

EENF ESCOLA DE
ENFERMAGEM



EENF PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

JULIANE SCARTON

**PERFIL DE MORTES MATERNAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO
ENFERMEIRO PARA SUA PREVENÇÃO NUMA CIDADE AO SUL DO BRASIL:
PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA**

RIO GRANDE

2019

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**PERFIL DE MORTES MATERNAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO
ENFERMEIRO PARA SUA PREVENÇÃO NUMA CIDADE AO SUL DO BRASIL:
PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA**

JULIANE SCARTON

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: O Trabalho em Enfermagem/Saúde

Orientadora: Dr^a.Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

**RIO GRANDE
2019**

Ficha Catalográfica

S287p Scarton, Juliane.
Perfil de mortes maternas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro para sua prevenção numa cidade ao sul do Brasil: perspectiva ecossistêmica / Juliane Scarton. – 2019.
168 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2019.

Orientadora: Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira.

1. Enfermagem 2. Mortalidade Materna 3. Ecossistema
4. Prevenção I. Siqueira, Hedi Crecencia Heckler de II. Título.

CDU 314.424:314.32(816.5)

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

JULIANE SCARTON

**PERFIL DE MORTES MATERNAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO
ENFERMEIRO PARA SUA PREVENÇÃO NUMA CIDADE AO SUL DO BRASIL:
PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutora em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 26 de novembro de 2019, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.



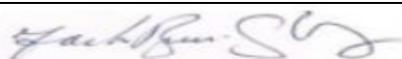
Prof^a. Dr^a. Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA



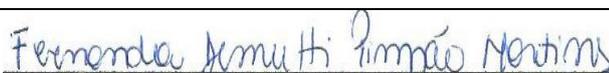
Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira - Presidente da Banca (FURG)



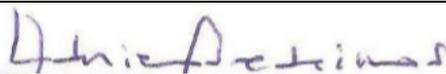
Dr^a. Marta Regina Cezar Vaz - Membro Efetivo (FURG)



Dr^a Gionava Calcagno Gomes - Membro Suplente (FURG)



Dr^a. Fernanda Demutti Pimpão Martins - Membro Efetivo (FURG)



Dr^a. Adriane Calvetti de Medeiros - Membro Efetivo (UFPEL)



Dr^a. Eliana Cardia de Pinho - Membro Suplente (IFRS)

Dedico este trabalho, aos meus amados pais, Sadi e Dozolina.

Pessoas maravilhosas que tantas e tantas vezes, abdicaram de suas vidas para viver a dos filhos. Muito obrigada por terem me ensinado os valores da vida, por terem me incentivado e acreditado em mim, mesmo quando eu mesma não acreditava. Hoje, o sonho que um dia sonhei, graças a vocês, se torna realizado. Eu os amo infinitamente.

Obrigada de coração!

AGRADECIMENTOS

A **Deus e Nossa Senhora**, pelo sentido da Vida, pelo cuidado, direcionamento e por me proporcionarem a alegria de mais esta conquista.

Aos meus pais **Sadi Scarton e Dozolina C. Mainardi Scarton**, por terem me gerado, cuidado de mim, por serem meus exemplos de força, coragem e vitória. Pelo incentivo, carinho, apoio e porto seguro, por terem acreditado em mim, compreendido minha ausência e por estarem perto mesmo na distância. Obrigada por tudo. Eu amo vocês!

Aos meus irmãos **Jiusséri e Jurema Scarton**, pelo incentivo, carinho, força, amizade e companheirismo. Eu muito me espelhei em vocês. Obrigada por me ajudarem a chegar até aqui. Eu os amo!

A minha irmãzinha gêmea **Juciane Scarton**. Deus me presenteou com o maior e mais belo dos presentes, uma irmã/amiga que é um pedaço de mim. Obrigada por me acompanhar desde o ventre de nossa mãe. Obrigada por ser essa pessoa maravilhosa, por sempre ter andado de mãos dadas comigo, por ser a melhor enfermeira do mundo, minha inspiração. Eu tenho muito orgulho de você e Te amo infinitamente. Muito obrigada!

A Professora **Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira**, pela orientação, carinho, dedicação. Pelos valiosos momentos de aprendizagem e crescimento profissional e pessoal. Obrigada pelo olhar sistêmico e compreensão dos diferentes momentos da vida de seus orientados. A senhora é um exemplo para mim. Muito Obrigada!

Aos colegas e amigos de doutorado e de **GEES Rosiane, Fernando e Juliana**, pelo companheirismo, incentivo, força e suporte ao longo desta trajetória, de forma especial a Rosiane, pelos momentos de alegria, apoio, pela torcida e amizade construída.

Aos amigos **Jeferson, Leandro, Rejane, Darliane, Saul e Andreia**, pelo companheirismo, amizade, carinho, pelas palavras de apoio. Vocês foram a minha família em Rio Grande, vou leva-los para sempre em meu coração. Muito obrigada!

A todos meus **amigos e familiares** que me deram força, compreenderam meus momentos de ausência e tornaram minha vida mais feliz com a presença de cada um de vocês.

Integrantes do **GEES**, de forma especial **Laura**, por toda disponibilidade e ajuda ao longo da coleta de dados. Você foi fundamental. Obrigada!

Aos demais colegas e amigos do **GEES** pela convivência, troca de saberes e solidariedade durante esta caminhada.

Aos docentes e discentes do **PPGEnf/FURG** pela vivência e troca de saberes.

A **banca examinadora**, docentes que eu admiro. Obrigada por fazerem parte desse momento tão especial de minha vida.

Aos **enfermeiros** e demais pessoas atuantes nas **instituições de saúde** que participaram desta pesquisa, pelas contribuições e disponibilidade.

A todos que de alguma forma tornaram esse sonho realidade.

Muito obrigada!

RESUMO

SCARTON, Juliane. Perfil de mortes maternas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro para sua prevenção numa cidade ao sul do Brasil: perspectiva ecossistêmica. 2019. 168 p. Tese de Doutorado em Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2019. Linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Objetivou-se analisar o perfil da mortalidade materna e as estratégias utilizadas pelo enfermeiro, para preveni-la, na perspectiva ecossistêmica. Este estudo ancorou-se nos princípios do paradigma ecossistêmico, cuja aplicabilidade fortaleceu a temática em estudo. Assim, teve-se a **Tese**: As estratégias utilizadas pelo enfermeiro para prevenir a morte materna, na perspectiva ecossistêmica, possibilitam a sua prevenção e redução. O **percurso metodológico** caracterizou-se como pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2018, utilizando-se de entrevista semiestruturada com 21 enfermeiros atuantes em consulta pré-natal em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio Grande e, pesquisa documental. A pesquisa documental foi realizada a partir da análise das fichas de investigação dos nove óbitos maternos ocorridos no período de 2013 a 2017, presentes na Secretaria Municipal de Saúde do município e nos prontuários das mulheres falecidas nas instituições hospitalares que prestaram assistência às mulheres falecidas no referido período. Estes dados foram registrados em formulário construído para essa finalidade pelos pesquisadores e, após, analisados utilizando a Análise Estatística simples. Os dados das entrevistas foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo de Bardin. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, sob o parecer nº 47/2018, nº 2.571.426. **Resultados**: o perfil dos nove óbitos maternos, quanto à faixa etária, apresentou idade entre 31 a 37 anos, de cor branca, residentes na área urbana, usuárias do Sistema Único de Saúde, atuantes no lar e ou comércio, com escolaridade entre ensino fundamental incompleto, médio e superior completo. A maioria das mulheres falecidas realizou pré-natal, porém, parcela significativa não cumpriu as recomendações Ministeriais ou os dados apresentaram incompletude. No atendimento ao parto/aborto a totalidade foi atendida em ambiente hospitalar, sendo um aborto provocado e oito partos, a via cesariana e o período a termo prevaleceram. A minoria apresentou intercorrências no trabalho de parto e parto sendo que a maior parte não dispunha desta informação. As mortes maternas prevaleceram no ambiente hospitalar, no período puerperal, sendo a maioria classificada como morte materna obstétrica por causas diretas. Como estratégias para prevenção da mortalidade materna, os enfermeiros relataram a importância de manter o acesso e acessibilidade da mulher ao pré-natal, contar com número suficiente de recursos humanos para realização de busca ativa, visitas domiciliares, grupo de gestantes. Capacitação e qualificação profissional, bem como, trabalho em conjunto com equipe interdisciplinar, trabalho em redes, sistema de referência e contra referência eficaz, uso de tecnologias relacionais, educação em saúde, dentre outras. **Considerações finais**: o estudo evidenciou que o perfil das mortes maternas, assim como, as estratégias utilizadas para prevenção da mortalidade materna, são interdependentes e que o sucesso para prevenção das mortes maternas depende de múltiplos fatores que estão interligados e se inter-relacionam mutuamente no ecossistema de cada uma das mulheres falecidas. Assim, destaca-se que os princípios ecossistêmicos utilizados, nesse trabalho, serviram de apoio e ancoragem ao longo do estudo.

Descritores: Enfermagem; Mortalidade Materna; Ecossistema; Prevenção.

ABSTRACT

SCARTON, Juliane. Profile of maternal deaths and strategies used nursing hair to prevent numa cidade ao sul do brasil: eco-systemic perspective. 2019. 168 p. Tese de Doutorado em Enfermagem - Federal University of Rio Grande. Escola de Enfermagem. Poster-graduation program in Enfermagem. Rio Grande, 2019. Linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem / Saúde.

Objective analysis or profile of maternal mortality and the strategies used for nursing hair, for prevention, in an ecosystem perspective. This study is anchored in the eco-systemic paradigm, whose applicability strengthens the study theme. Assim, take **Tese:** As strategies used nursing hair to prevent maternal death, an ecosystem perspective, possibilitam a sua prevenção e redução. Or **methodological course** characterized as descriptive and exploratory research, with a quali-quantitative approach. A data collection was not carried out in the first half of 2018, using semi-structured interviews with 21 nursing nurses in the pre-natal consultation in the Basic Units of Saúde do município do Rio Grande e, documentary research. A documentary research was carried out based on the analysis of two research records, two new maternal deaths not included in the period from 2013 to 2017, present at the Municipal Secretary of Saúde do município and prontuários das mulheres falecidas nas hospital institutions that will provide assistance to deceased mulheres not mentioned period. These foram data are registered in a form built for this purpose of research hairs, apos, analyzed using simple Statistical Analyzes. I give you interviews foram analyzed hair method of Bardin Context Analysis. Or the project was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande, seemingly No. 47/2018, No. 2,571,426. **Results:** o profile of two new maternal deaths, quanto à faixa etária, apresentou idade between 31 and 37 years old, of cor branca, residents of the urban area, users of the Single System of Saúde, non-lar and ou comércio, commu- nity between primary school incomplete, medium and complete superior. A maioria das mulheres falecidas made pré-natal, pormem, significant plot not complied with Ministerial recommendations or given the incomplete appraisal. Failure to attend or give birth / abortion to a total of foi attended in the hospital environment, being an abortion caused and heard births, to cesarean route and period to thermo prevaleceram. A minority apresentou intercorrências no trabalho of childbirth and childbirth being that at the most part I do not have this information. As maternal deaths prevail no hospital environment, no puerperal period, being maioria classified as maternal obstetric death due to direct causes. As strategies for the prevention of maternal mortality, the nurses will relate to the importance of manter or access and accessibility to the birth of the mother, count enough human resources to carry out active search, home visits, group of pregnant women. Training and qualification profissional, bem como, work in joint with interdisciplinary team, work in networks, referral system and effective referral, use of related technologies, education in health, dentre outras. **Considerations:** either it was evidenced that or profile of maternal deaths, as well as, the strategies used for prevention of maternal mortality, are interdependent and that or event for prevention of maternal deaths depends on multiple factors that are interrelated and interrelated with each other. Ecosystem of each uma das mulheres faltered. Assim, it should be noted that the eco-systemic principles used, nesse trabalho, serviram de apoio and ancoragem ao longo do estudo.

Descriptors: Nursing; Maternal Mortality; Ecosystem; Prevention

RESUMÉM

SCARTON, Juliane. Perfil de las muertes maternas y las estrategias utilizadas por las enfermeras para la prevención en una ciudad del sur de Brasil: una perspectiva del ecosistema. 2019. 168 p. Tesis Doctoral en Enfermería - Universidad Federal de Río Grande. Escuela de enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería. Río Grande, 2019. Línea de investigación: El trabajo de enfermería/salud.

Objetivo analizar el perfil de mortalidad materna y las estrategias utilizadas por las enfermeras para prevenirlo desde la perspectiva del ecosistema. Este estudio se basó en los principios del paradigma del ecosistema, cuya aplicabilidad fortaleció el tema en estudio. Así, estaba la **Tesis:** las estrategias utilizadas por las enfermeras para prevenir la muerte materna, desde la perspectiva del ecosistema, permiten su prevención y reducción. **Percurso metodológico** se caracterizó como investigación descriptiva y exploratoria, con enfoque cualitativo y cuantitativo. La recopilación de datos se realizó en el primer semestre de 2018, utilizando una entrevista semiestructurada con 21 enfermeras que trabajan en consulta prenatal en Unidades Básicas de Salud de Río Grande e investigación documental. La investigación documental se realizó a partir del análisis de las formas de investigación de las nueve muertes maternas ocurridas entre 2013 y 2017, presentes en el Departamento Municipal de Salud del municipio y en los registros médicos de las mujeres fallecidas en las instituciones hospitalarias que brindaron asistencia a las mujeres fallecidas en el referido periodo. Estos datos fueron registrados en una forma construida para este propósito por los investigadores y luego analizados utilizando el análisis estadístico simple. Los datos de la entrevista fueron analizados por el método Bardin Content Analysis. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Río Grande, bajo el dictamen No. 47/2018, No. 2,571,426. **Resultados:** el perfil de las nueve muertes maternas, en términos de edad, fue entre 31 y 37 años, blanco, residente en el área urbana, usuarias del Sistema Único de Salud, trabajando en el hogar y / o comercio, con educación entre la escuela primaria. incompleto, medio y superior completo. La mayoría de las mujeres fallecidas tenían atención prenatal, pero una parte importante no cumplió con las recomendaciones ministeriales o los datos estaban incompletos. En la atención del parto / aborto, todos fueron atendidos en un entorno hospitalario, con un aborto inducido y ocho partos, prevaleció la cesárea y el período de término. La minoría tuvo complicaciones en el parto y el parto, y la mayoría de ellos no tenía esta información. Las muertes maternas prevalecieron en el entorno hospitalario durante el período puerperal, la mayoría de ellas clasificadas como muerte materna obstétrica por causas directas. Como estrategias para prevenir la mortalidad materna, las enfermeras informaron sobre la importancia de mantener el acceso de las mujeres y la accesibilidad a la atención prenatal, teniendo suficientes recursos humanos para realizar búsquedas activas, visitas domiciliarias, grupo de mujeres embarazadas. Capacitación y calificación profesional, además de trabajar con equipo interdisciplinario, trabajo en red, sistema efectivo de referencia y contrarreferencia, uso de tecnologías relacionales, educación para la salud, entre otros. **Consideraciones finales:** el estudio mostró que el perfil de las muertes maternas, así como las estrategias utilizadas para prevenir la mortalidad materna, son interdependientes y que el éxito en la prevención de las muertes maternas depende de múltiples factores que están interconectados y relacionados entre sí. ecosistema de cada una de las mujeres fallecidas. Por lo tanto, es digno de mención que los principios del ecosistema utilizados en este trabajo sirvieron de apoyo y anclaje a lo largo del estudio. **Descriptores:** Enfermería; Mortalidad materna; Ecosistema; Prevención

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Análise dos artigos segundo critérios de exclusão.....	24
Figura 2: Linha do tempo do contexto histórico da mortalidade materna e ações políticas a nível mundial.....	30
Figura 3: Evolução das Políticas e Programas Nacionais -área da saúde da mulher.....	35
Figura 4: Perfil de mortes maternas.....	40
Figura 5: Esquema representativo dos elementos bióticos e abióticos que compõem a rede do ecossistema deste estudo.....	42
Figura 6: Cidade do Rio Grande e sua localização geográfica.....	50
Figura 7: Estratégias de prevenção da mortalidade materna no ecossistema do Rio Grande.....	150

LISTA DE QUADROS

Quadro 4.1.1 - Perfil Sóciodemográfico dos óbitos maternos ocorridos em Rio Grande/RS entre 2013 a 2017.....	58
Quadro 4.1.2 - Perfil da assistência pré-natal em relação as mortes maternas ocorridas em Rio Grande/RS, entre os anos de 2013 a 2017.....	60
Quadro 4.1.3 - Perfil da assistência ao parto/aborto dos óbitos maternos ocorridos em Rio Grande/RS entre os anos de 2013 a 2017.....	64
Quadro 4.1.4 - Perfil da Internação da mulher durante o evento que levou a morte materna, no município do Rio Grande/RS entre os anos de 2013 a 2017.....	67
Quadro 4.2.1 - Perfil sóciodemográfico e funcional dos enfermeiros.....	69
Quadro 4.2.2 - Acesso e a acessibilidade das mulheres nas consultas de pré-natal nas UBS do município do Rio Gande/RS.....	70
Quadro 4.2.3 - Grupo de gestantes: adesão das gestantes nos grupos, assuntos abordados e desenvolvimento das atividades.....	72
Quadro 4.2.4 - Adesão das mulheres nas consultas de enfermagem ao pré-natal e no caso de gestantes faltosas como o enfermeiro procede para reverter a situação.....	75
Quadro 4.2.5 - Orientações sobre os sinais e fatores de risco na gestação.....	78
Quadro 4.2.6 - Vantagens e desvantagens em relação ao parto vaginal e parto cesárea.....	80
Quadro 4.2.7 - Orientações sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto.....	82
Quadro 4.2.8 - Encaminhamento das gestantes para outros serviços.....	84
Quadro 4.2.9 - Retorno da mulher para a consulta de puerpério e como se procede no caso dela não retornar.....	88
Quadro 4.2.10 - Ações realizadas pelo enfermeiro que na opinião deste podem contribuir para prevenir a mortalidade materna.....	90
Quadro 4.2.11 - Descrição dos principais resultados alcançados pelos enfermeiros nas consultas ao pré-natal que possam ter servido para reduzir a mortalidade materna.....	93
Quadro 5 - Apresentação dos títulos e objetivos específicos da tese.....	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Síntese dos estudos segundo o título do artigo, Intervenção estudada, Principais resultados	25
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AC – Análise de Conteúdo

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência adquirida

APICE ON - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia

BCF – Batimentos cardíaco fetais

BDENF - Base de dados da Enfermagem

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

Beta HCG - Gonadotrofina Coriônica Humana

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior

CP – Exame citopatológico

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CEPAS - Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da FURG

CID - Classificação Internacional de Doenças

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COMPESQ - Comitê de Pesquisa da escola de Enfermagem da FURG

CMM - Comitês de Mortalidade Materna

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DECS - Descritores em Ciências da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IST - Infecções sexualmente transmissíveis

FURG - Universidade Federal do Rio Grande

GEES - Grupo de Estudo e Pesquisa Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

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

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MS - Ministério da Saúde

MM – Mortalidade Materna

ODM - Objetivos do desenvolvimento do Milênio

ODS - Objetos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento

PHPN - Programa Nacional de Atenção ao Pré-Natal e Nascimento

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PSMI - Programa de Saúde Materno-Infantil

PE – Pensamento Ecológico

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RMM - Razão de Mortalidade Materna

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento de Gestantes

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

US – Ultrassonografia

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	17
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1 Produção científica acerca da mortalidade materna.....	23
2.2 Contexto histórico da mortalidade materna e ações políticas a nível mundial..	27
2.3 Políticas e Programas nacionais na área da saúde da mulher.....	30
2.4 Traçando o perfil da mortalidade materna.....	35
2.5 Estratégias usadas na prevenção das mortes maternas.....	40
3. METODOLOGIA	49
3.1 Tipo de estudo.....	49
3.2 Local do estudo.....	49
3.3 Participantes do estudo.....	51
3.4 Coleta dos dados.....	52
3.5 Análise dos dados	54
3.6 Aspectos éticos.....	55
3.6.1 Análise crítica dos riscos e benefícios.....	56
3.6.2 Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores.....	56
3.6.3 Explicitação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa.....	56
3.6.4 Declaração que os resultados serão tornados públicos.....	56
3.6.5 Declaração sobre o uso e destinação dos dados e materiais coletados.....	57
3.6.6 Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa.....	57
4. DADOS E RESULTADOS DA PESQUISA.....	58
4.1 Descrição dos dados quantitativos.....	58
4.2 Descrição dos dados qualitativos.....	68
5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	96
6. DISCUSSÃO.....	98
6.1 Artigo 1: Perfil das mortes maternas na perspectiva ecossistêmica.....	99
6.2 Artigo 2: Consulta de enfermagem no pré-natal: estratégias para prevenção da mortalidade materna.....	115
6.3 Artigo 3: Prevenção da mortalidade materna: visão de enfermeiros.....	131
7. MORTES MATERNAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA:	

SÍNTESE REFLEXIVA.....	146
REFERÊNCIAS.....	155
APÊNDICE A.....	162
APÊNDICE B.....	164
APÊNDICE C.....	165
APÊNDICE D.....	166
ANEXO A.....	168

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A gestação, parto e puerpério são eventos fisiológicos e naturais na vida da mulher, os quais estão intrinsecamente relacionados. O conjunto destes três períodos se faz necessário para o nascimento da vida, assim como, para o retorno do corpo materno ao estado pré-gravídico. O esperado, é que tanto a mãe como a criança, percorram esse processo de forma natural e saudável. No entanto, em pleno século XXI, mulheres, ainda morrem em consequência da gestação, parto e puerpério (MARTINS; SILVA, 2018; BARBASTEFANO; VARGENS, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), pela classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10) define a mortalidade materna como: morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta, independente da duração ou da sua localização, devido a qualquer causa relacionada com/ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não relacionada a causas acidentais ou incidentais (OMS, 1995).

Mesmo sendo um processo fisiológico, intrínseco para a perpetuação da espécie humana, o mesmo não é isento de riscos e complicações. Algumas mulheres podem apresentar maior probabilidade de desenvolver uma gestação com evolução desfavorável (BRASIL, 2012a). Esse fato decorre em gestantes com doenças crônicas pré-existentes ou desenvolvidas no decorrer da gestação, pois, essas apresentam condições menos favoráveis de intervenções, portanto, com maior risco de óbito. No entanto, outros desfechos desfavoráveis são resultantes da dificuldade de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, inadequado acompanhamento pré-natal, parto e puerpério, morosidade nos atendimentos, tratamento incorreto, dentre outros fatores.

Não obstante, nas diversas situações, a morte de uma mulher no período gravídico-puerperal é inaceitável, pois, inúmeras vezes, os desfechos desfavoráveis dizem respeito a uma atenção pré-natal ou assistência ao parto e puerpério, de baixa qualidade. Nesse sentido, a mortalidade materna é o melhor indicador das condições de saúde e da qualidade de vida de uma região, especialmente, por analisar os cuidados prestados à população feminina (BRASIL, 2009). Os fatores que a circundam nesse período constituem um conjunto de

elementos que influenciam e interferem no desfecho desse acontecimento formando o ecossistema no qual essa mulher vive.

Na acepção ecossistêmica, a palavra é composta pelo prefixo *eco* de origem grega *oikos* que significa casa/espço e *system* – sistema designa um conjunto de elementos que formam uma unidade/totalidade (CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et. al., 2018), aqui representando o ecossistema da mulher no período gravídico-puerperal. Ao considerar esse espaço constituído pela totalidade dos elementos que compõem a realidade da mulher no pré-natal, parto e puerpério essa temática encontra fundamento teórico-filosófico no Pensamento Ecossistêmico (PE). Ele possibilita compreender os fatores e as relações que interferem nas causas da mortalidade materna.

Esse espaço/ambiente é composto de elementos bióticos, como, comunidades, profissionais de saúde, mulheres no período gravídico-puerperal, profissionais administrativos e demais recursos humanos, necessários para atender a mulher no período gravídico-puerperal nos diferentes ambientes de cuidado dedicados à saúde da mulher. Além desse conjunto de pessoas, fazem parte desse arcabouço os elementos abióticos: estrutura física dos serviços de saúde, equipamentos, prontuários, dentre outros, cujos componentes se relacionam, são interdependentes, interagem entre si e influenciam-se mutuamente (SANTOS; SIQUEIRA; SILVA, 2009; PRIGOGINE, 2011; BERTALANFY, 2013; CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et. al., 2018).

Neste estudo, o ecossistema compreende o município do Rio Grande/RS, mais especificamente a atuação do enfermeiro nos espaços/serviços que atendem a mulher no período gravídico-puerperal. Os serviços, assim como, os demais elementos constituintes do ecossistema, possibilitam por meio das relações, interconexões a criação de um ambiente dinâmico interligado. Essa forma de prestar cuidados à mulher no período gravídico-puerperal pode possibilitar a melhoria dos indicadores da saúde feminina e, conseqüentemente, a redução dos índices de mortalidade materna.

Neste constructo, o PE, por meio dos princípios das **relações, inter-relações, interconexões, influências mútuas** permite conhecer e identificar a comunicação, o diálogo e o entendimento estabelecido entre os serviços, ações, setores, comunidades que prestam cuidados à mulher no período gravídico-puerperal, especialmente, a atuação do enfermeiro que presta serviço na consulta de enfermagem pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município do Rio Grande.

Partindo deste contexto, compreender os princípios ecossistêmicos entre os serviços que prestam cuidados a esse grupo de usuárias, é de extrema importância, pois participam e

são indispensáveis na construção das suas interconexões formando verdadeiras redes, constituídas de elementos bióticos e abióticos que atuam em conjunto para prestar a assistência à mulher, no período da gravidez, parto e puerpério.

Assim, a perspectiva ecossistêmica transcende a visão determinística, fragmentada e passa a utilizar um novo modo de pensar para a obtenção de soluções (CAPRA; LUISI, 2014; SIQUEIRA et. al., 2018). A análise do conjunto dos fatores constituintes do ecossistema, suas relações, inter-relações, interdependências e influências mútuas, são capazes de apontar as necessidades do ecossistema numa visão de totalidade/unidade. Esse fato possibilita fornecer dados aos gestores dos serviços de saúde, profissionais de saúde, passíveis de responder as necessidades do ecossistema em estudo, e gerar, no coletivo, soluções apropriadas para os conflitos e demandas apresentadas acerca da mortalidade materna.

Logo, as mortes maternas por causas obstétricas podem ser classificadas em obstétricas diretas e indiretas. A morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações durante a gravidez, parto ou puerpério devido às intervenções, omissões, tratamento incorreto. A morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por origens obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2009; DIAS; OLIVEIRA; MELO, 2015).

Considerada uma tragédia evitável em 92% dos casos (BRASIL, 2009), na América Latina, aproximadamente 15 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, parto ou puerpério. Países desenvolvidos como Canadá e Estados Unidos apresentam valores inferiores a 11 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, países em desenvolvimento como Bolívia e Peru chegam a mais de 200 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2009). Esse valor é considerado alto pela Organização Mundial de Saúde, que estabelece como aceitável o índice de 20 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos (OMS, 2012).

No Brasil, no ano de 2015, o país apresentou uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 62 por 100 mil nascidos vivos. O estado do Rio Grande do Sul, no mesmo ano apresentou uma razão de 43,4 por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2018). Entretanto, ainda se tem um longo caminho a seguir, pois mesmo que o estado apresente valores abaixo dos preconizados, as mortes maternas que permanecem, são inadmissíveis e, se faz necessário um processo contínuo de cuidado, com vistas, a maior redução dos índices que ainda prevalecem no estado e em todo o mundo.

No município do Rio Grande, segundo dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), entre os anos de 2008 a 2017, foram registrados (18) óbitos maternos, com maior prevalência nos anos de 2011 e 2013 com 4 e 5 óbitos maternos respectivamente, em uma população de 61.127 mulheres em idade fértil (DATASUS, 2015). Tais resultados apontam para a necessidade de se conhecer e analisar os fatores que contribuem para a mortalidade materna, assim como, as dificuldades enfrentadas na sua prevenção, pois os resultados dos últimos 10 anos demonstram que a morte materna ainda se mantém no município.

Assim, em meio a ambientes/ecossistemas instáveis surge pelas flutuações, ou seja, variáveis do ambiente, a possibilidade de criar caminhos/bifurcações a serem seguidos pelo ser humano, no intuito de alcançar um equilíbrio dinâmico, ao que era então, instável (PRIGOGINE, 2011). Frente a este contexto, segundo Prigogine (2011), a instabilidade ecossistêmica oportuniza a procura de soluções por meio das bifurcações de diferentes caminhos para atingir o equilíbrio, utilizando recursos necessários que, aqui, venha favorecer as mulheres no período gravídico-puerperal.

Entre os caminhos/estratégias surgidas pelas bifurcações que possibilitam a prevenção da mortalidade materna, a nível nacional e internacional, existem algumas iniciativas, entre as quais: a criação e fortalecimento dos Comitês de Mortalidade Materna; a criação dos Objetos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecidos pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU, 2015), os quais sucederam os Objetivos do desenvolvimento do Milênio (ODM) (ONU, 2014), estabelecidos após a Cúpula do Milênio das Nações Unidas no ano de 2000. O Brasil também vem criando estratégias na prevenção da mortalidade materna, entre essas, destaca-se o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento (PHPN) criado no ano de 2000, a Rede Cegonha, no ano de 2011, e mais recentemente, no ano de 2017, o Projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, ambos criados pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011^a; BRASIL, 2017).

Essas estratégias conduzem a novos arcabouços para analisar a realidade em que a mortalidade materna, no município do Rio Grande está inserida. Assim, todo e qualquer contato que a mulher possa vir a ter nos serviços de saúde, deve resultar em respostas positivas às demandas expressas pela mulher ou sua família. Logo, o enfermeiro, com base no referencial do PE, é um elemento importante para o desencadear de estratégias dinâmicas, que possibilitam sensibilizar, criar e mostrar caminhos capazes de reduzir a mortalidade materna.

Em relação a **justificativa** para realizar esse estudo, está as lacunas encontradas no Estudo do Estado da Arte, concretizado no primeiro semestre do ano de 2017, compreendeu o período temporal dos últimos cinco anos (2012 a 2016). A busca teve por finalidade levantar e explorar a literatura científica atual, a respeito da temática em estudo. Os dados evidenciaram que, em relação às estratégias que visam a redução da mortalidade materna, foram encontrados somente estudos internacionais. A ausência da produção nacional e a escassez internacional demonstra a necessidade da realização de estudos nacionais que viabilizem o conhecimento das estratégias utilizadas pelos enfermeiros, na perspectiva ecossistêmica, para a prevenção da mortalidade materna.

Além desses vazios na literatura visitada, a prevenção da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Entendendo que o enfrentamento da problemática da morte materna implica no envolvimento de diferentes atores sociais, de forma a garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às necessidades locais de cada área/população (BRASIL, 2007). Além disso, abordar a mortalidade materna com base teórico-filosófica no Pensamento Ecológico, possibilita uma nova visão na compreensão do fenômeno em pesquisa ao dedicar-se ao estudo do processo das inter-relações entre os elementos que constituem o ambiente/espaço desse trabalho.

Ademais, a temática em estudo encontra ancoragem nas propostas da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde do MS (2015), que possui como pressuposto aumentar a produção de conhecimento nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais. No capítulo VIII, referente à “Saúde da Mulher”, o subcapítulo “magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas de saúde da mulher” apresenta como prioridade a gravidez, parto e puerpério, estudos sobre a Mortalidade materna e os fatores de vulnerabilidade (BRASIL, 2015, p. 25). Essa prioridade em pesquisa, enfatiza a relevância do presente estudo, o que por si só justifica a escolha da temática, pois é um problema de saúde pública que desafia as políticas públicas de saúde, órgãos responsáveis e a população como um todo.

Sendo assim, aponta-se que a **relevância** desse estudo está em colaborar na construção do conhecimento por meio da verificação de estratégias capazes de possibilitar a prevenção da mortalidade materna. A prática de um exercício crítico e reflexivo das condutas pessoais e individuais, sociais e políticas tornam-se indissociáveis ao tema em estudo, pois, a saúde da população é também o reflexo da co-responsabilização desta, e pelo modo como cada um pode influenciar na harmonia ou desarmonia do ecossistema no qual se encontra inserido.

O **interesse** pela temática da mortalidade materna, iniciou ainda no mestrado acadêmico, onde ministrei aulas teóricas sobre o tema “mortalidade materna” e acompanhei grupos de alunos em consultas de enfermagem ao pré-natal de baixo risco. Durante esse período, intensificou-se a motivação pelo tema ao verificar a co-responsabilidade do enfermeiro frente a vivência de uma maternidade segura e, conseqüentemente, a desfechos favoráveis do período gravídico-puerperal. Por outro lado, muito me incomodava o fato de uma mulher que se preparava para dar à luz, em pleno século XXI, ir a óbito.

Já a perspectiva ecossistêmica, se deu ao ingressar no doutorado em enfermagem, e iniciar a participação no grupo de pesquisa: Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES/CNPq), sob a liderança da minha orientadora, Prof^a Dr^a Hedi C. Heckler de Siqueira. Tal perspectiva, traz no seu limiar a Filosofia da Instituição FURG: O Ecossistema Costeiro Marítimo. Unindo a filosofia institucional às discussões do GEES, possibilitaram abordar a temática da mortalidade materna sob uma ótica sistêmica, a qual viabiliza, de modo científico analisar o tema em questão. O presente projeto de pesquisa está inserido no projeto maior “Ecossistema em Enfermagem/Saúde” vinculado ao GEES.

Com base no exposto, buscou-se com o presente estudo, defender a **Tese**: As estratégias utilizadas pelo enfermeiro para prevenir a morte materna, na perspectiva ecossistêmica, possibilitam a sua prevenção e respectiva redução.

Assim, formulou-se a **questão pesquisa**: Qual o perfil da mortalidade materna e que estratégias são utilizadas pelo enfermeiro, para preveni-la, na perspectiva ecossistêmica?

Com o propósito de responder à questão de pesquisa elaboraram-se os objetivos:

Objetivo geral: Analisar o perfil da mortalidade materna e as estratégias utilizadas pelo enfermeiro, para preveni-la, na perspectiva ecossistêmica.

Objetivos específicos:

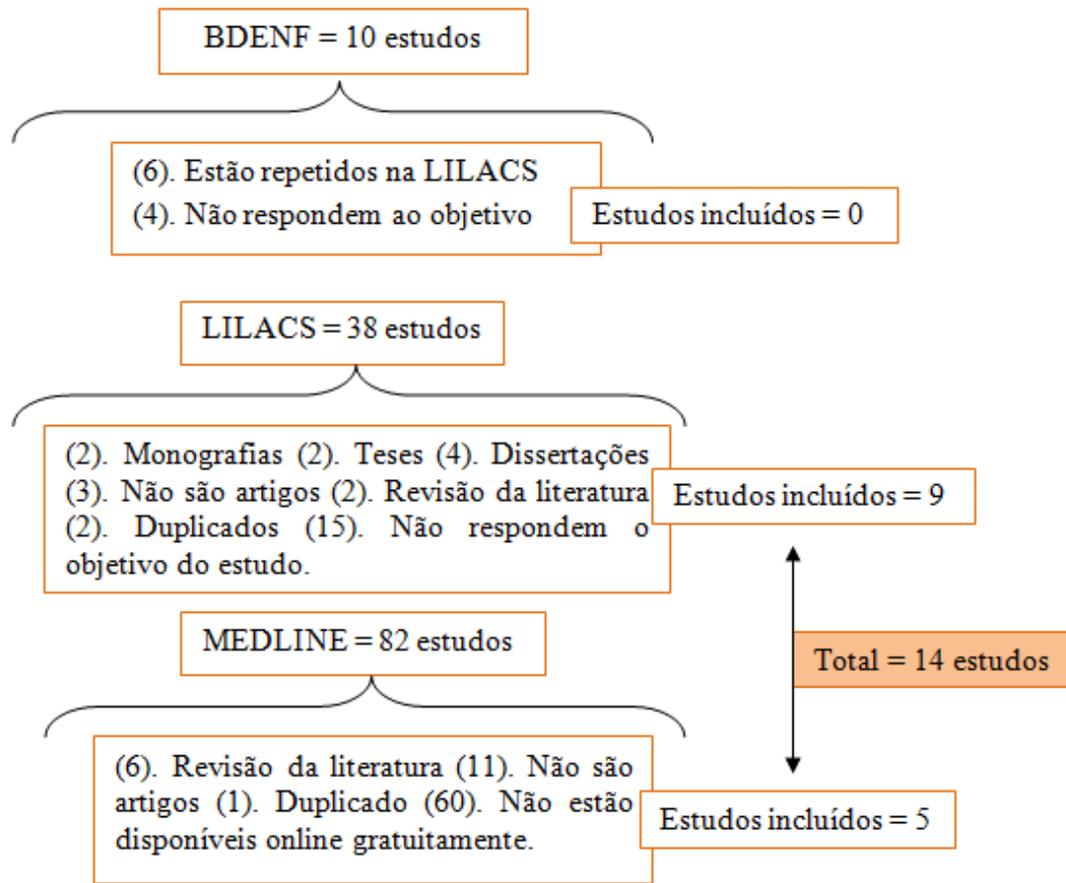
- Analisar o perfil das mortes maternas ocorridas no município do Rio Grande/RS, nos anos de 2013 a 2017, com base nos dados da pesquisa documental, na perspectiva ecossistêmica;
- Investigar a cerca das estratégias utilizadas pelo enfermeiro, nas consultas de enfermagem no pré-natal, para prevenir a mortalidade materna;
- Avaliar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro nas consultas de pré-natal, na perspectiva ecossistêmica.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi elaborada com a finalidade de dar sustentação a essa pesquisa, suporte da análise e interpretação dos dados e confirmação da Tese. Foi estruturada nos seguintes subcapítulos: Produção científica acerca da mortalidade materna; contexto histórico da mortalidade materna e ações políticas a nível mundial; políticas e programas nacionais na área da saúde da mulher; traçando o perfil da mortalidade materna; e, estratégias usadas na prevenção das mortes maternas.

2.1 Produção científica acerca da mortalidade materna

Com a finalidade de conhecer as pesquisas realizadas sobre a temática e, assim, fundamentar o presente estudo, desenvolveu-se o Estudo do Estado da Arte, considerando o período de 2012 a 2016, por meio de buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que contemplou pesquisas nacionais e internacionais. Utilizou-se as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Base de dados da Enfermagem (BDENF). Utilizando o operador booleano “and”, com os descritores, “Saúde da mulher” e “Mortalidade Materna”, ambos indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Após análise dos critérios de inclusão e exclusão dos 130 estudos encontrados (82 MEDLINE, 38 LILACS, 10 BDENF), 116 estudos foram excluídos e, 14 incluídos para análise, conforme consta na Figura 1.

