

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE
DOURADOS**

LEILA ROSA VIEIRA

**MORTALIDADE MATERNA: PRINCIPAIS CAUSAS E FATORES
RELACIONADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Dourados, MS

2022

LEILA ROSA VIEIRA

**MORTALIDADE MATERNA: PRINCIPAIS CAUSAS E FATORES
RELACIONADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, para a obtenção do título de Enfermeira Obstetra.

Orientador(a): Enf. Msc. Ana Carla Tamisari Pereira

Dourados, MS

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

V658m	<p>Vieira, Leila Rosa. Mortalidade materna : fatores e causas relacionadas : uma revisão de literatura. / Leila Rosa Vieira. – Dourados, MS : UFGD, 2022.</p> <p>Orientadora: Ana Carla Tamisari Pereira. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência em Enfermagem Obstétrica) – Universidade Federal da Grande Dourados.</p> <p>1. Mortalidade materna. 2. Assistência de enfermagem. 3. Saúde da mulher. I. Título.</p>
-------	---

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central – UFGD.

©Todos os direitos reservados. Permitido a publicação parcial desde que citada a fonte.



Ministério da Educação
Universidade Federal da Grande Dourados



"Aqui você será bem cuidado"

ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO – RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HU/UFGD.

As 13h30 horas do dia 18 do mês fevereiro do ano de 2022, na (o) Sala da Telessaúde, compareceram para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a obtenção do título de Pós-Graduação – Enfermagem Obstétrica o(a) aluno(a): **Leila Rosa Vieira**, tendo como Título do Trabalho de Conclusão de Curso: **"Mortalidade materna: Principais causas e fatores relacionados: Uma revisão de literatura"**.

Constituíram a Banca Examinadora os (as) professores (as): Ma. **Ana Carla Tamisari Pereira**, Esp. **Idaiana Morais Trajano Torres**, e Esp. **Sumaya Graciele Alli Frankilin Menino**. Após a apresentação e as observações dos membros da banca avaliadora, ficou definido que o trabalho foi considerado aprovado com conceito 10 (0 a 10 pontos). Eu, **Ana Carla Tamisari Pereira**, lavrei a presente ata que segue assinada por mim e pelos demais membros da Banca Examinadora.

Observações: _____

Assinaturas:

Membros da Banca Examinadora:

Ana Carla Tamisari Pereira

Ma.

Orientador (a)

Idaiana Morais Trajano Torres

Esp.

Examinador (a)

Sumaya Graciele Alli Frankilin Menino

Esp.

Examinador (a)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de conclusão de Especialização ao meu marido, pais, irmãos que de muitas formas me incentivaram e ajudaram para que fosse possível a concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente à Deus que, por sua infinita graça e misericórdia, deu-me amparo em todos momentos, força e ânimo nas dificuldades e sabedoria para lidar com os momentos de ansiedade e medo durante toda a Residência.

Aos meus pais, meu marido e meus irmão pelo amor, incentivo e apoio incondicional;

A minhas orientadora, Ana Carla que sempre me motivou nos momentos de imprevistos e me ajudou em todas as dificuldades, tornando possível a produção dessa trabalho;

À minha amiga, Fabiana à qual tive o prazer de conhecer na Residência, que compartilhou junto comigo vários momentos de dificuldade;

Aos membros da banca, por aceitarem e se disponibilizarem na avaliação desta pesquisa com suas considerações;

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, muito obrigado.

EPIGRAFE

Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer.

Albert Einstein

Lista de abreviaturas e siglas

AIDS: Vírus da imunodeficiência humana

ALT: Alanina aminotransferase

AST: Aspartato aminotransferase

CGIAE: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

HB: Hemoglobina

HIV: Vírus da imunodeficiência humana

HPP: Hemorragia pês parto

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS: Ministério da Saúde

MIF: Mulher em idade fértil

ODM: Objetivos para Desenvolvimento do Milênio

ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM: Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher

RMM: Razão da Mortalidade Materna

RN: Recém-nascido

SIM: Sistema de Informação Mortalidade

SH: Síndrome hemorrágica

SHEG: Síndrome hipertensiva específica da gestação

SVS: Sistema de Vigilância Saúde

TMM: Taxa de mortalidade materna

UTI: Unidades de Terapia Intensiva Adulto

RESUMO

Introdução: A morte materna é definida como sendo o óbito de uma mulher que ocorre no decorrer da gestação ou em um período de 42 dias após o final da mesma. No Brasil, ocorreram 20.229 mortes maternas no período 2006 a 2017, exibindo razão de mortalidade materna de 62,3 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, nesse intervalo. **Objetivo:** Identificar e descrever as principais causas dos óbitos maternos. **Método:** Trata-se de uma revisão de literatura narrativa. Foram selecionados para o estudo, os 10 artigos científicos mais específicos com os objetivos proposto pela pesquisa. Os demais artigos foram excluídos, pois não atendiam ao objetivo principal da pesquisa. **Resultados:** Os fatores de riscos associados as mortes maternas são: extremo da idade, menor 15 anos e maior de 35 anos, mulheres negra e parda, baixa escolaridade, baixa renda familiar, estado civil, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, obesidade e histórico reprodutivo anterior. Os profissionais de saúde precisam conhecer o perfil epidemiológico e obstétrico das gestantes, para identificação precocemente os fatores de risco que levam ao óbito materno. As causas de mortes maternas são em sua enorme maioria evitáveis, com a introdução e efetivação de políticas de baixo custo, condutas relativamente simples, que por demandarem baixa tecnologia são negligenciados e marcados insignificantes (NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2017). **Conclusão:** As principais causas de óbitos maternas são, as Síndromes hipertensiva específica da gestação, hemorragias, sepse e aborto. Tal fato, evidencia a importância dos investimentos em atenção pré-natal, acolhimento da gestante e manejo dos agravos.

Palavras-chaves: mortalidade materna, saúde da mulher, assistência de enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Maternal death is defined as the death of a woman that occurs during pregnancy or within a period of 42 days after the end of it. In Brazil, there were 20,229 maternal deaths in the period 2006 to 2017, with a maternal mortality ratio of 62.3 deaths per 100,000 live births, in this interval. **Objective:** To identify and describe the main causes of maternal deaths. **Method:** This is a narrative literature review. The 10 most specific scientific articles with the objectives proposed by the research were selected for the study. The other articles were excluded as they did not meet the main objective of the research. **Results:** The risk factors associated with maternal deaths are: extreme age, under 15 years old and over 35 years old, black and brown women, low schooling, low family income, marital status, difficulty in accessing the health service, obesity and previous reproductive history. Health professionals need to know the epidemiological and obstetric profile of pregnant women, for early identification of risk factors that lead to maternal death. The causes of maternal deaths are mostly preventable, with the introduction and implementation of low-cost policies, relatively simple behaviors, which, because they require low technology, are neglected and marked as insignificant. (NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2017). **Conclusion:** The main causes of maternal deaths are pregnancy-specific hypertensive syndromes, hemorrhages, sepsis and abortion. This fact highlights the importance of investments in prenatal care, reception of pregnant women and management of diseases.

