



CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARILENE ROMÃO DE SOUZA

OS IMPACTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: uma revisão integrativa da literatura

Icó - Ceará
2022

MARILENE ROMÃO DE SOUZA

OS IMPACTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: uma revisão integrativa da literatura

Monografia submetida à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II (TCCII) do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), a ser apresentada como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. João Paulo Xavier

Icó - Ceará

2022

MARILENE ROMÃO DE SOUZA

OS IMPACTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: uma revisão integrativa da literatura

Monografia submetida à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II (TCCII) do Curso de Bacharelado em enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), a ser apresentado como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me. João Paulo Xavier Silva
Centro Universitário Vale do Salgado
Orientador

Profª. Dra. Celestina Elba Sobral de Souza
Centro Universitário Vale do Salgado
1º Examinador

Prof. Me. Josué Barros Júnior
Centro Universitário Vale do Salgado
2º Examinador

Dedico este trabalho a Deus, sem a direção dada por ele, a conclusão deste trabalho não seria possível. Por causa disso, dedico essa monografia a Ele, também dedico ao meu filho Lucas, a minha mãe Terezinha e ao meu Orientador João Paulo Xavier.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos.

Agradeço a minha mãe, Terezinha, por todo apoio e orações por mim, sem essa força não conseguiria seguir em frente. Ao meu filho, Lucas, filho querido, obrigada! pelo apoio e incentivo que não me deixou desistir desse trabalho de conclusão.

Agradecimento especial a minha Vovó, Valda, meu maior exemplo de Mulher virtuosa, guerreira e de oração.

Agradeço a minha tia, Antônia de Oliveira e as minhas primas: Aderlandia, Gerlandia Romão, Gabriela e M. Socorro. Eu jamais serei capaz de retribuir todo carinho, amor e incentivo que recebi de vocês.

Obrigada, Francisco Romão, irmão querido, por seu apoio e por tudo que faz por mim.

Agradeço a todos os Professores, especialmente ao orientador, João Paulo Xavier Silva, obrigada, Mestre, por exigir de mim muito mais do que eu imaginava ser capaz de fazer. Manifesto aqui minha gratidão eterna por compartilhar sua sabedoria, o seu tempo e sua experiência.

Aos meus colegas do curso, agradeço pela força, incentivo e apoio. Agradeço ao Centro Universitário Vale do Salgado- UniVS, pela oportunidade de realizar a graduação em Enfermagem.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que de alguma forma estiveram envolvidas na realização deste trabalho.

“O Senhor é meu pastor, nada me faltará”

Salmos 23:1

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- ETAPAS FUNDAMENTAIS DA RIL.....	24
QUADRO 2- VARIÁVEIS BIBLIOMÉTRICAS DOS ESTUDOS INCLUIDOS NA RIL....	29

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- FLUXOGRAMA DE CRUZAMENTO DOS DADOS E SELEÇÃO DOS ESTUDOS PARA RIL, ICÓ, CEARÁ, BRASIL, 2022.....	27
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANPPS	Agência Nacional de Prioridades e Pesquisas em Saúde
CMM	Comitê de Mortalidade Materna
ESF	Estratégia Saúde da Família
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MM	Mortalidade Materna
MS	Ministério da saúde
ODS	Objetivos dos Desenvolvidos Sustentáveis
PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

SOUZA, M.R. OS IMPACTOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: uma revisão integrativa da literatura. 2022. 46f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Universitário Vale do Salgado, 2021.

O óbito materno como casos que ocorram na gestação ou até 42 dias do puerpério, sendo procedente de complicações na gravidez ou de fatores extrínsecos. A morte materna é vista como uma transgressão dos direitos humanos das mulheres, por ser uma adversidade questionável em 92% dos casos. O estudo teve como objetivo analisar na literatura científica quais os impactos da Atenção Primária à Saúde para redução da morte materna entre os anos 2011 e 2021. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A busca foi realizada em bases de dados indexadas na BVS entre os meses de janeiro e março de 2022, utilizando-se os descritores em Ciências da saúde (deCS): Atenção Primária à Saúde, mortalidade materna e cuidados de enfermagem. Aplicando-se AND como operador booleano a busca cruzada entre os descritores. A coleta dos resultados foi realizada a partir da realização de três combinações de cruzamento dos descritores nas bases dos dados. Na primeira busca foram cruzados os DeCS: Cuidados de enfermagem AND Atenção Primária à Saúde AND Mortalidade Materna onde foi obtido um total de 28 estudos, após os filtros: texto completo, idiomas português e espanhol e recorte temporal 2011 a 2021, restaram 4 estudos, dos quais 1 foi incluído para leitura na íntegra. Na segunda busca os DeCs foram: Atenção Primária à Saúde AND Mortalidade Materna, que resultou em 623 estudos, aplicando os filtros anteriores, foram obtidos: 64 estudos, desses 7 foram incluídos para leitura na íntegra. Já na terceira busca os Decs foram: cuidados de enfermagem AND mortalidade materna, o total foi de 299 estudos, após aplicação dos filtros restaram 46 estudos, desses apenas 3 foram incluídos para leitura. Após leitura restaram apenas 7 estudos. Esses estudos foram discutidos em 2 categorias: Atenção Primária à saúde e a adesão ao pré-natal e suas implicações sobre as complicações a saúde materno-infantil; Aspectos da mortalidade materna associadas a hipertensão gestacional. Foi percebida a necessidade da realização de novos estudos e reflexões no que tange a essa temática, tendo em vista que mesmo existindo políticas públicas de saúde, programas e estratégias para redução da mortalidade materna, ainda não é uma problemática superada, mediante a complexidade da problemática e a sua causa ser multifatorial.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Mortalidade Materna

ABSTRACT

SOUZA, MR THE IMPACTS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY TO REDUCE MATERNAL MORTALITY IN BRAZIL: an integrative literature review. 2022. 46f.. Monograph (Graduate in Nursing) – Vale do Salgado University Center, 2021.

Maternal death as cases that occur during pregnancy or within 42 days of the puerperium, arising from complications in pregnancy or extrinsic factors. Maternal death is seen as a transgression of women's human rights, as it is a questionable adversity in 92% of cases. The study aimed to analyze in the scientific literature the impacts of Primary Health Care to reduce maternal death between the years 2011 and 2021. This is an integrative literature review. The search was carried out in databases indexed in the VHL between January and March 2022, using the descriptors in Health Sciences (deCS): Primary Health Care, maternal mortality and nursing care. Applying AND as a Boolean operator to cross search between descriptors. The collection of results was performed by performing three combinations of crossing the descriptors in the databases. In the first search, the DeCS were crossed: Nursing care AND Primary Health Care AND Maternal Mortality, where a total of 28 studies were obtained, after the filters: full text, Portuguese and Spanish languages and time frame 2011 to 2021, 4 studies remained, of which 1 was included for full reading. In the second search, the DeCs were: Primary Health Care AND Maternal Mortality, which resulted in 623 studies, applying the previous filters, were obtained: 64 studies, of these 7 were included for full reading. In the third search, the Decs were: nursing care AND maternal mortality, the total was 299 studies, after applying the filters, 46 studies remained, of these only 3 were included for reading. After reading, only 7 studies remained. These studies were discussed in 2 categories: Primary health care and adherence to prenatal care and its implications for maternal and child health complications; Aspects of maternal mortality associated with gestational hypertension. was noticed the need to carry out further studies and reflections on this issue, given that even though there are public health policies, programs and strategies to reduce maternal mortality, it is still not a problem overcome, due to the complexity of the problem and the its cause is multifactorial.

Key words:Nursing care. Primary Health Care. maternal mortality

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVO.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.	17
3.1 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
3.2 A MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.....	19
3.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESF NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA.....	21
4 METODOLOGIA.....	24
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
4.2 FORMULAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA.....	25
4.3 PERÍODO SE COELTA.....	25
4.4 BASE DE DADOS PARA BUSCA.....	25
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA AMOSTRA.....	26
4.6 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	26
4.7 ANÁLISE, ORGANIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	29
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS.....	29
5.2 CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	31
5.2.1 Atenção Primária à saúde e a adesão ao pré-natal e suas implicações sobre as complicações a saúde materno-infantil.	31
5.2.2 Aspectos da mortalidade materna associadas a hipertensão gestacional.....	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	40
ANEXOS.....	45
ANEXO A – INSTRUMENTO ELABORADO POR URSI (2005)	46

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define óbito materno como casos que ocorram na gestação ou até 42 dias do puerpério, sendo procedente de complicações na gravidez ou de fatores extrínsecos. A morte materna é vista como uma transgressão dos direitos humanos das mulheres, por ser uma adversidade questionável em 92% dos casos (COELHO et al., 2017; OPAS, 2018).

Durante muito tempo, pouca atenção foi dada a este acontecimento, talvez porque pensando em termos de números absolutos, torna-se difícil dimensionar a extensão do problema. Entretanto, a partir do momento em que fizeram estudos sobre a propagação dos casos de morte materna e as suas consequências sociais foi possível identificar a realidade de um contexto preocupante (BRASIL, 2016).

O comitê de mortalidade materna é importante agente para a operação das circunstâncias de óbito materno. Sua implementação contribui para a identificação desses óbitos, suas causas e determinantes. Considerando todos os óbitos de mulheres em idade fértil, a averiguação deve verificar se a mulher se encontrava grávida nos doze meses antecedentes à morte. Com o levantamento destes dados os Estados e Municípios podem prorrogar e estabelecer medidas mais eficazes para assistência à saúde da mulher, durante a gravidez, parto e puerpério (VEGA et al., 2017).

