

## Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022

Permanência da mulher em uso  
de MgS04 no Alojamento  
Conjunto

### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A morte materna é definida como a morte da mulher durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente de duração, ou localização da gravidez. O desfecho pode ser decorrente de uma causa relacionada ou agravada com a gravidez, ou por medidas tomadas em relação a esse problema. A **razão de morte materna** é um indicador importante de ser acompanhado, representado pelo número absoluto de mortes para cada 100 mil nascidos vivos. A Organização Mundial da Saúde, no ano de 2021, publicou que mais de 800 mulheres vão à óbito diariamente, em todo o mundo, por questões que envolvem a gestação ou parto e mais de 90% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento, de média e baixa renda<sup>1</sup>.

No Brasil a morte materna se mantém estável ao longo dos anos o que demonstra ausência de intervenções ou intervenções pouco eficazes para o enfrentamento desse problema permanecendo como principal causa de morte materna as Síndromes Hipertensivas, de acordo com o Portal de Boas Práticas do ano de 2022<sup>2</sup>.

A mortalidade materna se configura como uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. Nesse sentido, é fundamental que ocorra a organização de ações de cuidados

## **Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022**

que garantam o acesso e qualidade na atenção à saúde de gestantes e puérperas.

De acordo com o DATASUS, no ano de 2022, Pernambuco está situado no 6º lugar, entre os 9 estados do Nordeste, com uma taxa de mortalidade materna de 60,34/100 mil, no ano de 2017.

A razão de mortalidade materna encontrava-se acima da média nacional, e as principais causas de óbitos foram consideradas evitáveis, apontando para a necessidade de qualificar a atenção obstétrica no estado.

Distúrbios hipertensivos da gravidez, hemorragia, infecções, complicações no parto e abortamento inseguro são as principais causas de morte materna e representam aproximadamente 75% do total de óbitos maternos no mundo, acometendo indivíduos no auge da idade adulta e em plena capacidade reprodutiva. Essa morte representa uma ruptura na estrutura da família, com consequentes rearranjos familiares com impacto negativo na saúde e na vida dos filhos sobreviventes, além do impacto econômico pela perda da capacidade produtiva da mulher na composição do orçamento familiar.

Uma razão de mortalidade materna de 61,5 mortes por cem mil nascidos vivos. 64,4% desses óbitos ocorreram na faixa etária de 20 a 35 anos, 63,5% eram pardas e 56,8% solteiras. Hipertensão, hemorragia, aborto e infecção puerperal foram responsáveis por 2/3 das mortes.

Continua-se a busca pela redução da mortalidade materna brasileira, em consonância com a pactuação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio,

## **Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022**

que pretende reduções sequenciais até a razão de 30 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos até 2030.

Se os desafios para essa empreitada já eram difíceis no combate ao óbito materno, representadas pela hemorragia, hipertensão e infecção, somou-se a esse cenário a pandemia por Covid-19.

O manual do Ministério da Saúde de 2022 apresenta uma lista de condições clínicas e situações de urgência/emergência obstétrica que indicam maior risco de desenvolvimento de patologias com potencial de óbito materno fetal, entre elas estão as síndromes hipertensivas/Eclampsia.

As síndromes hipertensivas são a intercorrência clínica mais comum da gestação e representam a principal causa de morbimortalidade materna no mundo.

Dentre a classificação das síndromes hipertensivas cita-se a Pré-eclâmpsia, onde se trata de identificação de hipertensão arterial, em gestante previamente normotensa, a partir da 20<sup>a</sup> semana de gestação, associada à proteinúria significativa. Na ausência de proteinúria, também se considera pré-eclâmpsia quando a hipertensão arterial for acompanhada de comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos-alvo (trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal, edema pulmonar, iminência de eclampsia ou eclampsia) ou de sinais de comprometimento placentário (restrição de crescimento fetal e/ou alterações dopplervelocimétricas).

## **Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022**

Outra classificação da maior importância em termos de conduta é a identificação da pré-eclâmpsia sem ou com sinais de gravidade (antes denominadas de leve e grave, respectivamente). Os quadros de HELLP síndrome e eclampsia estão incluídos entre os de maior gravidade. Essas denominações permitem destacar ao profissional da saúde não apenas a forma de manifestação da hipertensão arterial na gestação, mas a percepção global do caso, incluindo a idade gestacional e a gravidade da situação.

Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade caracterizada pela presença dos seguintes sinais de gravidade: Estado hipertensivo com pressão arterial (PA) sistólica  $\geq 160$  mmHg e/ou PA diastólica  $\geq 110$  mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos, aferida com técnica adequada. A associação com sintomas configura uma emergência hipertensiva. Síndrome HELLP. Sinais de iminência de eclampsia: caracterizados pela sintomatologia secundária a alterações vasculares do sistema nervoso, como cefaleia, distúrbios visuais (fotofobia, fosfenas e escótomos e hiperreflexia, ou hepáticas, sendo náuseas, vômitos e dor no andar superior do abdome (epigástrio ou no hipocôndrio direito) as mais comuns. Eclampsia. Edema agudo de pulmão. Dor torácica, queixa que deve ser valorizada, se estiver acompanhada ou não por alterações respiratórias, situação que pode ser o resultado de intensa vasculopatia cardíaca e/ou pulmonar. Insuficiência renal, identificada pela elevação progressiva dos níveis séricos de creatinina ( $\geq 1,2$  mg/dL) e ureia, além da progressão para oligúria (diurese inferior a 500 mL/24 horas).

Pacientes com diagnóstico de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade fazem uso do sulfato de magnésio, o anticonvulsivante de escolha a ser ministrado quando há risco de convulsão, situação inerente aos quadros de PE

## **Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022**

com sinais de deterioração clínica e/ou laboratorial, iminência de eclampsia, eclampsia, síndrome HELLP e hipertensão de difícil controle. Frise-se, que o uso ou a reutilização dele não indica, necessariamente, a realização do parto. Pressão arterial sistólica  $\geq 160$  mmHg e/ou PA diastólica  $\geq 110$  mmHg, mesmo na ausência de sintomas, indica a profilaxia de convulsão com sulfato de magnésio.

Com relação ao puerpério das pacientes com diagnóstico de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, é listado pelo Ministério da Saúde alertas indispensáveis para equipe multiprofissional. Que são: Há o risco de evoluir com eclampsia e síndrome HELLP; a prescrição de sulfato de magnésio pode ser necessária; o tempo de uso deverá se embasar no contexto clínico, sendo frequentemente mantido por 24 horas. É possível que ocorra piora dos níveis pressóricos do terceiro ao sexto dia após o parto, secundária à redistribuição líquida. Deve-se evitar o uso de anti-inflamatórios não esteroides no controle da dor. Se necessário, os hipotensores utilizados no anteparto devem ser mantidos, com possíveis ajustes. Atenção redobrada na hidratação endovenosa e na presença de oligúria. Alta hospitalar com relatório minucioso e orientações sobre sinais e sintomas de alarme que devem suscitar uma consulta imediata.

Nesse contexto, a Câmara Técnica de Saúde da Mulher, do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco se posiciona em corroboração aos preceitos estabelecidos pela OMS, OPAS e Ministério da Saúde, considerando a proteção e recuperação da pessoa com útero e percorre essa trajetória de risco assistencial, além de assegurar aos profissionais de enfermagem obstétrica as melhores práticas na condução assistencial.

## Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022

### EVIDÊNCIAS

### III - DOS CONSIDERANDOS JURÍDICOS, ÉTICOS E LEGAIS:

Considerando a Constituição Federal – Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos em seu artigo 5º, inciso XIII, a saber:

É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.

Considerando a Lei Federal nº 7498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências, a saber:

Art. 11: O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – Privativamente:

(...)

1. b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

2. c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

(...)

1. i) consulta de enfermagem;

2. j) prescrição da assistência de enfermagem;

3. l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

4. m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II – como integrante da equipe de saúde:

1. a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

(...)

1. f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;

(Grifos nossos).

## Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022

Considerando o Decreto Federal nº 94.406/87 que Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências, a saber:

Art. 8º Ao Enfermeiro incumbe:

I – Privativamente:

(...)

1. b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

2. c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

(...)

1. e) consulta de enfermagem;

2. f) prescrição da assistência de enfermagem;

3. g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

4. h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II – como integrante de equipe de saúde:

1. a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

(...)