Keywords: maternal mortality, women's health, nursing care

Sumário

1. Introdução	11
2. Justificativa	12
3. Objetivo geral e específico.....	13
4. Metodologia	13
5. Resultados e discussões	14
5.1 Epidemiologia da mortalidade materna.....	14
5.2 Classificação das Mortes Materna	16
5.3 Os Fatores de Risco Associados a Morte Materna	17
5.4 As principais causas de Mortes Materna.....	19
5.5 Estratégias de Prevenção da Mortalidade Materna.....	22
6. Consideração finais	26
7. Referências	28

1. Introdução

A morte materna é definida como sendo o óbito de uma mulher que ocorre no decorrer da gestação ou em um período de 42 dias após o final da mesma, nesse caso, independentemente da duração ou região que ocorreu a gravidez, sendo a causa associada ou agravada pela gestação, como também por ações relativas a essa, estando, contudo, de caráter preventivo e não acidental (RAY *et al.*, 2018).

Os óbitos maternos podem ser classificados de acordo com algumas categorias, sendo a primeira estabelecida como morte obstétrica direta, quando ocorre por problemas associados ao parto e puerpério devido à intervenção ou falha, procedimento inadequado ou uma cadeia de acontecimentos decorrente dessas causas (VEJA; SOARE; NASR, 2017).

A segunda categoria é a morte obstétrica indireta, quando se tem um problema devido a distúrbios que aconteceram antes da gestação ou ao longo do período gestacional, que não estão diretamente ligados a gestação. A morte materna tardia é quando um dos motivos citados anteriormente acomete a gestante em 42 dias após o parto estendendo-se para menos de um ano depois do final da gestação. As principais causas de óbitos maternas são, síndrome hipertensiva específica da gestação, hemorragias, causas infecciosas e abortos espontâneos ou induzidos (VEJA; SOARE; NASR, 2017).

No Brasil, ocorreram 20.229 mortes maternas no período 2006 a 2017, exibindo razão de mortalidade materna de 62,3 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, nesse intervalo. Nas regiões, os índices de mortalidade foram de 71,9 no Norte e de 74,7 no Nordeste, as duas maiores que a taxa brasileira, já as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste exibiram respectivamente 54,7; 50,5 e 61,5, menores que o índice brasileira, no entanto, ainda elevadas quando comparadas o objetivo indicado pela OMS (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Assim, o enfrentamento dos fatores que levam à mortalidade materna permanecerá no eixo dos programas de saúde globais, especialmente fomentado por iniciativas como os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), iniciativa global que sucedeu os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) na empreitada pela diminuição em dois terços da mortalidade materna, entre os 2016 a 2030, o que para o Brasil representa alcançar, aproximadamente, 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (SOUZA, 2015).

Sabe-se que o obito materno continua sendo um problema de saúde pública e que a mortalidade é um dos indicadores do desenvolvimento humano e socioeconômico de um país. A cada minuto é relatado que uma mulher morre no mundo por complicações do parto, e em

países em desenvolvimento, como o Brasil, a taxa é maior, e vale ressaltar que o problema não é afetado uniformemente pelas regiões do país (JUNIOR, *et al.*, 2016).

A avaliação das causas que determinaram as mortes maternas, bem como o conhecimento da história dessas mortes, devem colaborar com as autoridades sanitárias, a sociedade e, principalmente, as mulheres, que exigem atenção integral sobre a sua saúde, considerando esta prática como a mais eficaz na promoção da saúde reprodutiva e do seu direito à cidadania.

Portanto, reduzir a mortalidade materna é um desafio para os gestores de saúde, pois as mortes evitáveis atingem populações com menor acesso aos bens e serviços. É importante ressaltar que esse fato exige a elaboração de políticas públicas para melhorar o acesso das mulheres ao pré-natal, com assistência qualificada por parte dos profissionais que cuidam dessas mulheres, bem como ações que busquem a melhoria da qualidade de vida e a ampliação da cultura sanitária da população em geral e dos profissionais de saúde, em particular (GOMES *et al.*, 2018).

Diante deste cenário, pretende-se realizar um exercício de reflexão crítica científica sobre as causas da mortalidade materna no Brasil, trata-se de uma tentativa de aprofundamento e problematização sobre a temática, descrevendo as principais causas seja elas sociodemográficas, obstétricas ou não ligadas a gestação.

2. Justificativa

Para medir as condições de vida e de “saúde” – partindo do pressuposto que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, faz-se uso de indicadores, podemos citar dentre esses o da mortalidade materna que é muito utilizado pois permite avaliar a qualidade de vida e nível de desenvolvimento de uma população.

A relevância do estudo está na possibilidade de se analisar a magnitude da mortalidade materna, compreendendo os aspectos que contribuem para óbito materno, haja vista que os índices de óbitos maternos são elevados e as suas causas são preveníveis a partir de condutas imediatas e seguras. Ainda, os determinantes para esse desfecho podem estar condicionado à fatores de acesso aos serviços de saúde, à assistência no período gravídico-puerperal e para as questões sociodemográficas.

3. Objetivo gerais

- Identificar e descrever as causas dos óbitos maternos.

3.1 Objetivos específicos

- Descrever fatores de risco associados às mortes maternas;
- Identificar as intercorrências gestacionais ou do parto que causaram a morte materna;
- Descrever as principais estratégias para prevenção da mortalidade materna.

4. Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa. De acordo com Rother (2007): “os artigos de revisão narrativa são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual”. São textos que constituem a análise da literatura científica na interpretação e análise crítica do autor. Apesar de sua força de evidência científica ser considerada baixa devido à impossibilidade de reprodução de sua metodologia, as revisões narrativas podem contribuir no debate de determinadas temáticas, levantando questões e colaborando na aquisição e atualização do conhecimento em curto espaço de tempo.

Iniciou-se o processo de busca dos artigos depois da definição da questão norteadora do estudo: Por que mesmo com a identificação de erros que influenciam na morte materna obstétrica por causa direta, ainda há a repetição e ainda continua sendo uma das principais causas da morte materna? São identificadas variáveis qualitativas, como erros obstétricos, omissões obstétricas?

Para a escolha dos artigos a serem avaliados realizou-se uma busca no site da BSV empregando-se os seguintes descritores; “Mortalidade Materna”, “Saúde da Mulher” e “Assistência de enfermagem”, onde obteve-se um total de 106 artigos científicos. Após, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão constituídos para este estudo.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos publicados e indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Assim, foram selecionados para o estudo, os dez artigos científicos mais específicos com os objetivos proposto pela pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: artigos com textos inacabados, além de documentos em outros formatos teses e dissertações. Os demais artigos foram excluídos, pois não atendiam ao objetivo principal da pesquisa.

Foram elaboradas tabelas no Microsoft Word 2016, possibilitando melhor visualização e análise dos dados. A coleta de dados ocorreu no ano de 2022. Através dos registros de mortalidade materna cadastrados no painel de mortalidade materna.

