestores propiciem essas atividades regularmente com o intuito de manter esses profissionais atualizados e sensíveis ao correto preenchimento do cartão de pré-natal e a identificação precoce de riscos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal.<sup>4</sup>

### **Assistência Hospitalar: Unidade Mista de Mirandiba**

De acordo com a análise documental realizada, a gestante procurou atendimento na Unidade Mista três vezes, todas na semana de festividade carnavalesca.

A primeira delas, ocorrida no dia 24/02/17, foi relatada pelo esposo da gestante após o óbito durante visita domiciliar do Canto Mãe Coruja. Neste dia a mulher queixou-se de dor de cabeça, e constatou-se que a PA apresentou-se mais elevada do que o normal:

130X90 mmHg. Ela então foi medicada pelo médico plantonista, o qual solicitou exames para avaliação de pré-eclâmpsia, porém os mesmos não foram realizados devido ao período carnavalesco e o fato de o laboratório de análises clínicas encontrar-se fechado. Neste momento a gestante estava com quase 32 semanas de gestação.

Percebe-se que a partir daí a gestante começou a apresentar sintomas que, juntamente com outros fatores, poderiam indicar o surgimento de uma síndrome hipertensiva. Observando isso, o médico plantonista solicitou exames laboratoriais para analisar uma possível pré-eclâmpsia, patologia que classifica-se como uma Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG).

Antes de abordar a definição da DHEG é necessário lembrar que a hipertensão arterial é a pressão arterial igual ou maior que 140/90 mmHg, baseada na média de pelo menos duas medidas. Nesse sentido, sabe-se que a DHEG apresenta-se como uma das principais causas de morte materna e pode ser classificada em hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia. A hipertensão crônica ocorre antes da gravidez (ou antes de 20 semanas de gestação) e não se resolve até 12 semanas após o parto. Já na hipertensão gestacional a pressão retorna ao normal até 12 semanas após o parto (hipertensão transitória da gravidez), e não há proteinúria (presença de proteína na urina).<sup>20</sup>

A pré-eclâmpsia ocorre após 20 semanas de gestação e vem acompanhada de proteinúria, desaparecendo até 12 semanas após o parto. Pode vir acompanhada de outros sinais e sintomas como cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. Já na eclâmpsia há a presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, desde que não sejam causadas por epilepsia ou outra doença convulsiva.<sup>20</sup>

Diante disso, observa-se que havia a necessidade de uma análise mais detalhada do caso, daí a solicitação dos exames laboratoriais. O fato do laboratório está fechado

apresentou-se como uma barreira no acesso aos serviços de saúde, uma vez que dificultou o percurso da gestante e adiou um possível diagnóstico e tratamento precoces.

Após isso, a gestante procurou novamente a Unidade Mista no dia 27/02/17, desta vez com queixa de náuseas, vômito e dor epigástrica, PA 120X80 mmHg e BCF 142 bpm, de acordo com os registros do prontuário. Desta vez não foi solicitado nenhum exame. Como a paciente possuía gastrite, ela foi tratada de acordo com o diagnóstico de exarcebação do quadro de gastrite, sendo medicada com omeprazol, plasil e buscopam, obtendo melhora clínica horas depois e sendo liberada.

Constatou-se aí que a PA apresentou-se um pouco mais elevada que o normal (uma vez que no cartão da gestante quase sempre estava 100X70 mmHg) e que outros sintomas apareceram, os quais poderiam estar associados a um quadro de síndrome hipertensiva. Diante deste caso seria necessário um olhar mais apurado para a condição da gestante. A gravidez é um período em que podem ocorrer complicações e os profissionais de saúde de todos os níveis da atenção devem estar atentos aos sinais de risco. Esse é um fator essencial para a prevenção do óbito materno.

Na terceira e última vez que a mulher retornou à Unidade Mista, duas horas depois de ter sido liberada, foi admitida em estado de agitação psicomotora grave e com quadro convulsivo (tônico-clônico), indicativo de eclâmpsia. Foi então encaminhada para o Hospital Regional Inácio de Sá em Salgueiro para avaliação do obstetra. Nesse último momento não há registro da PA em prontuário e nem no encaminhamento médico.

A transferência da gestante ocorreu através de ambulância de pouco suporte, acompanhada pelo técnico de enfermagem e o motorista, tendo levado cerca de 45 minutos entre o encaminhamento e a chegada no Hospital Regional.