1. f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;

(...)

1. i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco. (Grifos nossos).

Considerando a Resolução Cofen nº 564/2017, que aprova o novo Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, a saber:

Seções I, II, III – Dos Direitos, Deveres e Proibições (...)

Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 7º Ter acesso às informações relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional.

## Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022

Art. 12 – Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência;

Art. 13 – Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem. (...).

Art. 21 – Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde; (...)

Art. 22 Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Art. 36- Participar da prática profissional multi e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade; (...)

É proibido:

Art. 33 – Prestar serviços que por sua natureza competem a outro profissional, exceto em caso de emergência.(Grifos nossos).

Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 46 Recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescriptor, exceto em situação de urgência e emergência.

§ 1º O profissional de Enfermagem deverá recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica em caso de identificação de erro e/ou ilegibilidade da mesma, devendo esclarecer com o prescriptor ou outro profissional, registrando no prontuário.

§ 2º É vedado ao profissional de Enfermagem o cumprimento de prescrição à distância, exceto em casos de urgência e emergência e regulação, conforme Resolução vigente.

Art. 55 Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 61 Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.

Considerando Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Que dispõe sobre o exercício da Medicina, a saber:

Art. 4 São atividades privativas do médico:

## Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022

(...)§ 1º Diagnóstico nosológico é a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios:

I – agente etiológico reconhecido;

II – grupo identificável de sinais ou sintomas;

III – alterações anatômicas ou psicopatológicas.

5º Excetuam-se do rol de atividades privativas do médico:

VI – atendimento à pessoa sob risco de morte iminente.

E que desta forma, a avaliação clínica não é atividade privativa deste profissional.

Considerando a Resolução Cofen nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências, a saber:

Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem; (...)

Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados; (...)

Art. 4º Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

## Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022

Considerando a Resolução Cofen nº 477/2015, que dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas, a saber:

Art. 1º – O Enfermeiro Obstetra e a Obstetrix exercem todas as atividades de Enfermagem na área de obstetria, cabendo-lhes:

I Privativamente:

(...)

1. g) Cuidados diretos de enfermagem a pacientes obstétricas graves, com risco de vida;
2. h) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, ligada à área de obstetria, e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

II Como integrantes de equipes de saúde na área da obstetria:

1. b) Participação na elaboração, execução, e avaliação dos planos assistenciais de saúde na área da obstetria;

(...)

1. f) Prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
2. g) Assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido;
3. h) Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
4. i) Assistência à parturiente e ao parto normal;

(...)

1. l) Identificação das distocias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido;

(...)

1. n) Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta.

## **Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022**

### **IV – DO PARECER:**

Considerando o Parecer Técnico Nº 08/2016 do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (Coren-PE).

Diante do exposto, conclui-se que além de não ser atividade privativa de outro profissional estabelecida em lei, a avaliação clínica e hemodinâmica de pacientes que estão sob efeito do Sulfato de Magnésio, é uma atividade que, caso realizada por profissional devidamente capacitado, diminui as chances de complicações das síndromes hipertensivas e consequentemente a mortalidade materna. Ou seja, não há ilegalidade em na realização desta prática pelo enfermeiro. Destarte, esta ou outra prática somente deve ser realizada por profissional devidamente capacitado, e na equipe de enfermagem, preferencialmente pelo enfermeiro especialista em saúde da mulher ou em obstetrícia. Destacamos inclusive que esta prática não deve ser protocolada como rotina de ações dos Enfermeiros, devendo a mesma ser realizada pelos profissionais de nível superior que assistem a paciente. Considerando a legislação em vigor, esta é uma atividade, cuja realização é proibida para Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Diante da negativa de Realização do procedimento pelo Enfermeiro, por não domínio técnico (Conduta possível de acontecer e respaldada pelo Código de Ética dos profissionais de enfermagem – Resolução Cofen 311/2007), deve a Responsável Técnica de Enfermagem, proporcionar a capacitação necessária.

Devem os serviços de saúde, em especial os de assistência à mulher, possuir em seu quadro funcional um quantitativo suficiente de enfermeiros e médicos para garantir a assistência adequada às pacientes nas situações mais graves. Já que deve ser penalizado aquele que coloca a vítima em situação de

## **Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022**

risco. A não previsibilidade de um quantitativo de pessoal adequado configura conivência com a desassistência.