No Brasil, a saúde da mulher foi adicionada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo restringida, nesse período, as demandas pertencentes a gravidez e ao parto. Os programas maternos infantis, desenvolvido nas décadas de 30, 50 e 70, passavam uma interpretação privativa sobre a mulher, fundamentada em suas características biológicas e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (PEREIRA et al., 2017).

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

No decorrer de muitos anos no Brasil esse foi um problema de saúde ainda maior, por falta de assistência. Porém, em 1994 com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) houve significativa redução na Mortalidade Materna (MM). O PSF criado como uma estratégia de planejamento de recondução das práticas assistenciais com ações apontadas a promoção, proteção e recuperação da saúde, focada nos princípios do SUS, é constituída por

uma equipe multiprofissional, integrada por médico, enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e em certas situações contém dentista, tais profissionais têm que visar práticas de atividades que recuperem o acesso e a qualidade dos serviços de saúde (MAGALHÃES, 2010).

O Enfermeiro no PSF exerce duas funções relevantes na unidade de saúde, sendo elas: assistencial e gerencial desta maneira tendo potencial de coordenar, estimular e instruir sua equipe nas inúmeras condutas a tornarem-se desenvolvidas no campo de ação da Atenção Básica (AB) (MARTINS; ANTÔNIO, 2016).

Em 2006 o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção Básica à Saúde, justamente porque o programa possui tempo determinado e estratégia é permanente e contínua. Desse modo, passou a ser determinado de Estratégia Saúde da família (ESF) (BRASIL, 2006).

Ao Enfermeiro que trabalha na ESF, faz parte de suas responsabilidades, ouvir a população no que diz respeito à concepção e contracepção, ofertando conhecimentos dos métodos legais e acessíveis, apresentando a importância de uma prática sexual consciente e sadia, sem contradizer o alcance aos métodos naturais e comportamentais (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010).

Dentre os compromissos focados a saúde da mulher, evidencia também ações educativas, consultas de enfermagem para as adolescentes e gestantes, realização do exame citológico oncológico nas mulheres com vida sexual presente, acompanhamento do pré-natal, imunização, pedidos de exames rotineiros e visitação domiciliar (FERNANDES et al., 2016).

No intuito de otimizar o desenvolvimento das ações e serviços de atenção à saúde é necessária uma estrutura física adequada para que o fluxo do trabalho da equipe e das pessoas dentro e fora da UAPS, ocorra de modo eficaz, o Ministério da Saúde através da PNAB considera a quantidade e dimensionamento dos ambientes da UAPS. Esses ambientes são: consultórios médico e de enfermagem com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, farmácia, sala de inalação coletiva que é um ambiente pouco em encontrado nas ESFs, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para demais profissionais da equipe, consultório odontológico, recepção, local ou sala para arquivos e registros, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade (BRASIL, 2017).

A ESF tem prestado total atenção ao pré-natal e puerpério de qualidade e humanizado para saúde materno e neonatal, incluindo a atenção a mulher na gravidez e no pós parto com ações de educação, prevenção e promoção da saúde, diagnosticando e tratando problemas que

ocorrem nesse período. Partindo desse contexto, pergunta-se: Qual o impacto da Atenção Primária à Saúde na redução da mortalidade materna do Brasil?

Justifica-se a pesquisa desse tema Impactos da Atenção Primária à Saúde na redução de Mortalidade Materna na necessidade de analisar o quanto esse programa é importante e tem colaborado para esse alvo, tendo a intenção de fortalecer a assistência materna e por essa temática constar na Agência Nacional de Prioridades e Pesquisa em Saúde, no eixo 14, subtópico 14.1, e constar nos Objetivos Desenvolvimento Sustentável (ODS) um desses objetivos é reduzir a MM até 2030.

Esse estudo é relevante, para o meio acadêmico e científico uma vez que fornece um material de aperfeiçoamento do conhecimento de profissionais e acadêmicos da enfermagem, bem como, desperta para a necessidade da realização de novas pesquisas e reflexões críticas acerca da problemática. Para o meio social por favorecer a disseminação de informações essenciais que alertam e esclarecem mulheres que desejam se tornar mães e aquelas que já são, sobre os riscos, bem como, sobre as formas de prevenir possíveis complicações decorrentes de uma gestação que levem ao óbito.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar na literatura científica quais os impactos da Atenção Primária à Saúde para redução da morte materna entre os anos 2011 e 2021.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Básica implementa-se em um conjunto de ações que dão densidade práticas a notoriedade de vigilância em saúde, como referência que articula conhecimentos e técnicas provenientes da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, redefinindo as práticas em saúde, associando as bases de promoção, proteção e assistência, com propósito de garantir a integralidade do cuidado (SANTANA, 2001).

As atividades de grupos com gestantes na ABS proporcionam a permanência de um espaço sugestível e acolhedor para os questionamentos e demandas individuais e coletivas que durante o período de gestação nem sempre são acolhidos nas consultas clínicas, além de influência, e troca de experiências e saberes entre as gestantes, atenção para o próprio corpo, suas sensações e emoções (NASCIMENTO et al., 2017).

A ESF pode ser entendida como uma formulação que indica problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes, “no sentido de renovar e produzir novos instrumentos, alternativos aos existentes, capazes de resolver os problemas de saúde da população brasileira, aparentemente sem respostas suficientes pelo modelo biomédico”. Todavia, a autenticidade e o alcance da condição de hegemonia do novo paradigma dependem de forte apoio social, e a resolução dos problemas a que se propõe não deve se limitar à esfera da ESF, mas englobar todo o sistema de saúde, nos seus diferentes níveis de complexidade, bem como a efetivação de ações intersetoriais (TEIXEIRA, 2006).

A ESF valoriza os princípios de territorialização, de formação, de vínculo com a população, de garantia e integralidade na atenção, de trabalho a equipe, panorama multiprofissional com destaque na promoção de saúde pelo meio de fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulos da participação da comunidade (SOUZA, 2000).

A estratégia pode ser compreendida como uma forma de antecipar os possíveis obstáculos que surgirão quando se pretende passar da situação existente para desejável. A ESF tem total transcendência no acompanhamento do pré-natal da gestante. Em todos os níveis da assistência, um dos papéis do enfermeiro na ESF, é a orientação em sua atenção no pré-natal, em conjunto com a gestante e a família empenhar-se a mostrar a importância do acompanhamento da gestação, promoção, prevenção e tratamento durante e após a gravidez bem como comunica os serviços que estão a sua distribuição (SILVA et al., 2009).

O enfermeiro voltado à assistência de saúde da mulher apresenta ações que são essenciais para que exista qualidade de vida das mulheres, uma vez que ele atua na prevenção

e promoção da saúde, além do mais realiza orientações sobre planejamento reprodutivo e os cuidados necessários (NOGUEIRA et al., 2017).

A assistência em enfermagem é importante para o enfrentamento e acompanhamento de todo período de gestação e pós-parto, uma vez que o enfermeiro é estimado o profissional que mais se aproxima da população, possuindo um cargo importante nos programas de educação em saúde. Esse profissional tem o artifício de fazer a busca ativa para identificar as mulheres que estão gestantes e iniciarem o pré-natal precoce estimulando e entusiasmando a realizar as consultas a partir da compreensão sobre o seu contexto sociocultural e familiar (BATISTA et al, 2017).

As práticas de prevenção e promoção de saúde que necessitam ser avançadas pelos profissionais da enfermagem tendo em vista a importância das consultas na gestação, se apresenta em ações educacionais e orientações à gestante e acompanhante, roda de conversas, grupos para aconselhamento sobre qualquer sinal e intercorrência na gestação busca a assistência. Essas informações se darão indispensáveis para assegurar uma gravidez tranquila e acompanhamento após o parto pois é a partir dessas orientações que a gestante aprenderá as necessidades do pré-natal, as alterações fisiológicas e patológicas e ajuda a conseguir em um pacto seguro e menos probabilidade de morbidades para essa mãe (ARAÚJO, 2018).

De todas as complicações do ciclo gravídico puerperal a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais comum, ocorrendo em cerca de 7% de todas as gestações. São agravante fatores como diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 35 anos, antecedentes pessoais e familiares, raça negra e fatores sociais econômicos e culturais, Freire (2009) afirma que 38% dos óbitos maternos no Brasil têm como maior causa a hipertensão.

A FEBRASGO (Federação Brasileira das associações de ginecologia e obstetrícia) classifica a doença hipertensiva na gestação como: hipertensão gestacional, hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica. Hipertensão gestacional ou Doença Específica da gravidez (DHEG) ocorre quando a pressão arterial se eleva após 20ª semana de gestação ou nas primeiras 24 horas após o parto sem outros sinais de pré-eclâmpsia ou hipertensão preexistente (RECHE, 2018).

A Estratégia Saúde da Família ESF por esta mais próxima a verdade comum dessas gestantes e de necessária ajuda. O reconhecimento precoce e o encaminhamento para o atendimento conveniente são ações que podem salvar vidas. Ocorrências como retenção hídrica alteração da pressão arterial, trombose, gestantes com idade gestacional menor que 20 semanas e pressão arterial maior que 150x100 mmHg na posição sentada ou maior que 140 x 90 mmHg em decúbito lateral, sem cefaleia ou distúrbio visuais, dor epigástrica recomenda informar a

equipe ESF. Visitas domiciliares frequentes e disponibilidade de aparelhos para o monitoramento diário são imprescindíveis (RECHÉ, 2013).