5. Resultados e Discursões

5.1 Epidemiologia da mortalidade materna

De acordo com análise da mortalidade nas mulheres em idade fértil, ocorreram 341.918 óbitos maternos no intervalo de cinco anos (2017-2021). Neste período, verificou-se que ocorreu uma maior notificação de óbito região do Sudeste com 144.513 (42,3%) óbitos, seguido pelo Nordeste com 93.476 (27,3%). Foi constatado que o ano que apresentou maior número de óbitos maternos foi em 2021, com 77.768 (22,7%) das notificações, seguido de 2020 com 71.833 (21%) (BRASIL, 2022; Tabela 1).

Tabela1. Óbitos maternos por regiões brasileiras no período de 2017 a 2021 BRASIL, 2022)

Ano	2017		2018		2019		2020		2021		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Norte	5.679	8,8	5.762	9,0	5.741	8,9	6.499	9,0	6.558	8,3	30.239
Nordeste	18.394	28,6	17.968	28,2	17.963	28,0	20.295	28,0	18.856	24,3	93.476
Sudeste	26.658	41,4	26.430	41,5	27.082	42,1	30.512	43,3	33.831	43,7	144.513
Sul	8.762	13,6	8.508	13,7	8.520	13,3	8.930	12,0	11.545	14,7	46.265
Centro-oeste	4.873	7,6	5.025	7,9	4.952	7,7	5.597	7,7	6.978	9,0	27.425
Total	64.366	100	63.693	100	64.258	100	71.833	100	77.768	100	341.918

Fonte: MS/SVS/CGIA-SIM

Na tabela 2, estão descritos os resultados dos registros de óbitos em mulheres de idade fértil de acordo com a faixa etária, cor/raça, no período analisado. Observou-se que as faixas etárias com maiores índices de mortalidade estão entre de 40 a 49 anos com 174.053 (52 %), e de 30 a 39 anos de idade, com 91,695 (27) óbitos. Segundo a variável de cor/raça, houve destaque dos casos com 154.136 (45,7%) dos óbitos na cor/raça parda e em seguida a cor/raça branca com 139.205 (41,3%) (BRASIL, 2022).

Tabela 2. Óbitos maternos por idade, cor/raça no período de 2017 a 2021. (BRASIL, 2022)

Variável	Total	%
Faixa etária		
10 a 19 anos	23.770	7,0
20 a 29 anos	47.451	14
30 a 39 anos	91.695	27
40 a 49 anos	174.053	52
Cor/ raça		
Branca	139.205	41,3
Parda	154.136	45,7
Preta	32.575	9,7
Amarela	1.073	0,32
Indígena	1.794	0,52
Ignorado	8.189	2,46

Fonte: MS/SVS/CGIA-SIM

No Brasil, entre 2017 e 2021, foram registrados 9.178 óbitos maternos no Sistema de informação sobre mortalidade (SIM), sendo que aproximadamente 55,6 % decorreram de causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções desnecessárias, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas (BRASIL, 2022; Tabela 3).

As causas obstétricas indiretas resultam de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolveram durante esse período. De 2017 a 2021, essas causas foram responsáveis por 41% das mortes maternas e 3,4% foi classificado como causas obstétricas inespecíficas, de acordo com a tabela 3 (BRASIL, 2022).

Entre os óbitos maternos ocorridos no Brasil, entre 2017 e 2021, as causas obstétricas diretas que se destacaram foram: hipertensão (1499 óbitos), hemorragia (974 óbitos), sepse (386 óbitos) e aborto (275 óbitos). Por sua vez, as causas obstétricas indiretas que se destacaram foram: doenças do aparelho circulatório (566 óbitos), Aids (55) e (312 óbitos) causas obstétricas inespecíficas, conforme descrito na tabela 3 (BRASIL, 2022).

Tabela 3. Óbitos maternos por tipos de causas obstétrica no período de 2017 a 2021. Brasil. 2022

Variável	Total	%
Tipo de causas		
Obstétrica direta	5.105	55,6
Obstétrica indireta	3.761	41
Obstétrica não especificada	312	3,4
Obstétrica direta		
Hipertensão	1.499	47,8
Hemorragia	974	31,1
Sepse	386	12,3
Aborto	275	8,8
Obstétrica indireta		
Aids	55	5,9
Doenças do aparelho circulatório	566	60,7
Causas obstétrica não especificada	312	33,4

Fonte: MS/SVS/CGIA-SIM

5.2 Classificação das mortes maternas

Morte Materna Obstétrica – resultante de causas obstétricas diretas e indiretas. Morte materna obstétrica direta é aquela que acontece por complicações obstétricas, no decorrer da gravidez, parto ou puerpério, relacionadas a ações, omissões, tratamento inadequado ou a uma cadeia de eventos, decorrente de qualquer uma dessas causas. Morte materna obstétrica indireta é aquela decorrente de patologias que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram ao longo desse período, não ocasionada por causas obstétricas diretas, mas intensificada pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2007).

Morte Materna Tardia - a morte de uma mulher, decorrente de causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período maior que 42 dias e menor que um ano após o final da gravidez. A Morte Materna Tardia não é incluída no cálculo da Razão da Mortalidade Materna (RMM) (BRASIL, 2007).

Morte Materna não Obstétrica - é aquela decorrente de causas incidentais ou acidentais, não relacionadas à gravidez ou ao seu manejo. Também chamada, por alguns autores, como morte não relacionada. Este tipo de morte também não integrada no cálculo da RMM (BRASIL, 2007).

Morte Materna Mascarada ou Presumível - é classificada como causa básica, referente ao estado gravídico-puerperal, não incluída na declaração de óbitos por erro no preenchimento (BRASIL, 2007).

Morte Relacionada à Gravidez - é o óbito de uma mulher no decorrer do período gestacional ou até 42 dias após o final da gravidez, qualquer que tenha sido o motivo do óbito. Corresponde, desta maneira, à soma total das Mortes Obstétricas e Não Obstétricas (BRASIL, 2007).

5.3 Fatores de risco para morte materna

A gravidez na adolescência, principalmente a adolescência precoce (menores de 15 anos), pede especial atenção para prováveis consequências prejudiciais à saúde materna e fetal. (SANTOS *et al.*, 2012).

Estas podem apresentar mudanças fisiológicas importantes devido à sua imaturidade física e psicológica, assim como características socioeconômicas, o que é capaz de colocá-las em maior risco de causas específicas de óbito. Dessa maneira, as ameaças potenciais à saúde enfrentados por essas adolescentes e seus bebês, à medida que suas desvantagens sociais e econômicas, são amplamente reconhecidos (NEAL, 2016).

A gravidez de mulheres de idade avançada têm sido classificada como de alto risco. Estima-se que o extremo da idade, induz a riscos obstétricos ocorrendo em relação ao período senílico ovariano, em consequência especialmente da incidência crescente de síndromes hipertensivas específica da gestação, ruptura prematura de membranas, presença de diabetes gestacional, além de maior chance do índice de Apgar no quinto minuto ser abaixo de sete. (SANTOS *et al.*, 2009; ALVES *et al.*, 2017).