Figura 1: Análise dos artigos segundo critérios de exclusão.

Fonte: Dados da produção científica organizados por Scarton e Siqueira (2019).

Em sua maioria, os estudos nacionais contemplaram o perfil e as causas das mortes maternas, motivo da internação, período de ocorrência do óbito, dentre outros. Já, os estudos internacionais, consideraram de forma mais específica as estratégias utilizadas para prevenção dos índices de mortalidade materna. Entre tais medidas são mencionadas: facilitar o acesso aos serviços de saúde, atendimento gratuito, tratamento precoce do HIV, oferta e encaminhamento a serviços especializados ou de urgência, assim como, número suficiente de recursos humanos e profissionais capacitados para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Essas, dentre outras ações básicas reportadas nos estudos, são medidas simples e de baixo custo, as quais contribuem para uma maternidade segura no livre direito de cada mulher. A seguir, apresenta-se a síntese dos artigos incluídos neste estudo Tabela 1.

Tabela 1: Síntese dos estudos segundo Título do Artigo, Objetivo do estudo, Principais Resultados.

Título do Artigo	Objetivo do estudo	Principais Resultados
Artigo-1: Mortalidade materna por hemorragia no Estado de Santa Catarina, Brasil.	Analisar as mortes maternas relacionadas à hemorragia ocorridas no estado de Santa Catarina, Brasil.	A hemorragia pós-parto foi a causa mais prevalente, seguida por descolamento prematuro de placenta.
Artigo-2: Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio.	Identificar e descrever as características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos entre 2000 a 2012 em um Hospital de referência no interior do Estado de São Paulo.	Prevalência do parto cesáreo, idade média de 29,11 anos, com 1 a 3 gestações anteriores, 56,9% dos óbitos foram por causas diretas, sendo 44,8% atribuídas à hipertensão arterial.
Artigo-3: Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação.	Analisar os óbitos por causas externas e causas mal definidas em mulheres em idade fértil ocorridos na gravidez e no puerpério precoce.	Prevalência de idade entre 20 e 29 anos, de quatro a sete anos de estudo, negras, solteira. Os óbitos foram classificados como morte relacionada à gravidez, entre essas o homicídio e o suicídio.
Artigo-4: Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos.	Analisou mortes maternas declaradas, não maternas, inconclusivas e mortes presumíveis.	60% das declarações de óbito apresentaram os campos 43/44 preenchidos, e 40% apresentaram estes campos em branco e/ou ignorados.
Artigo-5: Evolução temporal e distribuição espacial da morte materna.	Analisar a evolução temporal da mortalidade materna e sua distribuição espacial.	Prevalência de mulheres acima de 40 anos, com baixa escolaridade e de cor branca. O momento do parto/aborto e o puerpério imediato foram os de maior risco materno, sendo a hipertensão Arterial gestacional e hemorragia as causas de maior impacto.
Artigo-6: Maternal mortality in a regional health jurisdiction in the Brazilian state of Maranhão: a retrospective study.	Investigar as causas de óbitos maternos em uma Regional de Saúde do Maranhão.	A síndrome hipertensiva gestacional apresentou-se como a principal causa de MM, seguida da síndrome hemorrágica.
Artigo-7: Óbitos maternos: necessidade de repensar estratégias de enfrentamento.	Analisar os óbitos maternos e apresentar a Razão de Mortalidade Materna no município de Fortaleza, Nordeste do Brasil, nos anos	Dentre os óbitos maternos obstétricos diretos, os transtornos hipertensivos foram as causas mais prevalentes. Nos

	de 2008 a 2010.	obstétricos indiretos, as doenças infecciosas e parasitárias.
Artigo-8: Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007.	Foi analisado o perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no período de 2004-2007, no Rio Grande do Sul.	Houve um decréscimo na razão de mortalidade materna, contudo não foram encontradas diferenças nas medidas de estimativas.
Artigo-9: Análise de dados do sistema de informação de Mortalidade e comitê de mortalidade materna no Rio Grande do Norte (RN).	Analisar a mortalidade materna no RN na série histórica 2003-2008, a partir de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade e do Comitê de Mortalidade Materna (CMM) do estado.	O percentual de óbitos maternos investigados e confirmados pelo Comitê em relação aos registrados no SIM variou de 3% em 2003, decrescendo para 1% em 2007.
Artigo-10: Pregnancy Termination in Matlab, Bangladesh: Maternal Mortality Risks Associated with Menstrual Regulation and Abortion.	Avaliar as mudanças nos riscos de mortalidade associadas à RM (e um pequeno número de procedimentos de dilatação e curetagem), aborto e nascidos vivos.	A redução do risco de mortalidade foi maior na área de MCH-FP do que na área de comparação (90% vs. 75%).
Artigo-11: Socio-economic improvements and health system strengthening of maternity care are contributing to maternal mortality reduction in Cambodia.	Analisa a evolução de alguns dos principais fatores sociais e de saúde baseados em relatórios nacionais e internacionais recentes.	Os fatores incluem crescimento econômico e redução da pobreza, o acesso à informação sobre saúde e serviços de saúde através de meios de comunicação e uma maior capacidade de comunicação com o sistema de saúde e, melhorias do sistema de saúde.
Artigo-12: Trends in maternal mortality in resident vs. migrant women in Shanghai, China, 2000–2009: a register-based analysis.	Analisa a mortalidade materna e as causas de morte em mulheres grávidas em Xangai nos dez anos de 2000 a 2009, comparando mulheres residentes e migrantes.	Foram criados serviços de parto de baixo custo para as mulheres migrantes nas maternidades, foram criados cinco centros de atendimento obstétrico e de referência nos hospitais gerais e instituído treinamento para profissionais de saúde e educação em saúde para mulheres.
Artigo-13: Achieving the Millennium Development	Estimular a redução da mortalidade materna, com	Cerca de 74% dos óbitos no distrito de Kabezi foram

Goal of reducing maternal mortality in rural Africa: an experience from Burundi.	cuidados obstétricos de emergência fornecido por Médicos sem fronteira e comparar com o quinto objetivo de desenvolvimento do Milênio de reduzir a mortalidade materna.	de evitados através da intervenção MSF. Este valor encontra-se muito próximo do de 2015 dos ODM 5 para Burundi de 285 mortes / 100 000 nados-vivos.
Artigo-14: Cost and impact of scaling up interventions to save lives of mothers and children: taking South Africa closer to MDGs 4 and 5.	Identificou as intervenções prioritárias a serem ampliadas a nível nacional e projetar a potencial salvação da vida materna e infantil.	Intervenções, incluindo o trabalho de parto, tratamento precoce do HIV durante a gravidez, prevenção da transmissão materno-infantil economizarão mais de 1.000 mães por ano.

Fonte: Base de dados da produção científica sobre o tema e organizados por Scarton e Siqueira (2019).

Os dados dos 14 estudos capturados por meio da busca da produção científica já produzida, subsidiaram os subcapítulos da Revisão de Literatura, elaborados conforme constam a seguir.

2.2 Contexto histórico da mortalidade materna e ações políticas a nível mundial

Ao longo da história o ser humano é influenciado e transformado pelo contexto no qual está inserido. Mudanças de ordem cultural, social, econômicas, políticas, entre outras, influenciam o modo de pensar e agir, sendo assim, o tempo e o espaço se modificam e jamais serão os mesmos, pois estão em constante mudança. Nesse íterim, o contexto histórico da mortalidade materna, traz em sua bagagem o reflexo das mudanças do tempo (séculos, anos, meses, dias, horas) e do espaço (território, cidade, países, mundo) as quais resultam na própria evolução histórica deste tema.

Nessa perspectiva, o espaço/território/ambiente onde as pessoas estão inseridas exerce, de forma dinâmica e contínua, influências mútuas entre os elementos que o formam e suscita modos de viver e de enfrentamento de problemáticas distintas com características próprias, que possibilitam o desencadeamento de ações capazes de reduzir a mortalidade materna (SANTOS; SIQUEIRA; SILVA, 2009; SIQUEIRA et. al., 2018).

Dessa forma, para compreender a situação de saúde de um indivíduo e ou de uma coletividade é necessário considerar as suas relações com o meio físico, social, cultural, político e espiritual. Assim, diversas tentativas são realizadas no intuito de evoluir, positivamente, no contexto da mortalidade materna, a qual recebe interpretações conforme o

período histórico em que é vivenciado e, assim, estratégias são criadas e utilizadas em benefício da mulher no período gravídico-puerperal, no intuito de diminuir a mortalidade materna neste período.

Pioneira nas medidas de redução da mortalidade materna a Suécia, no século XIX, empregou políticas nacionais que promoveram a prática de parteiras profissionais e técnicas de antisepsia. Após tais iniciativas, o país passou a apresentar a menor razão de mortalidade materna da Europa no referido período (HÖGBERG; WALL; BROSTRÖM, 1986). Em países como França e Inglaterra a criação de programas que visavam a melhoria da saúde materna e infantil, datam no início do século XIX. Contudo, esses programas possuíam um cunho ambicioso e intencional, partindo da ideia que crianças saudáveis se tornariam adultos robustos para a mão de obra e para lutar nas guerras (OMS, 2005).

Sob o olhar ecossistêmico os fatos e acontecimentos que ocorrem em espaços/ambientes instáveis possibilitam o desencadeamento de caminhos e/ou bifurcações que podem ser seguidos pelo ser humano para buscar conhecimento, criar novas visões de mundo, interagir com o espaço e, assim, alcançar a sustentabilidade. Logo, por meio da complexidade relacionada à mortalidade materna, o sistema começa a explorar novas estruturas/possibilidades capazes de reduzir os índices de mortalidade materna (PRIGOGINE, 2009).

Nesse ínterim, no século XX, os programas voltados à saúde da mulher foram difundidos em longa escala a nível mundial. No ano de 1919, foi criada a proteção da maternidade pela Organização Internacional do trabalho. Já em 1930, os primeiros artigos sobre mortalidade materna foram publicados, iniciando as primeiras investigações em relação aos óbitos maternos. E, no ano de 1948, ficou assegurado, durante a declaração dos direitos humanos pelas Nações Unidas a obrigação dos governos na prestação de cuidados de assistência às mulheres e às crianças (OMS, 2005).

O primeiro Inquérito Confidencial sobre morte materna, foi publicado em 1952, pelos ingleses, cujos resultados serviram de alicerce para a criação de medidas de prevenção, onde as investigações continuam até os dias atuais (BRASIL, 2009). Em 1987, após a Conferência Internacional de Nairobi/Quênia, a prevenção da mortalidade materna passou a ser responsabilidade de todos os países em desenvolvimento. Em 1990, a 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana, reconheceu que para o alcance de tal compromisso, seria necessário a implantação de um programa de prevenção da mortalidade materna (BRASIL, 2009). No mesmo ano, o MS do Brasil, aprovou no Estado de São Paulo os primeiros Comitês Municipais de Morte Materna, como medida de combate à esta. Posteriormente, ocorreu a

adesão de outros estados e atualmente todos os estados da federação contam com tais comitês instalados (BRASIL, 2009).

Mesmo com o empenho realizado pelas organizações mundiais, países em desenvolvimento ainda apresentam taxas de morte materna elevadas. Nesse sentido, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu como meta a redução de 75% da razão da mortalidade materna, entre 1990 e 2015 (ONU, 2014). Entretanto, para que ocorra um equilíbrio dinâmico nesse contexto, é necessária uma nova visão da realidade. Segundo Siqueira (2001), Capra e Luisi (2014), a visualização da realidade, quando trabalhada com base no referencial teórico-filosófico do Pensamento Ecológico, essa se processa com a interdependência dos fenômenos físicos, biológicos, sociais, espirituais e culturais, o que faz com que o mundo seja visto em termos de relações e integração, resultando numa totalidade/unidade interligada.

Assim, no ano 2000, líderes mundiais se uniram e decidiram estabelecer uma agenda global de compromissos mínimos pela promoção da dignidade humana. Sendo assim, oito ODM surgiram para serem alcançadas até 2015. Entre esses, destaca-se o quinto ODM, o qual visava melhorar a saúde materna, com duas metas globais: reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990; e universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva (ONU, 2014).

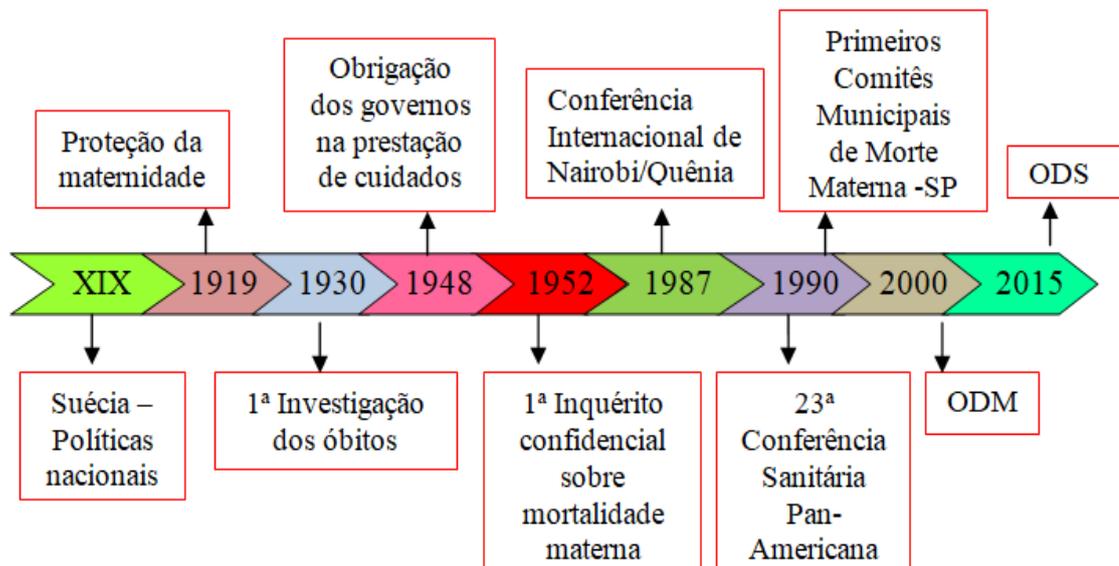
A grande maioria dos países no mundo não cumpriu a meta estabelecida, incluindo o Brasil que reduziu a RMM em torno de 50% (BRASIL, 2018). O Brasil deveria apresentar RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos, tendo em vista que a RMM se mantém em valores acima do esperado, demonstrando a necessidade de rever as ações e estratégias e de concentrar os esforços aos grupos de maior risco (ONU, 2014).

Assim, os novos ODS são uma iniciativa mundial que sucedemos ODM e convocam o mundo para um esforço conjunto para eliminar a mortalidade materna evitável, entre os anos de 2016 e 2030 (ONU, 2015). O objetivo 3, visa “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades até 2030”, sendo assim, no Brasil, visa-se reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (ONU, 2015).

Autores consideraram que os inúmeros aspectos do viver humano se inter-relacionam com o ambiente onde os sujeitos estão inseridos e necessitam de atenção, no intuito de permitir o equilíbrio e a sustentabilidade de todos os que participam deste meio e assim, alcançar as expectativas traçadas (ZAMBERLAN, 2013).

Assim, ao compreender a magnitude da mortalidade materna, esforços conjuntos de forma interdependente e inter-relacionada a nível mundial resultam num contexto histórico crescente de repercussões. Nota-se que tais repercussões, são frutos de mudanças ao longo do tempo/espço entre os séculos XIX ao século XXI, que resultaram em políticas e ações de cunho social e assistencial, que visam a prevenção das mortes maternas. Apresenta-se a linha do tempo do contexto histórico da mortalidade materna e ações políticas a nível mundial, Figura 2.

Figura 2: Linha do tempo do contexto histórico da mortalidade materna e ações políticas a nível mundial.



Fonte: Dados da literatura consultada e organizado por Scarton e Siqueira (2019)

2.3 Políticas e Programas nacionais na área da saúde da mulher

Nos dias atuais, a saúde materna é tema de maior atenção das entidades de saúde pública do que no passado. Longa foi e é a história de lutas para que a mulher deixe de ser vista apenas como foco de reprodução para a perpetuação da espécie humana. Movimentos sociais de cunho social resultaram e resultam em ganhos extraordinários que, atualmente, contemplam a mulher em todas as fases de sua vida.

Nas primeiras décadas do século XX, a área de saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, ganhando espaço e outros significados na sociedade. Até então, a atenção à saúde da mulher era desenvolvida de forma fragmentada, seguindo o paradigma cartesiano. Segundo Capra (2001), a cultura ocidental vem sendo influenciada, por um

paradigma que começou a ser formulado nos séculos XVI e XVII, culminando em transformações nos valores, bem como, no pensar, agir, e visualizar o mundo. Trata-se do modelo cartesiano que possui como características o reducionismo, a verticalização do saber e a fragmentação do ser humano (KOIFMAN, 2001; SIQUEIRA, 2001; PEREIRA; SIQUEIRA, 2008).

Inicialmente, no ano de 1974, foi implantado pelo governo o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), o qual apresentava uma visão limitada sobre a mulher, baseada em sua função reprodutiva, desassistindo à mulher nas outras fases da vida (BRASIL, 2004a). Com isso, o MS, no ano de 1984, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual marcou uma ruptura nos conceitos e princípios da política de saúde às mulheres e os critérios para eleição de prioridades voltada para esse grupo (BRASIL, 1984).

As ações eram dirigidas a fim de que todo e qualquer contato que a mulher viesse a ter com os serviços de saúde fosse utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (BRASIL, 1984). O PAISM abarca ações voltadas para práticas educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher nos âmbitos clínico-ginecológica, gravídico-puerperal e no climatério, envolvendo também, ações direcionadas ao planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), ao câncer de colo de útero e de mama e a outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Segundo Capra e Luisi (2014), o produto é maior do que a soma das partes. Assim, o ser humano é um todo integrado, constituído da dimensão biológica, sociocultural, psicológica e espiritual que se relaciona com os demais elementos da natureza, formando uma verdadeira teia de relações com o ambiente no qual vive e se desenvolve. Essa visão ecossistêmica viabiliza compreender a relação e as influências que as partes exercem entre si, possibilitando o surgimento de novos aspectos e novas maneiras capazes de gerar mudanças e transformações no todo.

Para compreender essa relação é preciso abandonar a visão determinística, fragmentada e linear com foco em uma determinada necessidade e visualizar o ambiente como um todo integrado (SIQUEIRA, 2001; CAPRA; LUISI, 2014), o que passa a ser exercido quando a mulher deixa de ser vista como objeto de reprodução e passa a ser percebida em todas as dimensões e fases da vida.

Sendo assim, o PAISM é considerado um marco na luta pela igualdade de gênero, pois apontava para importância de constituir programas voltados à saúde da mulher, que

englobassem ações dirigidas para além das questões reprodutivas. Outras demandas da população feminina que, até então, vinham sendo negligenciadas passaram a ser priorizadas (BRASIL, 1984). Uma das estratégias do PAISM foi a implantação dos Comitês de Mortalidade Materna (CMM), que posteriormente, foi retomada e aperfeiçoada.

No entanto, o fato do ser humano ser visto de forma fragmentada e reducionista em que o acesso a saúde era privilégio da minoria da população, mobilizou o movimento da reforma sanitária, grupo responsável por discussões importantes como integralidade, descentralização e a universalização. Assim, houve um crescente conjunto de análises e interpretações responsáveis por grandes mudanças na saúde pública do País. Foi quando começaram as primeiras manifestações importantes para o crescimento do controle social no Brasil.

Assim, em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal - "*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*" (BRASIL, 1988). A partir dessa perspectiva e pelos indicadores da atenção reprodutiva no Brasil o MS lançou programas e políticas voltadas à saúde materna, visando melhor qualidade de vida e condições dignas de cidadania às mulheres (BRASIL, 2004a).

O desenvolvimento dos CMM se deu a partir de 1987, com a implementação dos CMM em todo o Brasil. Esses visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas para a sua redução, sendo um importante indicador de avaliação das políticas públicas de atenção à saúde da mulher. Neste sentido, em 1994, foi instituída a Comissão Nacional de Morte Materna, grupo que congrega representantes de organizações governamentais, sociedades científicas, movimentos de mulheres e técnicos de notório saber (BRASIL, 2009).

No ano de 2000, o MS criou o Programa Nacional de Atenção ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, sendo implantado no Estado do Rio Grande do Sul no ano de 2003. Possui como foco os direitos de cidadania e a garantia da melhoria ao acesso, cobertura, qualidade e gestão do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, puerpério, nascimento e na busca de reduzir a mortalidade materna (BRASIL, 2002).

O PHPN possui como alicerce a humanização, a atitude ética e solidária dos profissionais de saúde, a organização das instituições para garantir um ambiente acolhedor, a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos no parto e nascimento, a fim de

evitar práticas intervencionistas e desnecessárias. Esse tem como prioridades, ampliar ações de investimentos para serviços de saúde e capacitação aos profissionais de Saúde; reduzir os altos índices de morbimortalidade materna e perinatal; adotar melhorias no acesso, na cobertura, e na qualidade do atendimento à gestante e puérpera (BRASIL, 2002).

No ano de 2004, o PAISM torna-se a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), a qual baseia-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como integralidade, universalidade e equidade da assistência à saúde. Nesse contexto, a política visa a implementação de ações em saúde envolvendo todo o ciclo de vida da mulher, sob o enfoque de gênero, considerando as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais, como as mulheres negras, as indígenas, as residentes em áreas urbanas e rurais, em situação de risco, as presidiárias, as mulheres com deficiência, dentre outras (BRASIL, 2004a).

Para tanto, as práticas em saúde desempenhadas pelos profissionais deveriam ser norteadas pelo princípio da humanização, permitindo e instrumentalizando as mulheres para fazer escolhas em relação ao seu corpo e sua condição de saúde. Além disso, os profissionais devem promover o acolhimento, o respeito e o uso de tecnologia apropriada diante da real necessidade de cada caso (BRASIL, 2004a).

No mesmo ano, o Pacto para redução da Mortalidade materna e infantil foi instituído pelo MS, devido as elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal configurando uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e um grave problema de saúde pública, desvelando desafios para os serviços de saúde e a sociedade em geral (BRASIL, 2004b).

Este, elenca ações que envolvem: corresponsabilidade de diferentes atores sociais e instituições; criação de pactos estaduais e municipais; controle social; direito ao acompanhante e ao alojamento conjunto no trabalho de parto, parto e pós-parto; garantia de acolhimento no serviço de saúde, pois parto é uma urgência prevista; atenção humanizada ao abortamento; saúde da mulher trabalhadora, das negras, índias e recém-nascido; redirecionamento de recursos para projetos; expansão da atenção básica; primeira semana: saúde integral (BRASIL, 2004b).

Houve, também, expansão da oferta de exames laboratoriais no pré-natal; implementação de ações de concepção e contracepção; vigilância ao óbito materno e infantil; redução da transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) / Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) e sífilis congênita; organização do acesso; adequação da oferta de serviço; qualificação das urgências/emergências; rede hospitalar e centros de parto

normal; gestão humanizada; investimento da rede hospitalar, diagnóstico e terapêutico; prioridade de orçamento para instituições com serviço obstétrico; requalificação de hospitais amigos da criança; reavaliação de hospitais de referência para gravidez de alto risco; ações de suporte social; qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento; assessoramento técnico para planejamento local e regional e, capacitação e educação permanente de profissionais gestores e gerentes (BRASIL, 2004b).

Percebe-se que tais ações envolvem vários elementos, e são programados para atuar de forma interdependente, inter-relacionada, integrada e articulada, e, assim corroborar para melhorar a qualidade de vida ao grupo em questão e oferecer condições de saúde capazes de repercutir no ciclo gravídico-puerperal e, conseqüentemente, reduzir as mortes maternas.

Tem-se, também, a Portaria GM/MS nº 1.172, criada no ano de 2004, outra importante medida, que definiu como atribuição de municípios e estados, a vigilância epidemiológica da mortalidade materna. Ainda, a Portaria GM/MS nº 1 119 criada no ano de 2008 a qual regulamentou essa prática, elegendo prazos para sua investigação (BRASIL, 2004b).

Mais recentemente, em 2011, foi instituída a Rede Cegonha, sob a Portaria nº 1.459, como uma estratégia para redução da morbimortalidade materna e neonatal. O objetivo da Rede tociança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos dois anos de idade. Objetiva também, organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil de forma a oferecer acolhimento e resolutividade reduzindo assim, a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011a).

O Projeto Apice On, criado no ano de 2017 pelo MS, em parceria com outras instituições, propõe a qualificação na atenção ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual, abortamento e aborto legal, em hospitais de ensino, universitários ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha (BRASIL, 2017).

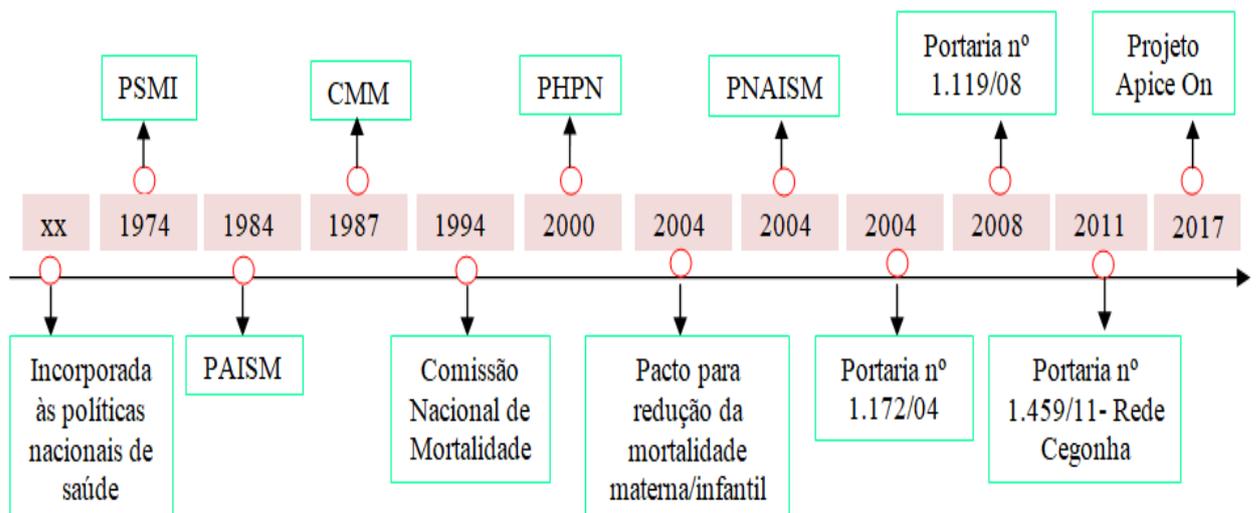
Este projeto contempla três ambitos de intervenção, a Formação, Atenção e Gestão. Contribui, assim, para que seja superada a segregação entre a universidade, os serviços e a comunidade, objetivando reverter o modelo tradicional de formação e assistência obstétrica e neonatal. Insere-se no cenário social de problemas que ainda perduram, relacionado à atenção obstétrica e neonatal, no Brasil, dentre estes, a mortalidade materna (BRASIL, 2017).

Esse projeto ao buscar parceria entre os diversos segmentos que oferecem serviços e ações às mulheres no período gravídico, no intuito de obter qualificação do serviço possui aderência ao Pensamento Ecológico. A aplicabilidade de seus princípios norteadores de relações, influência mútua, interrelações e cooperação, entre outros, relacionam-se à

capacitação de profissionais mais eficientes e espaços melhor planejados para o atendimento mais adequado às mulheres, consequentemente, procura diminuição das mortes maternas no período gestacional.

Nesse sentido, visualiza-se que o Brasil vem criando medidas por meio de políticas e programas que visam a redução da mortalidade materna. Logo, o enfrentamento da problemática requer o envolvimento de diferentes atores sociais, que de forma interdependente, interligada e articulada, precisam possibilitar que as políticas e programas sejam, de fato, executados e respondam as necessidades ao que se propõem solucionar. Na figura 3, apresenta-se esquematicamente a evolução das Políticas e Programas nacionais na área da saúde da mulher.

Figura 3: Evolução das Políticas e Programas nacionais na área da saúde da mulher.



Fonte: Dados com base na literatura consultada e organizados por Scarton e Siqueira (2019).

2.4 Traçando o perfil da mortalidade materna

A mortalidade materna compõe o campo da saúde, dos direitos sexuais e reprodutivos e representa grande magnitude no Brasil e em todo o mundo. Torna-se de um desafio aos órgãos públicos, pois atinge diferentes classes sociais, raças e culturas. Assim, o perfil das mortes maternas é o reflexo do ambiente em que as mulheres estão inseridas, constituído de elementos que se inter-relacionam e sofrem influências, os quais necessitam de atenção, no intuito de possibilitar o equilíbrio e a sustentabilidade de todos os que participam desta totalidade/unidade (ZAMBERLAN et. al., 2010).

Sabe-se que, a mortalidade materna, pode ocorrer em diferentes faixas etárias. A maior prevalência acontece pelo risco de maiores complicações e doenças crônicas já existentes, ou quando, estão no “pico” do período reprodutivo. Em estudo realizado no Recife, cujo objetivo foi caracterizar o perfil epidemiológico dos óbitos maternos ocorridos em um hospital público de referência, encontrou a faixa etária entre 20 e 29 anos, representando 447,3% dos casos, com o maior número de casos de morte materna (MENEZES; BEZERRA; BEZERRA, 2015).

Outro estudo, realizado na Índia, cujo objetivo foi analisar a tendência da mortalidade materna em um centro terciário, deduziu que a idade de maior incidência foi entre 20-30 anos (KAUR; KAUR; SINGH, 2015). A ocorrência do óbito, neste período, revela a necessidade de melhorar a assistência ao pré-natal, parto e puerpério e, sobretudo, reforçar a detecção precoce das gestações de alto risco (CORREIA et. al., 2011). Conforme Capra e Luisi (2014), o ser humano faz parte da teia da vida e, assim, deve cuidar de toda a natureza, pois esse cuidado permite a sustentabilidade e o equilíbrio do espaço em que habita. Essa afirmação alerta o cuidado que precisa ser dado ao espaço/lugar em que as mulheres no período gravídico-puerperal vivem porque ela, ao fazer parte desse espaço, influencia e é influenciada e, quanto mais saudável for, melhor será a saúde de ambos.

Em relação à raça, essa pode apresentar predominância distinta quando inserida nos estudos, pois dependerá também do local e da população que o constituirá. Estudo realizado num município nordestino que determinou o perfil dos óbitos maternos encontrou predominância das mulheres de cor parda (CARVALHO et. al., 2016). Ainda, estudo realizado em Recife, os óbitos prevaleceram entre as mulheres negras (45,1%) (MENEZES; BEZERRA; BEZERRA, 2015). Logo, a raça deve ser analisada com cuidado, pois permite avaliar questões sociais e, até mesmo, de acesso aos serviços de saúde, revelando as desigualdades enfrentadas por este grupo, em relação ao acesso e aos serviços de saúde (CORREIA et. al., 2011).

As causas de morte materna também estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão arterial, fatores relacionados à dificuldade de acesso, à baixa qualidade do atendimento recebido e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde, voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas (BRASIL, 2009). Na perspectiva ecossistêmica, pondera-se que seja praticada a consciência sistêmica no entendimento do fenômeno, ou seja, nenhum problema/fenômeno pode ser compreendido isoladamente (CAPRA; LUISI, 2014), ou seja, não é o fato de ser negra ou

branca que resultará na morte materna e sim, um conjunto de outros fatores que devem ser analisados como um todo.

Em relação ao estado civil, a mortalidade materna é mais elevada entre as mulheres classificadas como solteiras. Os autores que realizaram estudo com vistas a apresentar o perfil da mortalidade materna no Brasil nos anos de 2000 a 2009, por meio do DATASUS e do IBGE, afirmaram que estado civil solteira, representa a maioria dos óbitos (FERRAZA; BORDIGNON, 2012).

Esses mesmos autores afirmam que as gestantes solteiras, assim como as viúvas e separadas, tendem a constituir um grupo vulnerável. Grupo esse que se depara, na grande maioria, à falta de suporte afetivo, emocional, social, financeiro e de estímulo ao autocuidado à mãe, por parte do pai do bebê e da família (FERRAZA; BORDIGNON, 2012).

Referente a escolaridade, quanto menor o grau de instrução, maior é a relação com o óbito materno. Em estudo, cujo objetivo foi descrever o perfil epidemiológico e a tendência da mortalidade materna no Brasil, por meio de revisão de produções sobre o tema, apontou que o óbito materno está associado a desigualdades relacionadas à escolaridade (MORSE et. al., 2011).

Nesse sentido, estudo que avaliou o comportamento de busca de cuidados maternos e fatores associados de mulheres em idade reprodutiva em aldeias rurais, no leste da Etiópia, encontrou que as mulheres que sabem ler e escrever foram 4,8 vezes mais propensas a procurar serviços de cuidados pré-natais do que a sua contraparte, o que reduz a mortalidade materna em comparação aquelas de baixa escolaridade (KIFLE et. al., 2017).

Dessa forma, pode-se notar uma estreita relação entre a mortalidade materna e as condições socioeconômicas, em que a baixa escolaridade das mulheres pode interferir negativamente na obtenção de informações sobre métodos contraceptivos e na adesão às orientações fornecidas no pré-natal. Então, a garantia de mais escolaridade para a população feminina poderia ser uma maneira importante de contribuir na redução das gestações indesejadas e dos riscos de morte materna (SOUZA et. al., 2014).

No que se refere aos antecedentes obstétricos de maior prevalência, um estudo realizado em Campinas-Brasil, o qual visou descrever a frequência da mortalidade materna em um hospital de atendimento terciário e avaliar a sua evitabilidade, constatou que, as mulheres do estudo apresentavam algum tipo de hipertensão arterial, outras eram cardiopatas, soropositivas para o vírus HIV e já haviam apresentado complicações em gestações anteriores. Também, a via de parto havia sido a cesariana (TRONCON et. al., 2013) e a maioria eram multigestas (KAUR; KAUR; SINGH, 2015).

Esses achados apontam para a necessidade de melhorar o acesso e a qualidade de todo e qualquer atendimento que a mulher possa vir a necessitar no período gravídico-puerperal (LEAL et. al., 2014). Quanto mais qualificado o atendimento, menores serão as taxas de internação por complicações obstétricas, onde a sobrevivência da mulher está estreitamente relacionada à qualidade da atenção prestada (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009).

Ainda, os óbitos maternos ocorrem em grande parte nos hospitais (CARVALHO et. al., 2016) e o risco de morte está mais associado aos hospitais do SUS (LEITE et. al., 2011). Logo, os progressos nas condições de saúde desafiam profissionais da saúde para que haja redução dos índices de mortalidade materna. Torna-se necessária não apenas a melhoria da qualidade de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, mas também investimentos de cunho social, orientando políticas públicas para educação básica, redução da pobreza e das desigualdades sociais, considerando o impacto desses fatores na saúde das mulheres (LIMA et. al., 2016).

Assim, a ideia da teia, característica da estrutura dos elementos no Pensamento Ecológico, permite uma compreensão, mais ampla e simples dos sistemas, e reafirma a relação de interligação que existe entre eles, e a realidade dos inúmeros processos que forma o todo de maneira interdependente. O sistema exerce grande importância no desenvolvimento de qualquer atividade a ser realizada. Os grandes e pequenos problemas são sistêmicos, portanto, interligados e interdependentes, e somente podem ser entendidos e solucionados por meio do aprender a pensar e agir sistemicamente, em termos de relação, conexão e processo, pois qualquer uma das partes que a compõe é de extrema importância e influencia na estrutura de toda a teia (CAPRA, 2012).

Estudo realizado, com o objetivo de analisar as taxas de internações obstétricas de mulheres residentes no Paraná no ano de 2010, constatou que 37,8% das internações ocorreram por complicações durante a gestação, o parto e o puerpério (VERAS; MATHIAS, 2014). Os períodos pré-parto e pós-parto foram os com maior número de óbitos (KASSEBAUM et. al., 2017).

A gestação, por ser um período de mudanças fisiológicas no organismo materno para que haja manutenção da viabilidade do conceito, é o momento que inspira mais cuidados para essas mulheres. Assim, deve-se focar em estratégias de educação em saúde que tenham por objetivo orientar quanto a importância do pré-natal, prevenção de doenças, incentivo a hábitos de vida saudáveis e educação às mulheres para o reconhecimento de complicações (SOUZA, 2013).

O momento ideal para realizar essas atividades é durante a consulta pré-natal, por permitir uma abordagem grupal e individual (SOUZA, 2013). Também, vale destacar a importância do acompanhamento nesse período, haja vista que após o parto, permanecem fatores de risco e ocorrem complicações que podem evoluir para o óbito (MENEZES; BEZERRA; BEZERRA, 2015).

Para a realização de ações educativas e de promoção e prevenção de saúde a esse grupo, essas devem ser compostas por aspectos ecossistêmicos, em especial, os biológicos, socioculturais, psicológicos, espirituais e educativos que auxiliam as pessoas nas escolhas de vida e não podem ser excluídos do processo. Nessa perspectiva, o Paradigma Ecossistêmico apresentado por Capra (2002) enfatiza o surgimento de uma concepção unificada da vida, da mente e da consciência humana que está, inexoravelmente, interligada ao mundo social, cultural e de relacionamentos interpessoais.

Pelo exposto, o enfermeiro como agente promotor da saúde precisa considerar que os indivíduos atribuem valores e significados aos seus ambientes e agem de acordo com essa atribuição. Portanto, cabe a este profissional inserir em sua proposta educativa as interações existentes entre estrutura, fluxo e dissipações. Isso o conduzirá a um ponto de bifurcação, mas com possibilidade de derivar para novos caminhos e possibilidades (PRIGOGINE, 2009).

Quanto as causas obstétricas diretas ou indiretas de mortalidade materna, houve maior predomínio das diretas, lideradas pelas doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas (OMS, 2015; MENEZES; BEZERRA; BEZERRA, 2015; KAUR; KAUR; SINGH, 2015). A morte materna obstétrica direta é considerada uma violação dos direitos humanos, pois poderia ser evitada (OMS, 2015) ou controlada por meio de uma assistência adequada durante o ciclo gravídico puerperal. Assim, no processo de trabalho com gestantes, os profissionais necessitam possuir qualificação e competência para executar atividades obstétricas essenciais como assistência à mulher no pré-natal, parto, puerpério e planejamento familiar (CORREIA et. al., 2011).