Após o parto a mulher deixa de ser o foco das atenções que são voltadas para o recém-nascido. E a consulta puerperal termina sendo negligenciada. A ESF deve fazer visita domiciliar ainda na primeira semana e se a gestação foi considerada como alto risco a visita deverá ser nos primeiros 3 dias após a alta. Olhar puérpera além do sistema reprodutor ou hormonal é necessário. Aspectos psicológicos, sentimento em relação a essa nova fase de sua vida, opiniões, queixas e dúvidas devem ser perguntadas. Seu retorno à ABS deve ocorrer em cerca de 10 dias após o parto. Nas unidades de ESF o enfermeiro precisará examinar e orientar a vacinação do recém-nascido, encaminhar para o teste do pezinho, avaliar mamas e aleitamento materno, e vigiar a relação entre mãe e filho. Além de que devem ser reforçadas as orientações quanto ao aleitamento materno, cuidados básicos com o recém-nascido e higiene (GOMES, 2016).

Investigar intercorrências durante a gestação e parto, tipo de parto, os sangramentos, verificar a pressão arterial e temperatura. Também certificar se a puérpera recebeu informações sobre HIV, sífilis e demais IST e encaminhar para o planejamento familiar. A forma de como a ESF atua na assistência prestada contribui, de forma clara, para a redução da morbidade e mortalidade materna (GOMES, 2016).

3.2 A MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

No Brasil, ocorreram 16.520 óbitos maternos entre os anos 2016 e 2021, este valor fez com que a Razão da mortalidade materna ficasse em 59,1% óbitos a cada 100 mil nascidos vivos durante esse período. OMS considera razoável até 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, logo, o índice de mortalidade materna no Brasil ficou aquém do desejável. E durante esses anos a região sudeste foi a que apresentou maior índice de mortalidade (FERRAZ; BORDIGNON, 2016).

Inúmeras mulheres jovens morrem por complicações na gestação, parto ou puerpério. De modo geral, elas pertencem a classe social mais carente, em termos de renda, escolaridade e acessos a serviços de saúde de qualidade. A assistência sem qualidade a essas jovens mulheres converte um fenômeno natural em sofrimento, para elas próprias e suas famílias. Em muitos casos, o risco de a grávida vir a falecer é observado durante a gestação. São mulheres desinformadas e com nível socioeconômico baixo (CHAVES; FONSECA, 2018).

Algumas das estratégias para precaução do óbito materno é a criação e o fortalecimento de comitês de mortes maternas nos âmbitos nacional, regional, estadual, municipal e hospitalar (BRASIL, 2007). O MS conseguiu mobilizar instituições ligadas à saúde da mulher em todo o país, para que fossem implantados comitês estaduais de morte materna em todos os estados da federação no período de 1993 a 1996. Os comitês são interinstitucionais e multiprofissionais, tem uma atuação técnico científica, sigilosa, não coercitiva ou punitiva, com função potencialmente educativa e de acompanhamento da execução de políticas públicas (BRASIL, 2017).

Nessa situação, visando a melhoria da qualidade de vida da mulher no período gestacional, a Política de Atenção ao Pré-Natal foi fundada com a finalidade de oferecer uma assistência humanizada à gestante desde o início da gravidez até o período puerperal. Portanto, as ações preconizadas pelo MS tem sido desenvolvida e agregada nas Estratégias de Saúde da Família através do Programa Saúde da Mulher (OLIVEIRA et al., 2010).

Consequentemente, a assistência pré-natal se constitui no principal meio de assegurar à mulher uma gestação tranquila, permitindo o parto de um recém-nascido saudável e favorecendo na redução dos riscos para MM. Para isso, é necessário que os profissionais que assistem a gestante estejam capacitados para oferta uma assistência adequada de forma que possa identificar precocemente o surgimento de qualquer alteração que demandem intervenções proporcionando a essa clientela qualidade de vida para o binômio mãe-filho (REIS, 2016).

O MS vem adotando uma série de medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher, incluindo a atenção obstétrica. De acordo com Alencar Júnior (2006), muitas estratégias têm sido implementadas para resolução do problema, incluindo um adequado sistema de registro de nascimento e mortes, o planejamento familiar, a assistência pré-natal e a utilização de tecnologias apropriadas.

A PAISM passa a ser adequada na ajuda à mulher em todos os ciclos da vida desde o nascimento até a velhice (BRASIL, 2007). A política é um instrumento de orientar e capacitar os trabalhadores do SUS no atendimento integral à mulher, se responsabilizando por seus direitos legalmente constituídos e tornando maior o acesso.

Nesse ponto de vista para garantir a igualdade e os direitos, a PAISM reformulada em 2007 para PNAISM que justifica nos princípios doutrinários dos sus universalidade, integralidade e equidade, buscando assim estabilizar as ações de prevenção, promoção e tratamento das doenças (BRASIL, 2007). Levando em consideração os princípios da PNAISM, o SUS deverá garantir:

O SUS deverá garantir acesso das mulheres a todos os níveis de atenção da saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da política de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2007, p. 65).

Um dos objetivos da política nacional de saúde da mulher é incentivar o melhoramento das condições de vida e saúde, ajudar para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, principalmente por causas evitáveis, ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral no SUS (Brasil, 2007). Tendo em consideração que existem meios científicos que capacitam o enfermeiro e demais profissionais na redução da mortalidade. Constatou-se a importância de seguir a política. Dessa forma Coelho et al., (2009. P. 155) comentam que:

Na atenção à saúde das mulheres, compreendemos a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres.

O MS sugere que a política deve conter ações educativas e preventivas e que o novo programa incorpore a assistência ginecológica no atendimento à mulher, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, ISTs, câncer de colo do útero e de mama. Comprovando Oliveira e Gonçalves (2004), trazem que a educação em saúde, é uma indispensável linha a prevenção, e está sempre conectada com a prática. Preocupada com o aperfeiçoamento das circunstâncias de vida e de saúde da população. Assim sendo, fica claro que a educação em saúde, tem como objetivo levar conhecimento na finalidade de gerar mudanças de atitude (OLIVEIRA; EGRY, 2011).

3.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESF NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

Dessa forma a assistência pré-natal é uma importante aliada na redução da mortalidade materna, implantada pelo Ministério da Saúde em 2000 no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), sendo recomendado que em média haja a realização de seis consultas de pré-natal, iniciadas desde o primeiro trimestre da gravidez, para a detecção precoce de riscos e complicações evitáveis; uma consulta no período do puerpério, essa até 42 dias após

o parto; e a recomendação durante o pré-natal da realização dos exames laboratoriais juntamente às orientações a respeito do aleitamento materno (AMORIM, et al., 2016).

No intuito de reduzir a mortalidade materna foram implantados programas que possivelmente influenciaram nos óbitos maternos apresentados, como por exemplo, no ano de 2011, na Bahia e em Salvador, onde o índice de mortalidade materna foi menor quando comparado aos demais anos. Vale destacar que em 2011, para reforçar a atenção a saúde da mulher, implantou-se a Rede Cegonha que tem como objetivos: um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da mulher e da criança; garantia de acesso, acolhimento e resolutividade, e redução da mortalidade materna e neonatal; e como diretrizes a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, e melhoria da qualidade do pré-natal (BRASIL, 2017).

Sendo assim, percebe-se que a implantação da Rede Cegonha possibilitou ao enfermeiro um importante papel nesse processo, uma vez que a rede permite maior autonomia e subsídios necessários para a atuação nos serviços de pré-natal, puerpério e atenção à saúde da mulher e da criança. Aliado a isso proporciona capacitação para promover assistência qualificada capaz de contribuir para redução da mortalidade materna (BRASIL, 2018).

Segundo o Decreto nº 94.406/8724, a Lei de Exercício Profissional da Enfermagem dá cobertura ao enfermeiro para realizar consultas de pré-natal de baixo risco, pois possui conhecimento teórico-científico para prestar a assistência (CUNHA, et al., 2017).

Nesse cenário, a atenção ao pré-natal é necessária quando se trata de redução dos índices de mortalidade materna e perinatal. Esse serviço, de acordo com o MS é de fácil acesso e favorece os seguintes níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência às gestantes e recém-nascidos, sendo o enfermeiro o profissional mais atuante no pré-natal, o qual é provido de protocolos de atribuição profissional que os auxiliam a prestarem uma assistência de qualidade (NASCIMENTO, 2019).

Essa redução da mortalidade materna se dá através de medidas para eliminação dos casos de doenças inerentes à gestação e perpassa a assistência hospitalar com o incentivo ao parto normal visando a redução das cesáreas desnecessárias e conseqüentemente o óbito materno. Além disso, devem ser desenvolvidas ações no período pós parto, onde se torna indispensável à atenção à mulher e ao recém-nascido por meio da consulta de puerpério. Logo deve ser incentivado durante o acompanhamento pré-natal como também na maternidade, o retorno à UBS após o parto (ANDRADE, et al., 2016).