**Assistência Hospitalar: Hospital Regional de Salgueiro/ UTI**

O Hospital Regional Inácio de Sá (HRIS), localizado no município de Salgueiro, possui atendimento ambulatorial, urgência/emergência (geral, pediátrica e obstétrica) e internação, além de contar com mais de 127 leitos e um total de 93 médicos para atender a população da região.<sup>21</sup>

O HRIS possui uma equipe multiprofissional na assistência obstétrica, especializados na área, e é responsável pela realização de partos de baixo risco - os partos de alto risco são encaminhados para o Hospital Dom Malan em Petrolina, sede da VIII GERES. Além disso, o HRIS realiza o pré-natal de alto risco e possui uma UCI Neonatal. Devido à ausência de UTI no Hospital, os usuários são encaminhados para o Pronto Socorro São Francisco, instituição privada, que disponibiliza leitos de UTI para o SUS.

Assim como a realização de um pré-natal com qualidade, a assistência adequada à gestante no momento do parto nos hospitais e maternidades também se apresenta como um fator essencial na prevenção do óbito materno. Para isso, é necessário que haja acolhimento, ambiência, humanização da atenção e da gestão, como também infraestrutura física adequada, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do serviço.<sup>22</sup>

No caso da gestante A. C. L. L., quando a mesma chegou ao HRIS, de acordo com os registros em prontuário, estava em estado grave, apresentando episódios de crise convulsiva e inconsciente, com PA 160 X 140 mmHg e glicemia 209 mg/dL, os BCFs estavam ausentes. Ela foi medicada com sulfato de magnésio + hidralazina e levada para o bloco cirúrgico para realização de cesariana de urgência, com feto morto. Após isso foi encaminhada para a UTI, devido ao seu estado gravíssimo, onde morreu horas depois com o diagnóstico de IRpA, IRA, DHEG e Síndrome HELLP.

A síndrome HELLP (SH) é considerada um agravamento do quadro de pré-eclâmpsia e caracteriza-se pela existência de hemólise (H - hemolysis), elevação das enzimas hepáticas (EL - elevated liver enzymes) e baixa de plaquetas (LP - low platelets),

desenvolvendo-se durante a gestação, entre 27 e 37 semanas, ou no pós-parto imediato. Além disso, a SH está presente aproximadamente em 20% das gestantes diagnosticadas com pré-eclâmpsia grave.<sup>23-24</sup>

A conduta para gestantes com a SH é a avaliação das condições materna e fetal, analisando-se a necessidade de parto imediato ou não. Deve-se também fazer o controle da pressão arterial, prevenção e/ou tratamento das convulsões com sulfato de magnésio, manejo de fluidos e eletrólitos, utilização criteriosa de sangue e hemoderivados e tratar a gestante intensivamente no pós-parto.<sup>20</sup>

No caso da gestante do presente estudo, observou-se que não houve dificuldade de acesso ao serviço, como também que as condutas realizadas no HRIS e na UTI condizem com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde para tratamento de DHEG/SH e suas possíveis complicações, mas o quadro da paciente já apresentava-se gravíssimo e não foi possível revertê-lo.

O óbito foi investigado e discutido pelo Grupo Técnico de Óbito Materno, sendo considerado como óbito materno por causa evitável. Com isso, foram realizadas algumas recomendações, as quais foram colocadas na Ficha Síntese. Algumas delas estão listadas a seguir.

- Atenção Básica: Melhorar registros em prontuário; Consulta de pré-natal pelo médico, como preconizado; capacitação para profissional da atenção básica em pré-natal; e garantia dos exames.
- Assistência na Urgência e Emergência: melhorar a qualidade do registro; capacitar profissionais da urgência; implantar acolhimento para gestante; usar protocolos.

## CONCLUSÃO

A mortalidade materna apresenta-se como um grave problema de saúde pública no cenário brasileiro e mundial e afeta milhares de mulheres, sendo a redução da RMM no

Brasil um desafio tanto para os serviços de saúde como para a sociedade de uma forma geral. Ao levar em consideração essa problemática como o principal alvo de fundamentação para a realização deste estudo de caso, buscou-se analisar o caso com o intuito de verificar a trajetória assistencial nos serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada à gestante, para dessa forma identificar estratégias e medidas de atenção à saúde que contribuam para a redução da mortalidade materna.