Quanto a morte materna obstétrica indireta, causada por doenças agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2009). Entre estas, estão doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, aparelho circulatório e doenças hepáticas. Logo, há uma proporção crescente de causas indiretas associadas às doenças crônico-degenerativas e envelhecimento da população materna (CARVALHO et. al., 2016).

Na concepção ecossistêmica a promoção da saúde centra-se em iniciativas sustentadas, onde se considera a subjetividade dos sujeitos envolvidos e as necessidades que deles emergem. Além disso, nesta abordagem, busca-se, por meio da autonomia dos sujeitos e dos

grupos sociais, transformar e melhorar as relações existentes entre as condições de vida e a saúde, mas sem esquecer que este processo é dinâmico, instável e complexo e que, por ter essas características, apresenta possibilidades de auto-organização.

É possível inferir que o perfil da mortalidade materna reflete-se nos indicadores sociais e que ao serem considerados e avaliados podem auxiliá-lo no enfrentamento e prevenção das mortes maternas. Porém, a subnotificação dos óbitos maternos ainda é um desafio para sua correta mensuração, pois parcela das mortes maternas não é notificada tornando difícil seu reconhecimento (MORSE et al. (2011); SCARTON, et al., 2018). Logo, começa-se a explorar novas estruturas e tipos de organizações espaço-temporais que se denominam como estruturas dissipativas, ou seja, não se referem mais a certezas, e sim a possibilidades (PRIGOGGINE, 2009). Com base no exposto, o perfil da mortalidade materna encontrado na literatura nacional e internacional é caracterizado na Figura 4.

Figura 4: Perfil das mortes maternas



Fonte: Base de dados da literatura organizados por Scarton e Siqueira (2019).

2.5 Estratégias usadas na prevenção das mortes maternas

A redução da mortalidade materna é alvo de órgãos governamentais e demais setores. No Brasil, as estratégias de prevenção em busca da redução da mortalidade materna são formadas por meio de programas e políticas, já mencionadas anteriormente, cujo objetivo é oferecer melhor assistência à mulher. Como ferramenta para guiar a melhora da assistência a essas mulheres o MS, também procurou organizar o processo de trabalho por meio da

qualificação do cuidado prestado às gestantes e da articulação do trabalho arquitetado em redes.

Logo, no ano de 2010, com o objetivo de assegurar uma estrutura eficiente e efetiva para organizar os serviços de saúde, criou-se os arranjos denominados de Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais possuem articulação com programas, ações, serviços, de forma estratégica e organizada. Assim, os arranjos são organizados por diferentes densidades tecnológicas que interligadas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão possibilitam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

Nesse ínterim, buscam interligar as políticas públicas a um espaço complexo que envolvem questões sociais, fortalecendo o controle público, substituindo os sistemas hegemônicos que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população, por tendências flexíveis que possibilitem a organização dos serviços de saúde (BRASIL 2010a).

Em oposição a modalidade hegemônica, verticalizada, atuando de forma independente e isolada as RAS apresentam como características, a formação de redes de forma horizontal entre as zonas de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde. Assim, as necessidades em saúde de uma população possuem foco central com responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010b).

Logo, para a organização das RAS ser efetiva se faz necessário a disponibilidade de recursos humanos, físicos e financeiros, qualidade e acesso aos serviços de saúde, suficiência, economia de escala e disponibilidade de recursos (BRASIL, 2010b). Para que a sustentabilidade das RAS seja alcançada, Thurow (2016) afirma que há necessidade de contemplar o planejamento minucioso, após definição da população e conhecimento do diagnóstico situacional com o envolvimento da população e de profissionais capacitados, consolidando a troca de informações e estabelecendo relações e conexões entre as redes.

As redes são constituídas pelos serviços que prestam cuidados à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Cada um dos serviços pode ser entendido como um nó estruturante da rede. Entretanto, os serviços para serem compreendidos por todos os participantes da rede necessitam estar interligados entre si por meio da comunicação/diálogo para facilitar a compreensão do que se processa na rede como um todo interdependente.

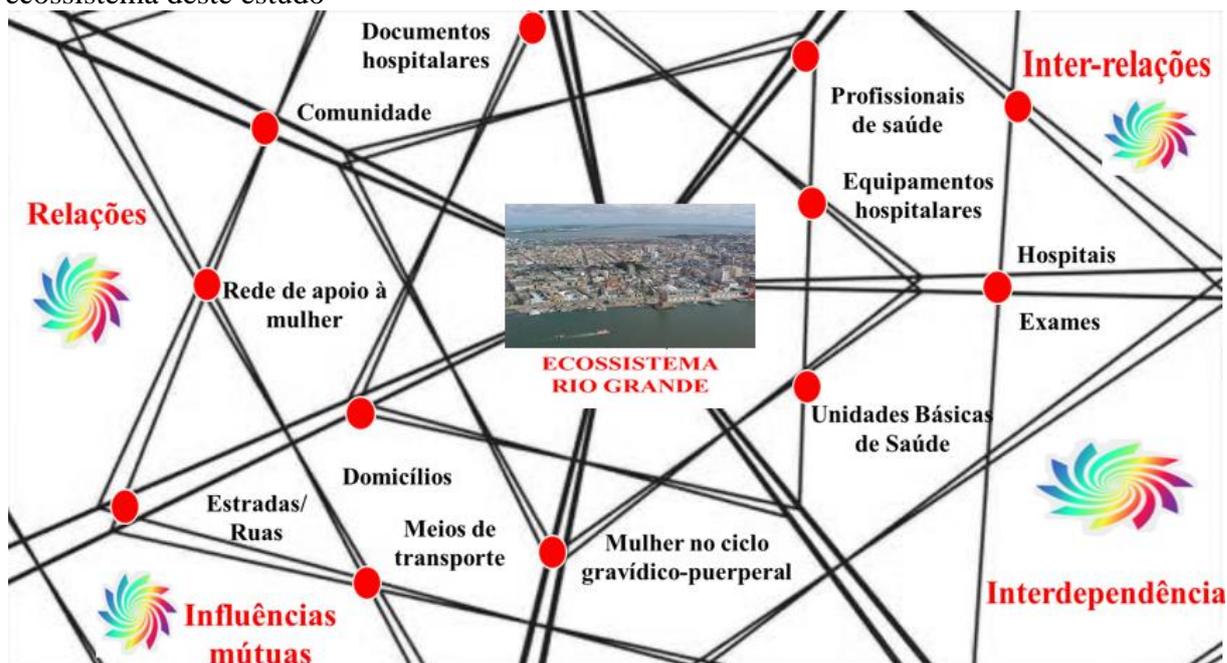
Em analogia as redes, nesse trabalho, na visão ecossistêmica, os *nós* são representados por todos os elementos bióticos e abióticos do espaço ecossistêmico em estudo. Quanto aos

bióticos, têm-se, principalmente, as mulheres no ciclo gravídico-puerperal e suas famílias, o enfermeiro que atua na consulta do pré-natal, as pessoas do serviço de prontuário do usuário dos espaços em estudo, o enfermeiro responsável pelo serviço da mulher da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio Grande, e respectivas relações e interconexões que se estabelecem entre esses elementos. Além disso, é preciso incluir todos os profissionais que atuam nas instituições que prestam cuidados à mulher no ciclo gravídico puerperal.

Fazem parte da rede ecossistêmica os componentes abióticos concebidos como serviços de saúde ou lugares institucionais que oferecem serviços à mulher no ciclo gravídico-puerperal como, hospitais, UBS, laboratórios de exames clínicos, domicílios, entre outros. Assim como, recursos físicos, materiais e equipamentos disponíveis e utilizados pelos profissionais da saúde para prestar o cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Por outro lado, os *filamentos* exercem a função de conexões e interconexões entre os nós, que são propriedades do todo, onde o todo é sempre diferente da soma das partes (PRIGOGINE, 2011; CAPRA; LUISI, 2014). Os filamentos são caracterizados pela comunicação, dialogo e convívio que se processa entre os nós, formando um entrelaçamento, uma grande teia de relações e inter-relações. A comunicação é o eixo das redes, deve ser relacional e interativa, de modo que, exerça influências mútuas e possibilite o fluxo sistêmico da rede, conforme representado na Figura 5.

Figura 5: Esquema representativo dos elementos bióticos e abióticos que compõem o ecossistema deste estudo



Fonte: Figura elaborada por Scarton e Siqueira (2019) com base em Bertalanfy (2009, 2013); Prigogine (2011); Capra e Luise (2014); Siqueira et. al., (2018).

Na perspectiva ecossistêmica, o trabalho/assistência à saúde emerge em resultados satisfatórios quando realizado em redes. Assim, as relações e inter-relações entre os nós e filamentos constituintes da rede geram *Feedback* positivo de resposta as necessidades do ecossistema, possibilitando que as estratégias para redução das mortes maternas sejam alcançadas. Assim, são elementos constitutivos da RAS: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde (BRASIL, 2010b).

A **população** de responsabilidade das RAS é organizada em famílias e é distribuída em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde. Logo, a população deve ser conhecida e cadastrada em sistemas de informação específico, o que possibilita melhor controle para tomada de decisões.

A **estrutura operacional** é constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que constituem os filamentos entre os diferentes nós. Assim, a estrutura operacional das RAS é composta, neste estudo, pelos elementos bióticos e abióticos que constituem os nós, e a comunicação entre estes, os filamentos.

O **modelo de atenção à saúde** é considerado um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS. Articulado de forma singular onde os focos das intervenções sanitárias, ocorrem em função da prevalência da situação demográfica, epidemiológica, e dos determinantes e condicionantes sociais da saúde. Assim, o modelo de atenção à saúde deve considerar tempo e o espaço em que é desenvolvido e, também, suas características próprias.

Compreende-se que por meio do trabalho arquitetado em redes, o pré-natal de qualidade pode ser assegurado e, muito dos óbitos maternos evitados. Nota-se que o MS, centra grande parte de suas ações neste período, o qual demanda maior atenção pelos riscos e complicações advindos do ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2005). No entanto, para o alcance do pré-natal de qualidade, o sistema carece do envolvimento de todos os elementos do ecossistema, que direta ou indiretamente, corroboram para os desfechos ao que tange a saúde materna.

Para tal, a assistência pré-natal adequada com detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como, um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde os quais têm o potencial de prevenir as principais causas de mortalidade materna por meio do trabalho em redes (BRASIL, 2012b).

O MS recomenda que, o cuidado à mulher e as ações de saúde na gestação devem contemplar toda a população-alvo da área de abrangência, assegurando minimamente seis

consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2012b).

Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se garantir, entre outros, a captação precoce do acompanhamento pré-natal, ou seja, até 12 semanas de gestação; acolhimento imediato e garantia de atendimento a totalidade das gestantes e puérperas que procuram os serviços de saúde; acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes em intervalos preestabelecidos (BRASIL, 2012b).

Também, toda gestante com 41^a semanas deve ser encaminhada para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal; deve ser incentivado o parto normal e à redução do parto cesárea (BRASIL, 2012b), evitar o uso de intervenções desnecessárias no parto vaginal, sem evidências científicas, e, orientar quanto aos riscos das cesáreas eletivas, sem fins justificáveis (OMS, 1996).

Realização de anamnese, exame físico e exames complementares indicados no pré-natal; imunização antitetânica e para hepatite B; oferta de medicamentos necessários; diagnóstico e prevenção do câncer de colo de útero e de mama; avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação; realização de práticas educativas, individualmente ou, por meio de grupo de gestantes, no intuito de educar a mulher na tomada de decisões sobre seu corpo, seus direitos, sinais de riscos e demais complicações desse período (BRASIL, 2012b).

As visitas domiciliares às gestantes e puérperas necessitam ser realizadas com o intuito de orientar cuidados adequados, identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários; busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta puerperal; sistema eficiente de referência e contra referência; vinculação das unidades básicas de saúde aos hospitais, às maternidades, às casas de parto; atendimento às intercorrências obstétricas e neonatais; registro adequado das informações abordando a história clínica, intercorrências e as urgências/emergências que requeiram avaliação hospitalar e, atenção à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana após o parto e na consulta puerperal (até o 42º dia após o parto) (BRASIL, 2012b).

Esses aspectos, necessariamente, precisam englobar a totalidade constituinte do espaço onde o ser humano vive, trabalha, se desenvolve, pois todos de forma inter-relacionada exercem influência e são influenciados (SIQUEIRA et. al., 2018). Compreende-se que, se o ser humano, no trabalho, tiver possibilidades de projetar experimentos, promover experiências, compartilhar, observar e refletir sobre o processo, poderá alcançar conclusões firmes e agir de forma efetiva e sustentada nos diversos sistemas (SENGE, 2000; SIQUEIRA,

2001; ANDRADE et. al., 2006). Para isso, o enfermeiro necessita despojar-se da visão linear e concentrar-se na visão do todo em que, suas ações refletem na circularidade das relações, interações e interdependências entre os elementos da rede e possibilitam alimentar todo o processo.

Assim, o trabalho arquitetado em redes permite uma visão panorâmica dos elementos constituintes do ecossistema e da arquitetura do trabalho à que se propõe desenvolver. O MS por meio do trabalho em redes, propõe construir um arranjo organizacional que, se executado de forma adequada, é capaz de transformar-se numa excelente estratégia para a prevenção/redução das mortes maternas.

Em outros países, não menos importantes que o Brasil, no intuito de alcançar estratégias/intervenções que possibilitem a redução das mortes materna, a mortalidade materna também é assunto de destaque. Na literatura internacional, as estratégias utilizadas consideram, entre outros, oferecer a prática segura do aborto, no intuito de reduzir tais taxas. Estudo realizado na Ásia aponta que, embora seja oferecida a prática do aborto seguro, ainda prevalece a busca pelo aborto clandestino que representa a maioria dos óbitos maternos (RAHMAN; DAVANZO; RAZZAQUE, 2014).

No Brasil, ao contrário de outros países, o aborto não é legalizado, salvo em condições específicas como gravidez resultante de estupro e, se não há outro meio de salvar a vida da gestante. Nesse caso, constitui direito da mulher pela Constituição Federal e pelas Normas e Tratados Internacionais de Direitos Humanos, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2005).

Conseqüentemente, a maioria das mulheres não tem acesso a serviços de saúde para a interrupção da gravidez. A busca aos serviços clandestinos, muitas vezes inseguros, é a única escolha, a qual pode resultar na morte da mulher, contribuindo para o aumento alarmante do número de óbitos maternos. Para tal, o acolhimento à mulher durante o cuidado pré-natal ou na busca ativa durante as visitas domiciliares é fundamental para o esclarecimento sobre seus direitos e encaminhamentos para serviços especializados (BRASIL, 2005).

Contudo, “chegar” a essas mulheres que desejam interromper a gestação, não é tarefa fácil. Os pré-conceitos arraigados na sociedade e pelos próprios profissionais de saúde, tornam-se empecilhos à essas na busca de auxílio, colaborando para a realização do aborto clandestino e crescente mortalidade materna, demonstrando assim, a necessidade na mudança de pressupostos, com vista a um cuidado e acolhimento humanizado, sem julgamentos.

Garantir uma maternidade segura é direito de toda a mulher. Nos dias de hoje, considera-se que a prevenção da mortalidade materna não se limita a uma questão de

desenvolvimento, pois está relacionada aos direitos de cidadania e a uma questão de direitos humanos. Logo, torna-se claro, que a interferência sobre essa questão requer uma multiplicidade de visões para que os responsáveis, assim como os profissionais de saúde envolvidos no cuidado à mulher, cumpram seus deveres em proteger a vida e garantam o livre acesso e tratamento digno para todos (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

A dinâmica de relações entre o indivíduo e diversos elementos que compõem a sua realidade ecossistêmica, tanto no que se refere aos profissionais de saúde, instituições e serviços de saúde, possibilita que as mudanças possam ocorrer a partir do próprio indivíduo e coletividade quando todos os elementos contribuem com o contexto no qual estão inseridos (SANTOS; SIQUEIRA; SILVA, 2009).

Nota-se que o predomínio das desigualdades socioeconômicas é um fator interveniente na mortalidade materna, seja em âmbito nacional como internacional. Fato esse que dificulta não apenas o acesso aos serviços de saúde, mas também a adesão às medidas de saúde recomendadas (CARRENO; BONILHA; COSTA, 2012). Estudo realizado em Camboja na Ásia revela que o crescimento econômico, redução da pobreza, melhoria do ensino primário, acesso aos serviços de saúde e informações sobre saúde, foram responsáveis pela redução de 472 óbitos maternos para 206 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, em cinco anos (LILJESTRAND; SAMBATHB, 2012).

Sob a ótica do ecossistema os elementos que constituem o ambiente, exercem influência mutuamente entre si. Logo, conhecendo o âmbito do ecossistema, torna-se possível a criação de redes de cooperação e de interligação, que aperfeiçoem o trabalho da enfermagem, no intuito de criar ações/estratégias coletivas, interdependentes e que possibilitem a sustentabilidade do espaço na prevenção da mortalidade materna.

Também, o uso de intervenções prioritárias para salvar vidas, no caso do HIV, foi identificado como fator que contribui significativamente na redução da mortalidade materna, em estudo realizado na África do Sul (CHOLA et. al., 2015). Torna-se evidente a necessidade em se reproduzir informações e realizar planejamento e avaliação das ações de saúde, conforme a necessidade territorial, voltadas a todo e qualquer contato que a mulher possa vir a ter, durante o pré-natal, parto, puerpério e planejamento familiar.

Conseqüentemente é necessário que haja incentivo dos cursos de graduação e pós-graduação para melhoria da atuação dos profissionais. Além disso, o trabalho em equipe multiprofissional e em redes é outro elemento fundamental para que haja uma atenção qualificada na linha de cuidado materno (LIMA et. al., 2016). Também, faz-se necessária a ampliação e utilização de recursos eficazes, como a utilização do partograma, o qual auxilia

na monitorização para o adequado acompanhamento do trabalho de parto. Ainda têm-se a oferta de recursos tecnológicos, dos mais simples aos mais complexos, e de recursos humanos disponíveis, os quais contribuem para um resultado favorável (TAYLER-SMITH et. al., 2013).

Concorda-se que a fragilidade na oferta de tais recursos, tanto na atenção básica como na atenção hospitalar, são frequentemente responsáveis pelos desfechos das mortes maternas. No entanto, apesar dos avanços tecnológicos utilizados para salvar vidas, as mulheres, no Brasil, morrem por causas que poderiam ser evitadas como um pré-natal de qualidade e com profissionais aptos a prestar assistência nas intercorrências maternas (SOARES et. al., 2012). A assistência à saúde da mulher, principalmente, durante o ciclo gravídico-puerperal, é ainda um grande desafio, no sentido da falta de capacitação profissional e busca de saberes nesta área de conhecimento o que gera a necessidade do aprimoramento nesta linha do cuidado (ALVES; ANTUNES, 2009).

Para tal, o uso de protocolos específicos para a identificação de complicações obstétricas, juntamente com a capacitação dos profissionais, foi uma medida eficaz na redução da mortalidade materna, na África (TAYLER-SMITH et. al., 2013). No Brasil, a utilização de protocolos e condutas preconizadas pelo MS deve ser monitorada pelos serviços de auditoria do SUS e pelos comitês hospitalares, municipais e de prevenção da mortalidade materna e/ou congêneres. A atenção à gestante de baixo risco, especialmente as de alto risco deveria ser criteriosamente cumprida, seguindo os protocolos e portarias estabelecidas pelo MS, possibilitando a diminuição dos alarmantes índices de mortalidade materna e suas indesejáveis consequências (SOARES et. al., 2012).

Criar medidas/estratégias que visem a prevenção da mortalidade materna é fator que merece destaque. Medidas simples emergem em resultados positivos na redução da mortalidade materna, como o acesso aos serviços de saúde, atendimento gratuito, trabalho em redes, oferta e encaminhamento a serviços especializados ou de urgência, assim como, número suficiente de recursos humanos e profissionais capacitados para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal.

Logo, para inovar nos processos, é necessário que o ser humano passe a buscar e conhecer o todo que compreende a teia do fenômeno, contextualize e, fundamentalmente, mude o processo de medição e observação, passando a não se preocupar em encontrar a verdade, mas em se “*preocupar em descobrir o que funciona melhor*” (WHEATLEY, 2006). Assim, compreende-se que para o sucesso de tais ações, não se faz necessário o uso de grandes tecnologias ou equipamentos sofisticados de última geração e sim, melhorar

estrategicamente a gestão dos serviços por meio de uma assistência qualificada/sistêmica em que o trabalho em redes, seja, de fato, executada.

3. METODOLOGIA

Esse capítulo aborda as possibilidades metodológicas seguidas neste estudo. Contempla: o tipo de estudo, local em que o estudo foi realizado, participantes do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

3.1 Tipo de estudo

Pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem quali-quantitativa. Acredita-se que tal abordagem foi ao encontro da proposta deste trabalho, pois, proporcionou explorar dados que possibilitaram clarear a questão de pesquisa, os objetivos, bem como, a Tese proposta.

O método qualitativo se caracterizou pelo estudo planejado acerca do perfil da mortalidade materna e as estratégias utilizadas pelo enfermeiro, para preveni-la, na perspectiva ecossistêmica. Dessa forma, viabilizou, por meio da entrevista, obter dados descritivos e exploratórios e oportunizou maior aprofundamento para conhecer e analisar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para prevenir a mortalidade materna, na perspectiva ecossistêmica. .

A pesquisa descritiva permitiu descrever de forma sistemática e objetiva o conteúdo das mensagens dos enfermeiros, expressas na entrevista, o que facilitou a compreensão e análise dos dados, no que tange aos fatores que permeiam a mortalidade materna e as estratégias usadas na sua prevenção. Já a pesquisa exploratória permitiu explorar estruturas e conteúdos que viabilizaram o esclarecimento de elementos significativos, tornando-os familiares, o que *a priori*, não seriam compreensíveis (BARDIN, 2011).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município do Rio Grande, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), mais especificamente junto a área de saúde da mulher, por meio do levantamento de dados disponíveis nos documentos/fichas de investigação dos óbitos maternos, ocorridos no período de 2013 a 2017.

Como as informações constatadas nos documentos das fichas de investigação da SMS do município do Rio Grande apresentaram incompletude, optou-se por incluir na busca de dados duas instituições hospitalares do município, identificadas como H1 e H2 que prestaram assistência às mulheres falecidas. O cenário do estudo também contemplou as UBS do município do Rio Grande, nas quais o enfermeiro realiza consultas de pré-natal.

O município do Rio Grande/RS foi fundado no dia 19 de fevereiro de 1737 e, possui uma área territorial de 22.709,522 km². A população residente, segundo o Censo Demográfico de 2010, é de 197.228 pessoas, com uma população estimada para o ano de 2017 de 209.378 pessoas (IBGE, 2017). O município está situado no extremo sul do Brasil, distante 310 km da capital do estado, Porto Alegre/ RS. Limita-se ao norte com o município de Pelotas e Lagoa dos Patos; ao sul com Santa Vitória do Palmar; ao leste com o Oceano Atlântico e Canal do Rio Grande; ao oeste com Pelotas, Arroio Grande e Lagoa Mirim.

Figura 6: Cidade do Rio Grande e sua localização geográfica.



Fonte: Imagem disponível no Google, link: <https://www.tudoaquiriogrande.com.br/rio-grande-rs>

Em relação aos leitos hospitalares, o município conta com uma instituição filantrópica que presta atendimento à usuários particulares e conveniados entre os quais os do SUS. Composto por um Hospital Geral, um Hospital Psiquiátrico e um Hospital Cardiológico, totalizando 23 setores. Destes há três Unidades de Tratamento Intensivo, duas emergências, três blocos cirúrgicos, totalizando 500 leitos. Referencia para o pré-natal de baixo risco e oferece serviços de alta complexidade nas áreas de Cardiologia, Oncologia, Psiquiatria, Traumatologia, Neurocirurgia, Centro de Queimados, buco-facial e Cirurgia Vascular.

O município, também, conta com o Hospital Universitário, o qual dispõe de 203 leitos, atendendo 100% usuários do SUS. Tem por finalidade implementar as políticas públicas do SUS, bem como, promover e incentivar o desenvolvimento de programas de ensino, pesquisa

e extensão na área da saúde, objetivando a integração do ensino com a assistência. Esta instituição é referência para pré-natal de alto risco.

Já, a Rede básica de saúde, do município, segundo informações da SMS, Rio Grande conta, com 33 UBS das quais duas funcionam 24h, (seis) são tradicionais, sendo que tanto as tradicionais quanto as com funcionamento 24h não contemplam ESF. Conta ainda, com uma Unidade de Saúde prisional em que não são realizadas consultas de pré-natal, as demais 24 UBS estão distribuídas em 33 ESF, sendo que 10 UBS possuem duas equipes ESF e, 14 possuem uma equipe.

A UBS tradicional é considerada a porta de entrada preferencial do SUS, onde se realiza atendimentos primários de saúde, cuja demanda é espontânea, não há adstrição de clientela e a delimitação da área de abrangência se delimita a ações de vigilância à saúde. Já as UBS com ESF, também são voltadas para atenção primária, porém, possuem delimitação da área de abrangência com adstrição de clientela e estão direcionadas a desenvolver processos de trabalho baseados na prevenção, promoção e vigilância da saúde (ELIAS et. al., 2014).

3.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram 21 enfermeiros das UBS do município do Rio Grande que atuam em consultas ao pré-natal de baixo risco. Foram considerados como critérios de **inclusão**: enfermeiro que atue em UBS do município do Rio Grande e que realize consultas de pré-natal, no mínimo há seis meses. E, como critérios de **exclusão**: enfermeiros que no período da coleta de dados estivessem gozando de férias ou em qualquer tipo de auxílio doença ou licença.

Inicialmente optou-se por entrevistar a totalidade dos enfermeiros de cada uma das UBS, porém, no decorrer da coleta de dados, notou-se que as informações se tornaram repetitivas, o que levou a optar pela inclusão do critério de entrevistar o enfermeiro com maior tempo em consultas de enfermagem no pré-natal.

Assim, das seis UBS tradicionais do município, cinco foram representadas por enfermeiros atuantes em consultas ao pré-natal e uma foi excluída pelo fato do enfermeiro atuar no pré-natal a menos de seis meses. Das outras 26 UBS, 13 tiveram representação de enfermeiros e em quatro UBS houve recusa por parte dos participantes que preenchiam os critérios do estudo.

Participaram do estudo 22 enfermeiros, destes, 17 atuantes em UBS com ESF e UBS 24h e cinco em UBS tradicionais, porém, das 22 entrevistas, uma foi excluída, por prejuízo no material gravado, totalizando 21 participantes. Com a finalidade de preservar o anonimato dos participantes optou-se em identificá-los com a letra E (Enfermeiro), seguidos de números arábicos E1, E2, E3 e, assim, sucessivamente, conforme a ordem das entrevistas.

3.4 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2018 e teve início após aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Inicialmente solicitou-se autorização da SMS para realizar a pesquisa com enfermeiros atuantes em consultas ao pré-natal em UBS do município e a disponibilização das fichas de investigação das mortes maternas ocorridas nos anos de 2013 a 2017. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: uma quantitativa, na qual os dados foram levantados por meio do método documental e outra qualitativa, utilizando-se o métodos da entrevista semiestruturada.

A pesquisa documental proporciona conhecer os dados/informações contidos em um documento. É de inquestionável pertinência, pois ao compilar as respostas dos fatos investigados, possibilita armazenar o máximo de informações de modo a tornar-se facilmente acessível ao pesquisador, permitindo a análise de forma crítica (BARDIN, 2011).

Para a realização da pesquisa documental, após aprovação da pesquisa pelo CEPAS/FURG e autorização da SMS foi mantido contato pessoal com a Enfermeira responsável pelo serviço de Saúde da Mulher da SMS do município. Nesse momento, foi apresentada a carta de autorização da SMS para coleta de dados, assim como, carta de aprovação do CEPAS/FURG, explicado os objetivos e a relevância do estudo.

Após a anuência da Enfermeira responsável foi solicitado ao serviço de saúde da mulher, as fichas de investigação dos óbitos maternos ocorridos nos anos de 2013 a 2017, entre estas: fichas de investigação de óbito materno de serviço de saúde ambulatorial; Ficha de investigação de óbito materno de serviço hospitalar; Ficha de investigação de óbito materno de entrevista domiciliar; e, ficha de coleta de dados de laudo de necropsia do óbito materno; e, *site* de investigação de óbito materno da SMS.

Os dados da pesquisa documental foram registrados em formulário construído para essa finalidade (APÊNDICE A), elaborado com base nas fichas de investigação de óbito

materno, do MS (BRASIL, 2011b). Ao preencher as informações, notou-se a incompletude de dados em relação as informações contidas nas fichas da SMS (APÊNDICE B).

Diante disso, o projeto de pesquisa foi reformulado e encaminhado para emenda ao CEPAS da FURG, solicitando autorização para acesso aos prontuários das falecidas nas instituições hospitalares H1 e H2. Após aprovado pelo CEPAS, as informações ausentes foram coletadas, em parte, nos prontuários das mulheres falecidas em ambos os hospitais.

No intuito de melhor visualizar o perfil das mortes maternos por meio da coleta documental, essas foram identificadas pelas letras MM, referente a Mortalidade Materna, acrescida de números arábicos, conforme a ordem de acesso aos documentos. As demais informações do instrumento de coleta de dados da pesquisa documental, que não foram alcançadas, mesmo após o levantamento nas instituições hospitalares, foram identificadas pelo termo “Não consta”.

A entrevista semiestruturada, elaborada com roteiro específico (APÊNDICE C), para atender aos objetivos do estudo é um método de pesquisa que possibilita, por meio de um material fornecido verbalmente facilitar a apreensão de um conjunto de dados, objetivos e subjetivos, que podem ser capazes de auxiliar na compreensão e interpretação das informações, nessa pesquisa, relatadas pelos enfermeiros que atuam nas consultas de pré-natal ao que tange as estratégias usadas para a prevenção das mortes maternas (BRADIN, 2011).

Bardin (2011) salienta que, na entrevista, a subjetividade do participante do estudo está presente e isso fornece uma riqueza de conteúdo. E, partindo da livre expressão do entrevistado, o entrevistador pode chegar a esclarecer temas relevantes que venham contribuir na sua investigação.

Para concretização das entrevistas foram usadas duas estratégias, sendo o contato pessoal e via telefone com o enfermeiro coordenador. No contato via telefone, foi realizada a apresentação da pesquisadora, os objetivos da pesquisa e sua relevância, bem como, a importância da sua participação para o alcance do objetivo proposto e, após, verificado seu enquadramento nos critérios estabelecidos.

No contato pessoal com o enfermeiro seguiu-se o mesmo discurso/explicação. Em ambas as estratégias, caso o enfermeiro não atendesse ao critério de inclusão ou não aceitasse participar do estudo, foi solicitado a este, a possibilidade de conversar com outro enfermeiro da unidade, até esgotar as possibilidades e resultar na exclusão da UBS do estudo.

Aos que aceitaram participar, foi agendado dia e horário para a realização das entrevistas, as quais aconteceram na própria UBS em uma sala reservada, garantindo o sigilo das informações. Inicialmente a entrevista seria escrita/digital, assistida/dialogada, porém,

durante a coleta de dados, devido as demandas dos serviços realizados pelos enfermeiros optou-se pelo uso da entrevista semiestruturada gravada.

Ainda, com a transcrição e pré-análise das entrevistas concomitantemente à coleta de dados, optou-se por encerrar a coleta observando o método de saturação dos dados. Método este, definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados passam a apresentar certa redundância/ repetição, não sendo considerado relevante persistir na continuação da coleta de dados (BARDIN, 2011).

3.5 Análise dos dados

Os dados qualitativos foram analisados e interpretados utilizando o método de Análise de Conteúdo, seguindo Bardin (2011). Para exploração dos dados quantitativos, utilizou-se a Análise estatística simples (APOLINÁRIO, 2006)

A Análise de Conteúdo é considerada uma técnica de análise das comunicações que utiliza métodos ordenados e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. É um conjunto de operações que possui a finalidade de interpretar o que está por trás das palavras do participante do estudo. Possibilita manter o rigor científico e torna-se uma ferramenta para explorar documentos e mensagens, trabalhando a investigação e descoberta de conteúdo que se aspira elucidar (BARDIN, 2011). Compreende três fases: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, ou seja, a inferência e a interpretação.

Pré-análise é a organização propriamente dita, isto é, busca tornar o processo operacional e sistematizar as ideias iniciais, por meio da leitura flutuante, a escolha dos documentos e entrevistas, permitindo a constituição do *corpus* e a formulação das hipóteses/ ou pressupostos e dos objetivos. Nesta fase, acontece a escolha dos documentos que serão submetidos à análise e se elabora indicadores que fundamentarão a interpretação final dos resultados. Nessa etapa ocorre a estrutura das unidades de registro.

A **exploração do material** possibilita a codificação dos dados, por meio de funções de regras previamente formuladas. É necessário realizar a análise propriamente dita, ou seja, aplicar as decisões tomadas na fase da pré-análise, o que pode ser realizado por operações manuais ou por computador, no presente caso serão utilizadas ambas (BARDIN, 2011).

O **tratamento dos resultados** possibilita a transformação dos dados brutos em dados expressivos e apropriados à análise. Nesta fase, se realiza a codificação, onde os dados brutos são transformados em unidades, as quais permitem uma descrição exata dos conteúdos pertinentes. Essa transformação assegura uma representação do conteúdo, seja por recorte,

agregação e/ou enumeração. Desta forma, identifica-se a unidade de registro a qual corresponde ao segmento do conteúdo, como uma unidade base que objetiva a categorização (BARDIN, 2011).

Nessa pesquisa, para processar a organização dos dados, realizou-se a leitura detalhada das informações obtidas na pesquisa documental e das 21 entrevistas realizadas e buscou-se identificar o seu sentido em relação a questão de pesquisa, objetivos e Tese. Prosseguindo verificou-se as informações/resposta da pesquisa documental, assim como, frases, trechos e parágrafos das transcrições das falas das entrevistas dos participantes da pesquisa que demonstraram aderência e realizou-se o devido recorte.

A Análise estatística simples é quando se utiliza métodos estatísticos para organizar, descrever ou comparar aspectos importantes dos dados. Para tal, utilizou-se a distribuição de frequência a qual permite visualizar os dados de acordo com a ocorrência de determinado dado ou valor em uma variável (APOLINÁRIO, 2006).

3.6 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidos todos os preceitos éticos e legais previstos na Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde, sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humano (CONEP/MS) (BRASIL, 2012c).

Após qualificação do projeto e sua aprovação, o mesmo foi encaminhado para o Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande– CEPAS/FURG para apreciação. Ressalta-se, que as pesquisadoras assumiram o compromisso de cumprir, integralmente, os princípios da Resolução 466/12 do CONEP/MS (BRASIL, 2012c), garantindo a autonomia dos participantes de maneira que pudessem livremente decidir quanto à sua participação ou não na pesquisa. Foi garantido aos participantes do estudo sanar dúvidas sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, bem como, tiveram a liberdade de participar ou não da pesquisa.

Foi garantida a privacidade, sigilo e anonimato quanto aos dados coletados, asseverando que os dados serão usados exclusivamente para a concretização do estudo e trabalhos científicos. Também, foi garantido o retorno dos resultados obtidos em todas as etapas da pesquisa, assegurando-lhes condições de acompanhar esses processos.

Após a realização das entrevistas, os depoimentos foram organizados de forma a proteger a fidedignidade dos dados e a preservação das identidades e o anonimato dos participantes. As entrevistas foram realizadas após a leitura do TCLE (APÊNDICE D)

juntamente com o participante e sua anuência com assinatura do mesmo, tendo em vista ressaltar o objetivo, metodologia, e o seu anonimato.

O TCLE foi apresentado em duas vias, ficando uma de posse do participante deste estudo e a outra arquivada pelo pesquisador principal, juntamente com os demais dados, os quais serão guardados no período de cinco anos no Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde, sob os cuidados da orientadora Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira e, após esse prazo, serão destruídos. Ressalta-se que, além desses aspectos, durante todo o processo de pesquisa, foram observados os princípios bioéticos fundamentais do respeito à pessoa, a saber: da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça. A presente pesquisa recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da FURG, CAAE: 80482217.2.0000.5324 sob o parecer nº 47/2018, nº 2.571.426 (ANEXO A).

3.6.1 Análise crítica dos riscos e benefícios

Não existiram danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, prejudiciais à integridade dos participantes dessa pesquisa. Foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, cumprindo-se o rigor científico que a pesquisa exige. Entre os benefícios dessa pesquisa, os participantes colaboraram na produção do conhecimento o que poderá proporcionar a prevenção/redução da mortalidade materna.

3.6.2 Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores

Os autores pesquisadores responsabilizaram-se pelos procedimentos envolvidos na pesquisa e assumiram o compromisso com a confidencialidade dos participantes, assumindo a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, que rege as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012c).

3.6.3 Explicitação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa

Não houve necessidade de suspender e/ou encerrar o estudo pois todos participaram voluntariamente até o final da proposta do estudo.

3.6.4 Declaração que os resultados serão tornados públicos

Os resultados da pesquisa serão divulgados, ficando disponíveis na biblioteca do Campus Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) para consultas e elaborações de trabalhos de conclusão de curso de graduação, monografias e artigos de cursos de especialização, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, além de sua divulgação em eventos.

Assume-se o compromisso de utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de publicações científicas e de publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não. Declara-se, ainda, que não houve conflitos de interesses entre os pesquisadores e os participantes da pesquisa. Foram aceitas as responsabilidades pela condução científica do estudo em questão.

3.6.5 Declaração sobre o uso e destinação dos dados e materiais coletados

Os dados obtidos no decorrer desta pesquisa ficarão sob a tutela da pesquisadora principal para poder realizar a análise e sua comparação. O sigilo dos documentos será assegurado e após o término da Tese os mesmos serão arquivados em caixa lacrada, onde permanecerão por cinco anos, para que se assegure a validade do estudo, sendo guardados no Banco de dados do GEES, sob a supervisão da Prof^a Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, orientadora da Tese e líder do referido grupo de estudo e pesquisa e após serão destruídos.

3.6.6 Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa.

A Escola de Enfermagem da FURG e o GEES responsabilizaram-se pela infraestrutura necessária para a produção da pesquisa. Salienta-se que os custos do projeto ficaram a cargo dos pesquisadores.

4. DADOS E RESULTADOS DA PESQUISA

O presente capítulo contempla os dados e resultados obtidos por meio da pesquisa documental e da entrevista semiestruturada.

Optou-se em apresentar os dados e breves resultantes dos dados quantitativos no item 4.1 formando quatro quadros: 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3 e 4.1.4 enquanto os dados qualitativos foram compilados no item 4.2 compondo 11 quadros do 4.2.1 ao 4.2.15 .