Na atenção básica, o enfermeiro é o principal responsável por essas medidas de eliminação dos riscos pertinentes à gravidez, parto e puerpério. Nesse sentido, durante o pré-

natal este profissional deve garantir o acolhimento e acompanhamento necessário para que a gestante possa conduzir de maneira saudável sua gestação. Entretanto, este acompanhamento também é imprescindível para a busca ativa das gestantes que não iniciaram ou abandonaram as consultas (OLIVEIRA, 2016).

Portanto, cabe ao enfermeiro, no cuidado pré-natal, a necessidade de criar estratégias para as gestantes a fim de que essas compareçam nas próximas consultas para continuidade da assistência. É de grande importância ir além das consultas marcadas, utilizando como estratégia de alcance os grupos de gestantes com ações educativas sobre o período gestacional, processo de vinculação à maternidade, importância da consulta puerperal, saúde bucal do binômio mãe e filho, e explicar sobre as particularidades do aleitamento materno e do planejamento familiar, bem como temáticas sugeridas por elas (BRASIL, 2006).

A Rede Cegonha lançada em março de 2011 e instituída pela Portaria MS/GM nº 1.459/2011 é uma estratégia do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde- SAS, de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério.

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros (BRASIL, 2009).

O MS com a Rede Cegonha vem aderindo uma série de medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher, englobando a atenção obstétrica, sendo uma estratégia fundamental para a prevenção do óbito materno. Consideramos que os cuidados com as mulheres no puerpério são primordiais na diminuição do óbito materno, para tanto é importante conhecermos a fisiologia do puerpério, sendo o período que tem início logo após o parto e termina quando a fisiologia materna volta ao estado anterior, em torno de seis semanas depois do parto. É também conhecido como sobre parto ou pós-parto, a sua cronologia é muito variável dependendo do ponto de vista dos pesquisadores, todavia o que se afirmar é que nessa fase acontecem as manifestações involutivas e de recuperação do sistema reprodutor feminino após o parto (BRASIL, 2006).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo do tipo bibliográfico, mas notadamente uma revisão integrativa da literatura (RIL).

Os estudos bibliográficos dão existência na criação inicial de todo o trabalho científico e acadêmico. É desempenhado a pesquisa atual das publicações em periódicos, livros, revistas e outras fontes. O objetivo é colocar o investigador frente ao material produzido. Vale salientar a importância do cuidado com as fontes de investigação, levando em conta sua confiabilidade. Todos os tipos de pesquisa envolvem ou estudo bibliográfico, em virtude de que, todo o trabalho exige o referencial teórico. Entre as fases deste estudo existem algumas que são fundamentais, sendo elas: Levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, construção da proposta temática; classificação; organização lógica do tema e desenvolvimento do texto (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Nesse processo as informações bibliográficas são colhidas e anotadas em um determinado documento ou fichas e a partir desse processo o pesquisador organiza suas ideias, através da interpretação dos dados alcançados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Em relação a RIL, esta engloba a investigação sistemática de estudos, capazes de nortear as decisões e a implementação de novas condutas. Ademais, permite a construção da síntese de uma temática específica e elencar algum déficit do conhecimento científico que fornece pressupostos para o desenvolvimento de novas pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Salienta-se que a RIL Apresenta um protocolo pré-estabelecido que norteia toda a construção do estudo desde a identificação do problema perpassando pela coleta de informações e dados até o desfecho da produção. Para tanto, Mendes, Silveira e Galvão (2008), propuseram seis etapas fundamentais que devem ser seguidas. As etapas propostas pelos autores são apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 1- Etapas fundamentais da RIL

ETAPAS	DEFINIÇÃO	CONDUTA A SER REALIZADA
1ª	Identificação do Tema/problema	- Formação da Hipótese ou Questão da pesquisa. - Identificar palavras chaves - Tema relacionado com a prática clínica.
2ª	Estabelecimento de critérios de Elegibilidade dos estudos e busca na literatura.	- Uso de base de dados - Estabelecer critérios de exclusão e inclusão
3ª	Categorização dos estudos	- Extração das informações - Organizar e sumarizar as informações
4ª	Avaliação dos estudos	- Descrever criticamente os estudos apresentados
5ª	Interpretação dos resultados	- Debate dos resultados - Cogita recomendações
6ª	Apresentação do RIL	-Produzir documentos que relata detalhadamente a revisão

Fonte: Mendes; Silveira, Galvão, 2008.

4.2 FORMULAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA

A elaboração da questão norteadora da RIL é uma etapa importante deste tipo de trabalho, correspondendo à primeira parte. Nela se determina todo o roteiro que ocorrerá durante a pesquisa. Além disso, ela norteia o estudo, ou seja, impede que o pesquisador escape da temática que está sendo desenvolvida e utilize documentos textuais que sirvam para alcançar os objetivos propostos (SOUZA, 2010).

De acordo com o manual da revisão bibliográfica sistemática interativa (2014), a estratégia PICo, voltada para a pesquisa não-clínica, pode ser empregada na formulação dessa questão norteadora considerando-se este acrônimo pelas letras da sigla: P – população; I- interesse; Co – contexto. Essa estratégia foi adotada para um melhor delineamento da pergunta de pesquisa deste estudo.

Na presente pesquisa, define-se como população – Mulheres gestantes; como interesse- abordagem da Atenção Primária a Saúde; como contexto- mortalidade materna. Assim, propõe-se como questão norteadora da RIL: Qual o impacto da Atenção Primária à Saúde na redução da mortalidade materna do Brasil?

4.3 PERÍODO DE COLETA

A busca nas bases de dados ocorreu entre os meses de janeiro a março de 2022, após apresentação e qualificação deste projeto de pesquisa juntamente a uma banca examinadora do curso de enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS).

4.4 BASE DE DADOS PARA A BUSCA

A busca foi realizada em bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se os descritores em Ciências da saúde (deCS): Atenção Primária à Saúde, mortalidade materna e cuidados de enfermagem. Aplicando-se AND como operador booleano a busca cruzada entre os descritores.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA AMOSTRA

Para a seleção do material que utilizado no embasamento para a construção deste estudo, foram adotados critérios de inclusão e exclusão da amostra.

Mendes, Silveira e Galvão (2008), apontam que isso se faz necessário para garantir maior profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão. Adicionalmente, a atribuição dos critérios de seleção dos artigos incluídos na revisão foi realizada por dois revisores de forma independente, havendo checagem de contabilidade posterior. Havendo quaisquer discrepâncias de achados, ocorrerá uma terceira busca para identificar equívocos e chegar a uma amostragem pareada.

Os critérios de inclusão dos estudos foram: Texto completo; publicado nos idiomas: português e espanhol; ano de publicação de 2011 a 2021, tipo de documento: artigo.

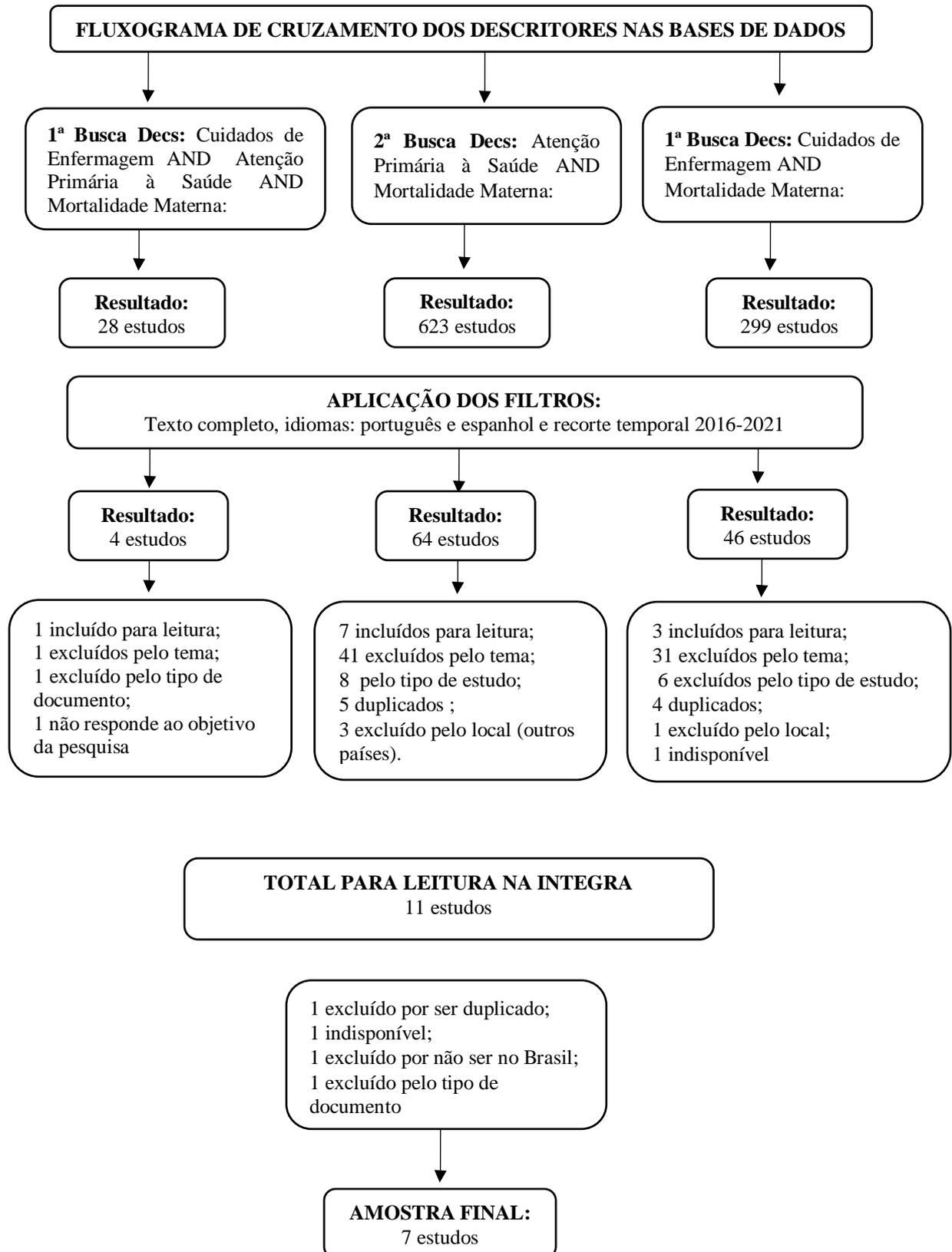
Os critérios de exclusão dos estudos foram: artigos de revisão, artigos duplicados e/ou artigos que não se relacionam com o objeto do estudo.

