



MORTALIDADE MATERNA EM UMA REGIONAL DE SAÚDE NO PARANÁ: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

*Emilli Karine Marcomini¹; Ana Gabriela Fernande Frank²; Maristela de Azevedo Ribeiro³;
Nanci Verginia Kuster de Paula⁴*

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense. Participante do Programa de Iniciação Científica-PIC/UNIPAR. E-mail: emillimarcomini@hotmail.com

²Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense. Participante do Programa de Iniciação Científica-PIC/UNIPAR. E-mail: anagabifrank@hotmail.com

³ Mestre e Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense-UNIPAR. E-mail: maristel@prof.unipar.br

⁴ Mestre e Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense-UNIPAR. E-mail: nancidepaula@prof.unipar.br

RESUMO

A pesquisa teve por objetivo analisar o número de óbitos maternos da 12^o Regional de Saúde (RS), no período de 2010 a 2015, haja vista a importância da saúde materna para a sociedade. Utilizou-se para coleta de dados o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram encontrados 11 óbitos no período mencionado, identificando 72,72% de causa obstétrica direta e 27,27% de causa indireta. Quanto ao estado civil, 45,45% eram mulheres solteiras, 27,27% eram casadas, 9,09% separada judicialmente, além de 18,18% não especificados. A escolaridade foi prevalente em mulheres que possuíam de 4 a 7 anos de estudo (72,72%), 18,18% concluíram 12 anos de estudos ou mais e apenas 9,09% tinham 8 a 11 anos de estudos. A cor de maior relevância foi a branca com 63,63%, além de 27,27% parda, e 9,09% preta. Quanto a idade materna, foram notificados 9,09% óbitos em mulheres com 15 a 19 anos, 54,54% possuíam de 20 a 29 anos, 27,27% tinham de 30 a 39 anos, e apenas 9,09% de 40 a 49 anos. Conclui-se que há um perfil epidemiológico das mortes maternas na localidade mencionada, caracterizada principalmente, por óbitos de causas diretas, em mulheres solteiras, de 20 a 29 anos, brancas e de baixa escolaridade. Os valores referentes a quantidade de óbitos no período revelam que a mortalidade materna na 12^o RS ainda é elevada e necessita ser revista.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia; Gestação; Óbitos.

1 INTRODUÇÃO

As alterações durante o ciclo gravídico puerperal contemplam um conjunto de fenômenos e alterações fisiológicas ocorrentes no organismo materno para assegurar a saúde do bebê em crescimento (PARANÁ, 2012). Apesar de ser um estado natural e discorrer sem intercorrências, podem ocorrer complicações relevantes que colocam a mulher próxima de patologias e até mesmo da morte, merecendo destaque nas políticas públicas de saúde (COSTA et al., 2010).

Em se tratando de mortalidade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), morte materna é definida como sendo a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, mediante a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez (OMS, 2000). Este quesito mortalidade é uma das maiores ofensas e violações dos direitos humanos das mulheres, em decorrência do fato de ser um acontecimento evitável na maioria dos casos (92%) e de ocorrer em países desenvolvidos que apresentam estratégias voltadas a saúde da mulher (BRASIL, 2007).

A mortalidade materna reflete ainda conceitos sociais e familiares, devido ao fato de que a ausência da mulher em um lar ocasiona desestruturação de toda a família restante e as consequências são apontadas pelos baixos níveis escolares das crianças oriundas dessas mães (SOARES e MARTINS, 2006). Diante disso, é necessário a identificação de fatores de riscos que presumem o aparecimento de óbitos, para aplicabilidade de uma estratégia de saúde abrangente a toda população (PARANÁ, 2012).



Frente ao compromisso de modificar a realidade do país, é fundamental uma observação mais detalhada a esta parte da sociedade que tem perdido suas vidas diante de um processo fisiológico como a gravidez. Todavia, pode-se afirmar que um acompanhamento de pré-natal efetivo, tem enorme influência na redução da mortalidade e morbidade materna também (CARVALHO et al., 2015).