4.1 Descrição dos dados quantitativos

Os dados quantitativos baseados na pesquisa documental, retratam o perfil de nove mortes maternas que ocorreram entre os anos 2013 a 2017 no município do Rio Grande/RS. No intuito de possibilitar melhor visualização dos achados estes foram organizados em quatro quadros contemplando os principais dados obtidos e, devidamente registrados no formulário elaborado para essa finalidade: Quadro 4.1.1: Perfil sóciodemográfico dos óbitos maternos ocorridos em Rio Grande/RS no período de 2013 a 2017; Quadro 4.1.2: Perfil da assistência pré-natal em relação as mortes maternas ocorridas no município do Rio Grande/RS entre 2013 a 2017; Quadro 4.1.3: Perfil da assistência ao parto/aborto em relação as mortes maternas ocorridas no município do Rio Grande/RS no período de 2013 a 2017; Quadro 4.1.4: Perfil da internação da mulher durante o fato que levou à morte materna no município do Rio Grande/RS entre 2013 a 2017.

Quadro 4.1.1: Perfil Sóciodemográfico dos óbitos maternos ocorridos em Rio Grande/RS entre 2013 a 2017

Identificação da morte materna (MM)	Idade	Raça / cor	Estado civil	Residia na área urbana/Rural	Ocupação/ Profissão	Convênio de saúde	Escolaridade	Ano do óbito
MM 1	31	Branca	União estável	Urbana	Autônoma	SUS	Médio completo	2013
MM 2	41	Branca	Solteira	Urbana	Do lar	SUS/ Particular	Fundamental completo	2013
MM 3	22	Preta	Solteira	Urbana	Do lar	SUS	Fundamental incompleto	2014
MM 4	37	Branca	Casada	Urbana	Comerciante	SUS	Superior completo	2014

MM 5	29	Preta	Casada	Urbana	Comerciante	SUS/ Particular	Médio completo	2014
MM 6	42	Branca	Casada	Urbana	Professora	SUS	Superior completo	2015
MM 7	21	Preta	Solteira	Urbana	Caixa operadora	SUS	Médio incompleto	2016
MM 8	36	Branca	Solteira	Urbana	Comerciante	SUS	Fundamental incompleto	2016
MM 9	36	Preta	União estável	Urbana	Do lar	SUS/ Particular	Superior incompleto	2016

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Scarton e Siqueira (2019).

Em relação ao perfil sóciodemográfico dos nove (100%) óbitos maternos ocorridos no município do Rio Grande/RS nos anos 2013 a 2017, a idade variou de 21 a 42 anos, prevalecendo a faixa etária entre 31 a 37 anos quatro (44,4%). Quanto a raça há predomínio da cor branca cinco (55,5%) em comparação a cor preta, quatro (44,4%). Quanto ao local de residência, a totalidade residia na área urbana nove (100%). Há predomínio do estado civil solteira quatro (44,4%). A maioria seis (66,6%) eram usuárias do convênio de saúde SUS. Em relação a escolaridade, o ensino fundamental incompleto, ensino médio completo e superior completo apresentaram a mesma prevalência com dois (22,2%) em cada ensino. Ao que tange a ocupação/profissão, prevalecem as do lar três (33,3%) e as que atuavam como comerciantes, três (33,3%) Os anos de 2014 e 2016 apresentaram as maiores incidências de mortes maternas, com três (33,3%) óbitos em cada ano.

		membranas							
Patologias/fatores de risco durante a gestação	Não fez pré-natal	Familiar não soube informar	Não consta	Não consta	Câncer gástrico	Obesidade	Sífilis e toxoplasmos e	Hipertensão gestacional	Infecção urinária
No cartão de pré-natal consta a maternidade de referência da gestante	Não fez pré-natal	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Sim	Não	Não
Faltou a alguma consulta de pré-natal. Se sim, foi realizada busca ativa?	Não fez pré-natal	Não consta	Sim, realizada busca ativa	Não consta	Não consta	Não consta	Não	Não	Sim, realizada busca ativa
Realizou os exames preconizados pelo Ministério da Saúde.	Não fez pré-natal	Não consta	Sim	Não consta	Não consta	Não consta	Sim	Não consta	Sim
Idade gestacional da última consulta em semanas (s) e dias (d)	Não fez pré-natal	32s- Passou para o convênio particular	41s e 2d	Não consta	16s-Passou para convênio particular	36s	37s e 5d	29s	36s- Passou para o convênio particular

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Scarton e Siqueira (2019).

O perfil da assistência pré-natal das nove (100%) mortes materna ocorridas no município do Rio Grande/RS nos anos de 2013 a 2017 foi representado por um (11,1%) que não realizou pré-natal e oito (88,8%) mulheres que realizaram pré-natal. Destas oito (88,8%), seis (66,6%) deram início as consultas antes das 12^a semanas gestacionais. Ainda, cinco (55,5%) realizaram seis consultas, número mínimo, conforme recomendação do Ministério da Saúde.

Em relação as gestações anteriores, das nove mulheres que foram a óbito, três (33,3%) eram nulíparas, cinco (55,5%) já haviam engravidado anteriormente, uma (11,1%) não possuía tal informação nos documentos analisados. Considerando a gestação atual, uma (11,1%) era multigesta, duas (22,2%) tercíparas, duas (22,2%) secundíparas, três (33,3%) primíparas, uma (11,1%) não possuía tal informação. Em relação a abortos anteriores à atual gestação, seis (66,6%) das mulheres não tiveram aborto, duas (22,2%) apresentaram aborto e, uma (11,1%) não possuía a informação nos registros. Quanto ao histórico dos partos anteriores, a via predominante foi a cesariana cinco (55,5%).

Na gestação atual, quatro (44,4%) eram de risco habitual, três (33,3%) eram de alto risco, e duas (22,2%) não possuíam essa informação nos documentos analisados. O encaminhamento para o pré-natal de alto risco de três (33,3%) gestantes, não foi encontrado nos documentos analisados. A gestação de alto risco é aquela em que a gestante é portadora de alguma doença, sofre algum agravo ou desenvolve problemas de saúde durante a gestação, apresentando maior probabilidade da vida da mãe, feto ou bebe serem atingidas, necessitando de atendimento especializado (BRASIL, 2010b).

Quanto a necessidade de internação hospitalar e, a presença de emergência obstétrica na gestação atual, das nove (100%) mulheres que foram a óbito, cinco (55,5%) não possuíam estas informações nos documentos analisados. Em relação a patologias ou fatores de risco durante a gestação, cinco (55,5%) apresentaram pelo menos uma patologia ou fator de risco, sendo que uma (11,1%) apresentou sífilis e toxoplasmose.

O conceito de risco está associado ao de probabilidade, sendo assim, fator de risco, não significa a necessidade imediata de recursos especializados, como na gestação de alto risco, embora indique uma maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes, no intuito de vigiar e atuar precocemente na promoção e prevenção de possíveis complicações. Os fatores de riscos, conforme o MS estão relacionados às características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, condições clínicas

preexistentes e condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação, transformando uma gestação de alto risco (BRASIL, 2010b).

Na gestação atual, a maternidade de referência na carteira da gestante, não esteve presente em cinco (55,5%) dos documentos analisados. Ao que tange a faltas nas consultas de pré-natal uma (11,1%) não realizou pré-natal, duas (22,2%) apresentaram faltas, sendo realizada busca ativa, duas (22,2%) foram assíduas, quatro (44,4%) não possuíam essa informação nos documentos analisados. Os exames preconizados pelo MS durante o pré-natal foram realizados em três (33,3%) mulheres, cinco (55,5%) não possuíam essa informação nos documentos. Quanto a realização da última consulta de pré-natal seis (66,6%) a realizaram no terceiro trimestre de gestação.

Quadro 4.1.3: Perfil da assistência ao parto/aborto dos óbitos maternos ocorridos em Rio Grande/RS entre os anos de 2013 a 2017.

Identificação da Morte Materna (MM) Assistência Parto/aborto	MM 1	MM 2	MM 3	MM 4	MM 5	MM 6	MM 7	MM 8	MM 9
Instituição hospitalar em que ocorreu o Parto/aborto	H2	H1	H1	H2	H1	H1	H2	H1	H2
Idade gestacional do parto/aborto	5ª semana Aborto	35ª semana Pré-termo	41ª semana e 4dias Termo	39ª semana e 3dias Termo	28ª semana e 3dias Pré-termo	39ª semana Termo	38ª semana Termo	37ª semana Termo	36ª semana Pré-termo
A gestação terminou em:	Aborto provocado	Parto	Parto	Parto	Parto	Parto	Parto	Parto	Parto
Tipo de parto realizado na gestação atual	Não houve parto	Cesárea	Cesárea	Vaginal	Cesárea (Interrupção terapêutica)	Cesárea	Vaginal	Cesárea	Cesárea
Se parto vaginal, que profissional realizou o parto.	Não houve parto	Parto cesárea	Parto cesárea	Médico	Cesárea (Interrupção terapêutica)	Parto cesárea	Médico e Enfermeiro obstetra	Parto cesárea	Parto cesárea
Procedimento utilizado no caso de aborto	Curetagem	-	-	-	-	-	-	-	-
Duração do trabalho de parto.	Não entrou em trabalho de parto	6 horas	Não consta	5 horas	Interrupção terapêutica	Não consta	3 horas	Não consta	Não consta
Intercorrências no trabalho de parto.	Curetagem	Não consta	Não consta	Sangramento vaginal	Interrupção terapêutica	Não consta	Sem intercorrência	Não consta	Não consta
Intercorrências no parto	Curetagem	Não consta	Não consta	Atonia uterina	Não consta	Não consta	Sem intercorrência	Sangramento vaginal	Não consta
Se foi realizado parto cesáreo, qual foi a indicação.	Curetagem	Aminiorrexe prematura; interatividade uterina; parto cesárea a < de	Não consta	Parto vaginal	Interrupção terapêutica da gravidez	Cesárea de urgência e descolamento prematuro de placenta	Parto vaginal	Não consta	Desproporção cefalopélvica

		2 anos							
Condições de alta após o parto ou aborto	Óbito	Óbito	Em bom estado geral	Óbito	Não consta	Não consta	Não consta	Óbito	Em bom estado geral

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Scarton e Siqueira (2019).

A assistência ao parto/aborto das nove (100%) mulheres que foram a óbito materno ocorreu no ambiente hospitalar, sendo cinco (55,5%) na instituição H1 e quatro (44,4%) na instituição H2. Os partos ocorreram entre 37^a a 41^a semanas e 6 dias, período termo cinco (55,5%). Ainda, uma (11,1%) gestação resultou em aborto provocado, 5^a semanas gestacional, tendo como procedimento final a curetagem. A via de parto cesariana prevaleceu em seis (66,6%) mulheres, sendo uma realizada para a interrupção terapêutica da gravidez. Somente duas (22,2%) mulheres realizaram o parto vaginal, sendo que em uma (11,1%) o parto foi conduzido pelo enfermeiro obstetra e médico obstetra.

O tempo em trabalho de parto foi de 3h, 5h e 6h, sendo que quatro (44,4%) não possuíam essa informação nos documentos analisados. Em relação a intercorrências no trabalho de parto, uma (11,1%) apresentou sangramento vaginal e cinco (55,5%) não continham essa informação. O item relativo a intercorrências no parto, não estava disponível em cinco (55,5%) registros analisados, uma (11,1%) não teve intercorrências, uma (11,1%) apresentou sangramento vaginal e outra atonia uterina. Das seis (66,6%) mulheres submetidas ao parto cesariana, quatro (44,4%) tiveram indicação registrada nos documentos. Em relação a condição de alta, duas (22,2%) à receberam em bom estado geral, três (33,3%) não possuíam tal informação e quatro (44,4%) foram a óbito antes da alta hospitalar.

Quadro 4.1.4: Perfil da Internação da mulher durante o evento que levou a morte materna, no município do Rio Grande/RS entre os anos de 2013 a 2017.

Identificação da Morte Materna (MM)	MM 1	MM 2	MM 3	MM 4	MM 5	MM 6	MM 7	MM 8	MM 9
Internação da mulher durante a doença que levou à morte									
Qual foi o motivo da internação que levou a morte	Dor abdominal	Trabalho de parto prematuro	Não houve internação	Trabalho de parto	Neoplasia em estado avançado	Parada cardiorrespiratória (PCR)	Dor e edema em episiotomia, mastite	Parto	Não houve internação
Estabelecimento onde ocorreu a morte:	Hospital H2	Hospital H1	Domicilio	Hospital H2	Hospital H2	Hospital H2	Hospital H1	Hospital H1	Domicilio
Período do ciclo gravídico puerperal em que o óbito ocorreu.	Gestação	Puerpério mediato 1ª ao 10ª dia	Puerpério tardio 11ª ao 42ª dia.	Puerpério imediato 2h após o parto.	Puerpério tardio 11ª ao 42ª dia.	Puerpério mediato 1ª ao 10ª dia.	Puerpério tardio 11ª ao 42ª dia	Puerpério mediato 1ª ao 10ª dia	Puerpério tardio 11ª ao 42ª dia.
Causa do óbito registrada no prontuário	Abortamento, coagulação intravascular disseminada (CIVD), choque séptico	Hemorragia puerperal choque hipovolêmico, CIVD.	Suicídio por asfixia mecânica-enforcamento	Atonia uterina, CIVD.	Caquexia, Neoplasia, Insuficiência de múltiplos órgãos.	Embolia obstétrica por coágulo de sangue	Infecção puerperal choque séptico	Hemorragia pós-parto, choque séptico	Edema agudo de pulmão de causa indeterminada
Morte Materna obstétrica direta ou indireta	Direta	Direta	Indireta	Direta	Indireta	Direta	Direta	Direta	Indireta

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Scarton e Siqueira (2019).

Ao que se refere a internação da mulher durante o evento que levou a morte materna, os registros indicam que das nove (100%) mulheres, duas (22,2%) o óbito foi constatado no domicílio, quatro (44,4%) no H2 e três (33,3%) no hospital H1. O motivo da internação prevaleceu o trabalho de parto, duas (22,2%), seguido pelo parto, dor abdominal, dor e edema em episiotomia e mastite, parada cardiorrespiratória (PCR) e, neoplasia em estado avançado.

O período do ciclo gravídico puerperal, em que ocorreu maior prevalência dos óbitos maternos foi o puerpério tardio, entre 11^a a 42^a dias, quatro (44,4%) seguido do puerpério mediato entre 1^a a 10^a dias após o parto três (33,3%), uma (11,1%) na gestação e, uma (11,1%) no puerpério imediato, 2 horas após o parto. As causas dos óbitos registradas no prontuário, que apresentaram maior frequência entre os óbitos foram, coagulação intravascular disseminada (CIVD), choque séptico, hemorragia. Entre as mortes maternas, seis (66,6%) foram classificadas como morte materna obstétrica direta e três (33,3%) como morte materna obstétrica indireta.

4.2 Descrição dos dados qualitativos

Os dados qualitativos foram alcançados por meio da entrevista semiestruturada com 21 Enfermeiros atuantes em consultas de enfermagem ao pré-natal, nas UBS do município do Rio Grande/RS. A finalidade desta, foi conhecer as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros nas consultas de pré-natal para prevenir a mortalidade materna. Os dados foram organizados em 11 quadros, os quais estão intitulados da seguinte forma:

Quadro 4.2.1: perfil sócio demográfico e funcional dos enfermeiros; Quadro 4.2.2: Acesso e a acessibilidade das mulheres nas consultas de pré-natal nas UBS do município do Rio Grande/RS; Quadro 4.2.3: Grupo de gestantes: adesão das gestantes nos grupos, assuntos abordados e formas como as atividades são desenvolvidas; Quadro 4.2.4: adesão das mulheres nas consultas de enfermagem ao pré-natal e no caso de gestantes faltosas como o enfermeiro procede para reverter a situação.

O quadro 4.2.5: Orientações sobre os sinais e fatores de risco na gestação; Quadro 4.2.6: Vantagens e desvantagens em relação ao parto vaginal e parto cesárea; Quadro 4.2.7: Orientações sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto; Quadro 4.2.8: Encaminhamento das gestantes para outros serviços; Quadro 4.2.9: Retorno da mulher para a consulta de puerpério e como se procede no caso dela não retornar; Quadro 4.2.10: Ações realizadas pelo enfermeiro que na opinião deste podem contribuir para prevenir a

mortalidade materna. Quadro 4.2.11: Descrição dos principais resultados alcançados pelos enfermeiros nas consultas ao pré-natal que possam ter servido para reduzir a mortalidade materna.

Quadro 4.2.1: Perfil sóciodemográfico e funcional dos enfermeiros.

Identificação dos participantes(E) Perfil dos enfermeiros	Idade	Sexo	Pós-graduação em outras áreas da enfermagem- Lato Sensu/ Stricto sensu	Pós-graduação na área de saúde materna	Ano de formação	Tempo que atua como enfermeira	Tempo que atua em consultas ao pré-natal
E1	41 anos	Feminino	Lato sensu	Não	2004	14 anos	1 ano e 2 meses
E2	41 anos	Feminino	Lato sensu	Não	1998	17 anos	7 anos
E3	39 anos	Feminino	Lato sensu	Não	2002	15 anos	6 anos
E4	40 anos	Feminino	Lato sensu	Não	2000	18 anos	8 meses
E5	45 anos	Feminino	Lato sensu	Não	1994	23 anos	17 anos
E6	42 anos	Feminino	Lato sensu	Não	1997	21 anos	15 anos
E7	47 anos	Feminino	Lato sensu	Não	1998	20 anos	14 anos
E8	40 anos	Feminino	Lato sensu	Não	1998	20 anos	19 anos
E9	41 anos	Feminino	Lato sensu	Não	2008	10 anos	6 anos
E10	53 anos	Feminino	Lato sensu	Não	1994	23 anos	10 anos
E11	37 anos	Feminino	Lato sensu Stricto sensu	Não	2010	7 anos	1 ano e 10 meses
E12	56 anos	Feminino	Lato sensu	Não	1991	27 anos	13 anos
E13	34 anos	Feminino	Lato sensu	Não	2005	12 anos	10 anos
E14	35 anos	Feminino	Não possui	Não	2010	7 anos	2 anos
E15	54 anos	Feminino	Lato sensu	Não	1990	26 anos	20 anos
E16	50 anos	Feminino	Lato sensu	Não	1995	23 anos	14 anos
E17	34 anos	Feminino	Stricto sensu Lato sensu	Não	2008	10 anos	3 anos
E18	42 anos	Feminino	Lato sensu	Não	1997	20 anos	9 anos
E19	39 anos	Feminino	Lato sensu Stricto sensu	Não	2010	5 anos	2 anos
E20	47 anos	Feminino	Lato sensu	Não	1999	18 anos	1 ano e 6 meses
E21	30 anos	Feminino	Stricto sensu Lato sensu	Não	2010	7 anos	5 anos

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Scarton e Siqueira (2019).

Em alusão ao perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, a idade que prevalece é a faixa etária entre 40 a 47 anos. A totalidade dos participantes é do sexo feminino, somente (uma) não possui pós-graduação seja a nível Stricto sensu ou Lato sensu e, na área da saúde materna a totalidade não possuía pós-graduação. O ano de formação prevaleceu entre os anos 90, o tempo de atuação como enfermeira prevalece de 10 a 20anos e de atuação em consultas ao pré-natal tempo inferior a 10 anos.

Portanto, o perfil do enfermeiro que realiza consulta de enfermagem pré-natal nas UBS do Rio Grande/RS, se caracteriza por enfermeiras na faixa etária dos 40 anos, sexo

feminino, com pós-graduação Lato sensu, formadas entre os anos 90, com 10 a 20 anos de atuação como enfermeiras, e em consultas de pré-natal tempo inferior a 10 anos.

Quadro 4.2.2: Acesso e a acessibilidade das mulheres nas consultas de pré-natal nas UBS do município do Rio Grande/RS.

Legenda Quadro 4.2.2

Acesso:

Facilidades de acesso para realização do pré-natal

Dificuldades de acesso para realização do pré-natal

Acessibilidade:

Acessibilidade que favorece a realização do pré-natal

Obstáculos na acessibilidade ao pré-natal

Participantes	Questão 1: Como você percebe o acesso e a acessibilidade das mulheres ao pré-natal na sua UBS?
E1	Eu acho que é bem acessível (acesso) [...] mas, temos um agente comunitário de saúde, não conseguimos resgatar todas (gestantes), mas quando conseguimos, procuramos chamar para o pré-natal [...]. Não é a dificuldade de acesso.
E2	Aqui é bem tranquilo (acesso). Elas (gestantes) vêm com a dúvida da gravidez, fazemos o teste rápido e a partir do teste é a unidade que agenda a consulta. Então, tem essa facilidade e sempre após cada consulta de pré-natal ela (gestante) sai com o retorno garantido[...].
E3	Elas (gestantes) têm várias formas de chegar até a gente. O agente comunitário (de saúde), que é esse elo importante, ele vai captar essa gestante [...]. Através do agendamento ou elas (gestantes) vêm com o resultado, suspeita ou atraso menstrual, solicitando o Beta hcg. Positivando agendamos a consulta o quanto antes, não costumamos deixar mais que sete dias, para poder realizar a primeira consulta no primeiro trimestre.
E4	Hoje o acesso é perfeito. Ela (gestante) sai com o pedido de exames da primeira consulta e com duas consultas agendadas, uma com a enfermeira e em 30 dias com o obstetra.
E5	[...] eu não vejo dificuldade ao acesso. Elas (gestantes) vêm fazer o teste rápido de gravidez e positivando eu faço a primeira consulta [...]. Tento captar o mais precocemente possível, porque se fizer um vínculo elas (gestantes) seguem vindo todo o pré-natal.
E6	A nossa área é uma área urbana. Então, é uma zona que não é tão longa [...], eu acho que é bem tranquilo para elas acessarem o posto em termos de proximidade aos domicílios (acessibilidade) [...]. Quando vem uma mulher com queixa de amenorreia, fazemos a solicitação dos exames e positivando damos início ao pré-natal [...] se não, já fazemos o agendamento para semana e seguimos a sequência das agendas semanais, quinzenais e mensais, dependendo do período da gestação.
E7	Temos um agente comunitário para todo o bairro e isso é um dificultador [...]. Para chegar até a unidade tem ônibus que passa, mas a dificuldade econômica é muito grande, então

	elas (gestantes) vêm caminhando em torno de 1km e meio porque o ônibus é dinheiro.
E8	É bem acessível, elas procuram bastante (acesso). Se elas (mulheres) têm dúvida (da gravidez) elas procuraram a enfermeira e pedem o beta HCG. Com o resultado positivo agendamos a primeira consulta, na própria semana ou no máximo uma ou duas semanas depois e seguimos a rotina de pré-natal [...].
E9	[...] eu acho bem tranquilo (acesso). Temos os agentes comunitários (de saúde) que vão até as casas e orientam a procurar a unidade. Aqui é tranquilo eu não vejo nenhuma dificuldade.
E10	É um acesso bem facilitado. Elas (gestantes) vêm quando estão com dúvida, atraso menstrual ou porque foram abordadas pelo agente comunitário (de saúde). [...]. Quando tem que fazer um exame fora daqui a dificuldade é bastante grande, por falta de recursos financeiros. As vezes elas (gestantes) não têm dinheiro, deixam de ir, é quase 1h de ônibus, tem que ter o dinheiro, fica muito longe.
E11	[...] aqui tem um pouco de dificuldade porque tem pessoas bem do interior [...]. Não tem nem acesso de ônibus, mas elas (gestantes) vêm, temos agentes (comunitários de saúde), não está descoberto, mas as vezes dependem de quem traga, ou só vindo alguém trazer [...].
E12	Elas (gestantes) vêm bem, não faltam [...].
E13	[...] elas (gestantes) têm um bom acesso. Buscam a unidade ou o agente comunitário (de saúde) chama para consulta de pré-natal e elas (gestantes) têm vindo bastante.
E14	Meu público, em geral, são meninas que estudam ou trabalham. Então, elas conseguem pactuar se for para vir nas consultas. Elas (gestantes) recebem comprovante de comparecimento. E quando não conseguem vir no dia agendado, tentamos reagendar para a data mais próxima [...]. Aqui todos os ônibus passam, então não tem problema de acessibilidade.
E15	Totalmente aberto, gestante aqui (unidade) tem prioridade. Quando se está com dúvida ou se tem um teste positivo de gravidez tentamos atender (a gestante) no mesmo instante. Realizamos o teste rápido e iniciamos a consulta de pré-natal. Então, ela (gestante) sai com todas as solicitações de exames e a próxima consulta agendada. Só não consulta na hora, quando não temos tempo hábil, porque a primeira consulta demora muito [...].
E16	É muito acessível (acesso) [...]. Se der positivo o Beta HCG ela (gestante) sai com o dia do pré-natal marcado [...]. As vezes são meninas que estão escondendo essa gravidez, então, eu tento encaixar o quanto antes para atuar logo [...].
E17	Não tenho queixas, as nossas pacientes são bem assíduas. Elas (gestantes) vêm ao posto eu já agendo a consulta e atendo na próxima semana.
E18	A agenda é livre e aberta, elas (gestantes) são acolhidas. Elas (gestantes) podem chegar aqui em qualquer momento, dependendo da dinâmica de trabalho, é feito o teste rápido e já se faz a consulta [...]. Então, eu considero bom o acesso.
E19	Eu acho que é fácil (acesso). Se para a primeira consulta só tiver uma data distante, sempre se encaixa para ela (gestante) não ficar aguardando muito tempo ou abrimos outro dia na agenda para atender. Quanto ao acesso (geográfico) elas (gestantes) não se queixam da acessibilidade.
E20	É bom (acesso), mas eu poderia fazer um trabalho melhor ainda. O problema é que quando estou cheia pelas demandas do serviço, não consigo fazer o pré-natal só na terça e na quarta [...]. Então, tenho que colocar em outro dia, que é o dia que eu tiro para me organizar na unidade [...].

E21	Quando elas (gestantes) vêm com o resultado (da gravidez) eu já agendo [...] geralmente na primeira semana eu já encaixo [...]e para vir até a unidade é tranquilo (acessibilidade) [...].
-----	--

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Scarton e Siqueira (2019).

Os dados demonstram que na concepção dos enfermeiros participantes do estudo, o acesso ao pré-natal é facilitado. As gestantes, geralmente, procuram a unidade de saúde pela suspeita da gravidez, momento em que é realizado o teste rápido ou solicitado o exame beta HCG. Nos casos em que a gestação é confirmada, a unidade realiza o agendamento da consulta pré-natal para a data mais próxima possível. Por outro lado, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), também, realizam a captação das gestantes nas visitas domiciliares, as quais são encaminhadas para a UBS mais próxima, contribuindo para o acesso ao pré-natal.

Ao que tange a acessibilidade, o município do Rio Grande, possui transporte interurbano entre as unidades e os domicílios. Porém, a dificuldade econômica de algumas gestantes, a distância entre as unidades e os domicílios são fatores que dificultam. Outra questão que dificulta a acessibilidade são as moradoras grávidas que residem no interior do município em área que não dispõem de transporte público. Esse fator é um dificultador tendo em vista a necessidade deste transporte para a locomoção até a UBS ou serviço especializado.

Quadro 4.2.3: Grupo de gestantes: adesão das gestantes nos grupos, assuntos abordados e como as atividades são desenvolvidas.

Legenda Quadro 4.2.3

Assiduidade:

Baixa assiduidade no grupo de gestantes

Estratégias para melhorar a assiduidade no grupo de gestantes

Assuntos abordados

De que forma as atividades são desenvolvidas

Dificuldades para realização do grupo de gestantes

Grupo de Gestantes em processo de remodelação

Participantes	Questão 2, 3 e 4: Na UBS em que atua como enfermeiro, é realizado grupo de gestantes? Se sim, qual a adesão das gestantes nos grupos, que assuntos são abordados e como as atividades são desenvolvidas?
E1-	Não, não tem nem estrutura física, nem pessoal, e não sendo ESF temos muito que trabalhar dentro da unidade.
E2-	[...] Estamos reorganizando, para começar em março, porque vamos remodelar em uma

	modalidade de curso, com início, meio e fim e certificação [...].
E3-	[...] a adesão ao grupo (de gestantes), por elas (gestantes), é difícil [...]. Tentamos costurar as informações pertinentes ao pré-natal, ao companheiro, alterações psicológicas e físicas, e associamos a uma atividade lúdica[...] atividade informativa [...]. Os profissionais da educação física ensinam a massagem, questão postural [...]. Fazemos em roda de conversa [...].
E4-	[...] como faz pouco tempo que temos pré-natal aqui (na unidade), estamos organizando para começar em março [...]
E5-	Temos um grupo que entram as gestantes, as puérperas e o bebês até completarem 2 anos de idade [...]. Nós iniciamos com o grupo de gestantes e aí elas (gestantes) iam passando de fase e queriam permanecer no grupo[...]. Abordamos desde os cuidados com a gestante, fases gestacionais, principais ocorrências na gestação, o que é mais comum de acontecer, parto, vacinação, ainda, temas que elas pedem, como, métodos contraceptivos e planejamento familiar, desenvolvimento infantil de 0 a 3 anos, então, diversificamos bastante. Fazemos como roda de conversa, uso de audiovisual, buscamos conhecer as experiências delas, mas, mais é conversa.
E6-	Elas (gestantes) não vêm, vêm para consulta, mas para o grupo não [...], mas fazemos com as gestantes nos dias de consulta (de pré-natal), mas fora disso elas (gestantes) não vêm [...]
E7-	O grupo de gestantes, ainda não fizemos esse ano, porque estamos mudando o método [...]. Como estava com pouca adesão (das gestantes), vamos marcar um dia no mês para ter um grupo significativo.
E8-	Não, não tem (grupo de gestantes). Já tentamos ano passado e não tinha adesão (das gestantes). Estamos tentando [...] trocou toda a equipe técnica, isso também balançou, agora estamos reorganizando as atividades, pensando em outra alternativa para recomeçar.
E9-	[...] eu não estou fazendo (grupo de gestantes), pois estou a pouco tempo aqui (unidade) e para fazer o grupo eu tenho que ter o apoio dos outros profissionais, mas tenho a ideia de montar o grupo.
E10-	Sim, geralmente são assuntos (abordados nos grupos de gestantes) que elas trazem. O choro do bebê, mudanças que ocorrem no corpo, na parte psicológica da mulher, elas mesmas trazem as dúvidas e a gente vai trabalhando nos próximos grupos.[...] elas (gestantes) vêm, gostam, as vezes trazem o marido, pedimos que tragam o marido ou a mãe e isso as estimula mais. As atividades são desenvolvidas em uma linguagem acessível, com dinâmicas, brincadeiras, filmes rapidinhos, elas adoram vir ao grupo [...].
E11-	[...]. No grupo (de gestantes) anterior, decidimos em consenso com elas (gestantes) o que elas têm mais dúvida para trabalhar no próximo grupo. Geralmente fazemos orientação, quanto aos tipos de contração, alimentação na gestação, parto, o hospital que elas querem ter o bebê. Usamos vídeos, audiovisual, cartaz. Na maior parte tem essas coisas visuais, mas geralmente é só interação, conversa, a gente usa o Datashow [...]. No grupo a adesão é bem menor [...].
E12-	A gente fazia, mas no momento está meio parado [...]. Tem um déficit de pessoal, então, dificulta um pouco, as vezes não temos nem sala, porque é muita gente dentro do posto [...]. Tem uma técnica que está em licença maternidade[...], aí fica mais difícil de fazer as próprias atividades de enfermeiro[...].
E13-	Realizamos (grupo de gestantes) uma vez por mês, no dia da própria consulta. Então, acaba pegando mais as gestantes que estão aguardando consulta. Já se tentou chamar para o grupo em um dia separado das consultas, mas observamos uma dificuldade das gestantes em participar [...]. No grupo nós abordamos assuntos, como, cuidados na gestação, amamentação, trabalho de parto, sinais de trabalho de parto, primeiros cuidados com o

	<p>recém-nascido, o parto normal. Coisas que interessam a gestante no período (gestacional) que ela está. Procuramos desenvolver essas atividades na forma de explanação, usando vídeos, nos cuidados com bebe usamos um boneco para demonstrar como dar o banho, usamos meios para tornar a atividade mais prática.</p>
E14-	<p>Não, não realizo (grupo de gestantes), porque não tem espaço físico, e a minha disponibilidade de horário é complicada.</p>
E15-	<p>[...]. Hoje, temos três equipes (Estratégia de Saúde da Família) com consultas de pré-natal no mesmo turno e no mesmo dia. Então, fazemos a consulta de pré-natal e depois já fazemos alguma atividade de grupo (de gestantes), pois fazer o grupo (de gestantes) em um dia separado, não deu certo. Costumamos abordar todos os assuntos, muito o que a gente fala é do mês, por exemplo, mês lilás prevenção do câncer de colo (do útero), e é sempre agregando alguma coisa junto, como a vacinação, amamentação, trabalho de parto. A atividade é basicamente dialogada, para que cada uma coloque seu ponto de vista, para tentar desmistificar alguns tabus, então, procuramos deixar bem aberto para que isso ocorra.</p>
E16-	<p>[...] Antes de iniciar a consulta de pré-natal nós fazemos o grupo de gestantes [...], mas a adesão ao grupo é muito fraca [...]. Nós abordamos a carteira (de gestante), o bebe, higiene da mãe e do bebe, parto, tipos de parto, parte emocional, atividades físicas, cuidado corporal [...]. Passamos isso de várias maneiras, se for sobre atividade física, temos todo o material para demonstração, fazem grupos desenvolvendo técnicas, também passamos material no Power point e sempre temos um lanche para confraternização ou um brinde.</p>
E17-	<p>Não (grupo de gestantes). Pela sobrecarga, nossa área está sobrecarregada de usuários e já temos outros grupos funcionando, então, não temos espaço físico e tempo para conseguir colocar o grupo de pré-natal (gestantes).</p>
E18-	<p>[...]. Não tinha muita adesão. Então, antes delas (gestantes) iniciarem a consulta (de pré-natal) nós fazemos o grupo (de gestantes) e conversamos sobre alguma coisa, trabalho de parto, amamentação, cuidados com o recém-nascido, cuidados com seu corpo, higiene, relação mãe parceiro, filho [...] mais uma conversa mesmo [...].</p>
E19-	<p>Aqui não temos grupo de gestante ainda [...]. Acho que é por falta de profissionais, por falta de tempo, porque na verdade até um mês atrás eu era sozinha aqui como enfermeira[...].</p>
E20-	<p>Não, ainda não consegui (fazer o grupo de gestantes) [...]. Eu não tenho espaço, já perdi uma sala, falta tempo e espaço e nem um horário com sala vaga para isso eu tenho.</p>
E21-	<p>Aqui não é feito (grupo de gestantes), eu encaminho elas para o hospital. Aqui não tem, porque eu sou só uma, não tenho mais pernas.</p>

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Scarton e Siqueira (2019)

Em relação aos grupos de gestantes nas UBS do município do Rio Grande, os dados demonstram que entre as principais dificuldades para não efetivação desta atividade, estão, a falta de estrutura física, déficit de recursos humanos, demanda de serviços por parte dos enfermeiros, falta de horário disponível para realização dos grupos.

A não adesão aos grupos por parte das gestantes é outro empecilho. Como estratégia para efetivação desta atividade está a realizações do grupo de gestantes após a consulta de pré-natal em um dia específico do mês, o que de certa forma, contempla um número reduzido

de gestantes. Também, os profissionais de enfermagem encorajam a participação nos grupos da rede de apoio da gestante, como o esposo e a mãe desta.

Os assuntos abordados contemplam, carteira da gestante, alterações psicológicas e físicas, tipos de parto, parto, trabalho de parto, amamentação, cuidados com o recém-nascido, higiene da mãe e do bebê, vacinação, métodos contraceptivos e planejamento familiar, relação mãe, parceiro e bebê. As atividades são desenvolvidas de forma lúdica, roda de conversa, brincadeiras, vídeos, realizam-se confraternização ou sorteio de brindes, entre outras.

Quadro 4.2.4: Adesão das mulheres nas consultas de enfermagem ao pré-natal e no caso de gestantes faltosas como o enfermeiro procede para reverter a situação.