4.6 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Após aplicação dos critérios de expressões equivalentes, a extração dos dados dos artigos selecionados ocorreu com a utilização de um instrumento de coleta (ANEXO A) primeiramente elaborado e validado. Tal processo possibilita a minimização de erros de transcrição e maior exatidão na análise de informações a serem registradas (URSI, 2005; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A coleta dos resultados foi realizada a partir da realização de três combinações de cruzamento dos descritores nas bases dos dados.

Para projeção dessa pesquisa foi desenvolvido um fluxograma que descreve esse processo:



Fonte: Elaboração própria, 2022

4.7 ANÁLISE, ORGANIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A organização dos resultados contou inicialmente com a sumarização dos achados através do quadro de síntese, desenvolvido para apresentar os seguintes aspectos de maneira organizada contendo: Título; Ano de publicação; Método; Local de estudos e os Resultados obtidos.

Após, houve uma síntese descritiva dos apanhados a para que seja executada a análise e interpretação dos achados. O material encontrado por meio do levantamento bibliográfico será selecionado para contemplar o estudo que será colocado em categorização temática (MINAYO, 2013).

A categorização temática funciona em etapas, se dando por operações de desmembramento do texto em unidades e em categorias para o reagrupamento analítico. Esse se comporta em três momentos, esses consistem na leitura, inventário ou isolamento, a classificação, e organização dos elementos utilizados. Essa categorização conta com:

Etapa 1: Pré-análise, consiste na organização, análise e leitura tendo como objetivo a sistematização das ideias preliminares. Essa etapa possui um protocolo de quatro etapas, são elas: e etapa A, que é a leitura flutuante, a etapa B que é a realização da escolha dos documentos, a etapa C que é a formulação das hipóteses e objetivos, e a etapa D que é a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores.

Etapa 2: Exploração do material, compreende no levantamento do material com a caracterização de categorias, é a fase descritiva analítica, a qual diz respeito a todo e qualquer material textual coletado. Dessa forma, essa etapa corresponde à leitura, codificação, classificação e categorização dos elementos necessários nessa fase.

Etapa 3: Tratamento dos resultados, consiste no tratamento dos resultados, inferência e interpretação desses. Nessa etapa os dados são tratados, ocorrendo a condensação e a ênfase das informações obtidas para a análise. é tido como o momento de intuição, uma análise reflexiva e crítica (MINAYO, 2013)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Os resultados da RIL possibilitaram a elaboração de um quadro-síntese (Quadro 2) no qual consta a sumarização dos dados bibliométricos quanto a: código de identificação; título; Autores e Ano de publicação; Objetivo; Local do Estudo e Resultados.

Quadro 2 - Variáveis bibliométricas dos estudos incluídos na RIL

CÓDIGO	TÍTULO	AUTORES/ANO	OBJETIVO	LOCAL	RESULTADOS
A1	Indicador básico de saúde: atenção primária e óbitos mulheres idade fértil	SOUZA et al. 2021	Avaliar a cobertura de atenção primária à saúde nos municípios de Santa Catarina e o alcance do indicador básico de saúde: proporção de óbitos em mulheres em idade fértil investigados no Sistema Único de Saúde.	Santa Catarina, Brasil	O número de óbitos maternos está inversamente correlacionado à cobertura populacional de equipes de Atenção Básica, à cobertura populacional de Saúde da Família, estando diretamente correlacionado à proporção de óbitos em mulheres em idade fértil investigados no ano de 2017, não havendo correlação significativa destas variáveis em 2018.
A2	Análise do padrão da relação de mortalidade materna por hipertensão.	OLIVEIRA et al., 2020	Analisar o padrão da razão de mortalidade materna por óbitos por hipertensão gestacional nos municípios do Estado do Piauí nos anos de 2012 a 2016	Piauí, Brasil	Um total de 46 mortes maternas por hipertensão foram identificadas. Destes, 12 eram mulheres com 8 a 11 anos de escolaridade (26,1%), 19 (41,3%) tinham entre 30 e 39 anos, 33 (71,7%) eram pardos e 12 (26,1%) eram solteiros.
A3	Avaliação das consultas de pré-natal: adesão do pré-natal e complicações na saúde materno-infantil	PEREIRA et al., 2017	Avaliar a correlação entre adesão do pré-natal e complicações na saúde materno-infantil	Rio Grande do Norte, Brasil	Das mães que aderiram ao pré-natal, 86% não complicaram, ao passo que 13% das grávidas tiveram complicação na gestação, tendo como causas sangramento, convulsão, infecção urinária, diabetes e hipertensão arterial.
A4	Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino	PEREIRA et al., 2017	Conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade materna por meio das síndromes hipertensivas gestacionais no estado de Alagoas no	Alagoas, Brasil	Observou-se um número maior de óbitos maternos declarados por síndromes hipertensivas gestacionais no ano de 2006, na faixa etária entre 20 e 39 anos, por hipertensão materna com causa não específica.

	entre 2004-2013		período entre 2004 e 2013.		
A5	Near miss materno e iniquidades em saúde: análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil.	ROSENDO; RONCALLI, 2016	Identificar os fatores contextuais socioeconômicos e de assistência à saúde na atenção básica associados ao near miss materno e a suas condições marcadoras.	Rio Grande do Norte, Brasil	Na análise de regressão linear múltipla, houve associação significativa entre o near miss materno e variáveis relacionadas à pobreza e à pior assistência na atenção básica. As doenças hipertensivas também se associaram à pobreza e à pior assistência e a ocorrência de hemorragia associou-se à mortalidade infantil. Pôde-se constatar que a ocorrência de near miss materno está relacionada a condições socioeconômicas desfavoráveis e a uma assistência à saúde de pior qualidade que são reflexo de políticas públicas que reforçam a iniquidade em saúde.
A6	Mortalidade materna relacionada à doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) em uma maternidade no Pará.	GUERREIRO et al., 2014	Investigar a prevalência de mortalidade materna decorrentes da DHEG em mulheres internadas em uma maternidade do Estado do Pará, no período de 2009 a 2012.	Pará, Brasil	Dos 122 óbitos maternos, 27% foram por DHEG, o maior percentual das gestantes que evoluíram a óbito por DHEG tinham entre 20 a 29 anos (48,5%), possuíam união estável (48,5%), eram pardas (60,6%), do lar (39,4%), o óbito ocorreu no puerpério (81,8%).
A7	Atenção primária e mortalidade materno-infantil na Ibero-América.	HERRERA, 2012	Avaliar a associação entre a existência de uma massa crítica de médicos de família nos países da região e a mortalidade materna e infantil.	Espanha	Houve uma grande variação entre os diferentes países, no que diz respeito às suas características sociodemográficas, desigualdades, investimento público em médicos da atenção primária, proporção de famílias dentro da profissão médica, indicadores de saúde, aqueles relacionados ao nível de desenvolvimento e aos recursos alocados à saúde em cada país. A mortalidade materna não esteve associada à presença e atuação dos médicos de família em cada país (Rdois: 0,003) nem em

					conjunto com outras especialidades médicas (Rdois: 0,07); em contrapartida, a mortalidade infantil esteve associada à presença e atuação do médico de família (Rdois: 0,37; 95% CI 0,04-0,95; P<0,05).
--	--	--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Os estudos buscaram avaliar a cobertura de atenção primária, o alcance do indicador básico de saúde: proporção de óbitos em mulheres em idade fértil, analisar o padrão de mortalidade materna por óbitos em decorrência da hipertensão gestacional, avaliar a correlação entre a adesão ao pré-natal e as possíveis complicações na saúde materno-infantil, conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade materna também em decorrências de síndromes hipertensivas, assim como a identificação de fatores socioeconômicos e a assistência prestada pela atenção básica nos casos de “quase morte” (near miss) maternas e avaliar a existência de uma parte crítica de médicos da família e a mortalidade materna e infantil.

De modo geral os estudos selecionados se concentraram nos estados de Santa Catarina, Piauí, Rio Grande do Norte, Alagoas, Pará e Espanha o qual estava voltado a análise de países da América Latina, inclusive o Brasil.