Diante do exposto, além do parecer supracitado, conclui-se que o profissional Enfermeiro do Alojamento Conjunto está habilitado para acompanhar o processo de cuidados de enfermagem, cabendo-o e alinhado ao Código de Ética de Enfermagem, a saber a Lei 7.498/1986 e Decreto 94.406/1987, que estabelecem as normativas, contendo direitos, deveres e obrigações profissionais. Além do respaldo técnico, que considera ao que afasta o cuidado da imperícia, negligência e imprudência no cuidado à mulher neste ciclo, contextualizado na assistência segura e de qualidade, mediante presença da equipe multidisciplinar, obrigatoriamente, sendo este o teor teórico-técnico deste parecer.

Considerando, ainda, que a estrutura arquitetônica e equipamentos do parque tecnológico, ambos imprescindíveis para o acolhimento e monitorização da paciente na linha de cuidado obstétrica, que se enquadra, segundo as evidências científicas e *guide-lines*, como perfil de cuidados de enfermagem intermediários, devem salvaguardar o dimensionamento da equipe de assistência de enfermagem, bem como amparar todo o arcabouço legal que permeiam esse contexto de cultura de segurança, tanto para os profissionais, mas sobretudo para o binômio mãe e bebê, foco maior desta coalizão para melhoria contínua nos serviços de saúde, a iniciar no Centro Universitário Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM.

Para tanto, além da providência de adequação estrutural e oferta de equipamentos necessários para monitorização de pacientes na dependência de cuidados intermediários, o Enfermeiro do alojamento conjunto deverá estar devidamente capacitado para prestar assistência à mulher no ciclo gravídico

**Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022**

puerperal em uso de medicações de alta vigilância (MAV), a qual se enquadra o sulfato de magnésio, bem como esta assistência deve estar devidamente descrita nos protocolos assistenciais e manuais de normas e rotinas da instituição. Recomenda-se, ainda, que os enfermeiros deste setor sejam, preferencialmente, enfermeiros obstetras, para garantia da qualidade da assistência prestada e redução dos riscos, assegurando o cumprimento das metas de segurança do paciente e da redução da mortalidade materna, sobretudo o que reza a RDC 36/2013, no que tange a segurança da cadeia medicamentosa. Sugere-se a realização de fiscalização por parte do COREN-PE à unidade em tela para averiguar a adequação do serviço e o cumprimento das normativas técnicas-legais, além do parecer emitido pela Câmara Técnica de Saúde da Mulher do COREN-PE.

É o parecer, salvo melhor juízo.

Recife, 22 de setembro de 2022.

**Câmara Técnica de Saúde das Mulheres  
Coren-PE**

## Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Nº 189/96: parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Rio de Janeiro; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

FERNANDES, Beatriz Boleta et al., Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 192-199, 2015.

## **Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna**. Rio de Janeiro, 03 jun. 2022.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico N° 20**. Volume 51. Maio/2020.

Mortalidade materna em Pernambuco: delineando o perfil epidemiológico (2009-2013) <http://orcid.org/0000-0002-8447-4072>.

Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?  
Morse Marcia Lait, Fonseca Sandra Costa, Barbosa Mariane Doelinger, Calil Manuele Bonatto, Eyer Fernanda Pinella Carvalhal. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2011 Apr [cited 2018 May 22] ; 27( 4 ): 623-638.

Os 10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna Garanta **vigilância e assistência permanente no puerpério**. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna>. Acesso em 28/08/2022 às 08:30h.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI,R.R. Sistema de Classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. Rev.Esc.Enf.USP,V.32,n.2,p.153-68,ago.1998.

**Parecer CTASM/COREN-PE nº 005/2022**

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao\\_saude\\_sup/pdf/Atenc\\_saude3fase.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude3fase.pdf). Acesso em 29/08/2022 às 09:30h.

<https://doi.org/10.33233/eb.v18i4.2574>. Acesso em 29/08/2022 às 10:30h.

Victora GC et al. **Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. The Lancet.** 2011; 377 (9780): 1863-1876.

WHO – World Health Organization. Health statistics and information systems. Maternal mortality ratio (per 100 000 live births).