Neste contexto, considerando a relevância do tema para as políticas públicas direcionadas ao cuidado da mulher, esse estudo buscou abranger variáveis indicadoras de perfil epidemiológico da mortalidade, além de quantificar o número de óbitos.

Justifica-se a pesquisa ao fato que há poucos trabalhos na literatura referentes ao tema, principalmente em se tratando da 12^o Regional de Saúde (RS), o que denota necessidade de realização de pesquisas e publicações científicas. Mediante a magnitude do problema, torna-se relevante acompanhar os indicadores de perfil da mortalidade materna, com vista a direcionar assistência para as mulheres mais susceptíveis aos riscos.

Este estudo tem por objetivo identificar o número de óbitos maternos nos municípios que compõem a 12^o Regional de Saúde, além de apresentar um perfil epidemiológico das mortes maternas encontradas.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, retrospectiva, de análise quantitativa. A escolha desta metodologia encontra-se justificativa no referencial de Silva (2004), onde menciona que a pesquisa quantitativa é aquela que trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los, explicando assim sua maior precisão e confiabilidade. O emprego a pesquisa retrospectiva, é elucidado por Silva e Menezes (2005) como sendo um estudo para explorar fatos anteriores, podendo ser delineado para retornar, do momento atual até um determinado ponto no passado.

Optou-se por escolher um Estado e uma Regional de Saúde específica. O estado do Paraná, localizado na região Sul do Brasil, cobre uma área geográfica de 199.880 km² e constitui-se de 399 municípios. Composto por 22 regionais de saúde, Umuarama é sede da 12^o Regional de Saúde, compreendendo os municípios de Alto Paraíso (Vila Alta), Alto Piquiri, Altônia, Brasilândia do Sul, Cafezal do Sul, Cruzeiro do Oeste, Douradina, Esperança Nova, Francisco Alves, Icaraíma, Iporã, Ivaté, Maria Helena, Mariluz, Nova Olímpia, Perobal, Pérola, São Jorge do Patrocínio, Tapira, Umuarama, Xambê. Para o estudo, consideraram-se os óbitos maternos de todos os municípios apresentados acima, cuja causa de morte esteja relacionada ao estado gravídico puerperal.

Utilizou-se para a coleta de dados o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A análise compreende dados referentes a identificação da mãe, local de óbito e causas relacionadas ao fato.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa identificou 11 óbitos no período de 2010 a 2015, a tabela a seguir apresenta o número de óbitos maternos por ano segundo município. Ao analisar uma linha do tempo de cinco anos, a pesquisa enfatiza os municípios com vítimas de óbito materno, permitindo ao profissional aplicar um planejamento de saúde nestas localidades.



Tabela 1: Óbitos maternos no período de 2010 a 2015 por município

Município/Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Alto Piquiri	-	-	1	-	-	-	1
Altônia	1	-	-	-	-	-	1
Cruzeiro do Oeste	-	1	-	-	-	-	1
Iporã	1	-	-	-	1	-	2
Maria Helena	-	1	-	-	-	-	1
Mariluz	-	-	-	-	-	1	1
Nova Olímpia	-	1	-	-	-	-	1
Pérola	-	-	1	-	-	1	2
Umuarama	-	-	1	-	-	-	1
Total	2	3	3	-	1	2	11

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

Desta forma, os anos de 2011 e 2012 foram os que mais apresentaram óbitos maternos, tendo como percentual individual 27,27% dos óbitos totais. Quanto ao município, Iporã e Pérola apresentaram o maior número de óbitos com 18,18% par cada município.

Para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM), considera-se o número de óbitos no período, dividido pelo número Nascidos Vivos (NV), multiplicado por 100.000 (BRASIL, 2009). A OMS (2000) considera como baixa a RMM menor que 20 mortes por 100.000 NV. A figura a seguir, apresenta a RMM da mortalidade materna em todo o Estado Paraná, além de classificar os valores pelas cores conforme a legenda abaixo:

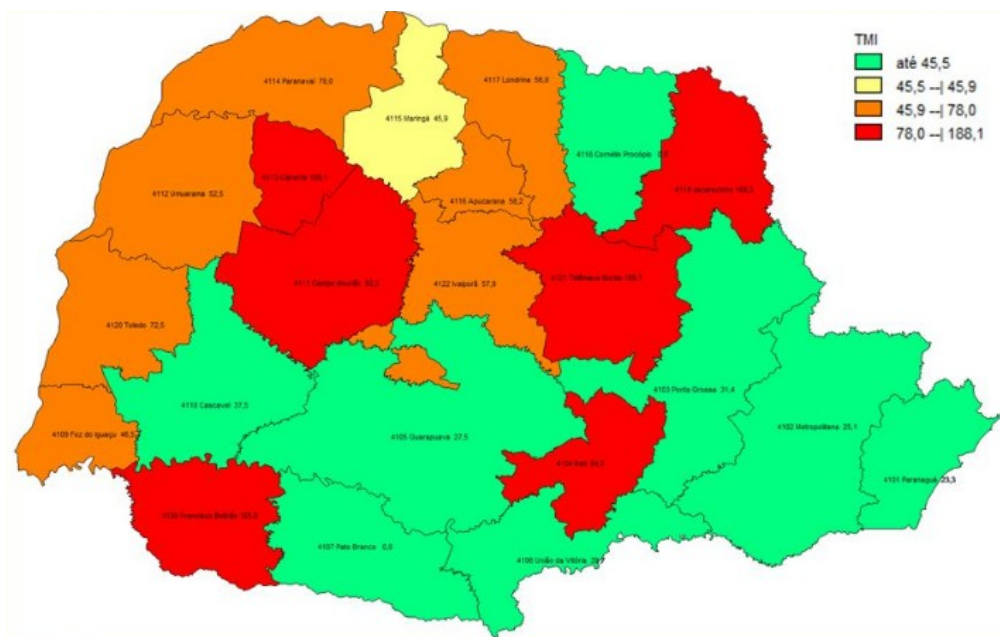


Figura 1: RMM por Regional de Saúde no Paraná, 2015

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA-PR)



Embora tenha evoluído em questão de receber a gestante e dar suporte neste momento, a mortalidade materna ainda é considerada um problema de saúde pública a ser resolvido (CARVALHO et al., 2015). Especificamente, em relação ao ano de 2015, foram notificados cerca de 52,5 óbitos por 100.000 NV. Pode-se afirmar que os índices de mortalidade materna estão se reduzindo lentamente se comparado ao ano de 2010, onde apresentava RMM de 57,58 óbitos por 100.000 NV. Sendo assim, a mortalidade materna pode ser considerada elevada na 12^o RS.

Cabe ressaltar também que a mensuração da mortalidade materna é relativamente complexa, pela possibilidade de subnotificação (BRASIL, 2009; SOARES; AZEVEDO; WATANABE, 2008). Entretanto, Moura et al. (2007) relembra que os dados oficiais mesmo diante das subnotificações ainda estão superiores ao preconizado pelas políticas de saúde. Neste contexto, é de suma importância o preenchimento correto das Declarações de Óbitos (BRASIL, 2007).

Em se tratando de causas de mortalidade, elas são divididas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), em causas obstétricas diretas, aquelas resultantes de complicações da gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões ou tratamento incorreto e causas obstétricas indiretas, as resultantes de doença prévia da mãe ou desenvolvida durante a gravidez, não devido a causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (DIAS et al., 2015; BRASIL, 2007). Em relação a esta classificação, o Ministério da Saúde menciona que quase todas as causas diretas são passíveis de prevenção, e quanto às causas indiretas, revela que se as gestantes forem vinculadas a uma classificação de risco adequada ao seu problema, poder-se-á garantir a promoção de saúde dessas mulheres (BRASIL, 2009).

Tendo por base o apresentado, a pesquisa identificou que 72,72% de óbitos eram referentes a causa obstétrica direta e apenas 27,27% de causa indireta.