Os participantes da pesquisa variaram desde mulheres gestantes, mulheres gestantes, mulheres mães menores de 1 ano, assim como foram realizadas em plataformas de registros como SIH-SUS, em prontuários, em banco de estadual disponíveis em Secretaria Estadual de Saúde (SESAU), além de características sociodemográficas.

5.2 CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.2.1 Atenção Primária à saúde e a adesão ao pré-natal e suas implicações sobre as complicações a saúde materno-infantil.

O estudo A1 fez uma abordagem sobre o indicador básico de saúde: atenção primária e óbitos mulheres idade fértil, no qual o número de mortes maternas é inversamente correlacionado com a cobertura populacional das equipes de Atenção Básica, isso significa que quanto maior a presença de um, menor a presença do outro. O número das mortes maternas está diretamente associado com o número de mortes por doenças crônicas não transmissíveis, a proporção de casos de doenças com notificações encerradas, o percentual de cura para

hanseníase, novos casos de Sífilis Congênita, casos de AIDS em menores de 5 anos, ao número de óbitos, seja para 2017 ou 2018. Isso está diretamente relacionado à proporção de óbitos em mulheres de idade fértil investigados em 2017, em Santa Catarina (SOUZA et al., 2021).

Conforme o Ministério da Saúde (2020) cerca de 830 mulheres morrem todos os dias no mundo devido a complicações na gravidez e no parto. Em uma iniciativa global das Nações Unidas, conhecida como Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o Brasil foi convidado para realização de um esforço de eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030, no qual uma das metas é reduzir a razão de mortalidade materna em cenário global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.

Para isso, tem-se implementado políticas para fortalecer e qualificar as ações no atendimento às gestantes, na melhoria da atenção ao pré-natal, ao parto, ao nascimento e ao puerpério.

Dentre as estratégias aplicadas destacam-se: a Rede Cegonha, a implantação e implementação do PREMMICE (Plano de Redução da Mortalidade Materna e na Infância por Causas Evitáveis) e a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, desenvolvida em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde. Todas essas ações têm como objetivo instituir medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde que atuam na rede de atenção às gestantes e puérperas, no intuito de reduzir a mortalidade materna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

O estudo A3 trouxe uma avaliação das consultas de pré-natal: adesão do pré-natal e complicações na saúde materno-infantil, no qual das mães que aderiram ao pré-natal, 86% não complicaram, ao passo que 13% das grávidas tiveram complicação na gestação, tendo como causas sangramento, convulsão, infecção urinária, diabetes e hipertensão arterial. Das participantes que fizeram pré-natal e daquelas que não fizeram pré-natal, de modo que foi achada uma prevalência de 0,86, ou seja, 86% das mães que não complicaram estando presentes nas consultas de pré-natal (PEREIRA et al., 2017).

Ainda de acordo com o estudo A3 aquelas que fizeram, foi encontrado uma prevalência de 0,13 (13%) que tiveram complicação na gestação, considerando algumas causas como: 9,4% (n=18) tiveram sangramento, 3,1% (n=6) convulsionaram, 2,1% (n=4) infecção urinária, 1,6% (n=3) diabetes, 1% (n=2) hipertensão arterial e por fim 8,4% (n=16) que foi por causa desconhecida. Avaliando aquelas que não fizeram pré-natal 4,5% (n=9) foi percebido que 0,88 (88%) não complicaram, e apenas 11% complicaram (PEREIRA et al., 2017).

Assim, pode-se verificar que as situações de complicações perpassam pelas questões multifatoriais, de modo que necessita de atuação profissional e maior rastreamento clínico e epidemiológico.

De acordo com o estudo de Brito et al., (2021) o pré-natal, é a etapa inicial para um parto e nascimento saudável, isto é, neste acompanhamento da gestante e do bebê permite identificar possíveis problemas que possam acontecer, assim como manter e promover o bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento. Esse estudo enfatiza a importância do pré-natal desde o início da gravidez, primeiro trimestre, para prevenção de doenças e tratamento de doenças pré-existentes minimizando os riscos iminentes, este acompanhamento é regido por políticas públicas. Embora o Brasil seja um país em desenvolvimento o acesso não ocorra de forma linear ainda, é importante que os profissionais acolham e orientem a grávida da melhor forma, a fim de minimizar riscos e aumentar a adesão das consultas e consequentemente a ocorrência de complicações e óbitos materno-infantil.

Tratando de complicações e morbidades que é algo tão sério quanto a mortalidade a pesquisa A5 faz abordagem sobre near miss materno e iniquidades em saúde. No qual, é percebido que as iniquidades em saúde são as desigualdades que podem ser evitadas através de ações e políticas públicas e que são consideradas socialmente injustas. Apesar de uma melhora global nos indicadores de saúde, as iniquidades em saúde têm aumentado e isso tem acontecido não só em países em desenvolvimento, mas também é possível percebê-las nos países desenvolvidos, ou seja, tanto em países ricos como pobres, a saúde e a doença possuem uma associação direta com a posição socioeconômica, onde, quanto pior ela for, piores serão as condições de saúde (ROSENDO; RONCALLI, 2016)

Foi percebido ainda no mesmo a dificuldade de se trabalhar com a razão de mortalidade materna, seja por problemas de subnotificação, comuns em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, seja pelo baixo número de eventos, situação atual dos países desenvolvidos, o estudo da morbidade materna grave, também denominada de near miss materno, tem se apresentado como estratégico nesses cenários.

Ainda de acordo com o estudo A5 razão de near miss materno (RNM) média foi de 36,67/1.000 mulheres. Para as condições marcadoras, a maior média foi a de pré-eclampsia (24,66; DP: 15,14) seguida da hemorragia (4,55; DP: 3,90) e sepse (4,29; DP: 3,17). As doenças hipertensivas (pré-eclampsia e eclampsia) correspondem ao grupo de condições marcadoras com maior média (27,65; DP: 15,81). Essas complicações estão relacionadas significativamente com variáveis socioeconômicas, sendo a pobreza uma das variáveis mais significativas. (ROSENDO; RONCALLI, 2016)

O estudo de Brilhante et al., (2017) traz os fatores determinantes da morbidade materna grave, evidenciada por casos de Near Miss Materno em uma maternidade de Teresina, Piauí, Brasil, de setembro de 2012 a fevereiro de 2013, com um total de 409 mulheres, desvelou 343 com MMG, 56 casos de Near Miss Materno e 10 mortes maternas. O Near Miss ocorreu em 9,6 casos/1000 nascidos vivos, e suas principais causas, são as mesmas da mortalidade materna, as quais são: distúrbios hipertensivos, hemorrágicos e infecciosos. O aborto infeccioso mostrou-se como a causa isolada mais comum de morte materna.

Frente a esses dados percebeu-se a necessidade de uma assistência materno-infantil articulada, com suporte adequado e eficiente a todos os níveis de atenção à saúde, principalmente, no nível terciário, com oferta de leitos obstétricos suficientes em UTI, assim como de profissionais capacitados e recursos tecnológicos acessíveis, bem como treinamento das equipes para detecção e oferta de cuidados precoce para a redução das taxas de Near Miss e de mortalidade materna (BRILHANTE et al., 2017).

O estudo A7 faz uma análise da Atenção primária e mortalidade materno-infantil na Ibero-América, onde Onze países participaram do estudo: 8 da América do Sul (Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Chile, Peru, Uruguai, Venezuela), 2 da América Central (Panamá e México) e um da Península Ibérica (Espanha). No qual foi percebida uma grande variação entre os diferentes países, no que diz respeito às suas características sociodemográficas, desigualdades, investimento público em médicos da atenção primária, proporção de famílias dentro da profissão médica, indicadores de saúde, aqueles relacionados ao nível de desenvolvimento e aos recursos alocados à saúde em cada país (HERRERA, 2012).

Porém, a mortalidade materna não esteve associada à presença e atuação dos médicos de família em cada país, nem em conjunto com outras especialidades médicas. A mortalidade materna é um indicador do grau de desenvolvimento de um país, o que foi observado com a Bolívia (maior taxa de mortalidade materna) e a menor no Chile e Uruguai (índice GINI e maior índice de desenvolvimento humano) (HERRERA, 2012).

Constata-se que a mortalidade materna está associada a fatores internos e externos ao sistema de saúde, como falta de acessibilidade a ele, financiamento insuficiente da saúde, demora no atendimento e na identificação do problema, assim como a deficiência na qualidade do atendimento.

O estudo de Leal et al., (2018) o contexto dos últimos 30 anos, no Brasil passou por mudanças em várias esferas, com impacto sobre a saúde de mães e crianças, no qual determinantes sociais como a pobreza, a baixa escolaridade, as más condições de moradia e saneamento, e a exclusão social, foram enfrentados por meio de políticas sociais intersetoriais.

Programas verticais de saúde favoreceram o controle de doenças imunopreveníveis e outras infecciosas como a diarreia e a pneumonia. Com a universalização da assistência médica foi garantida pelo SUS, marcou a redução das desigualdades de acesso e cobertura.

No que tange a cobertura e impacto sobre indicadores de saúde, o saldo é positivo, principalmente quanto à saúde infantil. Já os indicadores de saúde materna não evidenciaram o mesmo progresso (LEAL et al., 2018).

E, com os recentes retrocessos políticos nas conquistas sociais deixa em risco não apenas o SUS, mas também os programas e políticas que tem enfrentado, os principais determinantes sociais da saúde. No entanto, ressaltam que é cedo para avaliar as consequências desse retrocesso, mas há possibilidade de impactos sobre os indicadores de saúde materno-infantil (LEAL et al., 2018).