A partir da análise do caso pode-se concluir que, durante a realização do pré-natal a gestante não teve dificuldade de acesso ao serviço, porém houve falha na identificação de fatores de risco gestacionais e no encaminhamento oportuno da mesma, além de nenhuma das consultas terem sido realizadas pelo médico, fato que contraria o que preconiza o Ministério da Saúde. Além disso, houve o não preenchimento adequado dos prontuários, fato este que acaba não permitindo uma melhor análise do caso.

No que se refere ao atendimento da gestante nos serviços hospitalares (Unidade Mista de Mirandiba) notou-se que houve dificuldade de acesso aos serviços laboratoriais, devido ao não funcionamento dos mesmos em período de feriado. Também houve uma falha na identificação de fatores de risco gestacionais e no estabelecimento do diagnóstico logo nas primeiras vezes em que a gestante buscou o serviço apresentando queixas. Além disso, observou-se a dificuldade de implantação de protocolos nestes serviços de saúde voltados para as gestantes e um déficit de informações nos instrumentos de registro como prontuários e encaminhamentos, já que algumas vezes não houve registro de informações básicas, como a PA da paciente.

Muitas destas dificuldades encontram-se frequentemente presentes em serviços de saúde de municípios de pequeno porte. Há uma grande dificuldade no funcionamento dos plantões devido ao déficit de recursos humanos, inclusive de médicos e enfermeiros obstetras, além da falta constante de recursos materiais e medicamentos.

Diante disso, faz-se necessário um reforço nas políticas públicas de atendimento à mulher em todo o ciclo gestacional e na capacitação dos profissionais de saúde, a fim de proporcionar um acolhimento humanizado e uma assistência de qualidade, sempre com um olhar crítico e atento para os fatores de risco que podem indicar uma possível complicação da gestação. Para tanto, antes de iniciar um processo de capacitação, é necessário conhecer as principais dificuldades existentes entre os profissionais de saúde e quais as principais demandas do município, procurando buscar metodologias novas e efetivas que possam embasar o processo de educação permanente.

Vale ressaltar que esta pesquisa foi realizada através da coleta e análise de dados secundários, o que pode configurar uma limitação para o estudo.

Neste contexto, espera-se que novos estudos possam ser realizados a fim de melhor compreender tais questões, contribuindo para o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os fatores e barreiras que influenciam na ocorrência desses óbitos. Deste modo, estratégias de educação e cuidado poderão ser elaboradas com intuito de evitar que outras mulheres morram nas mesmas condições.

## REFERÊNCIAS

1. Classificação internacional das doenças (CID10)/Organização Mundial de Saúde. Volume 2. 8ª edição. EDUSP-SP, 2008.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno [Internet]. 1th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 84 p. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidem\\_obito\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf)
3. Costa ALRR, Araújo Júnior E, Lima JWO, Costa FS. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Bras Ginecol Obstet. [Internet]. 2014; 36(1):29-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n1/0100-7203-rbgo-36-01-00029.pdf>
4. Carvalho ML, Almeida CAL, Marques AKL, Lima FF, Amorim LMM de, Souza JML. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. R. Interd. [Internet]. 2015 apr/may/june; 8(2):178-184. Available

from:[https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/733/pdf\\_231](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/733/pdf_231)

5. Leite RMB, Araújo TVB de, Albuquerque RM de, Andrade ARS de, Duarte Neto PJ. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. Rio de Janeiro. 2011 Oct; 27(10):1977-1985. Available from: <https://www.scielo.org/article/csp/2011.v27n10/1977-1985/>
6. Lima DR, Ribeiro CL, Garzon AMM, Henriques TRP, Souza KV de. Análise dos fatores intervenientes da mortalidade materna. Enfermagem Obstétrica [Internet]. Rio de Janeiro. 2016; 3:e25. Available from: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/25/31>
7. Guerreiro DD, Borges WD, Nunes HHM, Silva SC da, Maciel JP. Mortalidade materna relacionada à doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) em uma maternidade no Pará. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2014 Oct/Dec; 4(4):825-834. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13159/pdf>
8. Dias JMG, Oliveira APS de, Cipolotti R, Monteiro BKSM, Pereira RO. Mortalidade materna. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2015; 25(2):173-179. Available from: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>
9. Martins EF, Almeida PFB de, Paixão CO, Bicalho PG, Errico LSP de. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017; 33(1):e00133115. Doi: 10.1590/0102-311X00133116
10. Gabrysch S, Campbell OM. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2009;9:34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19671156>
11. United Nations. Sustainable Development Goals. New York: United Nations. 2015.
12. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM) [Internet]. 2015. Available from: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/epmm/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/)
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS [Internet]. 1th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 20 p. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)
14. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, 2011. Seção 1. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)