Legenda Quadro 4.2.4

Adesão:

Adesão das gestantes nas consultas

Motivos da falta de adesão das gestantes às consultas de pré-natal

Busca pelas gestantes faltosas

Estratégias de monitoramento das gestantes nas consultas de pré-natal

Participante	Questão 4 e 5: Qual a adesão das mulheres nas consultas ao pré-natal. No caso de gestantes faltosas como você procede para reverter a situação?
E1-	Aquelas (gestantes) que estão fazendo o pré-natal vêm. A dificuldade são as (gestantes) que não vem começar o pré-natal, porque já mandamos o agente (comunitário de saúde) ir atrás, mas não podemos pegar pela mão, tem que querer vir fazer [...]. Se ela (gestante) faltar, ligamos para saber o porquê que faltou, mas acontece delas (gestantes) ligarem pra cá (unidade) [...]. Se houver necessidade (da gestante trocar a data da consulta) marcamos num outro dia e se precisar atender na hora, atendemos para não perder, até porque, temos um índice alto de sífilis em gestantes.
E2-	É difícil elas (gestantes) faltarem, as que faltam já tem algum problema de adesão ao pré-natal, mas a maioria adere bem. O que atrapalha muito (adesão) no pré-natal, é a mudança de área [...]. As vezes você começa o pré-natal e não consegue concluir aqui (na unidade) porque elas (gestantes) vão embora ou vem de outras áreas no meio da gestação, daí você não consegue pegar as 6 consultas [...]. Aqui (unidade) temos o prontuário eletrônico, controlamos todas as (gestantes) que estão agendadas e no final do dia conseguimos ver quem faltou, para passarmos para o agente comunitário (de saúde) fazer a busca ativa e levar a data da próxima consulta [...]. Eu faço uma planilha para o monitoramento das gestantes, [...] quando ela (gestante) começou (pré-natal), quantas consultas teve, se fez os testes rápidos, CP (exame citopatológico), qual a data prevista do parto e do puerpério [...]. Então, é uma estratégia que eu utilizo de monitoramento e avaliação da assistência ao pré-natal.
E3-	Elas (gestantes) vêm e se faltam geralmente é porque tiveram algum imprevisto, mudaram de área ou se separaram. Então, os agentes comunitários (de saúde) tentam encontra-las. Algumas vezes eles conseguem, se não, depois de um tempo vem um DEPARA pedindo cópia do prontuário, daí enviamos para a unidade onde a gestante está fazendo o pré-natal e eles dão continuidade. Quando não se encontra (a gestante) costumamos acionar o conselho tutelar, e todo caso é um caso, tem situações de vulnerabilidade social, menores [...]. Tem

	<p>situações em que elas (gestantes) faltam e vem tentar remarcar, se eu posso atendo, se não agendo [...]. Temos um caderno e uma caixinha separada por ordem alfabética do prontuário com toda história de saúde, cartão espelho da gestante e um caderno onde faço o controle das consultas, exames e as próximas consultas.</p>
E4-	<p>[...] se estão na agenda elas (gestantes) vêm, é muito difícil faltar são bem assíduas [...]. Eu criei um grupo no Whatsapp, que hoje em dia temos uma tecnologia que nos favorece [...]. Quando elas (gestantes) precisam trazer algum retorno de exames ou não vem (para as consultas) eu dou uma chamada. Então, é uma forma de passar informações para elas, e de cobrar se elas faltam.</p>
E5-	<p>[...] elas (gestantes) vêm, geralmente avisam quando não podem vir, para poder remarcar a próxima (consulta). Se ela (gestante) faltar, a gente liga, porque tem área que não tem agente comunitário (de saúde), e na área que tem, pedimos para (o agente comunitário de saúde) fazer a busca ativa [...].</p>
E6-	<p>As gestantes que aderem ao pré-natal no posto vêm [...]. Se elas (gestantes) faltarem a consulta fazemos busca (ativa) com o agente comunitário (de saúde), mas na minha área, ainda não tem, daí eu vou e faço a busca no domicílio ou por telefone.</p>
E7-	<p>Nas consultas elas (gestantes) têm uma boa adesão [...]. Algumas faltam, mas pedimos para o agente comunitário (de saúde) ir ver o que aconteceu, remarcar uma nova data da consulta para que ela (gestante) não perca a consulta do mês [...]. Se ela chegar no balcão (da unidade), em qualquer horário, vamos remarcar a data o mais breve possível. As vezes quando o agente (de saúde) não consegue, pois é nosso único agente, nós ligamos para saber o que aconteceu.</p>
E8-	<p>Elas (gestantes) vêm, é muito difícil faltarem têm bastante adesão. Acho que pela maneira como é feito o pré-natal, principalmente pelo vínculo que se tem com elas (gestantes) [...]. No caso dela não vir, a gente liga, faz busca ativa, ou o agente comunitário (de saúde) vai. Geralmente eu ligo pelo telefone, e já reagendo a consulta.</p>
E9-	<p>Nas consultas elas (gestantes) são bem assíduas [...]. Se não vier, entramos em contato via telefone ou pedimos para o agente comunitário (de saúde) ir. Se mesmo assim ela (gestante) não vier, fazemos a visita e a consulta no domicílio [...].</p>
E10-	<p>A maioria é muito frequente. Temos algumas (gestantes) que são envolvidas com drogas, que temos que fazer busca ativa [...]. Uma coisa que muda muito é que elas (gestantes) trocam de área, vão embora, não informam para onde, daí se faz a busca ativa, mas nem sempre se encontra e as vezes é uma paciente com sífilis [...]. Elas (gestantes) têm apoio, se sentem seguras, acho que o vínculo é uma coisa positiva que se tem, elas procuram muito [...].</p>
E11-	<p>Nas consultas, o comparecimento é bom é difícil elas (gestantes) faltarem. Se necessário pedimos para o agente (comunitário de saúde) fazer a busca ativa e dentro desta busca já marcamos uma nova consulta [...].</p>
E12-	<p>Nas consultas elas (gestantes) sempre vêm, é boa a adesão. Elas (gestantes) têm um vínculo muito bom e isso é importante por que se sentem à vontade para te perguntar as coisas [...], te tratam mais como amiga do que como enfermeira. Quando ela (gestante) está na área coberta por agente comunitário (de saúde) se faz busca ativa. Se é na área descoberta a gente liga, pega o dia que tem viatura e faz a busca ativa, já levamos uma nova data a deixamos a próxima consulta agendada.</p>
E13-	<p>Nas consultas elas (gestantes) são bem assíduas, são raríssimos os casos de gestantes que não vêm nas consultas [...]. Se não vier a gente busca, peço para o agente comunitário (de saúde), mas geralmente eu faço um controle, se fui eu que atendi. Então, já peço para o agente (comunitário de saúde) fazer a busca (ativa), ir dar uma olhadinha, ver o que aconteceu, já agendamos uma próxima consulta, porque se não fizer assim, elas não tem uma próxima consulta agendada e quando se vê passou dois meses e dependendo da</p>

	consciência daquela gestante ela não vem mais.
E14-	Agora que tem obstetra aqui (unidade) elas (gestantes) vêm mais. Elas (gestantes) eram mais faltosas porque as consultas eram intercaladas com o médico na saúde da mulher e pela distância acabavam dando preferência a consulta médica, pois muitas são de baixa renda, não tem como custear transporte e ele (médico) poderia fazer a prescrição médica [...]. No momento de falta delas, é critério delas retornarem para agendar a próxima consulta, porque o telefone da unidade não liga para celular, não tem como ter acesso a elas, não temos agentes (comunitários de saúde) sendo UBS. Então, vamos depender de a gestante procurar novamente a unidade para reagendar a consulta.
E15-	Elas (gestantes) vêm para a consulta, têm uma boa adesão. Depois que terminar as consultas do dia, o médico ou o enfermeiro, vê quem faltou, remarca uma nova data e passa para o agente comunitário (de saúde) fazer a busca (ativa) e ver o que aconteceu [...].
E16-	(Adesão) é muito boa, são raras (as gestantes que faltam) [...] as (gestantes) usuárias de crack e drogas tem mais dificuldade [...]. Não tem como não retornar e se elas faltarem, nós temos o controle, o agente comunitário (de saúde) vai ir atrás e elas vão ter que vir. Tivemos faltosas? Tivemos, mas aí os agentes (comunitários de saúde) vão lá [...].
E17-	São raras as (gestantes) que faltam e se faltam a gente faz a busca ativa e remarcamos.
E18-	Nas consultas a adesão é muito boa, as (gestantes) que iniciam aqui (na unidade) são raras as que não permanecem. [...] Se precisar, temos o agente (comunitário de saúde) que vai primeiro e se não der resultado alguém de nós (enfermeiras) vai.
E19-	Elas (gestantes) vêm bastante, aqui é um bairro que tem bastante problema com drogas e quando a gestante é usuária, as coisas ficam mais complicadas, mas a gente tem um agente comunitário (de saúde) então, mesmo não sendo ESF a gente entra em contato via telefone, e se não conseguimos o agente comunitária (de saúde) vai na casa dela [...],mas geralmente elas gostam, elas criaram um vínculo bem significativo com a unidade [...].
E20-	Nas consultas, elas (gestantes) vêm, poucas as que faltam [...]. Geralmente, voltam porque elas (gestantes) têm a primeira consulta comigo e depois é intercalada com o médico [...]. Então, mesmo que ela (gestante) perca a consulta, ela (gestante) vai ter que vir primeiro na minha (consulta com a enfermeira) para depois passar com o obstetra.
E21-	Elas (gestantes) vêm, geralmente o que acontece é esquecimento. Elas ligam e eu reagendo a consulta para a semana. O telefone que tem aqui (unidade) não liga para celular e são poucas as (gestantes) que tem telefone fixo [...]. Quando tem alguma (gestante) mais complicada ou de alto risco eu ligo para coordenação na Saúde da Mulher e dou o telefone dela (gestante) e peço que liguem para ela (gestante) vir na unidade [...]. Eu acho que elas têm um bom vínculo com a unidade, então quando elas faltam, elas me ligam [...].

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Scarton e Siqueira (2019).

As enfermeiras relatam que construíram vínculo significativo com as gestantes, o que permite que essas tenham uma boa adesão ao pré-natal. Imprevistos, esquecimentos são alguns dos motivos das ausências nas consultas e, geralmente, nestes casos, as próprias gestantes entram em contato com a unidade para avisar e remarcar a consulta. Quando o ACS realiza a busca ativa, uma nova data de consulta é reagendada e comunicada para a gestante.

A mudança de área da gestante é uma dificuldade, pelo fato de a busca ativa nem sempre surtir em resultados positivos. Usuárias de drogas e as que não desejam fazer o pré-natal são as que possuem menor adesão. A maioria das ausências tentam ser solucionadas pela

busca ativa ou pelo contato telefônico, porém, não é a realidade das unidades cujo telefone é restrito a ligações para telefone fixo e não possuem ACS, dependendo assim, que a gestante procure a unidade.

Quadro 4.2.5: Orientações sobre os sinais e fatores de risco na gestação

Legenda Quadro 4.2.5

Costuma orientar sobre os sinais/fatores de risco

Orientações sobre os sinais de risco

Orientações sobre os fatores de risco

O que é orientado à gestante se ela apresentar sinais de risco

Participante	Questão 6: Quanto aos sinais ou fatores de risco durante a gestação, que orientações você costuma dar para as gestantes?
E1-	Oriento que ela (gestante) observe se o bebe fica muito tempo sem se mexer, perda de líquido ou de sangue, corrimento [...]. Se isso acontecer, orientamos para que ela (gestante) venha até a unidade para ser examinada, observarmos e conforme a necessidade, será encaminhada para o hospital.
E2-	[...]. Aqui (na unidade) como rotina sempre avaliamos qualquer sinal de gravidade (da gestante), crise hipertensiva, sangramento, perda de líquido, dor abdominal intensa, e encaminhamos para o Centro Obstétrico.
E3-	A gente sempre orienta, desde a primeira consulta [...], avaliamos o colo e se possível já coletamos o CP, alimentação, não ingerir alimentos crus ou mau cozidos[...]. São várias orientações e também damos as específicas para cada caso e conforme elas perguntam. Vê a questão da vulnerabilidade familiar, aqui na periferia é o que mais a gente tem, você sabe que no contexto dessa família tem fumantes, usuários de drogas, e aí você já liga o sinalzinho vermelho [...].
E4-	[...]. Oriento o que elas (gestantes) podem sentir que não é sintoma da gestação. Cólica, se o bebe não se mexer, perda líquida, sangramento importante [...].Elas (gestantes) são orientadas na primeira consulta, que essas consultas são eletivas, então, qualquer alteração física que elas tenham, qualquer dor dentro do que expliquei que não é normal, elas (gestantes) precisam procurar o centro obstétrico porque o posto (unidade) não é referência para urgência [...].
E5-	Sim, a gente costuma monitorar. Falo que o peso pode acarretar hipertensão, a alimentação pode desenvolver diabetes, a gente sempre faz o Papanicolau, explica quanto ao corrimento, perda de líquido, e qualquer alteração, orientamos que elas venham até a unidade para encaminhamos para o hospital se for necessário.
E6-	[...] A gente orienta tudo nas consultas, sobre qualquer sinal, sangramento, contração fora do tempo. Qualquer alteração elas (gestantes) têm que procurar a unidade, já na primeira consulta de pré-natal a gente esclarece.
E7-	Sim, na realidade desde o início da gestação [...]. Sempre deixo bem claro que ela (gestante) tem uma consulta marcada, mas qualquer intercorrência nesse período, ela tem

	que retornar para a unidade [...]. As (gestantes) que são hipertensas, orientamos para verificar a pressão (arterial) mais frequentemente e visualizar se precisarmos entrar com medicação, sangramento, corrimento anormal, a gente marca o CP, riscos de trabalho de parto prematuro.
E8-	[...] sangramento, pressão (hipertensão arterial) [...]. Sempre falo que a próxima consulta é dia tal, mas se tiver alguma alteração é para vir na unidade, a gente deixa a porta aberta [...]. Se for horário que a unidade não está aberta, para que pegue a carteira (de gestante) e vá para o hospital [...].
E9-	[...]. Na primeira consulta eu já vou na última folha da carteirinha (de gestante) que é a folha de sinais de risco e já aponto para elas (gestantes) [...] as dores, as queixas que elas (gestantes) têm e que as vezes ficam preocupadas, então eu oriento bastante [...] perda de líquido, sangramento.
E10-	A gente faz toda orientação. Se elas (gestantes) tiverem alguma dúvida, que venham até a unidade para serem examinadas, para a gente conversar e se realmente for necessário, fazemos o encaminhamento (para o hospital). Ficar atenta se tiverem contrações, perda de líquido, dor, sinais de infecção urinária, se o bebe está mexendo normalmente ou se por algum motivo parou [...].
E11-	Sim, a gente está sempre monitorando [...]. O que eu bato bastante é no sangramento, dor no baixo ventre que aparece do nada que é uma dor constante, infecção urinária. Tem muita gestante tabagista daí eu tento chamar atenção para isso, porque pode desencadear parto prematuro, oriento sobre a alimentação e a obesidade.
E12-	Oriento [...], pressão (arterial) de estar sempre cuidando, caso tenha sangramento. Temos umas quantas (gestantes) que são hipertensas, eu estou sempre controlando. Orio sobre a pré-eclâmpsia [...]. Outros riscos, irão depender do andar das consultas [...]. Qualquer queixa que elas (gestantes) apresentem que venham para cá (unidade) [...]. Elas (gestantes) têm livre acesso ao posto, serão atendidas, independentemente de ter horário ou não.
E13-	Oriento, a questão do sangramento, da dor [...]. Se acontecer (sinais de risco) ela (gestante) deve procurar a unidade de imediato, ou o centro obstétrico se for horário que a unidade estiver fechada [...]. Orio para observar sangramento, dor em baixo ventre, especialmente se esses sinais aparecem antes do período de parto, dificuldade urinária como ardência, febre, leucorréia intensa, perda de líquido.
E14-	Na primeira consulta quando eu cadastro ela (gestante) eu já realizo orientação sobre cuidados e intercorrências que podem acontecer nos primeiros meses, principalmente para aquelas gestantes que estão na primeira gestação [...] cefaléia, tonturas, edemas, tudo é questionado e orientado.
E15-	A cada mês a gente vai orientando os riscos [...], sangramento, perda de líquido, infecção urinária, qualquer mudança na evolução fora do normal (da gestação) [...] que ela (gestante) venha nos procurar para agente ver se está tudo bem.
E16-	Eu falo da importância da eclampsia, de tudo que pode acontecer durante a gestação, principalmente para as mais novinhas. Sangramento, contrações [...] Perda de líquidos e contrações fortes, tem que ir lá (hospital) para ver, não esperar a unidade abrir. Converso da dor de cabeça que pode ser da pressão (arterial) e que tem que olhar.
E17-	[...] doenças sexualmente transmissíveis [...] sangramento, perda de líquido, dor.
E18-	Sim, sangramento, perdas líquidas, contrações, dor, leucorréia [...] para que elas fiquem mais atentas [...]. Eu digo que a unidade está aberta, independentemente do dia de consulta elas (gestantes) serão acolhidas a qualquer momento que precisarem. Eventualmente, se esse problema acontecer, um sangramento, no final de semana que a unidade está fechada, a gente fala que procurem o centro obstétrico.

E19-	[...] eu sempre oriento quanto a perda de líquido, de sangue, quando eu coleteo o Papanicolau eu já visualizo o colo do útero, vejo se tem alguma alteração [...].
E20-	Mais para o final da gestação eu fico reforçando os sinais de risco, raias de sangue, se o bebe parou de se mexer, dor em baixo ventre que não passa, dor de cabeça, tontura que pode ser pressão alta.
E21-	Sim, todos eles, dor, contração, perda de líquido, sangramento [...]. Se for possível, venham (gestante) na unidade, se for em outro horário, que procurem o centro obstétrico, porque nem sempre temos médico aqui.

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Scarton e Siqueira (2019).

Os dados denotam que as enfermeiras oferecem orientações sobre os sinais de risco e fatores de risco às gestantes. Quanto aos sinais de risco, as orientações contemplam maior atenção aos sinais de cólica, perda de líquido ou sangue, dor abdominal, contração uterina precoce, dor em baixo ventre que surge repentinamente e que não alivia após o repouso, leucorreia, edema, febre, cefaleia, tontura, crise hipertensiva e infecção urinária. Entre os fatores de risco, as orientações estão voltadas para a alimentação, coleta do exame citopatológico, tabagismo, doenças sexualmente transmissíveis, vulnerabilidade familiar, uso de drogas e controle da hipertensão arterial.

A conduta orientada pelas enfermeiras às gestantes, nos casos em que os sinais de risco se fizerem presentes é buscar a UBS para que possam ser avaliadas e conforme a necessidade, serem encaminhadas para o centro obstétrico. Porém, em alguns casos a conduta é ir diretamente para o hospital, tendo em vista que a UBS pode estar fora do horário de atendimento, por não ser referência para urgência, e por não ter médico que atenda em tempo integral na unidade.

Quadro 4.2.6: Vantagens e desvantagens em relação ao parto vaginal e parto cesárea.

Legenda quadro 4.2.6

Parto vaginal:

Vantagens do parto vaginal

Parto cesárea:

Desvantagens do parto cesárea

Esclarecimentos quanto ao parto vaginal e parto cesárea

Enfermeiro não esclarece as vantagens e desvantagens do parto vaginal e cesárea

Participante	Questão 7: Costuma esclarecer quanto as vantagens e desvantagens em relação ao parto vaginal e cesárea. Se sim, quais?
E1-	Sim, a gente conversa, explica das vantagens de ter um parto normal, vantagens com o corpo dela (gestante), com o bebe [...], contração uterina mais efetiva para o corpo voltar ao normal depois do parto [...], mas também, procuramos tranquiliza-las de que existe alguns casos que

	acabam em cesárea, não porque se queira, mas porque, por algum motivo na hora acontece [...].
E2-	Sim, explicamos a questão de o parto normal ser um parto natural, que o risco de infecção é menor, a involução uterina é bem mais rápida [...].
E3-	[...] a gente fala que o parto vaginal é a consequência esperada dos mamíferos [...]. Falamos da recuperação, das vantagens do parto normal[...].
E4-	Durante todo o pré-natal eu costumo orientar sobre isso (vantagens e desvantagens do parto vaginal e cesárea).Explico que pode acabar necessitando de uma cesariana, mas os benefícios do parto vaginal são exaltados em todas as oportunidades que eu tenho [...], os riscos da anestesia na cesariana,toda a involução uterina e a recuperação da rotina, dos hábitos de vida que se dá de forma mais rápida no parto vaginal [...].A cesárea tem os riscos de infecção hospitalar, complicações cirúrgicas, a própria sondagem que se usa como protocolo, riscos de infecção urinária, a própria contaminação da ferida operatória [...].
E5-	A gente tem aconselhado o parto vaginal como preferencial [...]. Trabalhamos a violência obstétrica, os direitos delas, plano de parto, orientamos o máximo que podemos, mas falamos que quando ela chegar lá (no hospital), vai depender da situação, do momento[...], que no parto normal a ocitocina não precisa ser utilizada, a menos que realmente haja uma indicação.
E6-	Sim, a gente sempre estimula o parto normal, mas umas (gestantes) já vem com aquilo introjetado da cesárea, por mais que saibam que o risco de complicações seja maior e a recuperação mais demorada [...].
E7-	A gente sempre esclarece que o parto normal é o que a gente gostaria que fosse seguido, pois é o natural, mas as vezes é necessário uma cesárea [...], pois o parto tem que avançar e se por algum motivo isso não acontecer, o médico opta pela cesárea.
E8-	[...]. Oriento o risco de infecção da ferida operatória, que a recuperação é mais lenta, que é uma cirurgia [...]. No parto vaginal a recuperação é mais rápida, involução uterina e o retorno do corpo ao normal é mais rápido, enfim, é o que seria o normal, o esperado [...].
E9-	Eu falo bastante do problema da cesárea por ser uma cirurgia [...], sempre aconselhando que entrem em trabalho de parto e tenham um parto normal. Aponto em relação ao aleitamento que no parto vaginal o leite vai descer primeiro [...] a cesárea como é uma cirurgia, ela (gestante) vai ficar impossibilitada alguns dias[...]. Falo sobre o parto normal da ocitocina que não é necessária [...].
E10-	Sim, da importância de esperar, não ter pressa,mas é que as vezes elas (gestantes) caem em algum médico que está no plantão e que gosta de fazer cesárea [...]. O parto normal é o natural e vai sair dali pronta, não vai ter quase nenhum cuidado, em contrapartida, a cesárea pode ter complicações [...].
E11-	Eu oriento o natural, [...] falo da recuperação que é muito mais saudável [...], dos riscos do parto cesárea, da infecção, hemorragia [...].
E12-	[...]. Eu costumo esclarecer os riscos, por ser uma cirurgia, mas elas (gestantes)preferem o parto normal e eu incentivo [...].
E13-	Sempre reforço que o parto normal é mais adequado, oriento as vantagens, os riscos de uma incisão no caso de uma cesárea, risco de infecção [...].
E14-	(Resposta sem coerência)
E15-	[...] a gente sempre coloca que o parto cesárea é quando realmente não tem condições, alguma distorcia materna ou fetal para que não ocorra o parto normal e fala das vantagens que tem o parto vaginal, para ela (gestante) e para o bebe, como, o aleitamento, a involução uterina e o retorno a sua rotina [...].

E16-	Eu converso bastante, mas normalmente nenhuma (gestante) fala em cesárea, todas têm aquela ideia do parto normal e eu reforço as vantagens por ser o natural [...].
E17-	Falo sobre o risco de infecção puerperal e da cesariana ser uma cirurgia, é invasivo [...].
E18-	(Resposta sem coerência).
E19-	Sempre tenta mostrar as vantagens do parto normal, do parto humanizado [...]. A gente orienta em relação ao parto vaginal, que é uma recuperação mais rápida, que a mãe acaba tendo mais autonomia depois para cuidar do bebe [...], a cesárea querendo ou não é uma cirurgia e muitas vezes é desnecessário [...].
E20-	Não costumo orientar, porque a maioria (das gestantes) não é o primeiro filho e já tiveram mais de uma cesárea [...].
E21-	Geralmente as que fazem no convenio e no SUS, geralmente vem com ideia de cesárea, então eu procuro orientar que pelo menos espere o início do trabalho de parto para fazer a cesárea. [...].

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Scarton e Siqueira (2019).

Ao que se refere as vantagens e desvantagens dos partos cesárea e vaginal, as enfermeiras apontam vantagens para o parto vaginal e desvantagens para o parto cesárea. O parto vaginal possui as vantagens de ser o natural, o esperado, em que a involução uterina é mais efetiva. O aleitamento materno se faz possível logo após o nascimento, a mulher possui mais autonomia para cuidar do bebe, assim como, a recuperação dos hábitos de vida e rotina se dão de forma mais rápida.

O parto cesárea possui as desvantagens de ter maiores riscos, entre estes, a anestesia, infecção hospitalar, hemorragia, infecção puerperal. É uma cirurgia, muitas vezes invasiva e desnecessária, a recuperação é mais lenta e o risco de complicações é maior. As enfermeiras orientam que o parto pela via vaginal é o ideal. No entanto, esclarecem que em alguns casos o parto cesárea pode ser necessário. Elucidam a questão da violência obstétrica, plano de parto e que o uso da ocitocina não é recomendado no parto vaginal, a menos que tenha indicação.

Quadro 4.2.7: Orientações sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto.

Legenda Quadro 4.2.7

Quais os métodos orientados

Entraves na orientação dos métodos não farmacológicos:

Falta de atualização e conhecimento sobre métodos não farmacológicos

Receio em criar expectativas e na prática hospitalar não ser aplicado

Participante	Questão 8: Costuma orientar quanto ao uso de métodos não farmacológicos no trabalho de
--------------	--

	parto. Se sim, quais?
E1-	A gente até conversa com elas (gestantes), que podem caminhar, sentar na bola [...].
E2-	[...]. Não explico até porque eu não domino, não sei se vão usar (no hospital) com ela ou não.
E3-	[...] a gente fala dos métodos que a gente escuta que usaram lá (hospital), mas como é eu não sei [...]
E4-	[...]. Sempre que o tempo permitir eu explico sobre a caminhada, banho morno [...].
E5-	[...]. Oriento que ela (gestante) deve caminhar [...], mas o problema é que não adianta a gente falar aqui (unidade) e chegar no hospital e ser totalmente diferente.
E6-	[...]. Quanto aos métodos (não farmacológicos), não, realmente eu não oriento, porque não sei se fazem na maternidade, então, eu me detenho mais no pré-natal [...].
E7-	[...]. O processo intra hospitalar a gente não aborda, porque a gente sabe que se ela (gestante) for no hospital x ela nunca vai ver uma bola na vida. [...] A gente até orienta a questão da respiração [...].
E8-	Quanto aos métodos, a gente sabe que a realidade no hospital, às vezes, não condiz muito. Então, a gente dizer e elas chegarem lá (hospital) e eles (profissionais do hospital) fazerem é outra coisa [...]. A gente fala da bola, do alívio da dor, do banho morno no chuveiro [...], mas tem plantões que elas (mulheres) dizem que não fizeram nada, é complicado [...].
E9-	[...] falo sobre a bola, gosto de explicar, principalmente para as primigestas que são de primeira viagem [...].
E10-	[...]. O uso de métodos não farmacológicos eu não dou esse tipo de orientação, porque eu não sei o que exatamente tem lá (hospital), eu já ouvi falar, para algumas acontece para outras não, então eu fico com receio de criar essa expectativa [...] e eu não tenho conhecimento para falar com segurança sobre isso.
E11-	Dos métodos (não farmacológicos) a gente até fala [...], mas entre falar e fazer existe uma grande diferença.
E12-	(Resposta inadequada do participante)
E13-	[...] não sei como está acontecendo (hospital) eu sempre tenho cuidado de não orientar para não gerar uma expectativa de uma coisa que não vai ser ofertado na hora. Eu falo que existem alguns meios, o próprio banho, a bola, massagem, que podem ser feitas [...], então eu falo, mas não digo que ela (gestante) vai chegar lá (hospital) e vai ter [...].
E14-	Poucas vezes, vou ser sincera [...]. Eu oriento da massagem, banho morno [...], mas eu não sei como estão os hospitais [...] eu desconheço, então, não posso dizer o que tem ofertado e se vão ofertar isso.
E15-	[...] a utilização da bola [...].
E16-	Não, até foi bom você ter falado isso, para mim poder explorar [...] eu me formei a muitos anos [...]. Então, eu ainda tenho a ideia do tradicional, estou sendo honesta que eu desconheço sobre esses métodos (não farmacológicos).
E17-	[...] eu falo do banho, da massagem [...].
E18-	Eu digo que existem esses métodos (não farmacológicos), eu só não oriento, até porque não tenho muitas propriedades para conversar sobre. Nos falta uma compreensão do que realmente está acontecendo no ambiente hospitalar [...] porque elas (gestantes) vêm e dizem que nada disso aconteceu. Aí você fica sem saber se realmente deve orientar ou não [...]. Tem dias que fazem, dias que não fazem (no hospital) [...].

E19-	[...] que elas podem tomar um banho morno para relaxar, tem a bola de Pilates [...].
E20-	[...] dos métodos de alívio da dor eu não oriento, porque eu não estou atualizada nessa parte, e falta atualização para nós, não adianta, eu não vou chegar em casa e olhar, você cai no básico.
E21-	[...]. Eu explico que tem o chuveiro, bola, banquinho, mas eu não posso prometer uma coisa que na verdade eu não sei se vai ter (no hospital), mas a gente explica [...].

Fonte: Dados da pesquisa elaborados por Scarton e Siqueira (2019).

Quanto as orientações sobre o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto as participantes referem orientações às gestantes sobre o banho morno de aspersão, caminhada, uso da bola Suíça, banquinho U e massagem. Algumas enfermeiras, não realizam orientações, por desconhecer os métodos não farmacológicos, pela falta de atualização, domínio e propriedade para falar sobre o tema. Também, desconhecem a realidade intra-hospitalar o que gera desconforto e receio por parte das enfermeiras ao orientar o que pode ou não ser oferecido às gestantes.

Quadro 4.2.8: Encaminhamento das gestantes para outros serviços.

Legenda Quadro 4.2.8

Encaminhamentos:

Encaminhamentos para outros serviços

Encaminhamentos que mantém o vínculo com a gestante na UBS

Dificuldades no encaminhamento:

Dificuldades da gestante para acessar outros serviços

Percalços na Rede e no Sistema de referência e contra referência

Participante	Questão 9: como a sua UBS funciona quanto ao encaminhamento das gestantes para outros serviços?
E1-	Para o alto risco, faz o encaminhamento via agendamento (Central de agendamento de consultas) [...],mas as vezes pode demorar até uns dois meses, mas a gente continua atendendo (a gestante) aqui (unidade), para não ficar sem assistência nesse período.
E2-	A gente tem um boletim de referência e contra referência [...]. Também, existe um fluxo interno do município de agendamento para o alto risco [...], ela (gestante) é encaminhada para o hospital que é nossa referência e aí é via secretaria municipal de saúde (central de agendamento de consultas)[...].
E3-	A ultrassonografia (US) é feita na Secretaria de Saúde e demora [...] normalmente se pede no primeiro semestre, vão conseguir fazer no segundo semestre. Se a gestante vem no início e você pede com sete semanas elas (gestantes) vão conseguir fazer com 13 semanas [...]. Para o alto risco, a gente faz o agendamento [...], mas ela (gestante) vai continuar sendo acompanhada conosco (unidade) [...].
E4-	Faço um boletim de referência ou o obstetra faz e encaminhamos [...]. No alto risco, o que

	prejudica é a demora para ligarem (central de regulação de consultas) para elas (gestantes), ligam quando tem agenda.
E5-	Para o alto risco é via central de marcação de consulta, a menos que seja uma situação de urgência, que não dê para perder tempo, daí eu ligo e falo com as gurias (na SMS) e já agendo. O que está acontecendo é que está demorando em média 2 a 3 meses para agendar a consulta, eu tive uma (gestante) que acabou ganhando o bebe (36 semanas) uma semana antes da consulta [...]. Eu acho que o sistema de referência e contra referência poderia melhorar o fluxo, porque quem volta e diz o que aconteceu na contra referência, é a paciente. Não tem uma formalidade, pois mandamos o documento, mas não recebemos de volta [...].
E6-	Para o alto risco, faço boletim (de referência e contra referência) [...], mas demora uns 40 dias, enquanto isso ela (gestante) continua sendo atendida na unidade [...]. As pacientes encaminhadas para outros serviços vão com um boletim de referência, nem sempre todos os boletins retornam com a contra referência. O boletim tem uma parte exatamente para isso, para que o profissional que está atendendo referencie seu atendimento, e geralmente isso não acontece. A gente fica sabendo por ela (gestante), [...] o que é complicado também.
E7-	Se ela (gestante) estiver com sangramento a gente chama a ambulância e já sai direto (para o hospital). Quando está hipertensa, BCF alterado, a gente faz o boletim de referência e contra referência e encaminha [...]. Para o alto risco a gente marca e encaminha o boletim de referência e contra referência [...], mas demora bastante tempo, e a US demora em média 2 meses. Ela (gestante) sempre continua com o atendimento aqui, a gente não desvincula, quando vai para lá (alto risco). O sistema de referência e contra referência é muito falho, porque a gente faz e não mandam a contra referência de volta. Se nesses 14 anos eu recebi um de volta, foi muito. [...]. Porque se a gente quer evitar os agravos da mãe e do bebe, a gente também tem que ter a reciprocidade de colega, de poder referenciar e ser referenciado de volta dizendo o que foi feito, só isso! A gestante que nos dá o retorno, e as vezes indignada que não foi bem atendida e são pessoas muito carentes, eu tenho mulheres que não tem nem dinheiro para o ônibus, dependem de um vizinho que leve, é complicado, pois só encaminhamos as que realmente precisam e chegando lá (no hospital) eles mandam de volta e dizem que (a gestante) não tem nada [...].
E8-	Geralmente a gente faz boletim de referência e contra referência e encaminha, tem casos que eu ligo direto para a saúde da mulher na secretaria (municipal de saúde) e tento agendar uma consulta, e geralmente eu consigo retorno em seguida, mas eu sempre falo para elas (gestantes): - A gente está te encaminhando para lá, mas vocês estão proibidas de nos abandonar. [...]. O sistema de referência e contra referência funciona, em partes. Consulta funciona, hospital tem muita falha, encaminhamento para o parto [...] é o mais difícil, pois não temos mais o que fazer por ela aqui. Por exemplo: já está com 40 semanas e seis dias sem nenhum sinal de trabalho de parto e a gente preocupado com aquela criança e aquela mulher, e ela voltando do encaminhamento sem nada escrito [...]. Ela (gestante) diz: - me mandaram voltar daqui a 4 dias, voltei com o papel, disseram que não tem nada! [...]. Ela já vai estar com 41 semanas e uns dias. Daí me pergunto: - será que vai dar tempo de voltar? Essa é nossa angustia é isso que nos preocupa. É um entrave, você vai mandar e ela vai voltar, e realmente ela volta, e muitas vezes essa mulher não tem dinheiro para ir e vir, você fica de mãos amarradas.
E9-	Encaminhamos para o hospital [...], mas mesmo encaminhando (para o alto risco) eu não deixo elas (gestantes) saírem daqui, porque se não, a gente perde o vínculo [...]. Quando precisamos encaminhar para o hospital, por algum motivo, é mais complicado [...]. A gente escuta muita coisa. Já tivemos casos de a gestante chegar no hospital com nosso boletim de referência e o médico rasgar e dizer: - Ah, é do dr x, para que eu quero isso daqui! A paciente que nos relatou. Tem esse descaso conosco, com a nossa conduta [...]. Eu gostaria de ter acesso a contra referência, eu sei porque eu vejo na carteirinha anotado, mas se eu quiser saber mais alguma coisa, eu não tenho [...].
E10-	[...]. Quando se tem que fazer algum exame, ou identificamos algum problema que temos que encaminhar para a referência, as vezes elas (gestantes) deixam de ir ou fazer. Um dos motivos [...], é a dificuldade financeira e o tempo que se demora para chegar até a cidade [...].

	<p>Também, quando encaminhamos alguma (gestante) para o hospital, as vezes, vem sem nada por escrito do que foi feito (no boletim de contra referência), eu fico sabendo pela paciente. Acho que poderíamos trabalhar mais em conjunto, e aqui, eu considero um fator importante que é a distância, não tem ônibus toda a hora. Então, você encaminha para o hospital e eles mandam de volta e cada vez que mandam de volta é 1h:30min para chegar, mais 1h:30min para voltar [...]. Já teve gestante que ganhou (o bebe) dentro da ambulância, de volta para cá, porque disseram que não estava na hora (do bebe nascer) [...] A nossa rede não está funcionando, é muito ruim e a contra referência nós não recebemos.</p>
E11-	<p>[...] A gente faz o boletim de referência e contra referência e encaminha para o alto risco pela central de regulação [...], é por lá que eles fazem o agendamento [...]. A dificuldade é que eu mando um boletim de referência encaminhando a gestante para o hospital, mas o boletim do que foi feito (contra referência) não volta [...] a gente fica sabendo porque elas (gestantes) contam como foi a consulta, raramente vem. Se eu recebi três durante esses dois anos foi muito, aí a gente fica assim, não sei é ela que está me contanto, foi isso mesmo? Não sei!</p>
E12-	<p>[...]. Quando precisamos encaminhar para o hospital, se faz um boletim de referência e contra referência e se liga para o hospital avisando. Para o alto risco geralmente é mais demorado, tem que estar em cima, mas elas (gestantes) continuam sendo atendidas aqui (unidade), nunca deixamos sem assistência. Elas (gestantes) vão no alto risco, mas elas vêm sempre aqui para ver se conseguem parar de ir, porque é muito longe, são pobres, tem que gastar com passagem [...]. A gente faz o boletim de referência, mas a resposta de lá (contra referência), não vem. [...] A gente fica sabendo pela gestante o que aconteceu, só que né! [...]. A rede funciona até ali, [...] não sei o que está faltando, é mais comunicação, mais comprometimento de algumas pessoas. Porque não adianta fazer um bom pré-natal aqui e lá (no hospital) não ser bem feito ou vice-versa.</p>
E13-	<p>A gente faz a solicitação, no caso do exame de ultrassonografia, mandamos via malote para o setor de agendamento na secretaria (municipal de saúde) e depois de agendado eles devolvem a requisição com a data para ela (gestante) fazer o exame. Para o alto risco, a gente manda o formulário para o setor de agendamento de consultas na secretaria municipal (de saúde) e sempre orientamos para que não abandonem o pré-natal na unidade, que sigam duplamente [...].</p>
E14-	<p>Se precisar de atendimento no hospital, a gente faz o boletim de referência e contra referência [...]. No caso de ela (gestante) ir para o alto risco, a gente orienta para fazer nos dois [...], para não perder o vínculo com elas [...]. Já aconteceu de uma gestante ir direto lá (no hospital) com dor e sangramento e eles encaminharem primeiro para o posto fazer a avaliação, daí o clínico avaliou e encaminhou novamente, porque com o intermédio do clínico elas (gestantes) são recebidas e atendidas mais rápido, mas a paciente fica perdendo tempo e é desnecessário.</p>
E15-	<p>A gente faz o encaminhamento. Por exemplo: para o alto risco fizemos via regulação de agendamento na secretaria municipal (de saúde) [...], mas nunca passamos o problema, ela é nossa gestante, então, compartilhamos o cuidado com o alto risco [...].</p>
E16-	<p>O pré-natal de alto risco é agendado via central de regulação. Eu ligo na central, dou os dados da gestante o porquê do encaminhamento e depois de 2 semanas me dão o retorno [...]. Eu nunca fiquei sem resposta [...].</p>
E17-	<p>Se precisar encaminhar (a gestante), eu faço o boletim de referência e contra referência [...].</p>
E18-	<p>[...] referência e contra referência, nós temos que ligar para o hospital e avisar que ela (gestante) está indo. O pré-natal de alto risco a gente encaminha boletim de referência e contra referência e é agendada a consulta [...]. Se for muito urgente a gente faz contato direto com a saúde da mulher na secretaria (municipal de saúde) [...]. Falta muita comunicação, sempre faltou, e acho que a questão da gestante no trabalho de parto é muito complicada, porque ficamos nesse leva e traz [...]. Então, as mulheres estão receosas, quem faz um pré-natal fica receoso de fazer um trabalho árduo, que você se doa, e chega lá (no hospital) e simplesmente vai tudo por água a baixo [...], isso desgosta qualquer um [...] você se doa e o simples ato do parto, realizado por uma pessoa que nunca viu essa mulher na vida, destrói tudo [...]</p>

E19-	Através do boletim de referência e contra referência. Para o alto risco fazemos o agendamento pela secretaria [...].A contra referência, eu vejo pelo que está escrito na carteira, se não tiver escrito, eu não sei o que fizeram, eu fico com o que a gestante me diz. Por que eles (alto risco) não têm contra referência eles não tem contato comigo, nunca recebi uma ligação do alto risco para me perguntar alguma coisa.
E20-	A gente avalia o caso e se for necessário encaminhamos (a gestante) para o pré-natal de alto risco, ou para o hospital, por meio do boletim de referência e contra referência [...], mas existe um desleixo da área hospitalar [...] mandam embora umas quinhentas vezes [...]. Acho que se aquela pessoa foi e voltou, tem que começar a olhar melhor (no hospital) [...].
E21-	[...]. Avaliamos e se for necessário encaminhamos para o centro obstétrico [...]. Para o pré-natal de alto risco, tem demorado cerca de 2 a 3 meses para agendar a consulta, mas, nesse período ela (gestante) continua a fazer o pré-natal na unidade e depois nos dois [...]. Não existe comunicação entre os serviços. A rede é totalmente desarticulada, infelizmente, os serviços funcionam com base em pessoas e não em protocolos [...] é conhecer a pessoa certa, entendeu! Eu não vejo como uma rede articulada, como um trabalho em rede, porque não existe prioridade. Todas as gestantes que tem prioridade para o alto risco são marcadas no mesmo “bolo”, e nem todas têm a mesma necessidade de urgência, não existe triagem, e aí eu acho que se peca muito. Quando se encaminha uma gestante, não se tem um retorno do serviço, é ela (gestante) que me diz o que foi feito. Não é que exista falha, falha é uma coisa esporádica, a contra referência não existe, não tenho acesso a nada que seja feito no alto risco. Eu fico sabendo pelo que ela (gestante) me disse, agora o que é feito eu não faço ideia, então, você depende do grau de entendimento da paciente pra você ter uma noção do quadro dela.