Tabela 2: Óbitos maternos por tipo de causa obstétrica

Município/ Tipo de causa	Morte materna direta	Morte materna indireta
Alto Piquiri	1	-
Altônia	1	-
Cruzeiro do Oeste	-	1
Iporã	2	-
Maria Helena	1	-
Mariluz	1	-
Nova Olímpia	1	-
Pérola	1	1
Umuarama	-	1
Total	8	3

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

Evidencia-se a prevalência de óbitos maternos diretos na 12^o RS. Dessa forma, tem-se criado estratégias públicas para melhorar a assistência ao pré-natal, garantindo redes de cuidados para as mulheres, a atenção humanizada durante a gravidez, classificação do risco gestacional da mãe e da criança, qualidade ao parto e subsídio ao puerpério como os programas Rede Cegonha e a Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2012). Neste sentido, em busca de facilitar o trabalho dos profissionais e averiguar uma assistência obstétrica adequada a todos, a Rede Mãe Paranaense buscou a implantação de uma classificação de risco para a gestante, inserindo a estratificação como sendo risco habitual, intermediário e alto risco (PARANÁ, 2014).



No que tange a identificação de fatores de risco relacionados com a ocorrência da morte materna, cabe ressaltar sua importância para o direcionamento das ações de saúde. Esses fatores, quando presentes, demonstram que existe população mais vulnerável e com risco de complicações. Em relação aos dados de identificação da mulher, foram notificados 9,09% óbitos em mulheres de 15 a 19 anos, 54,54% possuíam de 20 a 29 anos, 27,27% tinham de 30 a 39 anos, e apenas 9,09% de 40 a 49 anos.

Tabela 3: Óbitos maternos por faixa etária

Município/ Faixa etária	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
Alto Piquiri	-	-	1	-
Altônia	1	-	-	-
Cruzeiro do Oeste	-	1	-	-
Iporã	-	2	-	-
Maria Helena	-	1	-	-
Mariluz	-	1	-	-
Nova Olímpia	-	-	1	-
Pérola	-	-	1	1
Umuarama	-	1	-	-
Total	1	6	3	1

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

Assim, Ferraz e Bordignon (2012) mencionam a associação dos extremos de idade, com um maior número de complicações, ressaltando a gestação precoce e a tardia neste contexto. Da mesma forma, a Rede Mãe Paranaense, classifica com risco habitual a gestação dessas mães adolescentes e a gravidez das mães acima de 39 anos. A tabela juntamente com os percentuais apresentados, enfatizaram que na 12^o RS há um maior número de óbitos maternos na faixa etária dos 20 a 29 anos.

Da mesma maneira, estudos relacionam os coeficientes de mortalidade materna por raça/cor demonstrando que a razão de mortalidade materna é maior entre mulheres negras. Esta associação pode ser explicada pelo maior número de doenças hipertensivas, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e pela baixa qualidade da assistência (CASTRO E RAMOS, 2016). Entretanto, o estudo evidencia a cor branca como prevalente (63,63%), além de parda (27,27%) e preta (9,09%). Em consonância ao apresentado pela Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, evidenciando a cor branca como prevalente no Estado (PARANÁ, 2012).

Tabela 4: Óbitos maternos por cor

Município/ Cor	Branca	Preta	Parda
Alto Piquiri	1	-	-
Altônia	1	-	-
Cruzeiro do Oeste	1	-	-
Iporã	2	-	-
Maria Helena	-	1	-
Mariluz	-	-	1
Nova Olímpia	1	-	-
Pérola	-	-	2
Umuarama	1	-	-
Total	7	1	3



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

A escolaridade também é uma variável que deve ser considerada na atenção à saúde da mulher, pois alguns autores ressaltam que as mulheres com menor escolaridade são as maiores vítimas da mortalidade (FERRAZ; BORDIGNON, 2012). Além disso, a baixa escolaridade permite classificar a mulher como sendo uma gestante de risco intermediário (PARANÁ, 2014). Foi possível observar na amostra um percentual elevado de mães com 4 a 7 anos de estudo (72,72%), indicando assim a necessidade de um direcionamento de saúde a elas.