15. Lei nº 13.959, de 15 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o Programa Mãe Coruja Pernambucana [Internet]. Pernambuco, 2009. Available from: <http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=3760&tipo=TEXTOTUALIZADO>
16. [ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010. Available from: <https://www.ibge.gov.br/index.php>
17. Pernambuco (PE). Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. VII Gerência Regional de Saúde. Plano de ação regional da Rede Cegonha da VII Região de Saúde Salgueiro, 2012.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). 2018 feb.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. 1th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 318 p. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_32.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf)
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. 5th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 302 p. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)
21. [portal.saude.pe.gov.br](http://portal.saude.pe.gov.br) [Internet]. Hospital Regional Inácio de Sá. Available from: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-regional-inacio-de-sa>
22. Martins EF, Rezende EM, Lana FCF, Souza KV de. Óbitos perinatais investigados e falhas na assistência hospitalar ao parto. Esc Anna Nery (impr.). 2013 jan-mar; 17(1):38-45. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127728366006.pdf>
23. Ribeiro JF, Soares MSAC, Rodrigues CO, Bezerra VOR, Araújo KRS. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com Síndrome Hellp. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2016 Oct/Dec; 6(4):569-577. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/21345/pdf>
24. Ribeiro JF, Melo SSS, Silva CC, Guimarães SVC, Santos TMMG dos. Hellp Syndrome: obstetric characterization and treatment modality. J Nurs UFPE on line [Internet]. Recife. 2017 Mar; 11(Supl. 3):1343-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13975/16822>

# ANEXO

## NORMAS DA REVISTA (REUOL)

### ESTRUTURA/FORMATAÇÃO E ESTILO DOS ARTIGOS

TÍTULO (somente no idioma original, não mais que 10 palavras)

AUTORES (1-8, explícitos no artigo e, também, em METADADOS da submissão)

RESUMO (somente no idioma original)

DESCRITORES (Português/Inglês/Espanhol, em número de 6)

CREDENCIAIS DOS AUTORES (explícitas no artigo, inclusive, informar o número ORCID® (Open Researcher and Contributor ID: <https://orcid.org/register>)

AUTOR RESPONSÁVEL PELA CORRESPONDÊNCIA (endereço completo)

#### ♦ LAYOUT DA PÁGINA:

1) PAPEL OFÍCIO (21,59 x 35,56 cm)

2) MARGENS DA PÁGINA: de 2,0 cm em cada um dos lados

♦ LETRA: Trebuchet MS de 12-pontos

♦ NÃO USAR: rodapé, notas, espaçamento entre parágrafos, não separar nem numerar as seções e subseções do artigo

♦ ESPAÇAMENTO DUPLO ENTRE LINHAS em todo o ARTIGO

♦ IDIOMAS: Português e/ou Inglês e/ou Espanhol. Em se tratando de tradução\* o artigo ORIGINAL deve ser encaminhado também como documento suplementar ou em arquivo único (ORIGINAL + TRADUÇÃO).

\*Com o parecer APROVADO, a LISTA com os nomes dos REVISORES/TRADUTORES é enviada após finalizado o processo de avaliação por pares.

♦ TEXTO: escrito na Voz Passiva Sintética ou Pronominal, sequencial e justificado. Não citar autores e/ou ano.

♦ CITAÇÕES: as citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas, sem a identificação do autor e ano, sem uso dos parênteses e posicionado após o ponto final, ou vírgula quando convier (vide exemplo)\*.

- NÃO USAR o *EndNote*, o software de geração automática de citações e referências bibliográficas.

- Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios, por vírgula.

\*Ex:s (1). deixá-los sem parênteses, sobrescritos e posicionado após o ponto final. .<sup>1-3</sup>; 10-3; 12-5

Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três

linhas, usar o recuo de 1 cm, letra tamanho 12 (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação de autor e data.