A quantidade de partos normais, portanto, diminui na gestação tardia em razões de várias incidências da prematuridade, levando ao aumento do número de cesáreas. É importante ressaltar que pode ser fator de risco associados as demais complicações pela ausência de um período pré-natal realizado adequadamente pela mãe, acompanhado de assistência de parto com qualidade, como afirmam em estudo de (PAREIRA, 2020).

A cesariana é um prática cirúrgica, que está relacionado a risco e problemas tanto para a mãe como para o recém nascido, não tendo que ser considerada uma opção igual ao parto natural, necessitando ser respeitada suas indicações. A idade não é por si só, uma indicação para cesariana; de outro modo, é a ocorrência de riscos característicos que pode levar ou não a uma indicação de parto cesáreo (MYLONAS.; FRIESE, 2015).

O feto na gravidez tardia se desenvolve geralmente como em uma gestação normal, desde que exista atenção por parte da gestante em virtude das especificidades impostas pela idade e todas as situações citadas anteriormente. Os distúrbios mais evidentes nos estudos,

demonstraram que o feto gerado na faixa etária de 35 anos ou mais, apresenta anomalias cromossômicas, macrosomia, baixo peso ao nascer, índice apgar baixo, óbito fetal e morte neonatal (BEZERRA *et al.*, 2015).

Nas duas últimas décadas, a taxa de mortalidade materna (TMM) de mulheres negras chega a ser duas vezes maior do que a de mulheres brancas (SIM/DataSUS). Apesar de um grupo social não se estabelecer por relações de raça ou cor, diferenças étnicas associam-se a desigualdades sociais e condicionam a jeito de viver de grupos e pessoas. A etnia não é por si só fator de risco, mas a inclusão social adversa do grupo racial constitui-se em vulnerabilidade (THEOPHILO *et al.*, 2018.; HOFFMAN *et al.*, 2016).

Mulheres negras e pardas estão entre os grupos mais vulneráveis ao óbito materno, essas mulheres são as que possuem menos duração nas consultas de pré-natal, aguardam mais tempo para serem atendidas, são as que não possuem acompanhantes na hora do parto, por motivo de autorização do serviço de saúde, e são as que mais têm partos normais (53,3%), em comparação com 48,8% das brancas. (THEOPHILO *et al.*, 2018.; HOFFMAN *et al.*, 2016).

Existe uma capacidade patogênica pouco visível nas discriminações de qualquer ordem e isso auxilia para melhor entender a amplitude do conceito de vulnerabilidade e o avanço que ele reflete quando se contrapõe ao conceito de risco (AYRES *et al.*, 1999).

Entre os principais fatores descritos na literatura, a baixa escolaridade e baixa renda familiar, têm se mostrado fatores associados ao surgimento desses agravos, levando mulheres a gravidez de risco, visto que essas condições estão geralmente associadas a piores condições nutricionais e obstétricas (OLIVEIRA; GRACILIANO, 2015).

Quanto ao estado civil, o fato da mulher ser solteira é um aspecto importante a ser considerado, pois, além dos problemas psicológicos, a ausência do pai traz menor estabilidade financeira à família, podendo constituir fator de risco para complicações na gravidez. Além disso, a presença do pai é fundamental para o desenvolvimento biopsicossocial da criança e para o apoio às mães que se sentem emocionalmente seguras. (KERBER *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A obesidade é um grave problema de saúde pública tanto para países desenvolvidos como em desenvolvimento. Sua etiologia é resultado da interação de fatores genéticos, ambientais, culturais, emocionais e de estilo de vida. Esta é uma epidemia crescente, deficiências nutricionais e estilos de vida sedentários têm contribuído significativamente para esse crescimento. É causada por um desequilíbrio energético pelo excesso de calorias, o que resulta no acúmulo de gordura corporal (MACEDO *et al.*, 2015).

A gravidez pode atuar como um gatilho para a obesidade, ou como um fator agravante

se for pré-existente. O sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para morbimortalidade materna, pois estão associados a complicações (MACEDO *et al.*, 2015).

Outro fator preocupante foi o histórico reprodutivo anterior, no qual constatamos que 41,2% das gestantes tiveram complicações em uma gestação anterior, uma estatística importante além de alertar para a recorrência de gestações de alto risco. Os fatores de risco para a gravidez são múltiplos, inter-relacionados e complexos, indo desde as condições gerais de vida até fatores muito específicos (VERSIANI, 2017).

Vale destacar que, a vulnerabilidade aumenta com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde públicos e privados, realização inadequada de ações preventivas e de promoção da saúde, baixa qualidade do atendimento multiprofissional, descontinuidade do atendimento e falta de vínculo entre as gestantes as unidades de saúde (GUARDA, 2017).

Portanto, os profissionais de saúde precisam conhecer o perfil epidemiológico e obstétrico das gestantes, classificá-las como habitual ou de alto risco em cada consulta de prenatal, para identificação precocemente os fatores de risco que levam ao óbito materno. (BRASIL, 2012).

5.4 As principais causas de morte materna

As síndromes hipertensivas específicas gestacionais (SHEG) e as síndromes hemorrágicas (SH) são importantes motivos de óbito materno por razão obstétrica direta, seguidas por trombose, infecções puerperais, ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro da placenta, atonia uterina, entre outras. Estima-se que em média 830 mulheres morrem todos os dias no decorrer da gestação ou parto, representando um número muito alto segundo a Organização Mundial de Saúde (LOPES, *et al.*, 2017; AVELAR, 2019; SZWARCOWALD, 2014; LOMBARDO;ESERIAN, 2016; SILVA; ALMEIDA, 2019).

A pré-eclâmpsia é definida como a elevação da pressão arterial relacionada à proteinúria, edema na maioria dos casos e tem sua razão desconhecida. Caso ocorra convulsão, essa passa a ser chamada eclâmpsia. Dosagem de proteínas, avaliação de plaquetas, transaminases, bilirrubina, creatinina e desidrogenase láctica são alguns exames que precisam ser requisitados e são de interesse para o prognóstico das síndromes hipertensivas. A proteinúria positiva é indicio de pré- eclâmpsia (ZANATELLI *et al.*, 2016).

A pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, entre os problemas hipertensivos, representam aproximadamente 10 a 15% dos óbitos maternas mundiais. Esta última está associada ao acometimento neurológico e com convulsões tônico-clônicas generalizadas em mulheres com

sintomas hipertensivos. A pré-disposição genética, questões emocionais, o abuso de álcool e tabaco, gestantes com idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos, carência nutricional, dificuldades econômicas e vulnerabilidade social são fatores intimamente associados às SHEG (CUNHA, 2019). Além do mais, as pacientes jovens apresentam um duplo fator de risco para o desenvolvimento da doença as quais são a primiparidade e a gestação precoce (MORAIS, 2013).