Tabela 5: Óbitos maternos por escolaridade

Município/ Escolaridade	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos ou mais
Alto Piquiri	1	-	-
Altônia	-	1	-
Cruzeiro do Oeste	1	-	-
Iporã	1	-	1
Maria Helena	1	-	-
Mariluz	1	-	-
Nova Olímpia	-	-	1
Pérola	2	-	-
Umuarama	1	-	-
Total	8	1	2

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

Outra variável importante é o estado civil, apontado por Castro e Ramos (2016) como interligado a morte pela ausência de aporte afetivo, emocional, social e financeiro por parte da família. Os dados da pesquisa enfatizam um percentual de mães solteiras (45,45%), de casadas (27,27%), de separadas judicialmente (9,09%), além de 18,18% não especificados.

Tabela 6: Óbitos maternos por estado civil

Município/ Estado Civil	Solteiro	Casado	Separado judicialmente	Outro
Alto Piquiri	1	-	-	-
Altônia	1	-	-	-
Cruzeiro do Oeste	-	1	-	-
Iporã	-	1	-	1
Maria Helena	1	-	-	-
Mariluz	1	-	-	-
Nova Olímpia	1	-	-	-
Pérola	-	1	1	-
Umuarama	-	-	-	1
Total	5	3	1	2

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

Em se tratando de causas de óbitos, a Linha Guia do Programa Mãe Paranaense elucida como frequente a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e as hemorragias, representando 32,2% das mortes registradas (PARANÁ, 2014). A pesquisa identificou que os 11



óbitos encontradas se inseriam no capítulo XV do CID-10 referente a gravidez, parto e puérpero, além de evidenciar as mortes por subcategorias, apresentados na tabela a seguir.

Tabela 7: Óbitos por subcategorias maternas

Subcategorias maternas	12º RS Umuarama
Gravidez tubária	1
Hipertensão pré-existente relacionada a complicações da gravidez, parto e puérpero	1
Pré-eclâmpsia moderada	1
Eclampsia no puérpero	2
Diabetes Mellitus na gravidez	1
Hemorragia pós-parto	1
Complicações anestesia durante trabalho de parto e parto	1
Outras complicações por procedimento ou cirurgia obstétrica	1
Complicações no puérpero	1
Outras doenças sanguíneas complicações relacionada a complicações da gravidez, parto e puérpero	1
Total	11

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

A tabela acima apresentou a eclampsia com uma frequência maior (18,18%) quando comparada as outras categorias (9,09%). A preocupação dos achados se deve ao fato que a elevação da pressão arterial representa um problema de saúde durante a gestação. Neste seguimento, Melo et al. (2015) refere a indispensabilidade de uma assistência obstétrica de qualidade, visando a detecção precoce da hipertensão arterial.

Para evitar agravos orienta-se a identificação precoce dos fatores de risco e consequentemente, o início das intervenções adequadas (CARVALHO et al.,2015). A Rede Mãe Paranaense preconiza que seja realizado ao menos 7 consultas de pré-natal, 23 exames além de credenciamento a um hospital de referência (PARANÁ, 2012).

Como intervenções sugeridas na literatura para redução de mortalidade materna, ressalta-se o investimento na qualidade de assistências, a reestruturação física dos estabelecimentos que recebem a gestante bem como também a qualificação de profissionais (CARVALHO et al.,2015). Salienta-se neste contexto, a função do profissional de saúde, principalmente do enfermeiro, para redução da mortalidade materna no Estado bem como na 12º RS. Contudo, pode-se afirmar que a realização de um pré-natal de qualidade garante o desenvolvimento da gestação sem influenciar na saúde da mãe e com a presença de um recém-nascido saudável (CAMPOS et al., 2010; RIBEIRO, et al. 2016).

4 CONCLUSÃO

O estudo permitiu avaliar a importância do indicador mortalidade materna para a sociedade, evidenciando a necessidade de mudanças. Neste seguimento, traçou-se um perfil epidemiológico das mortes maternas caracterizando-as principalmente, por mulheres solteiras, de 20 a 29 anos, brancas, de baixa escolaridade tendo como causa de óbito principal a eclampsia. De fato, os valores mencionados na pesquisa revelam que a mortalidade materna na 12º RS ainda é elevada e



X
EPCC

Encontro Internacional
de Produção Científica
24 a 26 de outubro de 2017

ISBN 978-85-459-0773-2

necessita ser revista. Além disso, foi apontado no estudo que a maioria dos óbitos podem ser solucionados através de prevenção e um pré-natal de qualidade, o que reforça a função dos profissionais de saúde para redução dos índices de mortalidade bem como da promoção em saúde materna.