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Scarton e Siqueira (2019).

Os dados revelam que o encaminhamento para o pré-natal de alto risco acontece mediante boletim de referência e contra referência, onde a consulta é agendada via central de marcação de consultas na SMS. Nos casos em que há urgência para o seguimento do pré-natal no alto risco, é mantido contato via telefone com a SMS – área de Saúde da mulher, para agilizar o processo. Quando as gestantes são encaminhadas para o pré-natal de alto risco, ressalta-se a necessidade delas, manterem em paralelo, as consultas de pré-natal na UBS, cujo propósito é dar continuidade ao vínculo, no processo de cuidar.

Caso a gestante de risco habitual apresente algum sinal de risco que caracterize gravidade, o boletim de referência e contra referência é preenchido e a gestante é encaminhada para o hospital, via contato prévio. O encaminhamento para realização do exame de US é realizado mediante agendamento na SMS.

Um notável número de participantes relatou morosidade para o agendamento da consulta de pré-natal no alto risco, como também, para o exame de US. Entre outros obstáculos, nota-se um déficit na comunicação entre os hospitais e UBS, o que se expressa na precariedade do retorno do serviço prestado pela contra referência à UBS. Também, o encaminhamento realizado pelo profissional da UBS ao hospital, nem sempre é considerado. Além desses aspectos, existe a distância entre as UBS e os serviços de referência, situação econômica vulnerável por parte de uma parcela das gestantes.

Quadro 4.2.9: Retorno da mulher para a consulta de puerpério e como se procede no caso dela não retornar.

Legenda Quadro 4.2.9

***Retorno da mulher puérpera para a consulta de puerpério:
Trabalho em redes para a efetivação da consulta puerperal***

Estratégias que viabilizam a realização da consulta de puerpério

Estratégias utilizadas para a busca das mulheres faltosas

Dificuldades para a efetivação da consulta de puerpério

Participante	Questão 10 e 11: Como se processa o retorno da mulher para o acompanhamento pós-parto. Como se dá o processo em caso de a mulher puérpera não retornar para o acompanhamento no período previsto?
E1-	A gente orienta que uns dias depois do parto que ela (mulher puérpera) venha para fazer a consulta de puerpério, especialmente durante as últimas consultas (de pré-natal). Se (a gestante) não aparecer (para a consulta de puerpério) a gente vai dando uma ligadinha para ver, entra em contato por telefone ou pede para o agente (comunitário de saúde) ir ver.
E2-	[...] eu faço como rotina, quando elas (mulher puérpera) vêm fazer a consulta do teste do pezinho da criança já é feita a consulta do puerpério. Então, ela já é avaliada [...]. Ela (mulher puérpera) já sai daqui (unidade) sabendo quando tem que voltar para revisão, após 15 ou 20 dias do pós-parto, então, isso tem facilitado [...]. Se ela (mulher puérpera) não retornar (para consulta de puerpério) a gente faz a busca ativa [...].
E3-	[...] normalmente a gente agenda a consulta do puerpério que é no mesmo dia da consulta da puericultura e já coleta o teste do pezinho e também ela (mulher puérpera) já consulta [...]. Caso ela não retorne (para consulta de puerpério) o agente comunitário (de saúde) faz essa visita que é rotina no mês. Então, a gente costuma fazer essa visita no domicílio ou elas vêm [...].
E4-	Eu agendo via whatsapp, dentro de 7 a 10 dias a consulta do puerpério, porque se não fosse assim! [...]. As que não tem whatsapp eu procuro nas ultimas consultas (de pré-natal) reforçar bem que elas (mulher puérpera) têm que vir retirar os pontos no posto, se for cesárea, e se for parto normal, tem que vir no posto marcar o pediatra, então eu já puxo um gancho para o puerpério [...]. Se ela não retornar (para a consulta de puerpério) eu puxo elas pelo whatsapp, pois como não tem os agentes comunitários (de saúde), foi a ferramenta que eu utilizei para fazer essa busca [...].
E5-	Eu reforço e oriento muito principalmente nas ultimas consultas (pré-natal), que têm que vir para a unidade para ver como ela (mulher puérpera) está, como foi o parto, porque ela tem que estar bem para cuidar do bebe [...]. Se ela não vier para a consulta pós-parto, a gente dá uma ligada e procura ver o que aconteceu, mas aqui são mulheres mais instruídas então é difícil elas não virem.
E6-	Ela (mulher puérpera) retorna geralmente no teste do pezinho, entre o 3ª e 5ª dias, e ela passa pela consulta de enfermagem ou consulta médica, e a gente já agenda o retorno dela para os quinze dias, dela e do bebe. Se não retornar (para a consulta de puerpério) a gente busca.
E7-	[...] quando ela (mulher puérpera) chega para o teste do pezinho, a gente já faz a primeira consulta (de puerpério), entre 3ª e 5ª dias [...] e agora, temos o caderninho da segunda consulta de puerpério, que contamos 20 dias após essa [...]. Se ela não vier (consulta de puerpério), a

	gente faz busca ativa [...].
E8-	[...]. Ela (mulher puérpera) sai do hospital com o teste do pezinho agendado. Eu marco no teste do pezinho para o bebe ser pesado com 10 dias e eu já deixo agendado também o puerpério no décimo quinto dia [...]. Se ela não retornar (consulta de puerpério) a gente faz busca ativa, se não, no 10ª dia quando o bebe é pesado, a gente já faz a consulta com ela [...].
E9-	[...] a gente orienta que 15, 20 dias após o parto ela (mulher puérpera) venha fazer a consulta (de puerpério). Geralmente a paciente vem e mesmo não estando agendada eu atendo para não perder ela [...]. Se ela não vier [...] a gente faz busca ativa, mas é bem legal, porque elas gostam do acolhimento e elas sempre retornam.
E10-	Geralmente ela (mulher puérpera) vem na unidade no 3ª, 5ª dia para fazer o teste do pezinho, neste momento eu já faço a primeira consulta de puerpério e depois tento fazer em até 10 dias na casa delas, para ver como é o ambiente. Nas consultas de pré-natal eu oriento que elas têm que vir para fazer o teste do pezinho e que depois elas vão receber uma visita para fazer a consulta puerperal [...], mas o teste do pezinho é onde eu aproveito e já faço a consulta (de puerpério).
E11-	A gente faz visita, geralmente o agente (comunitário de saúde) já sabe. Também, vem informativo do hospital, avisando que a criança tem que vir fazer o teste do pezinho [...] e se ela não retornar o agente (comunitário de saúde) vai.
E12-	Ela (mulher puérpera) é orientada a fazer aqui, a gente tem uma pasta com tudo preparado, é orientado que ela tem que voltar para fazer a consulta (de puerpério) [...]. Ela retorna porque ela vem para fazer o teste do pezinho, então fizemos a consulta (de puerpério) com ela na unidade, ou no domicílio, eu vou e visito, mas nem sempre eu consigo, [...], mas o agente (comunitário) de saúde, vai [...].
E13-	[...] eu reforço nas últimas consultas (de pré-natal) e elas (mulher puérpera) tem vindo para a primeira consulta de puerpério e na segunda elas acabam não vindo, a gente avisa que tem que fazer, mas quando a gente vê, nem é mais período puerperal [...], mas a gente faz a busca ativa.
E14-	Nas últimas semanas de gravidez, eu oriento que de 10 há 15 dias elas (mulheres no puerpério) retornem (para a unidade), marquem um horário comigo [...], mas mesmo eu tentando enfatizar a procura é baixa, elas (mulher no puerpério) não procuram, a maioria delas não retorna para encerrar a documentação. O telefone não liga para celular, então, a gente depende de que um dia elas apareçam, as vezes encerramos uma gestação meses depois, porque não tem como fazer uma busca ativa, não tem funcionário que faça.
E15-	Ela (mulher no puerpério) vem, pois, a gente já orienta a questão do teste do pezinho no 3º ou 5º dia [...] daí nesse dia, a gente já faz a primeira consulta de puerpério. A gente agrega assim para não perder [...]. Durante o pré-natal também se enfatiza a importância de retornar pela questão do teste do pezinho [...], então a gente fixa bastante isso para elas [...] e elas retornam [...].
E16-	[...] A consulta de puerpério pode ser agendada aqui, mas a preferência é no domicílio para que já possa ser olhado o ambiente, se orienta do teste do pezinho e durante o pré-natal isso é enfatizado também [...]. Se (mulher puérpera) não vier, a gente aciona o agente comunitário (de saúde) a ir na casa, aí eles trazem informações.
E17-	[...] orienta a (mulher puérpera) retornar no posto no dia que for fazer o teste do pezinho de três a cinco dias, nisso eu já faço algumas perguntas, avalio e agendo a revisão puerperal. Se elas (mulheres no puerpério) não retornarem, a gente faz a busca ativa, na área tem bastante agentes comunitários (de saúde).
E18-	Geralmente eu fico sabendo pelo aviso do teste do pezinho [...]. Então eu já sei quando deve trazer o bebe para fazer o teste, daí eu já avalio ela (mulher puérpera) e o bebe naquele dia e já sai com a agenda para retornar em sete dias, e depois para o encerramento do puerpério [...]. Quando ela (mulher puérpera) não retorna, se faz busca ativa e o agente (comunitário de

	saúde) vai atrás [...].
E19-	Durante as consultas de pré-natal a gente fala da importância da consulta de puerpério, e eu vejo que quando elas (mulheres puérperas) voltam para consulta de puerpério, o hospital também estimula essa consulta, porque colocam na prescrição “ retornar ao posto para consulta de puerpério”[...]. A maioria (mulheres no puerpério) volta e a gente tem uma pasta bem organizada de todas as gestantes e a data provável do parto está inclusa. Se a gente ver que passou da data do parto e ela não apareceu, o agente comunitário de saúde vai fazer uma busca ativa.
E20-	Por eu estar com muito trabalho, ser a única enfermeira e por geralmente não ter médico aqui, quando ela (mulher puérpera) tem o bebe ela vem aqui e é marcado com o médico (no ambulatório, serviço da SMS) [...] para 30 dias [...]. Eu acho que é muito tempo, mas como elas têm um vínculo elas vêm aqui, elas acabam criando uma intimidade contigo, por isso eu acabo ficando tranquila e eu oriento a procurar o serviço, no caso de dúvidas. No caso dela não vir para a consulta é reagendado tudo por lá (secretaria municipal de saúde).
E21-	Como elas (mulher puérpera) vem na unidade para retirar os pontos da cesárea, eu marco a consulta (de puerpério) com o obstetra [...] que é ele quem gosta de fazer, pois as que tem interesse de colocar o DIU ele já põe [...]. Eu faço a primeira consulta e ele (obstetra) a de puerpério.

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Scarton e Siqueira (2019)

O retorno da mulher puérpera para a realização da consulta de puerpério é estimulado e enfatizado, nas últimas consultas de pré-natal. Também, demais oportunidades como a consulta de puericultura, realização do teste do pezinho na unidade, retirada dos pontos cirúrgicos no caso do parto cesárea, são oportunidades para realizar a consulta de puerpério.

Os ACS, por meio das visitas domiciliares identificam as mulheres que estão no puerpério e comunicam as enfermeiras. O hospital também estimula à mulher a realizar a consulta de puerpério e o teste do pezinho na UBS na qual realizou o pré-natal. A utilização do WhatsApp como ferramenta, auxilia no contato e busca das mulheres, para realização da consulta de puerpério.

Geralmente, as consultas de puerpério são realizadas na UBS ou no domicílio. Caso, a mulher não retorne para a consulta de puerpério é feito contato telefônico, realizada busca ativa, chamamento pelo WhatsApp. Algumas enfermeiras relatam baixa procura por parte da mulher para realização da consulta, apontando como motivos o número reduzido de ACS, déficit de enfermeiros na UBS para suprir a demanda do serviço, e também, as restrições impostas pela UBS para o uso do telefone, o qual é restrito a ligações para telefones fixos.

Quadro 4.2.10: Ações realizadas pelo enfermeiro que na opinião deste podem contribuir para prevenir a mortalidade materna.

Legenda Quadro 4.2.10

Ações realizadas pelo enfermeiro:

A consulta de pré-natal realizada pelo profissional enfermeiro

Ações realizadas pelo enfermeiro que possibilitam à gestante cuidar de si

Ações que possibilitam ao enfermeiro realizar a promoção do cuidado pré-natal as gestantes

Ações específicas de cuidado à gestante

*Necessidade do aprimoramento das ações:
Qualificação profissional e trabalho interdisciplinar*

Participante	Questão 12: Na sua opinião, como o enfermeiro que realiza consulta pré-natal em UBS, pode contribuir com suas ações para prevenir a mortalidade materna?
E1-	A consulta de enfermagem que é mais detalhada [...]. O enfermeiro é mais detalhista no conversar, no anotar na carteirinha [...].
E2-	[...] ouvir muito a queixa da gestante, você tem que entender qual é o significado daquela gestação para aquela gestante [...]. Fazendo a qualificação profissional, estar sempre se atualizando [...]. Acho que o enfermeiro tem que estar sempre aberto a aprender, estudar, se qualificar, fazer cursos de aperfeiçoamento.
E3-	[...]. No meu entendimento tem que ter uma equipe bem coesa, dividir com os outros profissionais, pois se a gente tem um grupo organizado você oferece um atendimento diferenciado [...]. É a equipe, não é só o enfermeiro ou só o médico, o agente comunitário (de saúde) é importante, quando você tem o olhar dos outros profissionais, são vários olhos olhando para a mesma pessoa, e assim, só tem que dar certo.
E4-	A consulta de pré-natal pelo enfermeiro tem um potencial gigante [...]. Então, eu vejo o ganho que essas gestantes tiveram, até os índices de sífilis que a gente consegue detectar, sem dúvida nenhuma isso vai impactar na redução da morte materna e acho que a informação, a transmissão dessas informações pra gestantes durante a consulta é uma ferramenta que possibilita a prevenção (da mortalidade materna) [...].
E5-	Fazendo educação em saúde, orientações. Prestando atenção nos sinais e sintomas que a gestante apresenta ou refere [...].
E6-	Tentando fortalecer essa questão da informação [...], da importância de manter o pré-natal correto, seguir todas as orientações recomendadas conforme o tempo de gestação, especialmente no final da gestação. E do vínculo, porque quando aquela gestante cria o vínculo com aquele profissional, tudo se torna mais fácil [...].
E7-	Quanto mais você colhe o histórico e visualiza os fatores de risco, através da consulta de enfermagem, da tua entrevista, é que você vai conseguir direcionar os cuidados para os fatores de risco que tem dentro daquela família.
E8-	[...]. Ficando atento a todos os sinais, principalmente a sinais de depressão pós-parto, infecção puerperal não só de cesariana, mas do parto vaginal também [...]. Dar atenção, acolher e ficar atento aos sinais que aquela mulher apresenta.
E9-	[...]. Fazendo um acolhimento, orientando a gestante. Eu sempre penso na promoção e proteção da saúde, eu tento fazer isso o tempo todo, orientar, e acho que como enfermeiro a gente tem essa parte da visão mais aprofundada.
E10-	Educação em saúde [...]. As orientações e o tempo que eu levo nas dúvidas delas [...].
E11-	Instruir a gestante [...] para ela não se descuidar, fazer o acompanhamento dela. Tem que

	conhecer tuas gestantes porque conhecendo, você consegue ver o que cada uma precisa [...] e se você tiver um bom vínculo, você consegue que elas entendam tudo direitinho e retornem para o serviço.
E12-	Fazendo um bom pré-natal, um ótimo pré-natal. Acho que assim, você está pelo menos tentando. O vínculo é fundamental, pois se elas (gestantes) tiverem qualquer dúvida, elas vêm para gente dar o aval e isso é vínculo [...].
E13-	Eu acredito que o enfermeiro contribuí principalmente na parte da orientação [...] ser mais próximo da gestante, estar sempre na linha de frente faz com que elas (gestantes) acabem tendo essa proximidade conosco. [...] dialogar, esclarecer todas as dúvidas, o que é normal e o que não é durante o pré-natal ou período puerperal [...]. Ter esse olhar geral [...] um olhar bem voltado para a mãe e orientar sempre [...].
E14-	[...] primeiro com o cuidado de saúde da mãe, hábitos de vida, porque a gente tem desde complicações com mães hipertensas, diabéticas, como dificuldades no cuidado pessoal e de higiene [...] é a orientação.
E15-	Eu acho que o enfermeiro é a grande chave ele faz todo o vínculo [...]. Buscar a questão vacinal, a questão de grupo, de informações, de ficar bem abeto, acesso para ela (gestante) na unidade [...] então, estar de olho na possível desagregação dela como gestante, da saúde mental dela [...].
E16-	Todos os cuidados, desde as orientações dos riscos porque aí a gente vai pegar isso no início [...] cuidar da parte psicológica, a conversa, [...] as orientações para ele (pai da criança) também. Passar confiança, dar abertura e elas (gestantes) tem esse vínculo com a unidade, qualquer coisa sabem que podem vir e isso faz toda a diferença [...].
E17-	[...] saber avaliar um exame, ter conhecimento, pois se você tiver conhecimento você vai atender bem a gestante [...]. O pré-natal ganhou muito desde que as gestantes passaram a ser atendidas pela consulta da enfermagem porque a gente tem mais paciência a gente orienta elas.
E18-	Orientação, eu acho que o enfermeiro orienta muito, as pacientes conversam muito mais com o enfermeiro do que com o médico, então, elas (gestantes) têm uma vinculação muito diferente nas consultas com o enfermeiro. Eu acho que a gente dá a contrapartida através da educação, temos todos os artifícios para isso.
E19-	A forma como a gestante é recebida na unidade é importante para fazer com que ela volte ou não. O conhecimento que você transmite para essa gestante, a forma como se transmite faz com que ela se sinta acolhida e percebo que elas têm prazer em retornar aqui para consulta e isso já é metade do pré-natal
E20-	É o vínculo, pois elas (gestantes) vêm e confiam em ti, você consegue que elas façam o tratamento, continuem fazendo o pré-natal até o final. Elas se abrem, confiam em ti e você consegue orientar e quanto mais consultas a gestante fizer e quanto mais cedo ela começar o pré-natal, melhor serão os resultados [...].
E21-	É difundir o conhecimento e empoderar essa mulher, pois ela (gestante) mesma acaba identificando situações de maior risco. Então, a consulta de enfermagem tem um valor absurdo dentro do pré-natal [...].

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Scarton e Siqueira (2019)

As ações realizadas pelos enfermeiros que possibilitam prevenir a mortalidade materna, na ótica das participantes do estudo, estão centradas nas ações de orientações, educação em saúde, no esclarecimento de dúvidas, na difusão do conhecimento empoderando

as gestantes para que elas mesmas identifiquem situações de risco. A consulta de pré-natal conduzida pelo enfermeiro é outra ação que merece destaque.

O vínculo, acolhimento, modo como o pré-natal é conduzido, considerando o significado da gestação para cada gestante, bem como, possibilitar acesso ao serviço e realização dos grupos de gestantes. Manter-se atento ao estado mental, psicológico e a sinais de depressão pós-parto, infecção puerperal e a cuidados de saúde direcionados para os hábitos de vida. As enfermeiras ainda relatam que a atualização profissional e o conhecimento são ferramentas que auxiliam na qualidade das ações desenvolvidas, do mesmo modo que, considerar a equipe interdisciplinar no cuidado pré-natal.

Quadro 4.2.11: Descrição dos principais resultados alcançados pelos enfermeiros nas consultas ao pré-natal que possam ter servido para reduzir a mortalidade materna.

Legenda quadro 4.2.11

Resultados obtidos por meio da identificação de riscos e prevenção de complicações

Resultados visíveis/palpáveis

Condutas acolhedoras que possibilitam o alcance de resultados

Cuidados específicos à mulher que possibilitam resultados

Participante	Questão 13: Relate os principais resultados que você entende que possam ter servido para reduzir a mortalidade materna?
E1-	Acho que é aquela gestante que tem várias consultas e a gente consegue identificar os problemas de saúde que podem evoluir para um risco maior. Por exemplo: a gente verifica a pressão arterial, mas esse é um dos fatores, mas verificando em todas as consultas se consegue analisar essa pressão [...].
E2-	[...]. Eu acho que se a gente conseguir sensibilizar essa gestante da importância do pré-natal, a tendência é que ela tenha uma boa qualidade de vida, a criança seja saudável, ela seja saudável e que a gente consiga reduzir a mortalidade materna.
E3-	[...]. Conseguir identificar o problema ou riscos antes das coisas aparecerem [...].
E4-	[...] O trabalho vem acontecendo de uma forma qualificada porque até agora nós não tivemos nenhum prejuízo, tanto materno quanto dos bebês.
E5-	O número de consultas, a captação precoce que nosso número é alto, a redução do número de intercorrências como, infecção urinária, risco de parto prematuro. Identificar precocemente situações de risco, para que se necessário, encaminhar para avaliação [...].
E6-	O maior resultado é ver aquela mãe retornando saudável para a unidade com a criança, é o resultado dos nove meses de trabalho e dedicação.
E7-	[...] orientação e vigilância constante [...] e dentro da consulta de enfermagem se consegue pactuar algumas coisas com elas (gestantes) e elas têm um bom vínculo [...] a escuta

	qualificada é importante [...].
E8-	Conversar, e orientar muito (as gestantes), até hoje, acho que foi bem eficaz.
E9-	Eu já tive várias respostas positivas, como: “- Ah, obrigada por você ter me atendido” ou “Se você não tivesse falado sobre isso eu não teria feito” [...] esse retorno não tem preço. O acolhimento, pode reduzir muito, acho que é o essencial o primordial. Eu penso assim, as pessoas que vem até elas são pessoas que não entendem, e se a gente conversar e orientar elas vão pelo menos ter acesso ao que fazer e do que não fazer [...].
E10-	Todo o pré-natal, todo o cuidado que se tem com elas (gestantes), tentar sanar as dúvidas delas [...].
E11-	(Sem resposta coerente)
E12-	Tudo o que a gente pode fazer, a gente faz por elas (gestantes), acho que só aí a gente está tentando reduzir. A gente faz tudo, eu sou a psicóloga, a médica, a enfermeira, a assistente social, eu sou a mãe. Então, a gente acaba se envolvendo na vida delas, é um vínculo muito grande, elas (gestantes) vêm desabafar dos problemas de casa e é muito grande a rede de cuidados que tem para se trabalhar.
E13-	[...] a tranquilidade que a gente passa [...] evitar possíveis complicações pós-parto devido às consultas que a gente faz de forma educativa [...].
E14-	[...]. É elas (gestantes) mudarem os hábitos de vida por meio da orientação [...].
E15-	[...]. Fazer as seis consultas e deixar abertura para o número de consultas que ela (gestante) precisa, com agendamento mensal, acesso na unidade, fazer os encaminhamentos que ela precisa com certeza contribui bastante.
E16-	[...] O resultado é elas irem orientadas para o parto, é os cuidados com elas (gestantes) mesmas [...]. É um bom parto, é o retorno delas para nós, esse é o maior resultado [...]. É uma boa atenção física e mental.
E17-	[...] é o carinho, a persistência que eu tenho, estou sempre correndo por elas (gestantes), é a humanização, que leva eu ter essas pacientes comigo.
E18-	[...]. Está muito no teu trabalho, na tua observação, na tua vigília, do conhecimento que você aplicou ali, da tua doação. Elas (gestantes) te procuram muito por problemas psicológicos, quando estão depressivas [...]. Quando ela (gestante) vem na consulta e diz que vai abortar e você consegue reverter essa situação e nove meses depois, você ver a criança te olhando nos olhos [...]. A gente é cúmplice de muitas coisas que essas quatro paredes não revelam tudo.
E19-	A realização de todos os exames do protocolo que a gente segue [...]. Estimular elas (gestantes) a criar um vínculo com a unidade e com o pré-natal em específico.
E20-	É gratificante ver que elas (gestantes) vêm, que elas gostam, te aceitam como enfermeiras delas [...].
E21-	A gente conseguir ver precocemente os riscos. Então, você sempre orienta e fala sobre algum aspecto e de alguma forma isso faz diferença. Avaliar precocemente os riscos e acompanhá-los.

Fonte: Dados da pesquisa organizados por Scarton e Siqueira (2019)

Os principais resultados alcançados até então, estão, na identificação precoce dos riscos e na prevenção de possíveis complicações. No retorno da mulher e do bebê para a unidade, ambos saudáveis. Não ter mortes maternas durante o tempo de atuação como enfermeira na UBS.

Realizar a consulta pré-natal de forma humanizada, acolhedora. Sensibilizar a gestante da importância do pré-natal. Aplicar o conhecimento, esclarecer dúvidas, dialogar, orientar e possibilitar que as gestantes possam ir orientadas para o parto. Captação precoce, manter acesso aberto para a gestante na UBS, bem como, fazer o encaminhamento para demais serviços, exames, realizar o número preconizado de consultas, e prestar uma efetiva atenção física e mental.

5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise dos dados qualitativos foi realizada com base no método de AC de Bardin. Esse método possibilita a descrição objetiva, sistemática da análise das comunicações e pode ser utilizado para analisar o significado do discurso dos participantes do estudo e também, apresentar e interpor o conteúdo encontrado em documentos (BARDIN, 2011).

A *codificação* dos dados compreende o procedimento pelo qual os dados brutos são transformados metodicamente e agregados em unidades, as quais representam uma descrição relevante das características do conteúdo analisado. Essas unidades de codificação são provenientes de três momentos: o recorte, enumeração, classificação e a agregação.

A escolha dos critérios é definida pelo investigador que identifica as *unidades de registro*, considerada “a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização. A unidade de registro pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis” (Bardin 2011, p. 134). Logo, permite identificar o menor recorte de ordem semântica que se extrai do texto.

A unidade de registro “existe no ponto de intersecção de unidades perceptíveis (palavra, frase, documento, material, personagem físico) e de unidades semânticas (temas, acontecimentos, indivíduos)” (Bardin 2011, p. 136). A unidade de contexto, “serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro” (Bardin 2011, p. 137) e, proceder a categorização.

Para Bardin (2011, p.147) a *categorização* é a “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo gênero, com critérios previamente definidos” sendo necessário alicerçar-se no problema de pesquisa e nos objetivos. Neste momento o pesquisador pode propor inferências e adiantar interpretações de acordo com os objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas. A categorização “é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o *inventário*, que consiste em isolar os elementos; a *classificação*, repartir os elementos, e, portanto, procurar ou impor certa organização às mensagens” (Bardin 2011, p.148).

Para estruturar as categorias adequadas é necessária a existência das seguintes qualidades: exclusão mútua, onde um elemento não deve estar em mais de uma classe; a homogeneidade, onde o critério de categorização deve ser enfatizado em toda a organização do material; a pertinência, onde o material categorizado seja pertinente ao estabelecido no trabalho; a objetividade e a fidelidade, onde os elementos do mesmo material devem ser codificados de maneira uniforme; e, a produtividade, onde deve fornecer resultados expressivos (BARDIN, 2011).

Assim, as categorias precisam ser significativas e contemplar o objetivo do estudo. Nesse sentido foram revisitados a questão de pesquisa, os objetivos, a fundamentação teórica e a Tese, para verificar a consistência dos dados e alcance da proposta. Com os resultados obtidos, a confrontação sistemática e as inferências alcançadas podem servir de alicerce para uma nova análise, que se utiliza de uma nova dimensão teórica ou praticada por meio de uma técnica diferente. Por meio de diversas operações, os dados podem ser apresentados por figuras, quadros, tabelas entre outros, os quais possibilitam compreender o conteúdo gerado pela análise.

A análise de conteúdo possibilitou a compreensão clara e aprofundada do conteúdo analisado, por meio da interpretação. Logo, para o *tratamento dos resultados* utilizou-se da categorização que é a “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento” (Bardin 2011, p. 147). Os dados, assim tratados formaram a partir das unidades de registro, as subcategorias e cinco categorias das quais duas serão discutidas em três artigos, conforme consta no próximo capítulo.

A Na análise estatística simples, utilizou-se a distribuição de frequência, onde frequência (f) é a quantidade bruta e a frequência relativa (%) o percentual destes mesmos dados (APOLINÁRIO, 2006). Neste estudo, a quantidade bruta será representada por (n).

6.DISCUSSÃO

A análise e a interpretação dos dados resultantes das 21 entrevistas foram realizadas com base na Análise de Conteúdo seguindo os passos de Bardin (2011), e os obtidos por meio da pesquisa documental realizou-se Análise estatística simples (APOLINÁRIO, 2006). Parte dos resultados serão apresentados e discutidos em três artigos, os quais podem ser melhor visualizados no quadro 5.

Quadro 5: Apresentação dos títulos dos 03 artigos e objetivos específicos correspondentes da tese

ARTIGO	TÍTULO	Corresponde ao objetivo específico da TESE
ARTIGO 1	Perfil das mortes maternas na perspectiva ecossistêmica.	Analisar o perfil das mortes maternas ocorridas no município do Rio Grande/RS, nos últimos cinco anos, com base nos dados da pesquisa documental.
ARTIGO 2	Consulta de enfermagem no pré-natal: estratégias para prevenção da mortalidade materna	Analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros nas consultas de enfermagem no pré-natal que possibilitam a prevenção da mortalidade materna, na perspectiva ecossistêmica.
ARTIGO 3	Prevenção da mortalidade materna: visão de enfermeiros.	Analisar na visão de enfermeiros as ações que possibilitam a prevenção da mortalidade materna, na perspectiva ecossistêmica.

O primeiro artigo será submetido à publicação na Revista Research, Society and Development com indexação A3 no Qualis de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O segundo artigo será submetido a Revista Gaúcha de Enfermagem com indexação A2 no Qualis de Periódicos da CAPES, e o terceiro artigo para o Caderno de Saúde Pública com indexação A3 no Qualis de Periódicos da CAPES. As produções científicas serão apresentadas, conforme as normas de publicação definidas pelos periódicos científicos.

6.1 Artigo 1

PERFIL DAS MORTES MATERNAS NA PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA

PROFILE OF MOTHER DEAD IN THE PERSPECTIVE ECOSYSTEM

PERFIL DE MADRE MUERTA EN LA PERSPECTIVA ECOSISTEMA

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil das mortes maternas ocorridas em Rio Grande/RS entre os anos de 2013 a 2017 na perspectiva ecossistêmica. **Método:** estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. Dados coletados no 1^a semestre de 2018, em fichas de investigação dos óbitos maternos ocorridos no período de 2013 a 2017 presentes na Secretaria de Saúde e em prontuários de duas instituições hospitalares do município do Rio Grande. Para análise, utilizou-se análise estatística simples. **Resultados:** a totalidade dos óbitos maternos (n=9) caracterizou-se pela idade entre 30 a 39 anos (n=4), cor branca (n=5), residentes na área urbana (n=9), solteiras (n=4), usuárias do Sistema único de Saúde (n=6). Os óbitos ocorreram em hospitais (n=4), no período puerperal (n=4), classificados como morte materna obstétrica por causas diretas (n=6). **Conclusão:** o perfil singular das mortes maternas ocorridas no ecossistema em estudo possibilita o direcionamento de ações voltadas para as especificidades deste espaço.

ABSTRACT

Objective: To analyze the profile of maternal deaths in Rio Grande / RS between 2013 and 2017 from an ecosystem perspective. **Method:** descriptive, exploratory study with quantitative approach. Data collected in the 1st semester of 2018, in fact sheets of maternal deaths that occurred in the period from 2013 to 2017 present in the Health Department and in medical records of two hospitals in the city of Rio Grande. For analysis, simple statistical analysis was used. **Results:** all maternal deaths (n = 9) were characterized by age between 30 and 39 years (n = 4), white (n = 5), urban residents (n = 9), single (n = 4), users of the Single Health System (n = 6). Deaths occurred in hospitals (n = 4) during the puerperal period (n = 4), classified as obstetric maternal death due to direct causes (n = 6). **Conclusion:** the unique profile of maternal deaths that occurred in the ecosystem under study makes it possible to direct actions aimed at the specificities of this space.

RESUMEN

Objetivo: analizar el perfil de las muertes maternas en Río Grande / RS entre 2013 y 2017 desde una perspectiva del ecosistema. **Método:** estudio exploratorio descriptivo con enfoque cuantitativo. Datos recopilados en el primer semestre de 2018, de hecho, hojas de muertes maternas que ocurrieron en el período de 2013 a 2017 presente en el Departamento de Salud y en los registros médicos de dos hospitales en la ciudad de Río Grande. Para el análisis, se utilizó un análisis estadístico simple. **Resultados:** todas las muertes maternas (n = 9) se caracterizaron por la edad entre 30 y 39 años (n = 4), blancos (n = 5), residentes urbanos (n = 9), solteros (n = 4), usuarios del Sistema Único de Salud (n = 6). Las muertes ocurrieron en hospitales (n = 4) durante el período puerperal (n = 4), clasificadas como muerte materna

obstétrica por causas directas (n = 6). **Conclusión:** el perfil único de las muertes maternas que ocurrieron en el ecosistema en estudio permite dirigir acciones dirigidas a las especificidades de este espacio.

Descritores: Mortalidade materna. Ecosistema. Saúde da mulher. Enfermagem.

Keywords: Maternal mortality. Ecosystem Women's health. Nursing.

Palabras clave: Mortalidad materna. Ecosistema Salud de la mujer. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um problema de saúde pública mundial. A sua magnitude epidemiológica, especialmente, nos países em desenvolvimento, os quais são responsáveis por 99% das mortes maternas, além do impacto na família, na comunidade e na sociedade, poderia ser evitável (Blencowe *et al.* 2016). Neste sentido, a prevenção carece do empenho político, social e educacional, ao estabelecer os nexos causais do problema em termos de relações e integração entre os poderes federais, estaduais e municipais, resultando numa unidade/totalidade de esforços interligados.

A redução da mortalidade materna tem sido uma prioridade de saúde global e é um alvo dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) os quais, sucederam aos Objetivos do desenvolvimento do Milênio (ODM), priorizam esforços em conjunto para eliminar a mortalidade materna evitável, entre os anos de 2016 e 2030. No Brasil, visa-se reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (Kassebaum, Steiner, Murray, Lopez, Lozano, 2016).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) tem implementado políticas para fortalecer a humanização do atendimento das gestantes, a melhoria da atenção pré-natal, nascimento e pós-parto, assim como instituído medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde, tanto no âmbito da atenção básica como nos de urgência e emergência. Em consonância, o fortalecimento das ações da Comissão Nacional de

Mortalidade Materna e dos Comitês Estaduais e Municipais de Investigação do Óbito Materno é outra importante estratégia (Brasil, 2014).

A mortalidade materna é definida pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término desta, independentemente da duração ou da localização da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, mas excluindo mortes por causas acidentais ou incidentais (who, 2012).

As causas de mortalidade são divididas em obstétricas diretas, obstétricas indiretas e/ou não relacionadas à gravidez. As causas obstétricas diretas são aquelas que estão relacionadas às complicações na gravidez, no parto ou puerpério, em razão de tratamento inadequado, más práticas e omissões e, por definição, evitáveis. As causas obstétricas indiretas são definidas como desordens preexistentes ou mesmo aquelas agravadas pelas condições fisiológicas específicas de uma gestação (Martins e Silva, 2018).

As discrepâncias em relação a mortalidade materna, encontram-se inter-relacionadas, especialmente, pelas disparidades nos espaços/ambientes geometricamente delimitados, sejam estes países, estados e regiões, quanto ao acesso aos serviços de saúde, assim como, à qualidade da assistência prestada (Batista, Rattner, Kalckmann, Maridite, Oliveira, 2016) . Ao considerar a mortalidade materna, intrinsecamente inserida aos fatores peculiares dos espaços/ambientes, os quais nesse estudo são considerados como o ecossistema, nos quais as mulheres no período gravídico-puerperal vivem e se relacionam com demais elementos que formam uma unidade/totalidade.

Epistemologicamente, palavra ecossistema é composta pelo prefixo *eco* de origem grega *oikos* que significa casa/espço e *system* – sistema designa um conjunto de elementos que formam uma unidade/totalidade. Neste estudo o ecossistema é formado por um conjunto

de elementos bióticos/sociais: a comunidade, profissionais de saúde, mulheres no período gravídico-puerperal, famílias das mulheres, profissionais administrativos dos serviços de saúde, e demais recursos humanos necessários para atender a mulher no período gravídico-puerperal, e por elementos abiótico/físicos: a estrutura física dos serviços de saúde, meios de transporte, exames, equipamentos hospitalares e de assistência à mulher, prontuários, dentre outros, que interagem entre si, se inter-relacionam, se influenciam mutuamente possibilitando assim, compreender os aspectos que interferem na mortalidade materna (Siqueira et al, 2018).

A magnitude da mortalidade materna, por meio de estudos nacionais e internacionais pode demonstrar o impacto destas mortes, não somente nas questões epidemiológicas e estatísticas, mas principalmente no âmbito das inter-relações sociais, familiares, comunidade, serviços de saúde, entre outras, capazes de apontar caminhos para o seu enfrentamento com base em políticas de saúde. Nesse contexto entende-se que ao analisar as relações e interações existentes entre os elementos bióticos/sociais e abióticos/físicos, que constituem o ecossistema, é possível evidenciar as necessidades não atendidas à mulher no período gravídico-puerperal, com possibilidade de implementar ações efetivas na promoção e prevenção/redução das mortes maternas.