A síndrome HELLP é um distúrbio da pré-eclâmpsia e seus efeitos são marcados pela presença de hemólise, elevação das enzimas indicativas de lesões hepáticas (ALT- alanina aminotransferase e AST- aspartato aminotransferase) e redução na contagem de plaquetas. Acontece com o quadro de pré-eclâmpsia. Sintomas como oligúria, anúria e proteinúria aparecem e a pressão arterial pode chegar a valores acima de 180/110 mmHg (ANTÔNIO *et al.*, 2019).

Pesquisas indicaram que entre as causas diretas de morte materna, a hemorragia pós-parto, definida pela perda sanguínea superior a 500 ml após parto vaginal e acima de 1000 ml após parto cesárea no intervalo de 24h imediatas, foram predominantes, sendo classificadas como emergências obstétricas e os principais motivos de morbimortalidade materna (LOPES, *et al.*, 2017; AVELAR, 2019; SZWARCOWALD, *et al.*, 2014; LOMBARDO; ESERIAN, 2016; SILVA; ALMEIDA, 2019).

Entre os distúrbios hemorrágicos, incluímos atonia uterina, acretismo placentário, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, ruptura uterina e outras condições menos comuns. A atonia uterina e o acretismo placentário (relacionadas ou não) são as principais causas de mortes por hemorragia, e a maioria dos óbitos por atonia ocorre 6 horas após o parto (VEGA, 2018).

Quando nos deparamos com distúrbios hemorrágicos, não devemos esquecer que o tempo é nosso inimigo. A perda de sangue em massa leva à coagulopatia debilitante e o tratamento se torna cada vez mais difícil. Em nossa amostra, 75,4% das mortes por sangramento ocorreram no primeiro dia do puerpério (VEGA, 2018).

A sepse em mulheres grávidas pode ser obstétrica ou não obstétrica. O primeiro grupo inclui causas relacionadas à gravidez (aborto infeccioso, corioamnionite), parto (infecção da ferida cirúrgica durante cesariana ou em episiotomia, endometrite pós-parto) ou à realização de métodos invasivos (infecção após cerclagem) (CASTRO, *et al.*, 2008; CORDIOLI, *et al.*, 2013; ZASTROW, *et al.*, 2017).

O segundo grupo inclui infecções do trato urinário, pneumonia, apendicite, HIV, colecistite e malária. Dentre eles, o principal foco de infecção é o trato urinário, devido às

alterações fisiológicas e mecânicas durante a gestação, o trato urinário já é uma área mais suscetível a infecções. (BONET, *et al.*, 2018).

A maior parte das infecções nas causas obstétricas são de origem polimicrobiana, de foco pélvico ou abdominal, mas, de modo geral, os principais agentes etiológicos são as bactérias gram-negativas, especialmente *E. Coli*, e anaeróbios (CASTRO, *et al.*, 2008; CORDIOLI, *et al.*, 2013; ZASTROW, *et al.*, 2017).

A taxa de letalidade de sepse na gravidez e no pós-parto varia de 7 a 12%. Apesar de sua importância, ainda é considerado um evento raro, provavelmente em decorrência de menor faixa etária destas pacientes, da ausência de comorbidades, sítio da infecção de mais fácil identificação (geralmente a pelve) e que possui facilitado acesso ao foco infeccioso caso haja necessidade de exploração cirúrgica. (CORDIOLI, *et al.*, 2013; ZASTROW, *et al.*, 2017).

No entanto, há uma perspectiva de aumento na incidência de sepse na população obstétrica bem como na sua gravidade, em decorrência do aumento do número de mulheres que optam por gestar em idades acima de 40 anos, acarretando gravidez de alto risco pela maior chance de comorbidades. (CORDIOLI, *et al.*, 2013; ZASTROW, *et al.*, 2017).

As pesquisas brasileiras afirmam que o aborto está entre as cinco principais causas de óbito materno, sendo responsável por 5 a 20% dos óbitos; todavia, é provável que a ilegalidade do ato no país provoque a subnotificação de casos (NUNES *et al.*, 2019).

Nesse sentido, em virtude da norma social condenatória, as mulheres tendem a omitir a interrupção voluntária da gestação ou declarar o aborto como espontâneo, o que resulta em subestimação da sua ocorrência. Nessas circunstâncias, a interrupção voluntária da gravidez leva a graves consequências para a saúde materna, inclusive a morte (MENEZES *et al.*, 2020).

As Razões de óbito materno por causas externas, como o suicídio e homicídio, mostram a necessidade de dar maior destaque aos aspectos sociais que envolvem a mulher no período gravídico-puerperal. Como meios que violam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, violência de gênero, e a existência de uma rede de apoio social à mulher. Levando em consideração o direito a uma maternidade segura no livre direito de cada mulher, e que contemple também aspectos psicológicos, sociais e espirituais da vida de cada mulher (BARRETO, *et al.*, 2018).

As razões presumíveis de óbitos maternos, onde se oculta à causa básica e dificulta a identificação de mortes maternas por falhas no preenchimento da declaração de óbito. Somam-se ao alarmante índice de óbitos maternos subnotificados, mostrando a necessidade na melhoria da vigilância da mortalidade materna, além de aumentar o conhecimento sobre os aspectos que envolvem as dificuldades no preenchimento deste importante documento (SCARTON, *et al.*,

2019).

No Brasil, também existem barreiras de acesso a serviços de enfermagem qualificados e monitoramento inadequado de complicações obstétricas em hospitais, bem como na atenção básica e ambulatórios especializados. Além disso, existem problemas estruturais que as maternidades brasileiras são deficientes em recursos materiais e humanos (medicamentos, laboratórios, etc). Na rede pública, apenas 15% das maternidades possuem Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI), e as disponibilidades de vaga são bastante desiguais em todo o Brasil. Assim, a mortalidade materna no Brasil está mais associada a atrasos no atendimento qualificado (BITTENCOURT *et al.*, 2016)

5.5 Estratégias para prevenção da mortes maternas

O comitê de mortalidade materna presente nas maternidades e nos municípios visam investigar as causas dos óbitos maternos. Sua implementação ajuda a identificar as mortes e suas causas determinantes. Em todas as mortes de uma mulher em idade fértil (MIF), a investigação deve determinar se a mulher está grávida ou esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte. Ao coletar esses dados, os governos estaduais e municipais podem planejar e desenvolver medidas mais eficazes para ajudar a saúde da mulher durante a gravidez, parto e puerpério ou aborto (VEGA *et al.*, 2017).

A mortalidade materna é um indicador da realidade socioeconômica de um país e da qualidade de vida de sua população, pois nos países desenvolvidos essa gestante tem acesso a consultas de pré-natal frequentes, para entender melhor a evolução da gravidez e fazer exames regulares. Nos países em desenvolvimento, as mulheres são frequentemente multiparas devido à falta de métodos anticoncepcionais e orientação de planejamento familiar (OPAS, 2018; SZWARCOWALD *et al.*, 2014).

A Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) foi criada na tentativa de humanizar o pré-natal de qualidade. Suas práticas de saúde holísticas são elementos essenciais para redução das taxas de mortalidade materna no Brasil. A formação de recursos humanos, visando o aperfeiçoamento do cuidado obstétrico e neonatal oportuniza uma melhor qualidade do atendimento diminuindo as vulnerabilidades sociais e falta de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2016).