Depoimentos: na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses.

◆ **NÚMERO DE PÁGINAS:**

1) **30 PÁGINAS** (excluindo-se página inicial, agradecimentos e referências);

2) **MARGENS LATERAIS DO TEXTO:** 0,5 cm.

◆ **TÍTULO:** somente no idioma do artigo, com 10 ou menos palavras; **NÃO EMPREGAR:** siglas, elementos institucional e do método, do universo geográfico, de dimensão regional, nacional ou internacional. Apresentar apenas os elementos do OBJETO DE ESTUDO ou dos DESCRITORES DeCS: <http://decs.bvs.br>

◆ **AUTORES:** 1-8 no máximo, explícitos no artigo.

Nome completo de cada um, separados por vírgulas, numerados sobrescritos. \*Ex: Ednaldo Cavalcante de Araújo<sup>1</sup>, Maria Prado<sup>2</sup>

◆ **RESUMO:** somente no idioma original, NÃO MAIS que 200 palavras. Deve-se iniciar e sequenciar o texto com letra minúscula após os seguintes termos: **Objetivo (verbo no infinitivo): Método\*: Resultados (os principais): Conclusão (1. responder estritamente ao objetivo; 2. expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados; e, 3. contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico): \*\*Descritores/Descriptors/Descriptoros** (apresentar 6 com as iniciais em letra maiúscula (exceto os termos conectivos), separados por ponto e vírgula (;): \*Devem ser extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](http://decs.bvs.br)" (DeCS: <http://decs.bvs.br>), e/ou do *Medical Subject Headings* (MESH): <https://meshb.nlm.nih.gov/search>).

◆ **TEXTO:** manuscritos nas seções **Original, Relato de experiência/Estudo de caso, Estudo de caso clínico, Análise reflexiva, Informativo, Nota prévia, Revisões de literatura sistemática\* e integrativa\*** devem apresentar: **INTRODUÇÃO, OBJETIVO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO, AGRADECIMENTOS** (opcional), **FINANCIAMENTO** (se tiver), **REFERÊNCIAS** (Estilo Vancouver: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

◆ **TABELAS** (conjunto **TABELAS + FIGURAS= 05**): Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word (em cor verde). Dados separados por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula. Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

◆ **ILUSTRAÇÕES** (conjunto **FIGURAS + TABELAS = 05**): fotografias, desenhos, gráficos, fluxogramas e quadros são considerados FIGURAS, que devem ser elaboradas em cores (use as várias tonalidades do verde). O título deve ser grafado com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior. A numeração é consecutiva, com

algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. As figuras devem ser elaboradas nos Programas Word ou Excel permitindo acesso ao conteúdo e não serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc. Os dados devem estar explícitos (n e %). Enviar as planilhas do Excel quanto da submissão do artigo.

◆ **REFERÊNCIAS:** de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – Estilo Vancouver: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

◆ **NÚMERO DE REFERÊNCIAS:** 30 (trinta, no máximo, exceto para Revisões Integrativa e Sistemática/Metanálise), sendo 60% de produções publicadas nos últimos 5 anos, 30% nos últimos 3 anos, 10% sem limite temporal.

- NÃO USAR o *EndNote*, o software de geração automática de citações e referências bibliográficas.

- Citar de 3 a 6 referências de periódicos estrangeiros, na versão em inglês.

- Não citar teses, dissertações, TCC. Livros e capítulos só devem ser citados os que fundamentam o método de pesquisa (exceto para Revisões Integrativa e Sistemática/Metanálise).

- Para os artigos disponibilizados em Português / Inglês / Espanhol, citar a versão em Inglês.

- Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

- Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

- Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Inserir DOI ou link ou link de acesso em todas as referências.

- Referenciar o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.

- Quando o documento possui de um até 6 autores, citar todos, separados por vírgula; quando possui mais de 6 autores, citar todos os 6 primeiros seguidos da expressão latina “*et al*”.

- Em relação à abreviatura dos meses, consultar: <http://www.revisoeserevisoes.pro.br/gramatica/abreviaturas-dos-meses/> (não considerar o ponto, conforme o Estilo Vancouver recomenda: Jan Feb Mar Apr May June July Aug Sept Oct Nov Dec