Diante do exposto, o presente estudo norteou-se pela questão: Qual o perfil das mortes maternas ocorridas no município do Rio Grande/RS entre os anos de 2013 a 2017? Para responder a esse questionamento o estudo teve como objetivo: analisar o perfil das mortes maternas ocorridas em Rio Grande/RS entre os anos de 2013 a 2017 na perspectiva ecossistêmica.

MÉTODOS

Pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. O cenário de estudo contemplou duas instituições hospitalares do município do Rio Grande, estado do Rio Grande

do Sul, identificadas como H1 e H2 que prestaram assistência às mulheres falecidas no período de 2013 a 2017 e na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do referido município.

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2018, utilizando-se um instrumento construído com base nas fichas de investigação de óbito materno, do MS. O preenchimento deu-se a partir da análise das fichas de investigação dos óbitos maternos ocorridos no período de 2013 a 2017, presentes na SMS, assim como, nos prontuários das mulheres falecidas nas instituições hospitalares H1 e H2.

Os dados foram analisados utilizando estatística simples onde (n) representa à frequência bruta e a frequência relativa (%) a porcentagem destes mesmos dados (Apolinário, 2006). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, CAAE: 80482217.2.0000.5324, sob o nº 2.571.426. O desenvolvimento da pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, conforme estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012.

RESULTADOS

O perfil sóciodemográfico das nove (100%) mulheres que foram a óbito materno, no período analisado, revelam que a idade variou de 21 a 42 anos, prevalecendo a faixa etária entre 30 a 39 anos, com quatro (44,4%). Predomínio da raça branca cinco (55,5%), em comparação com a raça preta quatro (44,4%). Quanto ao local de residência, a totalidade residia na área urbana nove (100%).

Há predomínio do estado civil solteira quatro (44,4%). Ao que tange a ocupação/profissão, prevalecem as do lar três (33,3%) e as que atuavam como comerciantes três (33,3%). A maioria era usuária do convênio de saúde do Sistema único de Saúde (SUS), seis (66,6%). Em relação a escolaridade, o ensino fundamental incompleto, ensino médio completo e superior completo apresentaram a mesma prevalência com dois (22,2%) em cada

modalidade de ensino, respectivamente. Os anos de 2014 e 2016 apresentaram as maiores incidências de mortes maternas, com três (33,3%) óbitos em cada ano, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil Sóciodemográfico dos óbitos maternos ocorridos em Rio Grande/RS entre 2013 a 2017.

Perfil sóciodemográfico	Frequência bruta (n=9)	Frequência Relativa (%)
Idade		
21 a 29	3	33,3%
30 a 39	4	44,4%
40 a 49	2	22,2%
Raça/cor		
Branca	5	55,5%
Preta	4	44,4%
Estado civil		
Solteira	4	44,4%
União Estável	2	22,2%
Casada	3	33,3%
Residia na área Urbana ou Rural		
Urbana	9	100%
Ocupação/Profissão		
Do lar	3	33,3%
Comerciante	3	33,3%
Professora	1	11,1%
Caixa operadora	1	11,1%
Autônoma	1	11,1%
Convênio de Saúde		
SUS	6	66,6%
SUS e Particular	3	33,3%
Escolaridade		
Médio completo	2	22,2%
Médio Incompleto	1	11,1%
Fundamental completo	1	11,1%
Fundamental Incompleto	2	22,2%
Superior completo	2	22,2%
Superior incompleto	1	11,1%
Ano do óbito		
2013	2	22,2%
2014	3	33,3%
2015	1	11,1%
2016	3	33,3%
2017	0	0%

Fonte: Autores, 2019.

Ao que se refere o perfil da internação da mulher durante o evento que levou a morte materna, os registros indicam que das nove (100%) mulheres, duas (22,2%) o óbito foi

constatado no domicílio, quatro (44,4%) no hospital H2 e três (33,3%) no hospital H1. O motivo da internação que levou a morte materna, com maior predomínio, foi o trabalho de parto dois (22,2%). O período do ciclo gravídico puerperal, em que ocorreu a maioria quatro (44,4%) dos óbitos foi o puerpério tardio, entre 11^a a 42^a dias, seguido do puerpério mediato três (33,3%) entre 1^a a 10^a dias após o parto, uma (11,1%) na gestação, uma (11,1%) no puerpério imediato, 2 horas após o parto.

A causa do óbito registrada no prontuário, que apresentou maior frequência entre os óbitos foram, coagulação intravascular disseminada (CIVD), três (33,3%), choque séptico três (33,3%), hemorragia duas (22,2%). Entre as mortes maternas, seis (66,6%) foram classificadas como morte materna obstétrica por causa direta e três (33,3%) por causas indiretas, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Perfil da internação da mulher durante o evento que levou a morte materna, no município do Rio Grande/RS entre os anos de 2013 a 2017.

Perfil da internação	Frequência bruta (n=9)	Frequência Relativa (%)
Estabelecimento onde ocorreu a morte materna:		
Domicílio	2	22,2%
H1	3	33,3%
H2	4	44,4%
Motivo da internação que levou a morte materna:		
Não houve internação	2	22,2%
Trabalho de Parto	2	22,2%
Parto	1	11,1%
Dor abdominal	1	11,1%
Neoplasia em estado avançado	1	11,1%
Parada Cardiorrespiratória	1	11,1%
Dor e edema em episiotomia	1	11,1%
Período do ciclo gravídico puerperal em que a morte materna ocorreu:		
Gestação	1	11,1%
Puerpério mediato 1 ^a ao 10 ^a dia	3	33,3%
Puerpério tardio 11 ^a ao 42 ^a dia	4	44,4%
Puerpério imediato 2h após o parto.	1	11,1%
Causa do óbito registrado no prontuário:		

Abortamento, coagulação intravascular, disseminada (CIVD), choque séptico	1	11,1%
Hemorragia puerperal choque hipovolêmico, CIVD.	1	11,1%
Atonia uterina, CIVD	1	11,1%
Embolia obstétrica por coágulo de sangue	1	11,1%
Infecção puerperal, choque séptico	1	11,1%
Hemorragia pós-parto, choque séptico	1	11,1%
Suicídio por asfixia mecânica-enforcamento	1	11,1%
Edema agudo de pulmão de causa indeterminada	1	11,1%
Caquexia, neoplasia, insuficiência de múltiplos órgãos	1	11,1%
Morte Materna obstétrica por causa direta ou indireta		
Morte Materna Obstétrica por causa Direta	6	66,6%
Morte Materna Obstétrica por causa Indireta	3	33,3%

Fonte: Autores, 2019.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico das mortes maternas, neste estudo, é representado pela maior prevalência dos óbitos maternos entre a faixa etária de 30 a 39 anos, o que pode estar associada ao risco de maiores complicações maternas e a presença de doenças crônicas já existentes (Scarton et al, 2019; Pícoli, Cazola, Lemos, 2017) raça branca, com maior predomínio neste estudo, apresenta divergência quando comparada com estudos brasileiros (Menezes, Bezerra, Bezerra, 2015) onde os óbitos maternos prevaleceram nas mulheres de cor preta, parda. Porém, a raça é aspecto que merece atenção, visto que o Brasil é um País de miscigenações, com predomínio distinto em determinados espaços/ambientes.

Também, o espaço urbano, onde a totalidade das mulheres falecidas residia, vai ao encontro de estudo realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, o qual analisou 85 Fichas Resumo de Investigação Confidencial do Óbito Materno, no período de 2005 a 2015. Neste,

foram notificados 82 óbitos na área urbana (96,74%) (Medeiros et al, 2018). Todavia, a Organização Pan Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde, apontam que a mortalidade materna é maior entre mulheres que vivem em áreas rurais e comunidades mais pobres, onde a acessibilidade aos serviços de saúde é mais deficitária (Opas, 2019).

Na perspectiva ecossistêmica, é necessário considerar as características dos elementos do ecossistema, de forma especial, neste estudo, o perfil sóciodemográfico das mulheres no período gravídico-puerperal e o ambiente onde a mulher está inserida. A rede de relações e interações entre a mulher, o ambiente e demais elementos do ecossistema, sê em desarmonia, pode ocasionar instabilidades, as quais influenciam no equilíbrio do ecossistema, e repercutem na forma de como se dá a acessibilidade aos serviços de saúde, exposição a fatores de risco para o desenvolvimento de doenças ou complicações, no modo de viver e de cuidar da saúde, que em menor ou maior grau, podem contribuir para desfechos negativos, como a mortalidade materna.

Outro fator que merece destaque é o grau de escolaridade, o qual também, possui estreita relação com a ocupação no mercado de trabalho e a renda. Neste estudo, a escolaridade variou do ensino fundamental incompleto ao superior completo. Contudo, as ocupações que prevaleceram, entre as mulheres falecidas, foram as do lar e comerciante. Este achado pode revelar uma condição socioeconômica frágil, que dificulta o acesso a serviços de saúde especializados, bem como, baixa instrução para o reconhecimento de sinais de risco e possíveis complicações com potencial de evolução para a morte materna.

Estudo que avaliou o comportamento de busca de cuidados maternos e fatores associados de mulheres em idade reprodutiva em aldeias rurais, no leste da Etiópia, encontrou que as mulheres que sabem ler e escrever, foram 4,8 vezes mais propensas a procurar serviços de cuidados pré-natais do que a sua contraparte, o que reduz a mortalidade materna em comparação aquelas de baixa escolaridade (Kifle, Azale, Gelaw, Melsew, 2017). Destaca-se,

também, um estudo Chinês que encontrou associação entre baixa escolaridade e óbitos maternos corroborando, em partes, com os achados do estudo (Zhang et al, 2014).

Os elementos do ecossistema possuem característica de analogia a ideia de teia, o que representa um amplo sistema de relações e inter-relações. Os elementos estão interligados e são interdependentes nos inúmeros processos que formam a teia/todo. Na perspectiva ecossistêmica, a mortalidade materna necessita (Capra, Luisi, 2014) ser entendida de forma sistêmica. Nenhum fenômeno pode ser entendido isoladamente Sendo assim, não é o fato de ter baixa escolaridade, residir na área urbana, ser negra ou branca, ou ter ocupação inferior no mercado de trabalho que resultará na morte materna, e sim, no conjunto de fatores, os quais devem ser analisados como um todo, considerando como se dá as relações, interações e influencias mútuas entre os elementos do ecossistema.

Estudo que objetivou analisar o perfil epidemiológico da mortalidade materna no estado do Amazonas, Brasil, mostrou resultados equivalentes para o estado civil solteira (Medeiros et al, 2018). Sendo assim, observa-se que mulheres solteiras constituem um grupo vulnerável, na grande maioria, pela falta de suporte social, financeiro e de estímulo ao próprio autocuidado.

Também, usuárias do SUS, representaram grupo mais vulnerável a morte materna. Este serviço de saúde, contribuí para o decréscimo na ocorrência de desfechos negativos (Leal et al, 2018), porém, a melhoria da qualidade da assistência ofertada e a garantia do seu pleno funcionamento é desafio que persiste, representando um viés na atenção em saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Nesse constructo, a saúde humana e o ecossistema encontram-se intrinsecamente interligados, pois formam uma unidade/totalidade. Assim, para compreender as necessidades das dimensões do ser humano, é preciso incluir nas ações do cuidado as características e especificidades do espaço/ambiente no qual o ser humano vive, trabalha e se desenvolve

(Siqueira et al, 2018). Tendo em vista que a relação dele com o meio gera repercussões no seu pensar, agir e sentir (Zamberlan et al, 2018).

Ao que refere o perfil da internação da mulher durante o evento que levou a morte materna, os registros indicam que um número significativo dos óbitos foi constatado no ambiente hospitalar. Estudos (Martins e Silva, 2018; Medeiros et al, 2018) apuraram que, em quase sua totalidade, a ocorrência dos óbitos ocorreram no ambiente hospitalar, e em menor parcela no domicílio.

O ambiente hospitalar deveria ser o local mais seguro para o tratamento de intercorrências graves com potencial de morte. Contudo, nota-se que parcela significativa dos óbitos ocorreram no ambiente intra-hospitalar, o que torna questionável a relação e inter-relação entre os elementos do ecossistema, a eficiência/qualidade da assistência prestada, a presença de recursos humanos e físicos adequados, atendimento oportuno e as medidas tomadas com a finalidade de evitar o agravamento ou até mesmo o óbito materno.

Ainda, as causas obstétricas diretas foram responsáveis por mais da metade dos óbitos maternos (Medeiros et al, 2018; Coelho, Andrade, Sena, Costa, Bittencourtt, 2016), contribuindo com os achados deste estudo. A maior frequência encontrada nos prontuários das mulheres falecidas, foram a coagulação intravascular disseminada (CIVD), choque séptico, hemorragia. Estudo que objetivou quantificar a mortalidade materna em todo o mundo por causa básica e idade de 1990 a 2015, encontrou que as causas obstétricas diretas foram distúrbios hipertensivos, hemorragia, aborto materno, aborto espontâneo, gravidez ectópica, ruptura uterina e sepse materna (Kassebaum, Steiner, Murray, Lopez, Lozano, 2016).

No Brasil, os óbitos maternos com maior incidência são os de causas obstétricas diretas, caracterizando um dado importante, por serem considerados evitáveis e passíveis de prevenção, mediante melhoria na assistência às mulheres no pré-natal, parto e puerpério (Medeiros et al, 2018).

Em contrapartida, o estudo evidencia que mais de 70% das causas indiretas estão relacionadas as condições médicas pré-existentes, como infecção por HIV, doença mental, diabetes, entre outras, agravadas pela gravidez (Zamberlan et al, 2018). O estudo enfatiza, ainda que apesar da importância das causas indiretas, os principais documentos de políticas e estratégias das principais organizações não governamentais internacionais de saúde materna e organizações da ONU não se concentram muito nas causas indiretas da mortalidade materna, exceto na infecção pelo HIV.

No que tange ao período do ciclo gravídico puerperal, em que incidiu a maioria dos óbitos, foi o puerpério tardio, entre 11^a a 42^a dias. Estudos (Pícoli, Cazola, Lemos, 2017; Coelho, Andrade, Sena, Costa, Bittencourtt, 2016) apresentaram uma associação significativa entre as causas de óbitos maternos e o puerpério. Tais achados reforçam a importância de uma atenção redobrada no período pós-parto, tendo em vista que, comumente a atenção se volta para o recém-nascido, e complicações maternas neste período são suscetíveis de acontecerem, necessitando de profissionais qualificados para prestar uma assistência congruente e com intervenções precisas.

Na ótica ecossistêmica, para obter resultados almejados é preciso trabalhar em conjunto, e compreender que o ecossistema é uma teia interligada entre os serviços e profissionais de saúde. Assim, cada elemento desta teia influencia mutuamente o outro, promovendo uma relação dinâmica, pois elementos mais complexos dependem dos mais simples e vice-versa, caso contrário, o ecossistema se tornaria frágil e de baixa funcionalidade (Capra e Luisi, 2014; Coelho, Andrade, Sena, Costa, Bittencourtt, 2016)

Esta pesquisa apresenta a relevância de apontar resultados que podem subsidiar a gestão na organização dos serviços do ecossistema estudado e demais ecossistemas, desde que, se considere a realidade local de cada espaço. Assim, constitui-se em importante ferramenta para a organização dos processos de atenção prestada as mulheres no ciclo

gravídico-puerperal por possibilitar a melhoria dos indicadores da saúde feminina e conseqüentemente a redução da mortalidade materna. Como limitações aponta-se dados de prontuários e fichas de investigação de óbitos maternos com registros incompletos, o que não diverge de demais estudos nacionais e internacionais (Scarton et al, 2019; Kaur, Kaur, Singh, 2015) ao apontar como limitações a subnotificação dos óbitos maternos e a presença de dados incompletos nos documentos analisados.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou, com base na perspectiva ecossistêmica, descrever o perfil das mortes maternas ocorridas no município do Rio Grande, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, ocorridos no período de 2013 a 2017. Este é caracterizado por mulheres com idade entre 30 a 39 anos, raça branca, solteiras, residentes na área urbana. Atuavam no lar ou como comerciantes, usuárias do SUS, com escolaridade de ensino médio completo, fundamental incompleto, superior completo, sendo que os anos de 2013 e 2014 representaram a maioria dos óbitos maternos.

Quanto ao perfil da internação, os óbitos maternos ocorreram na instituição H2, sendo o trabalho de parto o motivo da internação hospitalar. A fase do puerpério tardio representou a maior ocorrência dos óbitos, a CIVD, hemorragia e choque séptico foram as principais causas de mortes, sendo os óbitos classificados em sua maioria como morte materna obstétrica por causas diretas.

Os resultados evidenciam que o perfil das mortes maternas é constituído por características distintas as traçadas por órgãos governamentais, entre essas, a raça branca e o espaço urbano onde a totalidade das mulheres residia. A partir desses estudos, e com base nos resultados encontrados na presente pesquisa, observa-se que determinadas regiões do mundo apresentam perfis singulares a cada espaço/ambiente e diante a magnitude que a mortalidade materna representa, adotar ações que possam melhorar a qualidade da assistência, à mulher,

por meio do aprimoramento das relações e influências mútuas entre os elementos do ecossistema, considerando estratégias singulares à determinado espaço, possibilita o alcance de resultados almejados na prevenção de mortes maternas.

Espera-se que este estudo incite a implementação e observação de políticas que venham qualificar a assistência prestada às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, reduzir o índice de mortes maternas e que auxilie na organização do sistema de saúde. Indica-se que na organização do sistema de saúde sejam tomadas como base teórico-filosófica os princípios ecossistêmicos como a interação, interdependência, influência mútua, entre outros, com vistas a direcionar ações voltadas para as características e necessidades da mulher em seu *lócus*, especialmente, no período gravídico puerperal.

REFERÊNCIAS

Apolinário, F. (2006). Metodologia da ciência: filosofia e prática. São Paulo: Pioneira Thomson, Learnig.

Batista, L.E., Rattner, D., Kalckmann, S., Maridite & Oliveira, M.C.G. (2016). Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. *Saúde Soc.* São Paulo. [internet]. [citado 2019 mai 22];25(3):689-702. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00689.pdf>

Blencowe, H., Cousens, S., Jassir, F.B., Say, L., Chou, D. & Mathers, C. (2016). National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis. *Lancet Glob Health*; 4(2):e98–108. doi: [10.1016/S2214-109X\(15\)00275-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00275-2)

Brasil. (2014). Departamento de Articulação Interfederativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. *Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série Articulação Interfederativa).

Capra, F. & Luisi, P.L. (2014). A visão sistêmica da vida: Uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicos. São Paulo: *Cultrix*.

Coelho, V.C., Andrade, M.S., Sena, C.D., Costa, L.E.L. & Bittencourt, I.S. (2016). Caracterização dos óbitos maternos em três regiões de saúde do centro-norte baiano.

Cogitare Enferm.[internet]. [citado 2019 jun 03];21(1):01-08. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/e130/5ab7f59232a6b2bfdd42f67a74d94425971f.pdf>

Kaur, H., Kaur, S. & Singh, S. (2015). Trends in Maternal Mortality Ratio in a Tertiary Referral Hospital and the Effects of Various Maternity Schemes on It. *J Família Reprod Saúde* [Internet] [citado em 17 jun 2019].9 (2): 89-92. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4500820>

Kassebaum, N.J., Steiner, C., Murray, C.J.L., Lopez, A.D. & Lozano, R. (2016, October). Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015; 388(10053): 1775–1812. doi:10.1016/S0140-6736(16)31470-2.

Kifle, D., Azale, T., Gelaw, Y.A. & Melsew, Y.A. (2017). Maternal health service seeking behaviors and associated factors among women in the rural district of Haramaya, Eastern Ethiopia: a cross-sectional, community-based study. *Reprod Health*.14:6. doi: [10.1186/s12978-016-0270-5](https://doi.org/10.1186/s12978-016-0270-5)

Leal, M.C.,Szwarcwald, C.L., Almeida, P.V.B, Aquino, E.M.L., Barreto, M.L. & Victora,F.B.C. (2018). Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*. [internet]. [citado 2019 mai 22];23(6):1915-1928. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1915-1928/pt>

Martins, A.C.S. & Silva, L.S. (2018). Epidemiological profile of maternal mortality. *Rev Bras Enferm* [Internet].71(Suppl 1):677-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>

Medeiros, L.T., Sousa, A.M., Arinana, L.O., Inácio, A.S., Prata, M.L.C. & Vasconcelos, M.N.G. (2018). Mortalidade materna no estado do Amazonas: estudo epidemiológico. *Rev baiana enferm*.(32):e26623.doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.26623>

Menezes, M.L.N., Bezerra, J.F.O., Bezerra, J.F.O. (2015) Perfil epidemiológico dos óbitos maternos em hospital de referência para gestação de alto risco. *Rev Rene*. [Internet] [citado 2019 jul 01]. 16(5):714-21. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/2837/2202>

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). (2019). *Folha informativa - Mortalidade materna*. [citado 02 jul 2019] Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820

Pícoli, R.P., Cazola, L.H.O. & Lemos, E.F. (2017, dezembro). Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife.7(4):739-747. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400007>.

Scarton, J., Paula, S.F. & Andrade, G.B. (2019). Perfil da Mortalidade Materna: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *J. res.: fundam. care. Online*. apr./jul; 11(3): 816-822. doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i3.816-822.

Siqueira, H.C.H., Thurow, M.R.B., Paula, S.F., Zamberlan, C., Medeiros, A.C. & Cecagno, D. (2018, fevereiro). Health of human being in the ecosystem perspective. *J Nurs UFPE on line*. Recife. 12(2):559-64. doi: 10.1590/S0104-12902016146290.

World Health Organization. (2012). UNICEF, UNFPA and The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 – WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: *World Health Organization*.

Zamberlan, C., Paula, S.F., Siqueira, H.C.H., Backes, D.S. & Ventura, J. (2018). Guidance for children of fathers/mothers with heart disease: possibilities and approaches. *Rev. enferm. UERJ*. 26:e28057. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.28057>

Zhang, J., Zhang, X., Qiu, L., Zhang, R., Hipgrave, D.B. & Wang, Y. (2014). Maternal deaths among rural-urban migrants in China: a case-control study. *BMC public health*. 14:512-9. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/512>

6.2 Artigo 2

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL: ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

RESUMO

Objetivo: analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros nas consultas de enfermagem ao pré-natal que possibilitam a prevenção da mortalidade materna, na perspectiva ecossistêmica.

Método: pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. Realizada com 21 enfermeiros atuantes em consultas de enfermagem ao pré-natal em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio Grande. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e após analisados pela Análise de Conteúdo.

Resultados: as estratégias contemplam a importância da consulta de pré-natal ser realizada pelo enfermeiro, ações que possibilitam realizar a promoção da saúde da mulher para o autocuidado como, orientações e educação em saúde, uso de tecnologias relacionais interativas, como o vínculo, escuta, acolhimento.

Considerações Finais: o enfermeiro desfruta da consulta de enfermagem como um *locus* para realizar ações de cuidado que consideram o ambiente onde a mulher está inserida, as relações e inter-relações com o ecossistema, visando a integralidade do cuidado.

Descritores: Enfermagem. Consulta de Enfermagem. Pré-natal. Mortalidade Materna. Ecossistema.

ABSTRACT

Objective: To analyze the strategies used by nurses in prenatal nursing consultations that enable the prevention of maternal mortality from an ecosystem perspective.

Method: descriptive, exploratory research with qualitative approach. Held with 21 nurses working in prenatal nursing consultations in Basic Health Units of the city of Rio Grande. Data were collected through semi-structured script interviews and then analyzed by Content Analysis.

Results: the strategies contemplate the importance of prenatal consultation to be performed by nurses, actions that enable the promotion of women's health for self-care, such as health education and guidance, use of interactive relational technologies, such as bonding, listening, welcoming.

Final Considerations: The nurse enjoys the nursing consultation as a locus to perform care actions that consider the environment in which the woman is inserted, the relationships and interrelationships with the ecosystem, aiming at the integrality of care.

Descriptors: Nursing. Nursing consultation. Prenatal. Maternal Mortality. Ecosystem.

Prenatal nursing consultation: strategies to prevent maternal mortality

RESUMEN

Objetivo: analizar las estrategias utilizadas por las enfermeras en las consultas de enfermería prenatal que permiten la prevención de la mortalidad materna desde la perspectiva del ecosistema.

Método: investigación exploratoria descriptiva con enfoque cualitativo. Realizado con 21 enfermeras que trabajan en consultas de enfermería prenatal en Unidades Básicas de Salud de la ciudad de Río Grande. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas y luego analizados por Content Analysis.

Resultados: las estrategias contemplan la importancia de que las enfermeras realicen consultas prenatales, acciones que permitan la promoción de la salud de las mujeres para el autocuidado, como la educación y orientación en salud, uso de tecnologías relacionales

interactivas, como vinculación, escucha, bienvenida.

Consideraciones finales: la enfermera disfruta de la consulta de enfermería como un lugar para realizar acciones de atención que consideran el entorno en el que se inserta la mujer, las relaciones e interrelaciones con el ecosistema, con el objetivo de la integralidad de la atención.

Palabras clave: Enfermería. Consulta de enfermería. Cuidado prenatal. Mortalidad materna. Ecosistema.

Consulta de enfermería prenatal: estrategias para prevenir la mortalidad materna

INTRODUÇÃO

Desde o ano de 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde (MS), que no ano de 2004 passou a denominar-se de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o Brasil vem ampliando a assistência à saúde desta população, na tentativa de reduzir iniquidades sociais como a mortalidade materna. Destacam-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), a Rede Cegonha, o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia - Apice On, que dentre outros programas, ampliaram a qualidade da atenção ao pré-natal⁽¹⁻²⁻³⁾.

Porém, embora a expansão do serviço pré-natal tenha ocorrido, conforme enfoque da PHPN e da Rede Cegonha, a qualidade da assistência pré-natal no Brasil tem apresentado fragilidades⁽⁴⁾. Pode-se citar a mortalidade materna, a qual é considerada como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término desta, independentemente da duração ou da localização da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, mas excluindo mortes por causas acidentais ou incidentais⁽⁵⁾. A magnitude

epidemiológica deste tipo de morte, especialmente, nos países em desenvolvimento, responsáveis por 99% das mortes poderiam ser evitadas, com um pré-natal de qualidade⁽⁶⁾.

Partindo do referencial teórico-filosófico ecossistêmico, tem-se a possibilidade de criar estratégias para prevenir a mortalidade materna, a partir do entendimento das inter-relações de todos os elementos que envolvem o período gravídico-puerperal. Nesse sentido, destacam-se a efetivação do trabalho arquitetado em redes, serviço de referência e contra referência eficaz, cuidado voltado as dimensões bio-psico-sócio-espirituais da mulher, garantia de acesso aos recursos de saúde.

Ainda, cuidados expressos nas políticas públicas como: início precoce do acompanhamento pré-natal, diagnóstico oportuno de possíveis fatores ou sinais de risco e tratamento adequado, número mínimo de seis consultas, conforme preconizado pelo MS. Oferta de exames, continuidade da atenção pré-natal incluindo a consulta de puerpério, especialmente para os grupos em situação de vulnerabilidade, dentre outras, são estratégias com potencial de prevenção de mortes maternas⁽⁷⁻⁸⁾.

Também, destaca-se a consulta de enfermagem no pré-natal, onde se realiza um plano de assistência de enfermagem, conforme as necessidades identificadas e priorizadas, estabelecendo as intervenções, orientações e encaminhando a outros serviços, promovendo também, a interdisciplinaridade das ações com demais profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao pré-natal. Nesse grupo de profissionais de saúde, o enfermeiro é um dos profissionais essenciais para efetuar essa assistência, por ser qualificado para atuar com estratégias de promoção à saúde, prevenção de doenças e utilizar a humanização no cuidado prestado⁽⁹⁾.

Diante do atual cenário de inconstantes buscas para a redução da mortalidade materna, onde inúmeros são os esforços, associar a esses propósitos a visão ecossistêmica, leva a somar energia e possibilidades de efeitos positivos, pois, seus princípios são agregadores, não

fragmentados, nem determinísticos, mas circular e inovadores⁽¹⁰⁾, capazes de auxiliar a prevenir e sanar agravos às mulheres no período gravídico puerperal.

Sendo assim, o ecossistema é considerado o espaço/ambiente, constituído de elementos bióticos (vivos) e abióticos (físicos) que em conjunto influenciam sobre o cuidado no pré-natal. No caso de uma cidade/município, como no presente estudo, os elementos bióticos contemplam a comunidade, profissionais de saúde, mulheres no período gravídico-puerperal, rede de apoio da mulher como a família, profissionais administrativos dos serviços de saúde, e demais recursos humanos necessários para atender a mulher no período gravídico-puerperal. Os elementos abióticos abrangem a estrutura física dos serviços de saúde, como de hospitais e de unidades básicas de saúde, prontuários, meios de transporte, exames, equipamentos hospitalares, dentre outros.

Os elementos bióticos e abióticos interagem entre si, se inter-relacionam, se influenciam mutuamente, possibilitando assim, compreender os aspectos que interferem no equilíbrio dos elementos que compõem o espaço ecossistêmico capaz de interferir negativa ou positivamente no período gravídico-puerperal. Assim sendo, é indispensável que na consulta de enfermagem no pré-natal os profissionais abarquem meios e estratégias que favoreçam a prevenção de agravos, por meio da promoção, prevenção e proteção da saúde da mulher. É necessário garantir a qualidade da assistência e que em suas ações reconheçam e contemplem a mulher como ser integral, a qual se relaciona, sofre influências e é influenciada mutuamente pelos elementos do ecossistema no qual esta inserida⁽¹⁰⁾.

Diante do exposto, o estudo guiou-se pela seguinte questão: quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros nas consultas de enfermagem no pré-natal que possibilitam a prevenção da mortalidade materna? A fim de responder essa questão, estabeleceu-se como objetivo analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros nas consultas de enfermagem no pré-natal que possibilitam a prevenção da mortalidade materna, na perspectiva ecossistêmica.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa oriunda da tese de doutorado intitulada “Perfil de mortes maternas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro para sua prevenção numa cidade ao sul do Brasil: perspectiva ecossistêmica”. O cenário de estudo foi o município do Rio Grande, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, o qual conta com 33 Unidades básicas de Saúde (UBS), das quais (duas) funcionam 24h, (seis) são tradicionais, sendo que, tanto as tradicionais quanto as com funcionamento 24h não contemplam Estratégia Saúde da Família (ESF). Conta ainda, com uma Unidade de Saúde prisional em que não são realizadas consultas de pré-natal. As demais 24 UBS estão distribuídas em 33 ESF, sendo que 10 UBS possuem duas equipes ESF e, 14 possuem somente uma equipe.

Participaram do estudo 21 enfermeiros atuantes em consultas pré-natal nas UBS do município do Rio Grande. Dos participantes, 16 atuam em UBS com ESF e em UBS 24h e (cinco) em UBS tradicionais. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2018, por meio de entrevista semiestruturada, gravada, utilizando um roteiro, previamente testado. Para concretização das entrevistas foram usadas duas estratégias, contato pessoal e/ou via telefone com o enfermeiro coordenador da UBS.

Em ambas as estratégias foram realizadas a apresentação da pesquisadora, os objetivos da pesquisa e sua relevância, bem como, a importância da sua participação para o alcance do objetivo proposto e, após, verificado seu enquadramento nos critérios de inclusão: enfermeiro que atue em UBS do município do Rio Grande e que realize consultas de pré-natal, no mínimo há seis meses. E, quanto ao critério de exclusão: enfermeiros que no período da coleta de dados estivessem gozando de férias ou em qualquer tipo de auxílio-doença ou licença.

Aos que aceitaram participar, foi agendado dia e horário para a realização das entrevistas, as quais aconteceram na própria UBS em uma sala reservada, garantindo o sigilo das informações. A duração mínima das entrevistas foi de 30 minutos e máxima de 60 minutos.

Após a transcrição dos dados, a análise e interpretação foi realizada utilizando o método de Análise de Conteúdo, segundo Bardin⁽¹¹⁾, que compreende três fases. A pré-análise, onde se buscou tornar o processo operacional e sistematizado às ideias iniciais, por meio da leitura flutuante, a escolha dos documentos, permitindo a constituição do *corpus* e a formulação dos pressupostos e dos objetivos. A exploração do material, possibilitou a codificação dos dados, por meio de funções de regras previamente formuladas. E, o tratamento dos resultados, oportunizou a transformação dos dados brutos em dados expressivos e apropriados à análise. Nesta fase, se realizou a codificação, onde os dados brutos foram transformados em unidades, as quais permitiram uma descrição exata dos conteúdos pertinentes.

A Resolução nº 466/12 e seus preceitos quanto à ética na pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitados. O presente projeto obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, CAAE: 80482217.2.0000.5324, sob o nº 2.571.426. Os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi entregue em duas vias, condicionando a sua participação voluntária e o sigilo das informações. Os participantes foram identificados com a letra E (Enfermeiro), seguidos de números arábicos (E1... E21) conforme sequência observada na realização das entrevistas.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Dos 21 enfermeiros a totalidade é do sexo feminino, com idade entre 30 a 56 anos, com maior prevalência na faixa etária entre 40 a 47 anos. Somente (uma) não possui pós-graduação seja a nível *Stricto sensu* ou *Lato sensu*, sendo a totalidade em áreas distintas da saúde materna. O ano de formação prevaleceu entre os anos 90, o tempo de atuação maior como enfermeira foi de 10 a 20 anos e de atuação em consultas ao pré-natal tempo inferior a 10 anos.

Os dados analisados possibilitaram a construção de três categorias, as quais estão descritas a seguir.

A consulta de enfermagem no pré-natal como estratégia de prevenção de mortes maternas.

Na visão de alguns participantes, uma estratégia que possibilita prevenir mortes maternas é a realização da consulta de enfermagem no pré-natal. Essa, por sua vez, tem grande potencial e gera benefícios às gestantes. O enfermeiro a realiza de forma mais detalhada, dialoga com as gestantes, realiza orientações, e por meio do conhecimento deste profissional, tais ações tornam-se valiosas estratégias para a promoção da saúde e prevenção de agravos.

A consulta de enfermagem é mais detalhada [...]. O enfermeiro é mais detalhista no conversar, no anotar na carteirinha [...]. (E1)

A consulta de pré-natal pelo enfermeiro tem um potencial gigante [...]. Eu vejo o ganho que essas gestantes tiveram e a transmissão de informações pra gestantes durante a consulta é uma ferramenta que possibilita a prevenção [da mortalidade materna] [...]. (E4)

[...] ter conhecimento, pois se você tiver conhecimento você vai atender bem a gestante [...]. O pré-natal ganhou muito desde que as gestantes passaram a ser atendidas pela consulta da enfermagem porque nós temos mais paciência, nós orientamos. (E17)

[...] eu acho que o enfermeiro orienta muito, as pacientes conversam muito mais com o enfermeiro do que com o médico, então, elas [gestantes] têm uma vinculação muito diferente nas consultas com o enfermeiro [...]. (E18)

A consulta de enfermagem tem um valor absurdo dentro do pré-natal [...]. É difundir o conhecimento e empoderar essa mulher, pois ela [gestante] mesma acaba identificando situações de maior risco. (E21)

Promoção da saúde da mulher no período gravídico-puerperal

É possível perceber que a promoção da saúde da gestante, é uma das estratégias que possibilita prevenir mortes maternas. Conforme relatos, isso torna-se possível através da educação em saúde e de orientações. Tais estratégias possibilitam que a mulher passe a identificar sinais de risco, reconhecer o que é normal ou não na gestação e puerpério. Assim, o enfermeiro é capaz de atuar de forma precoce prevenindo maiores complicações, devido as orientações, o acolhimento oferecido, o livre acesso ao serviço de saúde, bem como, pelo empoderamento disseminado à gestante.

*Educação em saúde [...]. As orientações e o tempo que eu levo nas dúvidas delas [...]. (E10).
Orientação, eu acho que o enfermeiro orienta muito. [...] A gente dá a contrapartida através da educação [...]. Oriento sobre sangramento, perda de líquido, contrações, dor, para que elas fiquem mais atentas [...]. Eu digo que a unidade está aberta, independentemente do dia de consulta elas serão acolhidas a qualquer momento que precisarem. (E18)
Tentando fortalecer a questão da informação [...], da importância de manter o pré-natal correto, seguir as orientações recomendadas conforme o tempo de gestação [...] A gente orienta tudo nas consultas, sobre qualquer sinal, sangramento, contração fora do tempo. Qualquer alteração elas [gestantes] têm que procurar a unidade [...]. (E6)
Orientando a gestante. Eu penso na promoção e proteção da saúde, tento fazer isso o tempo todo [...]. Na primeira consulta eu vou na última folha da carteirinha [de gestante] que é a folha de sinais de risco e já aponto para elas. (E9)
[...] Orientação [...] ser mais próximo da gestante, faz com que elas (gestantes) acabem tendo essa proximidade conosco. [...] Dialogar, esclarecer todas as dúvidas, o que é normal e o que não é durante o pré-natal ou período puerperal [...]. (E13)
Na primeira consulta quando eu cadastro ela [gestante] eu já realizo orientação sobre cuidados e intercorrências que podem acontecer nos primeiros meses, principalmente para aquelas gestantes que estão na primeira gestação, cefaleia, tontura, edema, tudo é questionado e orientado [...]. (E14)
Todos os cuidados, desde as orientações dos riscos porque aí a gente vai pegar isso no início [...] a conversa, [...]. Eu falo da importância da eclampsia, de tudo que pode acontecer durante a gestação, principalmente para as mais novinhas. Sangramento, perda de líquido e contrações fortes [...], dor de cabeça que pode ser da pressão [arterial] e que tem que vir [na UBS] para a gente olhar. (E16)*

Estratégias que possibilitam ao enfermeiro realizar o cuidado pré-natal às gestantes

A criação do vínculo, a escuta e o acolhimento prestado à mulher pelos enfermeiros, são estratégias fundamentais. Estas ações de cuidado no pré-natal possibilitam maior adesão às consultas, confiança para o esclarecimento de dúvidas, segurança para procurar o serviço e retornar a este sempre que sentirem necessidade. Também, para as enfermeiras entrevistadas, é necessário conhecer as gestantes para assim direcionar cuidados às necessidades individuais de cada mulher.

Instruir a gestante [...] para ela não se descuidar, fazer o acompanhamento dela. Tem que conhecer tuas gestantes porque conhecendo, você consegue ver o que cada uma precisa [...] e se você tiver um bom vínculo, você consegue que elas entendam tudo direitinho e retornem para o serviço [...] (E11).