As políticas públicas necessitam ser mais efetivas, logo os resultados esperados com suas introduções não foram alcançados, devem-se disponibilizar serviços com total qualidade, pois programas como pré-natal introduzido na Rede Cegonha devem ser eficazes, principalmente diante de um cenário em que mais de 50% dos mortes podem ser evitáveis,

objetivo possível, sendo que tais programas e políticas não precisam alta tecnologia e altos custos, sendo uma notável arma acessível nessa luta se realizado com alta qualidade (NOGUEIRA, OLIVEIRA, 2017).

As causas de mortes maternas são em sua enorme maioria evitáveis, sendo capaz de atingir 90% a quantidade de vidas que poderiam ser preservadas, com a introdução e efetivação de políticas de baixo custo, condutas relativamente simples, que por demandarem baixa tecnologia são negligenciados e marcados insignificantes (NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2017).

Diversas variantes que pode explicar o papel da mortalidade materna é importância à assistência pré-natal. O pré-natal é uma série de consultas de acompanhamento do progresso da gravidez, um importante aliado para prevenção e observação precoce das morbidades maternas; o diagnóstico e o prática clínica podem auxiliar com condutas oportunas acerca de potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos, portanto, a avaliação da periodicidade de consultas ao pré-natal pode ser um importante indicativo de saúde materna. (NUNES *et al.*, 2016).

Conforme o Ministério da Saúde (MS) o número mínimo de seis consultas é o ideal para uma gestação a termo, com a abertura do pré-natal no primeiro trimestre e a realizações de algumas ações básicas, que incluem exames clínico-obstétricos e laboratoriais, entre outros (NUNES *et al.*, 2016).

Implementar avaliação clínica e obstétrica, com uma particular atenção a existência de anemia, verificação da idade gestacional, altura uterina e batimentos cardíaco-fetais; aferir níveis pressóricos; destacar e incentivar a suplementação de ferro e ácido fólico (NUNES *et al.*, 2016).

Além destas condutas, inclui na primeira consulta pré-natal o avaliação ginecológico integral, o cálculo da relação peso/altura, a solicitação de exames laboratoriais essenciais, como dosagem de hemoglobina (Hb), sorológico para sífilis/HIV, exame urina e tipagem sanguínea (ABO e Rh) e avaliação da carteira de vacina (VILLAR; BERGSJO, 2003).

No que se refere a importância de suplementação do ferro, pesquisas reforçam que é o principal método de prevenção e de tratamento da anemia no decorrer da gravidez, doença esta que atinge não apenas os óbitos maternas por hemorragias - devido ao enorme risco para mulheres que já tinham anemia - mas está também relacionada à sepse, tornando-se ainda uma importante causa obstétrica indireta (CARVALHO *et al.*, 2015).

A hemorragia obstétrica é uma das principais causas de morte materna evitável em todo o mundo. Portanto, uma das estratégias utilizadas para reduzir a mortalidade materna é introduzir novas tecnologias de baixo custo para o tratamento da hemorragia pós-parto, como balões hemostáticos intrauterinos, vestimentas antichoque não pneumáticas e kits de

hemorragia obstétrica. Isso ajuda os profissionais de saúde a desenvolver fluxos de trabalho em suas instalações para identificação oportuna e respostas bem-organizadas a situações de hemorragia obstétrica (OSANAN *et al*, 2018).

Entre as orientações emitidas pela OMS (2014) para evitar a hemorragia pós parto (HPP), destacam-se a importância da uso de uterotônicos durante a terceira fase do parto vaginal ou cesariana e preconizado a utilização da ocitocina (10 UI, IV/IM), caso não esteja disponível aconselha-se a aplicação de outros uterotônicos injetáveis. É fundamental que no decorrer da assistência os profissionais avaliem o tônus uterino abdominal afim de reconhecer com antecedência a ocorrência de atonia uterina (OPAS, 2018).

A tração controlada do cordão deve estar relacionada à manobra de Brandt-Andrews, ajudando a estabilização uterina, e só deve ser feita por profissionais capacitados. Da mesma forma é ressaltada a relevância de realizar a massagem uterina após a dequitação, a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas após a saída da placenta. Por esse motivo, ações para prevenção de HPP necessitam ser agregados nas condutas de todos os profissionais que fazem atendimento aos partos, diminuindo assim os altos índices de morbimortalidade materna (OPAS, 2018).

Nestes casos, os cuidados obstétricos devem ser redobrados, pois após a ocorrência da coagulopatia, a morbimortalidade materna aumentará significativamente. A reposição de hemoderivados (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas e fatores de coagulação) requer rápido banco de sangue e estoque de produtos suficiente (SCHORN, 2014).

O manejo da reposição volêmica deve ser realizado por uma equipe de profissionais especializado, levando em consideração a pressão venosa central, pois a administração indiscriminada de coloides pode desencadear edema agudo de pulmão (SCHORN, 2014).

Embora a maioria das complicações cesse após a expulsão da placenta, as condições clínicas mais graves persistem por vários dias, exigindo monitoramento contínuo (SCHORN, 2014).

O acompanhamento de mulheres com hipertensão arterial sistêmica deve começar antes do início da gravidez. A pressão estável antes da gravidez e a adequação dos medicamentos usados se traduzem em certos benefícios para o desenvolvimento bem-sucedido da gravidez. A hipertensão em si não determina o óbito materno, mas sim, as complicações advindas do descontrole pressórico (VEGA, 2018).

O fornecimento de anti-hipertensivos é fundamental, pois sabemos que, para a população carente, a compra de medicamentos não é prioridade. A hipertensão em si não determina a morte materna, mas uma complicação causada por pressão arterial insuficiente.

(VEGA, 2018).

Quando a eclâmpsia é iminente, devemos usar sulfato de magnésio. É um medicamento de baixo custo e relativamente fácil de manusear, sendo o medicamento de escolha para a prevenção de convulsões e suas consequências (VEGA, 2018).

A criação de centros de parto convencionais permite que os profissionais intervenham em comportamentos obstétricos desnecessários, criando um sentimento de satisfação para as gestantes, através da prestação de cuidados e tratamentos humanizados. Com as gestantes nos aspectos psicossociais, destacando assim formas de reduzir o risco de maternidade e Mortalidade infantil. (OLIVEIRA, 2016).

Portanto, para uma assistência qualificada, é imprescindível que haja profissionais capacitados, para que possam prestar uma assistência digna à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal (CUNHA *et al.*, 2009).

Dentre eles, destaca-se a atuação dos profissionais de enfermagem na prevenção da mortalidade materna por meio de intervenções desde a pré-concepção até o puerpério. No planejamento reprodutivo, os enfermeiros ajudarão as mulheres e suas famílias a se prepararem para gravidez, minimizar o risco de complicações clínicas e trabalhar com equipes multidisciplinares para reduzir a vulnerabilidade psicossocial (GUARDA, 2017).