É notória a relevância da Atenção Primária a Saúde no que tange a identificação de possíveis complicações durante o período gravídico-puerperal, através da assistência pré-natal, onde a adesão, a assiduidade às consultas são essenciais para percepção precoce da probabilidade da ocorrência de complicações, assim como a prevenção delas e é até controle de uma complicação instalada provenientes de uma condição de saúde prévia, onde por meio de uma assistência integral a gestante recebe todo subsídio para desenvolver uma gestação e puerpério saudável.

5.2.2 Aspectos da mortalidade materna associadas a hipertensão gestacional

Essa categoria traz uma abordagem acerca da causa maior de mortalidade materna mediante os resultados obtidos nas buscas, que são os distúrbios hipertensivos. Os estudos que trazem esses resultados são: A2, A4 e A6.

O estudo A2 que fez uma análise do padrão da razão de mortalidade materna por óbitos por hipertensão gestacional nos municípios do Estado do Piauí nos anos de 2012 a 2016. No qual de um total de 46 mortes maternas por hipertensão foram identificadas. Destes, 12 eram mulheres com 8 a 11 anos de estudo (26,1%), 19 (41,3%) tinham entre 30 e 39 anos, 33 (71,7%) eram pardos e 12 (26,1%) eram solteiros. Com base nos achados apresentados, confirma-se que o estudo atingiu o objetivo proposto. Observamos 46 óbitos maternos por hipertensão no estado do Piauí, de 2012 a 2016. A maioria eram mulheres com 8 a 11 anos de escolaridade, de 30 a 39 anos, pardas e solteiras.

A pesquisa realizada por Oliveira, Ramos e Rodrigues (2020), que fez uma descrição do perfil epidemiológico da mortalidade materna por doenças hipertensivas no Piauí, nos anos

de 2007 a 2016. Obteve como resultado um total de 441 óbitos maternos, 103 (23,3%) foram pôr à doença hipertensiva. A maioria dos óbitos aconteceram no interior do estado (86,4%), no ano de 2008 (20,4%), no hospital (88,3%), no puerpério (65,0%), sendo a eclâmpsia a principal causa de morte (67,0%). As mulheres que mais morreram foram as pardas (67,9%), casadas (29,1%) e solteiras (29,1%), na faixa etária de 20 a 29 anos (40,8%) e com oito a onze anos de estudo (20,4%). A Razão de Mortalidade Materna para o período foi de 20,8 mortes/100 mil nascidos vivos.

Mediante os resultados é perceptível que as doenças hipertensivas representam uma das principais causas de óbito materno no estado do Piauí, ressaltando que a implementação das políticas de enfrentamento vigentes não está sendo suficientes para promover a redução da ocorrência dos óbitos por essas doenças, demandando assim, uma atenção especial, no que tange a implementação de medida mais eficientes, especialmente na prevenção.

A Atenção Primária à Saúde (APS) que é o primeiro nível de atendimento, tem forte influência no acolhimento à gestante no serviço de saúde, as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde integral e o desenvolvimento de ações continuadas, possibilitam a criação de vínculos entre profissionais de saúde e famílias. O vínculo com a comunidade, contribui para uma compressão global sobre o processo saúde-doença, os fatores determinantes e condicionantes que prejudicam a saúde da gestante usuária, favorecendo a implementação de intervenções que se sobrepõem ao desenvolvimento de práticas curativas e englobam a visão holística da mulher (SILVA et al., 2021)

Frente a isso, é perceptível a que Atenção Primária à Saúde é fundamental na identificação precoce, na prevenção, controle e tratamento, não apenas das síndromes hipertensivas, mas também em qualquer outra complicação que venha afetar o binômio mãe-filho no processo gravídico.

O estudo A4 que teve como objetivo conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade materna por síndromes hipertensivas gestacionais no estado de Alagoas no período entre 2004 e 2013. As síndromes hipertensivas gestacionais são consideradas complicações do período gravídico-puerperal, é uma das causas de morbimortalidade materna e perinatal (PEREIRA et al., 2017)

Os resultados ressaltaram para a relevância de uma abordagem com foco na prevenção e controle das síndromes hipertensivas gestacionais por meio da identificação e implantação de medidas para redução da mortalidade materna, durante o pré-natal, o parto e o puerpério. O número de mortes maternas de um país constitui excelente indicador de sua realidade social, reflete, além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico, a qualidade da assistência médica,

a iniquidade entre os gêneros e a determinação política de promoção da saúde pública, com isso fica evidente a necessidade de intensificar os esforços para a diminuição dos casos de mortalidade materna em nosso país (PEREIRA et al., 2017)

No entanto, o estudo apresentou uma limitação, pois com a mudança ocorrida nos sistemas de informação que registram as estatísticas vitais (SIM e SINASC) a partir de 2006, é um fator limitante para a utilização e comparação de dados anteriores a esse período.

O estudo A6 fez uma investigação da prevalência de mortalidade materna decorrentes da DHEG em mulheres internadas em uma maternidade do Estado do Pará, no período de 2009 a 2012. Foi constatado que do total de 122 óbitos maternos, 27% foram por DHEG, o maior percentual das gestantes que evoluíram a óbito por DHEG tinham entre 20 a 29 anos (48,5%), possuíam união estável (48,5%), eram pardas (60,6%), do lar (39,4%), o óbito ocorreu no puerpério (81,8%) (GUERREIRO et al., 2014).

Frente a esses resultados ressalta-se a relevância da realização de pré-natal para identificação de riscos potenciais, para assegurar um acompanhamento nutricional à gestante, assim como o tratamento de doenças e aplicação do programa de imunização materna, com o intuito de reduzir o risco obstétricos e para o bebê. O enfermeiro e equipe nesse contexto deve realizar uma abordagem de maior atenção às gestantes com DHEG ou com maior probabilidade em desenvolver essa problemática, através de um acompanhamento sistemático, estratégico e adequado.

A pesquisa desenvolvida por Araújo et al., (2021) que teve como objetivo analisar a prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) entre os anos de 2019 e 2020 no município de Porto Franco – MA. Obteve como resultado que o diagnóstico de DHEG foi identificado a partir da 20ª semana de gestação em 88% e 12% acima da 25ª semana. 88% apresentaram histórico familiar de hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias, contra 12% que não, 77% das mulheres realizaram os exames e 66% destas mulheres receberam acompanhamento de médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde.

A detecção precoce desta doença favorece a redução de possíveis sequelas para mãe e para o feto, nesse contexto a atuação do enfermeiro nas consultas de pré-natal inicial é essencial para prevenção de complicações e controle adequado da doença.

Nessa categoria foi notório, que as síndromes hipertensivas e hipertensão na gestação são as principais causas de complicações para o binômio mãe-filho, assim como para ocorrência de morbimortalidade, e que a Atenção Primária à Saúde, exerce papel essencial no processo da assistência à gestante, desde o acolhimento, até orientações quanto ao trabalho de parto e puerpério, tornando esse processo ainda mais saudável e sem intercorrências ou com uma

probabilidade mínima de acontecer através da boa condução do pré-natal e planejamento do parto de acordo com as melhores condições para a mãe e seu filho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o presente estudo foi possível analisar na literatura científica os impactos da Atenção Primária à Saúde para redução da morte materna entre os anos 2011 e 2021. Observou-se, que o papel do Enfermeiro no combate as elevadas taxas de Mortalidade Materna são muito importantes, o que é reconhecido em portarias do MS, que consideram este um importante fator de redução nessas taxas. A assistência começa com promoção da Saúde materna e fetal, sendo realizada principalmente na APS, onde o Enfermeiro tem maior autonomia, para proporcionar a uma assistência pré-natal qualificada.

Foi percebido que o número de mortes maternas é inversamente correlacionado com a cobertura populacional das equipes de Atenção Básica, isso significa que quanto maior a presença de um, menor a presença do outro.

Assim como a importância da adesão ao pré-natal e frente as complicações na saúde materno-infantil, no qual as mães que aderiram ao pré-natal, 86% não complicaram, ao passo que 13% das grávidas tiveram complicação na gestação, tendo como causas sangramento, convulsão, infecção urinária, diabetes e hipertensão arterial.

Apesar de uma melhora global nos indicadores de saúde, as iniquidades em saúde têm aumentado e isso tem acontecido não só em países em desenvolvimento, mas também é possível percebê-las nos países desenvolvidos, a saúde e a doença estão diretamente relacionadas à fatores socioeconômicos, assim como a outros fatores como condições biológicas.

Compreendeu-se ainda que a dificuldade de se trabalhar com a razão de mortalidade materna, esteja associada a subnotificação, comuns em países subdesenvolvidos ou em

desenvolvimento, seja pelo baixo número de eventos, situação atual dos países desenvolvidos, seja pela nova forma como está sendo estudada a morbidade materna grave, também denominada de near miss materno.

Mediante os resultados foi percebido que as doenças hipertensivas (hipertensão gestacional e Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) representam uma das principais causas de óbito materno, embora exista a implementação de políticas públicas de saúde para o enfrentamento dessa ocorrência. Essa situação demanda especial, no que tange a implementação de medida mais eficientes, especialmente na prevenção e estímulo à adesão ao pré-natal.