Conhecer o público permite direcionar as ações de saúde para as populações mais susceptíveis aos riscos. Neste sentido, conclui-se a necessidade de novas formas de abordagem pelos profissionais de saúde mediante o perfil apresentado, para que não falte assistência obstétrica a população, assegurando uma gestação tranquila e sem agravos.

Não foi possível avaliar a qualidade de assistência oferecida a mãe na 12ª RS, sendo assim sugere-se para as futuras pesquisas que avaliem este fato, pois a partir disso poder-se-á analisar com clareza a ausência ou existência de falhas obstétricas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**, p. 104, 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf. Acesso em: 25 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 22 mai. 2017.

CAMPOS, D. S. et al. O enfermeiro no contexto da saúde da família frente à prevenção da mortalidade materna. **Revista Uniciências**, v.14, n.2, 2010. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/uniciencias/article/view/759/728>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

CARVALHO, M. L. et al. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 178-184, abr. mai. jun. 2015. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/733/pdf_231>. Acesso em: 17 mai. 2017.

CASTRO, B. M. C., RAMOS, S. C. S. Perfil de mortalidade materna em uma maternidade pública da cidade de Manaus-AM. **Santa Maria**, v. 42, n.1, p. 103-112, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/20953/pdf>. Acesso em: 24 mai. 2017.

COSTA, E. S. et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun.2010. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4380/1/2010_art_lbsouza.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2017.



X
EPCC

Encontro Internacional
de Produção Científica
24 a 26 de outubro de 2017

ISBN 978-85-459-0773-2

DIAS, J. M. G. et al. Mortalidade Materna. **Revista médica de Minas Gerais**, v. 25, n.2, p.173-179, Abr./Jun., 2015. Disponível em:<<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

FERRAZ, L., BORDIGNON, M. Mortalidade materna no brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.2, p.527-538 abr./jun. 2012. Disponível em:<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/474/pdf_150>. Acesso em: 25 jun. 2017.

MELLO, W. F. et al. A hipertensão gestacional e o risco de pré-eclampsia: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pompal, v. 5, n. 3, p. 07-11, jul-set, 2015. Disponível em:<<http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3648/3288>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

MOURA, E. R. F et al. Mortalidade materna no Ceará-Brasil (1998 -2002): estudo retrospectivo. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 1, p.44-51, 2007. Disponível em:<<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/8262>>. Acesso em:24 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Décima Revisão (CID-10). 8 ed. São Paulo: Edusp, 2000.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Linha guia rede mãe paranaense**. Paraná, 2012. Disponível em:<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guiaversion_final.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Linha guia rede mãe paranaense**. Paraná, 2014. Disponível em:<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm__1.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2017.

RIBEIRO, E. et al. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco em um município goiano. **Revista Faculdade Montes Belos**, v. 9, n.1, 2016. Disponível em:<<http://www.fmb.edu.br/revistaFmb/index.php/fmb/article/view/213/190>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

SILVA, C. R. O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático**. Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004. Disponível em:<<http://joinville.ifsc.edu.br/~debora/PAC/Metodologia%20e%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20do%20Projeto%20de%20Pesquisa%20CEFET%20CE.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2017.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. P. 138, 3ª ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2005. Disponível em:<<http://www.fmb.edu.br/revistaFmb/index.php/fmb/article/view/213/190>>. Acesso em: 29 mai. 2017.

SOARES, V. M. N., AZEVEDO, E. M. M., WATANABE, T. L. Subnotificação da mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil: 1991-2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.10, p.2418-2426, out, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/22.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.



X
EPCC

Encontro Internacional
de Produção Científica
24 a 26 de outubro de 2017

ISBN 978-85-459-0773-2

SOARES, V. M. N.; MARTINS, A. L. A trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. **Rev. Bras. Saúde Materna Infantil**, Recife, v.6, n. 4, p. 453-460, out./dez., 2006.