Além disso, para diminuir a mortalidade materna, conforme preconizado pela OMS, é necessário uma maior qualificação da atenção obstétrica para as boas práticas no parto. Para isso, os profissionais devem estar dispostos a incentivar a implementação das boas práticas no parto (PEREIRA, 2018).

Dentre as práticas que devem ser incentivadas durante do trabalho de parto, destacam-se: o partograma, a oferta de líquidos via oral durante o trabalho de parto, os métodos não invasivos para alívio da dor (como massagem), a liberdade de posição e movimentação da mulher no decorrer do trabalho de parto (PEREIRA, 2018).

Dentre as práticas que não devem ser encorajadas destacam-se a utilização do enema, a tricotomia, a cateterização profilática de rotina, a manobra de Valsalva durante o segundo estágio do trabalho de parto, a manobra de distensão perineal (PEREIRA, 2018).

A atenção às mulheres na primeira semana de puerpério é essencial, com pelo menos uma consulta ambulatorial para detectar complicações típicas do puerpério. Registros médicos detalhados e exames físicos completos são realizados em mulheres no pós-parto. É importante que um profissional de saúde revise o cartão da gestante e avalie o resumo de alta, perguntando à mulher sobre o parto e se houve alguma anormalidade (convulsões, sangramento, febre e/ou pressão alta) durante o parto ou pós-parto (BRASIL, 2012; LEAL, 2019).

6. Consideração Finais

As principais causas de óbitos maternas identificadas na literatura consultada foram as síndromes hipertensivas específicas da gestação, hemorragias, sepse e abortos. Tal fato, evidencia a importância dos investimentos em atenção pré-natal, acolhimento da gestante e manejo dos agravos. Apenas através de discussões que ultrapassam o campo da saúde essas mortes poderão ser evitadas, necessitando de empenho social e político.

Os resultados ressaltam a necessidade de atenção, apoio e às gestantes e as puérperas de áreas vulneráveis, principalmente as primíparas em idade reprodutiva, devendo ser acompanhadas com pré-natal de qualidade. Nesse contexto, é fundamental que a equipe multiprofissional compreenda os critérios diagnósticos e suas possíveis consequências para a mulher. Além disso, os dados mostraram que a vulnerabilidade aumentou com a dificuldade de acesso aos serviços e baixo desempenho no aconselhamento pré-natal.

Além disso, a assistência de pré-natal de qualidade prestada a essas gestantes, está na garantia do acesso aos exames laboratoriais e de imagens, ambulatório de pré-natal de alto risco, medicamentos de uso na gestação, planejamento reprodutivo no pós parto, isso permitirá ao profissional de saúde subsídios para realizar um pré-natal adequado, com segurança, garantindo melhor desfecho obstétrico e perinatal, diminuindo assim a mortalidade materna.

7. Referências

ALVES, R.; AIVES, M.; SOUTO, S. P.; BARBOSA, S. V. Vivenciando a maternidade tardia e conhecendo seus aspectos influenciadores. **Rev. Enfer. Integ**, v. 2, n. 2. P. 35-49, 2017.

ANTÔNIO, E. D. A. P. et al. O conhecimento das gestantes sobre síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG). **Saber Digital**, v. 12, n. 1, p. 1-13, 2019.

AVELAR, R. A. A. Atuação da enfermagem na morte materna por hemorragia. Anais dos 17 simpósio de TCC e 14 seminário de IC do Centro Universitário **ICESP**, v. 17, p. 972-977, 2019.

BARRETO, E. S.; OLIVEIRA, J. S.; ARAÚJO, A. J. S.; QUEIROZ, P. E. S.; SCHULZ, R. S. Redução da mortalidade materna e atuação do enfermeiro. **Rev. Enferm Contemp**. v. 7, n. 1, p. 20-26, 2018.

BEZERRA, A. C. L.; MESQUITA, J. S.; BRITO, M. C. C.; SANTOS, R. B.; TEIXEIRA, F. V. Desafios Enfrentados por Mulheres Primigestas em Idade Avançada. **Rev. Bras de Ciên da Saúd**. v. 19, n. 2, p. 163-168, 2015.

BITTENCOURT, S. D.; DOMINGUES, R. M.; REIS, L. G.; RAMOS, M. M.; LEAL, M. D. **Adequacy of public maternal care services in Brazil. Reprod Health**. v. 13, n. 3, p.120, 2016 doi: [10.1186/s12978-016-0229-6](https://doi.org/10.1186/s12978-016-0229-6).

BONET M, et al. **The global maternal sepsis study and awareness campaign**: study protocol. *Reproductive Health*. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária da Atenção Primária à Saúde. **Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Acesso em jan/22. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de vigilância em saúde. **Painel de mortalidade materna**[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em jan/22. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Morte Materna. Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CARVALHO, L. M.; ALMEIDA, C. A. L.; MARQUES, A.K. L.; LIMA, F. F.; AMORIM, L. M. M.; SOUZA, L. M. J. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal. **Rev. Interd**. v. 8, n. 2, p. 178-184, 2015.

CASTRO, E. O, et al. Sepsis e choque séptico na gestação: manejo clínico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 30, n. 12, p. 631-638, 2008.

CORDIOLI, R. L, et al. Sepsis e gravidez: sabemos tratar? **Rev. Bras. Ter Intensiva**, v. 25, n.4, p. 334-344, 2013.

CUNHA, M. A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, F. V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc Anna Nery Rev Enfer.** v.13, n.1, p. 145, 2009.

CUNHA, S. T. Fatores de risco relacionados a pré-eclâmpsia: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr Acervo Saude**, n. 20, p. 437, 2019.

GOMES, J. O.; VIEIRA, M. C. A, MISTURA, C. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mortalidade materna. **Rev. Enfer UFPE.** v. 12, n. 12, p. 3165-71, 2018.

GUARDA, O. I. D. **Mortalidade materna no estado do Maranhão.** 2017. 92fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Maranhão. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2017.

HOFFMAN, K. M.; TRAVALTER, S.; AXT, J. R.; OLIVER, M. N. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences.* v. 9, n. 113, p.4296-4301, 2016. Acesso em dez/21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27044069>.

JUNIOR, P. J. D.; LUCAS, E. S.; CUNHA, L. M. C.; MACHADO, M. G. M.; PEDROSO, R. L. Profile of neonatal mortality in the municipality of Ubá/ MG, Brazil (2008-2010). **Rev. Bras Pesq Saúde.** [Internet].v. 18, n. 3, p. 24-31, 2016. Acesso em dez/21. Disponível em : <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15739/10886>.

KERBER, F. G.; MELERE, C. Prevalence of gestational hypertensive syndromes in users of a hospital in southern Brazil. **Rev Cuid.** v. 8, n.3, 2017.

LEAL, M. C, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n.7 p. 35, 2019.

LOMBARDO, M.; ESERIAN, J. K. O controle da hemorragia pós-parto e avaliação da qualidade da ocitocina injetável. **Perspectivas medicas**, v. 27, n. 1, p. 26-31, 2016.