Frente a esse cenário, a Atenção Primária à Saúde, desempenha papel fundamental no processo da assistência à gestante, desde o acolhimento, avaliação, orientações, implementação de medidas que previnam, tratem ou controle possível existência de um problema secundário que acarrete complicações no período gravídico-puerperal, bem como no planejamento do trabalho de parto e puerpério, tornando esse processo ainda mais saudável e sem intercorrências.

No entanto, ainda é necessário a realização de novos estudos e reflexões no que tange a essa temática, tendo em vista que mesmo existindo políticas públicas de saúde, programas e estratégias para redução da mortalidade materna, ainda não é uma problemática superada, mediante a complexidade da problemática e a sua causa ser multifatorial.

Há a necessidade de um despertar de profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros tão essenciais nesse processo de cuidados a mulher gestante, assim como de gestores em saúde, para realização de avaliações das políticas, programas e medidas existentes para entender onde estão lacunas que ainda tornam essa problemática tão significativa e na maioria das vezes ainda tão tratada de forma discreta, sem evidenciar a real dimensão que essas ocorrências trazem para os cenários de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, JÚNIOR, C. A. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. **Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia**, São Paulo, v. 28. n. 7, p. 377-379, 2006.
- ALVES, M. M. R.; ALVES, S. V.; ANTUNES, M. B. C.; SANTOS, D. L. P. Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 283-291.
- AMORIM, L. S.; NETA, M. B. M. **Mortalidade materna nas cinco regiões do Brasil: um estudo epidemiológico**. 2016. 13f. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Escola de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2016.
- AMORIM, M. M. R.; KATZ, L.; ÁVILA, M. B.; ARAÚJO, D. E.; VALENÇA, M.; ALBUQUERQUE, C. J. M.; CARVALHO, A. R. M. R.; SOUZA, A. S. R. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 555-562, 2006.
- ANDRADE, A. T. L.; GUERRA, M. O.; ANDRADE, G. N.; ARAÚJO, D. A. C.; SOUZA, J. P. Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma maternidade escolar. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 28, n. 7, p. 380-387, 2006.
- ARAÚJO. **Conselhos e orientações da importância de consultas no pré-natal**. Ariquemes: Faema, 2018.
- ARAÚJO, D. M. R.; VILARIM, M. M.; SABROZA, A. R.; NARDI, A. E. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 219-27, 2010.
- BATISTA, K. R. A.; FARIAS, M. C. A. D.; MELO, W. S. N. Influência da assistência de enfermagem no pré-natal e no puerpério imediato. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 130-138, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde **As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde**: CONASS, 2010. 108 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_21.pdf>. Acesso em: 24/10/2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Data SUS. **Óbitos maternos no Brasil**: óbitos maternos por unid. Federação segunda região. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe.sim\ctv.\out.def>>. Acesso em: 27/10/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS- a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 14/10/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>>. Acesso em: 28/10/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 01/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 25/10/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 29/10/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 126 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11_03estudo_mortalidade_mulher.pdf>. Acesso em: 02/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 104 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf>. Acesso em: 23/10/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:**

princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. Disponível em: < https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 24/10/2021.

BRASIL. Organização Pan-americana de saúde. Folha informativa – **Mortalidade Materna**. 2018. Disponível em: <https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em: 09/10/2021.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia**. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34880>>. Acesso em: 25/10/2021.

CHAVES NETTO, H. FONSECA, A. L. A.; AMIM JÚNIOR, J. Prevenção da morte materna na gestação de alto risco. **Revista Ciências em Foco**, Campinas, v. 1, n. 1, p. 99-118, 1991.

COELHO, V. C.; ANDRADE, M. S.; SENA, C. D.; COSTA, L. E. L.; BITTENCOURT, I. S. Caracterização dos óbitos maternos em regiões de saúde do Sudeste brasileiro. **Revista Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2016.

CUNHA, M. A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, F. V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-153, 2009.

FERNANDES, B. B.; NUNES, F. B. B. F.; PRUDÊNCIO, O. S.; MAMEDE, F. V. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 192-199, 2015.

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade Materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar, **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 36, n. 2, p. 527-538, 2012.

FREIRE, C. M. V.; TEDOLDI, C. L. Hipertensão arterial na gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 6, p. 110-178, 2009.

GUERREIRO, D.D.; BORGES, W.D.; NUNES, H.H.M.; SILVA, S.C.; MACIEL, J.P. Mortalidade Materna relacionada à Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) em uma maternidade no Pará. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 4, n.4, p.825-834, 2014.

GOMES, J. O.; VIEIRA, M. C. A.; MISTURA, C.; ANDRADE, G. G.; BARBOSA, K. M. G.; LIRA, M. O. S. C.; FERREIRA, M. A.; JUSTINO, T. M. V. Perfil sociodemográfico e clínico de mortalidade materna. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3165-3171, 2018.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v 17, n 4, p. 758-764, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 Ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. 12. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

NASCIMENTO, C. R. F.; MARCELINO, J. F. Q.; LOUSADA, M. L. S.; FACUNDES, V. L. D. Ações de terapia ocupacional com gestantes na rotina diária. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 556-573, 2017.

NOGUEIRA, L. F.; EVANGELISTA, R. L.; ARAÚJO, C. R. C.; TEIXEIRA, S. E. S. Desafios de inserção do enfermeiro na assistência à saúde da mulher. **Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 16, n. 1, p. 32-38, 2017.

OLIVEIRA, E. M.; CELENTO, D. D. A temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. **Revista de Saúde**, Vassouras, v. 7, n. 1, p. 33-38, 2016.

OLIVEIRA, G. K. S.; FRANÇA, B. F.; FREIRE, K. R. B.; OLIVEIRA, E. R. Intervenções de enfermagem nas adaptações fisiológicas de gestação. **Revista Eletrônica de Ciências**, Recife. v. 3, n. 1, p. 59-67, 2016.

OLIVEIRA, S. F.; ARAÚJO, M. L.; SILVA, L. L.; CRISPIM, M. Z.; LUCINDO, B. D. B. V.; OLIVEIRA, N. L. O Trabalho na Estratégia Saúde da família: revisão integrativa.

OLIVEIRA, E.T.A.; CAVALCANTE, A.E.O.; SANTOS, L.C.M.; BALDOINO, A.C.S.; PENHA, J.C.; RODRIGUES, J.A. Análise de padrão da razão de mortalidade materna por hipertensão. **Rev Fun Care Online**. 12: 609-616. 2020.

PEREIRA, D.O.; FERREIRA, T.L.S.; ARAÚJO, D.V.; MELO, K.D.F.; ANDRADE, F.B. Avaliação das consultas de pré-natal: adesão do pré-natal e complicações na saúde materno-infantil. **Rev. Ciência plural**. v.3, n.3, p.2-15, 2017.

PEREIRA, G.T. SANTOS, A.A.P.; SILVA, J.M.O.; NAGLIATE, P.C. Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013. **Rev Fund Care Online**. v.9, n.3: 653658, 2017.

POLGLIANE, R. B. S.; LEAL, M. C.; AMORIM, M. H. C.; ZANDONADE, E.; NETO, E. T. S. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014.

RECHÉ, P. W.; LADEIRA, F.; SILVA, R. M. Riscos e Agravos da Hipertensão Arterial nas Gestantes na Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2011.

REIS, D. M.; LOPES, D. A. C. Atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco: uma revisão bibliográfica. **Revista Científica da Ajes**, Mato grosso, v. 1. n. 1, p. 1-15, 2015.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/ Estratégia de saúde da família (ESF). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 658-664, 2004.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011.

ROSENDO, T. M.S.S.; RONCALLI, A.G. Near miss materno e iniquidades em saúde: análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil. **Rev. Ciências & Saúde Coletiva**. v.21, n.1, p.191-201, 2016.

SILVA, B. G. C.; LIMA, N. P.; SILVA, S. G.; ANTÚNEZ, S. F.; SEERIG, L. M.; RESTREPO-MÉNDEZ, M. C.; WEHRMEISTER, F. C. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 484-493, 2016.

SILVA, M. N.; COSTA JÚNIOR, S.; FERREIRA, N.; NASCIMENTO, D. M.; ARAGÃO, J. C. S.; GENESTRA, M. Saúde Materna: a importância da assistência pré-natal. **Revista Cadernos UniFOA**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 97-101, 2009.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53. n. 1, p. 25-31, 2000.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015.

SOUZA, J. P. Mortalidade Materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia**, São Paulo, v.3 5, n. 12, p. 533-535, 2013.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARCALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Journal of Management & Primary Health Care**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 202-212, 2010.

SOUZA, S.S.; CUNHA, A.C.; SUPPLICI, S.E.R.; ZAMPROGNA, K.M.; LAURINDO, D.L.P. Indicador Básico: Atenção Primária à Saúde e óbitos de mulheres idade fértil. **J Nurs UFPE on line**. v. 15, n.2: e245560, 2021.

TEIXEIRA. C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família**. 1. Ed. Salvador: Edufba, 2006.

VEJA, C. E. P.; SOARES, V. M. N.; NASR, A. M. L. Mortalidade Materna tardia: comparação de dois comitês de Mortalidade Materna no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 1-9, 2017.

ANEXOS

**ANEXO A- FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS ADAPTADO DE URSI
(2005)**

AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS

Fonte: Instrumento adaptado do modelo de URSI.