LOPES, F. B. T. Mortalidade Materna por Síndromes Hipertensivas e Hemorrágicas em uma Maternidade-escola Referência de Alagoas. **Caderno de graduação - ciências biológicas e da saúde**, v. 4, n. 2, p. 149-162, 2017.

MACEDO, L.O.; MONTEIRO D. L. M.; MENDES, B. G. Obesidade e Pré-Eclâmpsia. **Rev. FEMINA.** v. 43, n. 2, p 83–88, 2015.

MENEZES, Greice M. S. et al. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 1, 2020.

MORAIS, F. M. Perfil clínico-epidemiológico e repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional: uma revisão. **Revista Eixo**, v.2, n. 1, p.69-82, 2013.

MYLONAS, I.; FRIESE, K. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. **Dtsch Arztebl Int.** v. 112, n. 30, p. 489-495, 2015.

NASR, A. M. L. F.; SOARES, V. M. N.; VEGA, C. E. P. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. e00197315, maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00197315.pdf>. Acesso em: abr. 2020.

NEAL, S. et al. The causes of maternal mortality in adolescents in low and middle income countries: a systematic review of the literature. **BMC. Pregnancy Childbirth** v. 16, p-352, 2016.

NOGUEIRA, L. D.O.; OLIVEIRA, G. S. assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro- um levantamento bibliográfico. **Rev. Enfer Aten a Saú**, v. 6., p. 107-119, 2017.

NUNES, J. T. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, 2016.

NUNES, M. D. S.; MADEIRO, A.; DINIZ, D. Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1132-1144, 2019.

OLIVEIRA, A. C. M.; GRACILIANO, N. G. **Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro**, 2013: prevalência e fatores associados. *Epidemiol Serv Saúde*. Brasília, v. 24, n.3, p. 441- 445, 2015.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Recomendacoes assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília: (OPAS, 2018).

OSANAN, G. C, et al. Estratégia para Zero Mortes Maternas por Hemorragia no Brasil: Uma Iniciativa Multidisciplinar de Combate à Morbimortalidade Materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 40, n. 3, p. 103-105, 2018.

PARREIRA, M. F. **Gestação tardia e riscos perinatais**. [Artigo]. Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC. [Online]. 2020. Acesso em abr/21. Disponível em: <http://www.cppls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigo/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/GEST%A%C3%87%C3%83O%20TARDIA%20E%20RISCOS%20PERINATAIS.pdf>.

PEREIRA, S.B. et al. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. **Rev. Bras Enfer.** v. 71, n. 3, p.1313-1319, 2018.

RAY, J. G.; PARK, A. L.; DZAKPASU, S.; DAYAN, N.; DEB-RINKER, P.; LUO, W; JOSEPH, K. S. **Prevalence of Severe Maternal Morbidity and Factors Associated With Maternal Mortality in Ontario**, Canada. *JAMA Network Open*, 2018.

RODRIGUES, A. R. M.; CAVALCANTE, A. E. S. C.; ALEIDE, A. B. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. **Rev. Tend da Enf Prof**, v.11, n. 1, p. 3-9, 2019.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. Enferm.** v.20, n.2, 2007.

SANTOS, G. H. N.; MARTINS, M. G.; SOUSA, M.S.; BATALHA, S. J. C. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 31, n. 7, p. 326-334, 2009.

SANTOS, M. M. A. S.; BAIÃO, D. C.; PINTO, A. A.; PEDROSA, P. L. M.; SAUNDERS, C: Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. **Rev. Bras de Epidemiol**, v. 15, n. 1, p. 143-154, 2012.

SCARTON, J.; PAULA, S. F.; ANDRADE, G. B. et al. **Perfil da Mortalidade Materna: Uma Revisão Integrativa da Literatura**. *J. res. fundam. care. Online*, v.11,n.3,p. 816-822, 2019. Acesso em Dez/2021. Disponível em http://www.seer.Unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7063/pdf_1.

SCHORN, M. N.; PHILLIPPI, J. C. Volume replacement following severe postpartum hemorrhage. **Jornal Midwifery Womens Health**, v. 59, n. 3, p. 336-343, 2014.

SILVA. B, L.; ALMEIDA, M. G. Mortalidade materna por causa direta: uma revisão integrativa. Projeto de pesquisa (Trabalho de conclusão de curso). Faculdade CESMAC do Sertão, Palmeira dos Índios – AL. 2019. 23p.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015.

SZWARCWALD, C. L, Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. 71-83, 2014.

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 Sup, p. S71-S83,out.2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0071.pdf>. Acesso em: abr/20.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, E. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 19, n. 23, p. 3505-16, 2018.

VEGA, C. E. P. Desafios na redução da mortalidade materna no Município de São Paulo. **Rev Med (São Paulo)**. v. 97, n. 2, 235-243, 2018.

VEJA, C. E. P.; SOARES, V. M. N.; NASR, A. M. L. F. **Mortalidade materna** tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2017.

VERSIANI, C. C.; FERNANDES, L. L. Gestantes de alto risco internadas na maternidade de um Hospital Universitário. **Rev. Norte Min Enfer.** v. 13, n. 1, p. 68-78, 2017.

VILLAR, J.; BERGSJO, P.; Ensaio clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puerta en practica del nuevo modelo de control prenatal de la OMS; Genebra: Grupo de investigacion del estudio de control prenatal de la OMS; 2003, Disponível em: <http://who.int/reproductive-health/rhl>. Acesso em 14 dez 2021.

ZANATELLI, C. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégias para a redução da mortalidade materna. **Rev. sau integ**, v. 9, n. 17, p. 73-81, 2016.

ZASTROW, J. B, et al. Sepsis em gestantes atendidas em um hospital público de Curitiba – PR. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.** v. 16, n. 4, p. 208-211, 2017.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
Rua Ivo Alves da Rocha, nº 558 - Bairro Altos do Indaiá
Dourados-MS, CEP 79823-501
- <http://hugd.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

Processo nº 23529.015896/2021-19

Interessado: **LEILA ROSA VIEIRA**

Parecer: " MORTALIDADE MATERNA"

Instituição: HU-UFGD

Pesquisador: LEILA ROSA VIEIRA

Caráter da pesquisa: PROJETO DE PESQUISA

Conclusão: APROVADO"

A CAPE sugere algumas modificações para melhorar o trabalho, a critério do pesquisador:

- O título está muito amplo, seria mais adequado um título mais específico com o objetivo do estudo.
- Seria enriquecedor para o trabalho citar na introdução e revisão bibliográfica dados sobre o assunto em termos mundiais e dos países Sul-americano!
- Faltou colocar quem irá arcar com os custos em orçamento.
- **Observações:**
- **A CAPE esclarece que todos os projetos que envolvem seres humanos deverão ser apreciados e aprovados pelo CEP para então a pesquisa ser iniciada.**



Documento assinado eletronicamente por **Viviane dos Reis Vieira Yance, Presidente da Comissão**, em 02/12/2021, às 19:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **18068213** e o código CRC **EF21FCA4**.