[...] vínculo, porque quando aquela gestante cria o vínculo com aquele profissional, tudo se torna mais fácil [...]. (E6).

Quanto mais você colhe o histórico e visualiza os fatores de risco, através da consulta de enfermagem, da tua entrevista, é que você vai conseguir direcionar os cuidados para os fatores de risco que tem dentro daquela família. (E7).

[...] ouvir a queixa da gestante. Você (enfermeiro) tem que entender qual é o significado daquela gestação para aquela gestante [...]. (E2).

A forma como a gestante é recebida na unidade é importante para fazer com que ela volte ou não. O conhecimento que você transmite para essa gestante, a forma como se transmite faz com que ela se sinta acolhida e percebo que elas têm prazer em retornar aqui para consulta e isso já é metade do pré-natal. (E19).

É o vínculo, pois elas (gestantes) vêm e confiam em ti, você consegue que elas façam o tratamento, continuem fazendo o pré-natal até o final. Elas se abrem, confiam em ti e você consegue orientar [...]. (E20).

O vínculo é fundamental, pois se elas (gestantes) tiverem qualquer dúvida, elas vêm para darmos (enfermeira) o aval e isso é vínculo [...]. (E12).

Passar confiança, dar abertura, e elas (gestantes) tem esse vínculo com a unidade. Qualquer coisa elas sabem que podem vir e isso faz toda a diferença [...]. (E16).

DISCUSSÃO

A saúde da mulher no período gravídico-puerperal e o ecossistema onde ela se encontra, estão intrinsecamente interligados, pois formam uma unidade/totalidade. Nesse sentido, o cuidado à mulher neste período necessita ser permeado por preceitos que ultrapassem o cuidado físico e passem a incluir fatores socioculturais, espirituais e ambientais, que possibilitam, quando bem trabalhados, a manifestação de efeitos satisfatórios no cuidado prestado pelo enfermeiro e no cuidado recebido pela mulher⁽¹²⁾.

Pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986, decreto nº 94.406/87, é garantido ao enfermeiro a realização do pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde⁽¹³⁾. Dessa forma, a consulta de enfermagem no pré-natal estabelece relações no que diz respeito à implantação de um atendimento assistencial de forma integral e de qualidade, visando à efetividade na promoção, prevenção de agravos à saúde da mulher⁽¹⁾. Para tal, o enfermeiro necessita estar atento às necessidades oriundas das gestantes, seus familiares e seu

ambiente. Necessita ultrapassar seus conhecimentos técnico/científico e olhar para a mulher para além da dimensão biológica e considerar suas múltiplas dimensões.

No presente estudo, os enfermeiros expressam o enaltecimento da consulta de enfermagem no pré-natal, como uma estratégia para prevenção da mortalidade materna. Estudo de revisão da literatura⁽¹⁴⁾, cujo objetivo foi descrever as ações realizadas pelo enfermeiro na atenção pré-natal, evidenciou resultados que corroboram com os encontrados, sendo o enfermeiro um profissional de fundamental importância para um pré-natal de qualidade e prevenção de agravos à saúde materna.

Dessa forma, o enfermeiro é um dos profissionais que se destaca por contribuir na melhoria da saúde materna. Notadamente, por ser um profissional que se caracteriza pela formação holística e a amplitude de suas ações, que em grande parte, considera e acredita nas relações estabelecidas no cuidado, entre profissional, mulher no período gravídico-puerperal, e demais elementos do ecossistema, privilegiando, também, ações como o acolhimento, o vínculo, a escuta, também denominadas de tecnologias relacionais interativas, conforme evidenciado pelos participantes deste estudo. Acredita-se, que tais ações de cuidado à mulher surgem como proposta a resolutividade dos problemas emergentes do ecossistema, e possui estreita relação com desfechos saudáveis e com prevenção de mortes maternas.

Estudo realizado com 83 enfermeiros da ESF de 23 municípios do Sul do Espírito Santo (ES), Brasil⁽¹⁵⁾, objetivou identificar as atitudes dos enfermeiros da ESF na atenção ao pré-natal de baixo risco. Esse estudo evidenciou estratégias comuns encontradas na presente pesquisa: empenho na prática do acolhimento, na construção do elo de confiança - vínculo, o diálogo, escuta ativa, saber ouvir, entre outras. Essas ferramentas de cuidado expressam o compromisso profissional, que aliadas ao conhecimento e habilidade para o reconhecimento de situações de risco, possibilitam uma atuação eficaz.

Esta condição leva à reflexão de que tais estratégias de cuidado à mulher, podem direcionar para a busca do equilíbrio dinâmico em um ecossistema do qual ela faz parte e que pode auxiliar a proporcionar a prevenção da morte materna. Um ecossistema em equilíbrio possibilita ao enfermeiro construir espaço para prestar cuidado individualizado conforme as necessidades de cada mulher, prevenir agravos à saúde, promover a saúde da mulher estimulando a corresponsabilização com seu próprio cuidado⁽¹⁰⁾.

Estudo realizado na Irlanda, cujo objetivo foi descrever as opiniões de parteiras e médicos, em relação às experiências e perspectivas de cuidados centrados na mulher, reforçam os achados do presente estudo. O empoderamento da mulher, educação, compartilhamento de informações, por meio do conhecimento do enfermeiro, possibilitam a promoção da autonomia da mulher e que esta mude suas opções de cuidado por meio da educação⁽¹⁶⁾. De modo geral, as possibilidades de orientação, educação em saúde, desencadeiam a construção de bases conceituais que sustentam o pensar e a maneira pela qual as pessoas se relacionam e, determinam suas ações, em um determinado ecossistema, pois buscam novos direcionamentos ao que anteriormente era estável⁽¹⁷⁾.

Destaca-se a importância da consulta pré-natal como valioso espaço para o esclarecimento de dúvidas e o realizar de orientações às mulheres sobre os sinais de risco gestacional e puerperal. Estas orientações devem ser realizadas no início do pré-natal e reforçadas a cada consulta, no intuito de reduzir complicações à saúde da mulher e do conceito, e ao enfermeiro, atuar de forma ágil e precoce. Logo, também, propiciam estímulo ao autocuidado e conhecimento a gestante⁽¹⁸⁾.

Para a efetividade no cuidado a mulher no período gravídico puerperal, é preciso que haja interações, as quais dependem dos encontros e desencontros gerados por manifestações de desordem para a construção de uma nova ordem ou para que do caos se possibilite uma nova configuração, contribuindo para o viver saudável da mulher⁽¹⁰⁾. É importante que os

momentos educativos e de orientações sejam valorizados pelos profissionais e que façam parte das estratégias utilizadas na atenção pré-natal, com objetivo de envolver tanto a gestante, quanto a família⁽⁴⁾.

Vale ressaltar que o acolhimento das necessidades individuais de cada mulher é um exercício complexo, o qual necessita um plano de cuidado alinhado com as possibilidades individuais de autocuidado. Nesse caso, a educação para a saúde da mulher é o alicerce para qualquer intervenção que pretenda alcançar resultados satisfatórios⁽¹⁸⁾. Assim, o cuidado pré-natal se constitui em um espaço apropriado para o desenvolvimento de ações de educação e promoção da saúde⁽¹⁹⁾.

Estudo realizado por estudiosos da Holanda e Estados Unidos, que avaliaram o desenvolvimento de intervenções para redução do sofrimento materno no pré-natal, evidenciaram que as ações de cuidado no pré-natal devem ser focalizadas no bem estar da mulher, considerando o contexto de vida em que circunstâncias geradores de estresse ocorrem, e, a forma como se comportam e enfrentam tais situações no seu ambiente⁽²⁰⁾. Dessa forma, esse estudo corrobora com o presente trabalho ao enfatizar a influência do ambiente nos determinantes geradores de saúde ou de doenças/agravos à saúde.

Neste sentido, enfatiza-se que ao tomar por base os princípios do pensamento ecossistêmico, existe a possibilidade de surgir para uma nova perspectiva na saúde da mulher e prevenção da mortalidade materna, pois se deixa de olhar somente objeto e busca-se entender o ambiente e as relações entre os elementos que o compõem. Estudos^(10, 17), que contemplaram a perspectiva ecossistêmica, reafirmam a relevância desta abordagem, na possibilidade de solucionar necessidades emergentes e abrangentes de diferentes ecossistemas.

Essa perspectiva, contribuí com os profissionais de saúde na construção de um pensar e fazer inovador, por meio das relações e influencias mútuas, articuladas, entre o ambiente, as

necessidades individuais de cada mulher, possibilitam que o foco gerador do problema seja visto em termos inter-relações dos elementos da totalidade/unidade do ambiente⁽¹⁰⁾. Assim, viabiliza-se intervenções específicas num determinado ecossistema, as quais podem orientar o desenvolvimento de estratégias de transformação das práticas de cuidado à saúde da mulher⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estratégias de prevenção da mortalidade materna no cenário de investigação são representadas pela relevância da consulta de pré-natal realizada pelo profissional enfermeiro. Pelo uso de tecnologias relacionais interativas, como o vínculo, escuta, acolhimento, diálogo, por meio de educação em saúde, orientações sobre sinais de risco na gestação, que possibilitam ao enfermeiro, realizar a promoção da saúde da mulher no período gravídico puerperal, capacitando-as também para o autocuidado.

Assinala-se que essas estratégias, associadas à perspectiva ecossistêmica, auxiliam na construção de importante espaço para prevenção de mortes maternas. Dessa forma, o enfermeiro é um elo essencial que desfruta da consulta de enfermagem em um *lócus* de cuidado que ultrapassa a barreira física/biológica do cuidado, e busca na compreensão da multidimensionalidade humana e nas relações e inter-relações com o ecossistema, a base para a integralidade do cuidado à mulher no período gravídico puerperal.

Como limitações do estudo, tem-se a coleta de dados no local de trabalho, o que pode ter inibido a livre expressão dos participantes, mesmo garantindo a confidencialidade das informações prestadas. Como contribuição, os dados fornecem subsídios para a melhoria da qualidade do cuidado pré-natal, possibilitam contribuir no aperfeiçoamento da prática dos profissionais de enfermagem e na formação de enfermeiros com um novo pensar. Além disso,

permitem, por meio do conhecimento construído contribuir na prevenção das taxas de mortalidade materna.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília (DF); Ministério da Saúde. 1984.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas área técnica de saúde da mulher. Rede Cegonha: diretrizes gerais e operacionais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia – Apice On. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
4. Nunes JT, et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cadernos de Saúde Coletiva* [internet]. 2016 [cited 2019 Jul 2]; 24 (2): 252-261. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600020171>.
5. World Health Organization, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 – WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: World Health Organization; 2012.
6. Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2016;4(2):e98–108. doi: 10.1016/S2214-109X(15)00275-2.
7. Fonseca SC, Monteiro DAS, Pereira CMSC, Scoralick ACD, Jorge MG, Rozario S. Desigualdades no pré-natal em cidade do sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2014; 19(7):1991-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.04212013>
8. Tomasi E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33(3): 1-11. doi: 10.1590/0102-311X00195815
9. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sisprenatal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>
10. Siqueira HCH, Thurow MRB, Paula SF, Zamberlan C, Medeiros AC, Cecagno D, et al. A saúde do ser humano na perspectiva ecossistêmica. *Rev enferm UFPE online*. 2018;12(2):559-64. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25069p559-564-2018>.

11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa;Portugal. 2011.
12. Medeiros AC, Siqueira HCH, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes SS, Thurow MRB. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2016 Sept/Oct;50(5):816-22. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080623420160000600015>
13. Brasil. Decreto n. 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Legislação [Internet]. Brasília; 2011[citado 2019 Jul 3]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4173>
14. Duarte SJH, Almeida EP. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. *R. Enferm. Cent. O. Min*. 2014 jan/abr; 4(1):1029-1035. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.137>
15. Gonçalves ID, Kowalski ISG, Sá AC. Atenção ao pré-natal de baixo risco: atitudes dos enfermeiros da estratégia saúde da família. *Ver enferm UERJ*, Rio de Janeiro. 2016;24(6):e18736. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.18736>.
16. Hunter N, Devane D, Houghton C, Grealish A, Tully A, Smith V. Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017; 17:322. Doi:10.1186/s12884-017-1521-3.
17. Zamberlan C, Paula SF, Siqueira HCH, Dirce Stein Backes DS, Ventura J. Guidance for children of fathers/mothers with heart disease: possibilities and approaches. *Rev enferm. UERJ*. 2018;26:e28057. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.28057>
18. Errico LSP, Bicalho PG, Oliveira TCFL, Martins EF. The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 3):1257-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328>
19. Creanga AA, Berg CJ, Ko JY, Farr SL, Tong VT, Bruce FC, et al. Mortalidade materna e morbidade nos Estados Unidos: onde estamos agora? *Jornal da Saúde da Mulher*. 2014;23,3-9. doi: 10.1089/jwh.2013.4617.
20. Limbeek EV, Ausems M, Vries R, Nieuwenhuijze M. Responding to maternal distress: from needs assessment to effective intervention. *International Journal of Public Health*. 2017 May;62(4):441–452. doi: 10.1007/s00038-016-0910-0.

6.3 Artigo 3

Prevenção da mortalidade materna: visão de enfermeiros

Prevention of maternal mortality: nurses' view

Prevención de la mortalidad materna: visión de las enfermeras

Objetivou-se analisar na visão de enfermeiros as ações que possibilitam a prevenção da mortalidade materna, na perspectiva ecossistêmica. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, realizada com 21 enfermeiros atuantes em consultas de enfermagem ao pré-natal em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio Grande, por meio de entrevista com roteiro semiestruturado. Posteriormente os dados foram analisados pela Análise de Conteúdo. Os resultados revelaram ações preventivas que visam melhorar a qualidade do cuidado prestado à mulher no período gravídico-puerperal. Acompanhamento periódico nas consultas de pré-natal para identificação de sinais ou fatores de risco e atuação precoce. Garantia do acesso ao serviço de saúde, encaminhamento para avaliação hospitalar ou para acompanhamento no pré-natal de alto risco. Realização de condutas humanizadoras como o acolhimento, vínculo, escuta e de ações que contemplam protocolos assistenciais como a captação precoce, número de consultas, realização de exames, vacinação, cuidados no período puerperal. Conclui-se que as ações de cuidado no pré-natal contemplam fatores biológicos e subjetivos do viver e do ser mulher, indo ao encontro de protocolos ministeriais que embasam e qualificam a assistência ao pré-natal. Tal fato vai ao encontro da perspectiva ecossistêmica, ao contemplar nas ações de cuidado especificidades e singularidades do ambiente de cada mulher para o alcance de resultados na prevenção de mortes maternas.

Descritores: Saúde da mulher; Pré-natal; Enfermagem; Mortalidade materna; Ecossistema.

Introdução

O Brasil nos últimos 20 anos tem apresentado importantes avanços na redução da mortalidade materna, desde a incorporação na saúde da mulher nos programas e políticas públicas de saúde. Esses se intensificaram a partir da instituição do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Programa Rede Cegonha e do Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia - Apice On, que dentre outros enfoques, estabeleceram a ampliação e a qualidade da atenção ao pré-

natal, por meio de ações e serviços de promoção, proteção da saúde e prevenção de agravos, na tentativa de reduzir iniquidades sociais, como a mortalidade materna ^{1,2,3}.

O pré-natal de risco habitual é definido pelo atendimento à gestante que não apresenta fatores de risco individual, sociodemográfico e relacionados à história obstétrica anterior, bem como, doença ou agravos que possam interferir negativamente na evolução da gravidez. Este é realizado pelo médico e enfermeiro. Conforme a Lei do Exercício profissional ⁴ é assegurada ao enfermeiro a realização da consulta de pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde. Ainda, o Ministério da Saúde, recomenda que as consultas sejam intercaladas entre esses dois profissionais, na rede de Atenção Primária à Saúde (APS), a qual é considerada porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁵.

Nesse constructo, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é caracterizada como um modelo assistencial direcionado para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, de acompanhamento e promoção do atendimento pré-natal. Para tal, o enfermeiro, profissional integrante da equipe da ESF, deve ser capaz de identificar situações de risco e agravos à saúde da gestante ⁵.

Para tal, o uso de protocolos assistenciais é congruente, tendo em vista que, este documento possibilita padronizar ações de cuidado e procedimentos a serem desenvolvidos por todos os profissionais que atuam no pré-natal ⁶. Criados no intuito de qualificar a atenção pré-natal, por meio de critérios para estratificação de risco gestacional e auxílio para tomada de decisão pelos profissionais às gestantes de risco habitual ^{5,7}. Porém, apesar da criação de protocolos e programas que possibilitem melhorar a qualidade da assistência pré-natal, oferecida às mulheres no Brasil, ainda permanece uma preocupação mundial, que se refere aos altos índices de mortes maternas, principalmente, nos países em desenvolvimento, os quais demonstram a fragilidade na assistência pré-natal ⁴.

Inúmeros são os esforços na tentativa de se reduzir os altos índices de mortes maternas. Destaca-se os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), os quais sucederam os Objetivos do desenvolvimento do Milênio (ODM). Priorizam esforços em conjunto para eliminar a mortalidade materna evitável, entre os anos de 2016 e 2030. No Brasil, visa-se reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos ⁸.

No ano de 2015, ano de encerramento para o alcance dos ODM, o Brasil apresentou uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 62 por 100 mil nascidos vivos e o estado do Rio Grande do Sul, uma RMM de 43,4 por 100 mil nascidos vivos ⁹. Contudo, mesmo apresentando valores abaixo dos preconizados, as mortes maternas permanecem, sendo

considerada um problema de saúde pública e uma prioridade de saúde global. Caracteriza-se como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término desta, independentemente da duração ou da localização da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, porém, exclui-se as mortes por causas acidentais ou incidentais ¹⁰.

A necessidade de abordar o referencial teórico-filosófico ecossistêmico justifica-se na ideia de que essa perspectiva é agregadora e promove a emergência das respostas, não sendo fragmentada nem determinística, mas circular e inovadora. Ela possibilita pensar uma nova maneira de atenção à saúde, a partir do entendimento entre os elementos do ecossistema, ou seja, do espaço em que vive e suas relações com a mortalidade materna. Epistemologicamente, a palavra ecossistema é composta pelo prefixo *eco* de origem grega *oikos* que significa casa/espço e, *system* sistema designa um conjunto de elementos que formam uma unidade/totalidade ¹¹.

O ecossistema é a unidade funcional ecológica formada por um conjunto de elementos bióticos/vivos: a comunidade, profissionais de saúde, mulheres no período gravídico-puerperal, famílias das mulheres, profissionais administrativos dos serviços de saúde, e demais recursos humanos necessários para atender a mulher no período gravídico-puerperal, e por elementos abiótico/não vivos: a estrutura física dos serviços de saúde, meios de transporte, exames, equipamentos hospitalares e de assistência à mulher, prontuários, dentre outros. Assim sendo, os elementos bióticos e abióticos interagem entre si, se inter-relacionam, se influenciam mutuamente possibilitando assim, compreender os aspectos que interferem na mortalidade materna ¹¹.

Em analogia, pode-se visualizar o ecossistema como uma rede de serviços, entendidos como nós, seres vivos, destinados, nesse contexto, a atender a mulher no período gravídico-puerperal. Todos os serviços dessa rede devem estar interligados, unidos por filamentos, que representam a comunicação, o diálogo, o convívio e a informação entre os nós, formando um entrelaçamento, uma grande teia de relações e inter-relações. Neste sentido, a comunicação é o fio invisível da rede, que deve ser relacional e interativa, de modo que, exerça influências mútuas que possibilitam o fluxo sistêmico da rede, gerando *Feedback* positivo de respostas para melhorar a assistência a quem entrar na rede serviços ecossistêmicos.

Diante do exposto, as mortes maternas estão estritamente relacionadas ao espaço/meio onde ocorrem. Assim, tem-se por objetivo: analisar na visão de enfermeiros as ações que possibilitam a prevenção da mortalidade materna, na perspectiva ecossistêmica.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado no município do Rio Grande, estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A rede básica de saúde conta com 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais duas funcionam 24h, seis são tradicionais, sendo que, tanto as tradicionais quanto as com funcionamento 24h não contemplam ESF. A rede básica, conta ainda, com uma UBS Prisional em que não são realizadas consultas de pré-natal. As demais 24 UBS dispõem de 33 equipes ESF, dez UBS possuem duas equipes ESF e, 14 possuem somente uma equipe.

Os participantes foram 21 enfermeiros atuantes em consultas de pré-natal nas UBS do município. Dos participantes do estudo, 16 atuam em UBS com ESF e em UBS 24h e, cinco em UBS tradicionais. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2018, utilizando-se de entrevista, com roteiro semiestruturado, a qual foi gravada. Continha questões sobre o perfil sociodemográfico e funcional dos enfermeiros; e questões abertas direcionadas para os principais resultados alcançados para prevenção das mortes maternas. Para concretização das entrevistas foram usadas duas estratégias, contato pessoal e/ou via telefone com o enfermeiro coordenador da UBS.

Em ambas as estratégias, foi realizada a apresentação da pesquisadora, os objetivos da pesquisa e sua relevância, bem como, a importância da sua participação para o alcance do objetivo proposto e, após, verificado seu enquadramento no critério de inclusão: enfermeiro que atue em UBS do município do Rio Grande e que realize consultas de pré-natal, no mínimo há seis meses. E, como critério de exclusão: enfermeiros que no período da coleta de dados estivessem gozando de férias ou em qualquer tipo de auxílio-doença ou licença. Aos que aceitaram participar, foi agendado dia e horário para a realização das entrevistas. As entrevistas aconteceram na própria UBS em uma sala reservada, garantindo o sigilo das informações. O tempo médio das entrevistas foi no mínimo de 30 minutos e máxima de 60 minutos.

Após a transcrição das entrevistas, a análise e interpretação foi realizada por meio do método de Análise de Conteúdo, segundo Bardin ¹², que compreende três fases. a pré-análise, onde se buscou tornar o processo operacional e sistematizado às ideias iniciais, por meio da leitura flutuante, a escolha dos documentos, permitindo a constituição do *corpus* e a formulação das hipóteses/ ou pressupostos e dos objetivos. A exploração do material, possibilitou a codificação dos dados, por meio de funções de regras previamente formuladas. Enquanto o tratamento dos resultados, oportunizou a transformação dos dados brutos em dados expressivos e apropriados à análise. Nesta fase, se realizou a codificação, onde os dados

brutos foram transformados em unidades, as quais permitiram uma descrição exata dos conteúdos pertinentes.

Os preceitos quanto à ética na pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitados conforme a Resolução nº 466/12. O projeto de pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, sob o nº 2.571.426. Os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi entregue em duas vias, condicionando a sua participação voluntária e o sigilo das informações. Os participantes foram identificados com a letra E (Enfermeiro), seguidos de números arábicos (E1... E21) conforme sequência de realização das entrevistas.

Resultados

Caracterização dos participantes

Os 21 enfermeiros são do sexo feminino, com idade entre 30 a 56 anos, com prevalência na faixa etária entre 40 a 47 anos. Apenas uma não possui pós-graduação seja a nível *Stricto sensu* ou *Lato sensu* e a totalidade não possui pós-graduação na área materna. O ano de formação prevaleceu entre os anos 90, o tempo de atuação foi de dez a 20 anos e de experiência em consultas ao pré-natal tempo inferior a dez anos.

Avaliação dos riscos e prevenção de complicações

Os participantes mencionam a importância do acompanhamento periódico das mulheres nas consultas de pré-natal, no intuito de identificar precocemente sinais ou fatores de risco e prevenir possíveis complicações. A atuação precoce se dá por meio de orientações, e de ações educativas que abordam a saúde da mulher no ciclo gravídico. Relatam a importância do livre acesso a unidade de saúde, especialmente, quando a gestante apresenta alterações fora do percurso esperado da gestação. Neste caso, a gestante é orientada a acessar a unidade de saúde para ser examinada, se houver necessidade, será encaminhada para avaliação no hospital/centro obstétrico ou para acompanhamento no pré-natal de alto risco.

“[...] Aquela gestante que tem várias consultas e a gente consegue identificar os problemas de saúde que podem evoluir para um risco maior. Por exemplo: a gente verifica a pressão arterial, mas esse é um dos fatores, mas verificando em todas as consultas se consegue analisar essa pressão [...].” E1

“[...] Conseguir identificar o problema ou riscos antes das coisas aparecerem [...].”

E3

“Identificar o mais precocemente situações de risco [...] e qualquer alteração orientamos que elas venham até a unidade para encaminharmos para o hospital, se for necessário [...].” E5

“Se for necessário, a gente marca e encaminha para o pré-natal de alto risco com o boletim de referência e contra referência [...]”. E7

“ Sempre falo que a próxima consulta é dia tal, mas se tiver alguma alteração é para vir na unidade, a gente deixa a porta aberta [...]”. E8

“Se elas (gestantes) tiverem alguma dúvida, que venham até a unidade para serem examinadas, para a gente conversar e se realmente for necessário, fazemos o encaminhamento (para avaliação no hospital), [...] pré-natal de alto risco”. E10

“Qualquer queixa que elas (gestantes) apresentem que venham para cá (unidade) [...]. Elas (gestantes) têm livre acesso ao posto, serão atendidas, independentemente de ter horário ou não”. E12

“[...] evitar possíveis complicações pós-parto devido às consultas que a gente faz de forma educativa [...]. Se acontecer (sinais de risco) ela (gestante) deve procurar a unidade de imediato, ou o centro obstétrico se for horário que a unidade estiver fechada” E13

“[...] Qualquer mudança na evolução considerada fora do normal (da gestação) [...] que ela (gestante) venha nos procurar para agente ver se está tudo bem. [...] A gente também faz o encaminhamento (pré-natal de alto risco), se for necessário. E15

“ Eu digo que a unidade está aberta, independentemente do dia de consulta elas (gestantes) serão acolhidas a qualquer momento que precisarem. Eventualmente, se esse problema acontecer, um sangramento, no final de semana que a unidade está fechada, a gente fala que procurem o centro obstétrico”. E18

“[...] conseguir ver precocemente os riscos. Então, você sempre orienta e fala sobre algum aspecto e de alguma forma isso faz diferença. Avaliar precocemente os riscos e acompanhá-los.” E21

Consulta de Pré-natal: Acolhimento, vínculo e humanização.

O reconhecimento pela gestante da importância do pré-natal permite que esta aceite as orientações e siga as recomendações de cuidado do enfermeiro. A vigilância constante, a escuta qualificada e o pré-natal como um todo, devem ser considerados como propósitos da rede de cuidados à mulher no período gravídico-puerperal. Esses cuidados bem desenvolvidos

possibilitam resultados positivos para prevenção de agravos e a mortalidade materna. Nesse contexto as participantes afirmaram:

“[...] se conseguir sensibilizar a gestante da importância do pré-natal a tendência é que ela (gestante) tenha uma boa qualidade de vida, a criança seja saudável, ela (gestante) seja saudável e que a gente (enfermeiro) consiga reduzir a mortalidade materna.” E2

“[...] orientação e vigilância constante [...] e dentro da consulta de enfermagem se consegue pactuar algumas coisas com elas (gestantes) e elas têm um bom vínculo [...] a escuta qualificada é importante [...].” E7

“Conversar e orientar muito (as gestantes), até hoje, acho que foi bem eficaz.” E8

“Todo o pré-natal, todo o cuidado que se tem com elas (gestantes), tentar sanar as dúvidas delas [...]. Elas (gestantes) têm apoio, se sentem seguras, acho que o vínculo é uma coisa positiva que se tem, elas procuram muito (UBS) [...]..” E10

“Elas (gestantes) têm um vínculo muito bom e isso é importante por que se sentem à vontade para te perguntar as coisas [...], te tratam mais como amiga do que como enfermeira”. E12

“[...] É elas (gestantes) mudarem os hábitos de vida por meio da orientação [...].” E14

“[...] O resultado é elas irem orientadas para o parto, é os cuidados com elas (gestantes) mesmas [...].” E16

“Estimular elas (gestantes) a criar um vínculo com a unidade e com o pré-natal em específico.” E19

As falas expressam a realização do pré-natal para além do cuidado biológico. Contemplam ações humanizadoras, acolhedoras, que exigem dedicação e doação do profissional de enfermagem. Na consulta de pré-natal, o enfermeiro é um dos atores que possui a importante responsabilidade de ser o agente transformador de vidas para uma gestação, parto e puerpério saudáveis, o que se torna possível por meio do conhecimento do enfermeiro, da educação da mulher quanto assuntos relacionados ao seu cuidado, orientações, escuta qualificada e do vínculo construído.

“[...] é o carinho, a persistência que eu tenho, estou sempre correndo por elas (gestantes), é a humanização, que leva eu ter essas pacientes comigo.” E17

“Está muito no teu trabalho, na tua observação, na tua vigília, do conhecimento que você aplicou, da tua doação. Elas (gestantes) te procuram muito por problemas psicológicos, quando estão depressivas [...]. Quando ela (gestante) vem na consulta e diz que vai abortar e você consegue reverter essa situação e nove meses depois, você ver a criança te olhando nos olhos [...]. A gente é cúmplice de muitas coisas que essas quatro paredes não revelam tudo.” E18

“Eu já tive várias respostas positivas, como: ‘- Ah, obrigada por você ter me atendido’ ou ‘Se você não tivesse falado sobre isso eu não teria feito’ [...] esse retorno não tem preço. O acolhimento, pode reduzir muito, acho que é o essencial o primordial. Eu penso assim, as pessoas que vem até elas (gestantes) são pessoas que não entendem, e se a gente (enfermeiro) conversar e orientar elas vão pelo menos ter acesso ao que fazer e do que não fazer [...].” E9

“Tudo o que a gente pode fazer, a gente faz por elas (gestantes), acho que só aí a gente está tentando reduzir. A gente faz tudo, eu sou a psicóloga, a médica, a enfermeira, a assistente social, eu sou a mãe. Então, a gente acaba se envolvendo na vida delas, é um vínculo muito grande, elas (gestantes) vêm desabafar dos problemas de casa e é muito grande a rede de cuidados que tem para se trabalhar.” E12

“É gratificante ver que elas (gestantes) vêm, que elas gostam, te aceitam como enfermeiras delas [...].” E20

Cuidados específicos do pré-natal

Nota-se que na ótica dos enfermeiros, são observados muitos dos cuidados estipulados pelas políticas públicas de saúde, quanto à saúde da mulher e mais especificamente à mulher no período gravídico puerperal e divulgados pelos órgãos governamentais, como o Ministério da Saúde. À exemplo disso tem-se o número de consultas de pré-natal, captação precoce das gestantes, redução do número de intercorrências, acesso a rede básica de saúde, assim como, de serviços especializados, realização de exames, atenção física e mental, atenção a sinais de depressão pós parto e infecção puerperal.

“[...] monitoramento das gestantes, [...] quando ela (gestante) começou (pré-natal), quantas consultas teve, se fez os testes rápidos, CP (exame citopatológico), qual a data prevista do parto e do puerpério [...]”. E2

“O número de consultas, a captação precoce que nosso número é alto, a redução do número de intercorrências.” E5

“Ficando atento a todos os sinais, principalmente a sinais de depressão pós-parto, infecção puerperal [...]” E8.

“Fazer as seis consultas e deixar abertura para o número de consultas que ela (gestante) precisa, com agendamento mensal, acesso a unidade, fazer os encaminhamentos que ela precisa. [...] buscar a questão vacinal [...] com certeza contribui bastante.” E15

“É uma boa atenção física e mental.” E16

“A realização de todos os exames do protocolo que seguimos [...]” E19

Discussão

O cuidado é uma prática intrínseca ao ser humano, todavia quando atrelado ao cuidado desempenhado pelo profissional de saúde, necessita ser realizado considerando a complexidade do ser humano, assim como, o ecossistema onde esse está inserido, suas relações e inter-relações, tendo em vista que o modo de pensar, agir e sentir de cada ser humano é influenciado e influencia o meio onde esse se encontra¹³. Nessa direção, ao analisar as ações que os enfermeiros realizam nas consultas de enfermagem no pré-natal às mulheres no período gravídico-puerperal faz-se necessário a compreensão do ecossistema em que estas mulheres estão inseridas.

Assim, quando nesse estudo, enfermeiros expressam a importância de identificar precocemente sinais ou fatores de risco, no intuito de prevenir possíveis complicações, denotam que estes profissionais consideram o espaço/ambiente onde a mulher está inserida, em como as especificidades relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal. Caso contrário, a não observância e reconhecimento, desses aspectos singulares, podem comprometer a efetividade e a integralidade do cuidado à saúde da mulher.

Este achado, corrobora com estudo realizado com 327 puérperas, em uma cidade localizada no estado de Minas Gerais, Brasil, cujo objetivo foi analisar a história gestacional e as características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas, onde o ato de prevenir, detectar precocemente e tratar possíveis intercorrências, foram ações realizadas pelos profissionais¹⁴. Conforme protocolos, o MS, PHPN e a Rede Cegonha, as gestantes devem ter suas condições clínicas e obstétricas frequentemente avaliadas para identificação precoce e adequada de situações que possam causar complicações ao desenvolvimento da gravidez e, quando necessário, devem ser encaminhadas para serviços especializados ou ao pré-natal de alto risco^{7,6,1,2}.

Nesse ínterim, segundo o paradigma ecossistêmico, enfermeiros ao abordar ações de cuidado clínico e obstétrico, de educação em saúde e de orientações para prevenir possíveis complicações maternas ou fetais, necessitam entender que apesar dessas ações estarem pautadas em um saber cientificamente comprovado, capaz de promover e apoiar a implementação de boas práticas à saúde da mulher, as mesmas não devem ser pontuais e fragmentadas. Dessa forma, a atenção à saúde da mulher precisa ser permeada por valores que ultrapassam o tratamento físico/biológico do processo saúde-doença-cuidado e incluir os fatores socioculturais, espirituais e ambientais ^{11,13}. Assim, tem-se a possibilidade de desencadear estratégias à construção de bases conceituais que possam sustentar o pensar e a maneira pela qual as pessoas interagem e se relacionam, como consequência de suas ações, ao buscar novos direcionamentos ao que anteriormente era estável ¹³.

Além disso, a realização de práticas subjetivas às mulheres no período gravídico- puerperal se constitui como dispositivo potente que imprime qualidade a atenção prestada. Neste estudo, os profissionais de enfermagem, utilizam de práticas humanizadoras que exigem dedicação e doação, bem como, o uso de tecnologias relacionais interativas, como o acolhimento, vínculo e humanização, o que corrobora com estudo realizado num centro de saúde de Angola, o qual evidenciou que a postura humanizada dos profissionais, o relacionamento interpessoal, o vínculo, o diálogo, a orientação e o acolhimento, foram ações realizadas pelos enfermeiros e reconhecidas pelas gestantes como elementos essenciais no cuidado ¹⁵.

Outro estudo realizado no estado do Espírito Santo (ES), Brasil, realizado com 83 enfermeiros atuantes em ESF na atenção ao pré-natal de risco habitual demonstrou que a prática do acolhimento, na construção do elo de confiança/vínculo, o diálogo, escuta ativa, saber ouvir, são ferramentas de cuidado que expressam o compromisso profissional. Aliadas ao conhecimento e a habilidade para o reconhecimento de situações de risco possibilitam mudanças de opiniões e a prevenção da mortalidade materna, corroborando com o presente estudo ¹⁶. Assim, um bom profissional necessita estar atento a questões subjetivas para entender que os fatores sociais, afetivos e espirituais repercutirão no desenvolvimento da gestação e também como essa mulher se vê e em como ela se sente diante das transformações relativas ao período gravídico-puerperal ¹⁷.

Em consonância, um estudo realizado na Colômbia evidência as necessidades das mulheres em relação ao acolhimento e controle do pré-natal realizado pelos enfermeiros, ao identificar a sua disposição em escutar seus sentimentos e anseios, ao mesmo tempo em que é

capaz de demonstrar compreensão e afeto, possibilitando a gestante maior motivação e comprometimento com o seu autocuidado ¹⁸.

As expectativas das mulheres em relação ao pré-natal, também expressam evidências num estudo realizado em Bangladesh, que destaca a boa interação e relacionamento entre gestantes e profissionais de saúde, no sentido de valorização da vida cotidiana das mulheres no seu ciclo gravídico e cuidados com a saúde, se configurando em ações estratégicas de alcance, de maior aderência ao pré-natal e satisfação deste público ¹⁹. Sendo assim, para um pré-natal de qualidade que possibilite resultados na prevenção da mortalidade materna, faz-se necessário a realização de ações que contemplem as dimensões bio-psico-sócio-espirituais do ser mulher, pois nenhum fenômeno/elemento pode ser entendido isoladamente ^{11,13}.

Logo, ainda que esses elementos indiquem humanização, integralidade e qualidade na atenção à saúde da mulher, há de se considerar que os modelos profissionais decorrem também de condutas técnicas ²⁰. O Ministério da Saúde ⁵, estabelece para o acompanhamento pré-natal a oferta de um conjunto de tecnologias voltadas ao controle de riscos, suporte e desenvolvimento físico-gestacional e à abordagem de problemas médico-obstétrico, que na consulta de enfermagem ao pré-natal, têm se constituído em protocolos assistenciais e que reforçam o privilégio dado às necessidades obstétricas, sem desconsiderar a humanização como referência para a assistência pré-natal ²¹.

O número de consultas pré-natal, captação precoce, realização de exames, testes rápidos, vacinação, bem como, a garantia do acesso aos serviços de saúde e prevenção de agravos à saúde materna, são ações de cuidado que contemplam a dimensão de fatores biológicos da gestação, as quais são imprescindíveis, possibilitam a detecção antecipada e o controle de complicações maternas e fetais, incluindo a prevenção da mortalidade materna. Logo, a abordagem destas necessidades, relatadas pelos participantes deste estudo e citadas em publicações científicas, é sabidamente importante para a saúde da mulher ^{14,20}.

No que tange a saúde materna, se faz necessário investir na mudança do modelo de atenção à saúde, onde o modelo reducionista e mecanicista dê espaço para uma visão do sistema de cuidado como um todo, ao incluir o aperfeiçoamento da equipe de saúde, a utilização de boas práticas, aprimoramento do uso de tecnologias e melhoria dos ambientes de trabalho. Nesse sentido, estudo ²² afirma que a oferta de uma assistência de qualidade, contribui positivamente nos desfechos maternos e nos indicadores de mortalidade materna. Assim, é indispensável conquistar melhores condições de sustentabilidade do ambiente/espço da vivência humana necessitando, para tanto, da execução de políticas públicas capazes de abarcar meios e estratégias, que favoreçam de fato, a qualidade dos

processos assistenciais, o que exige reconhecer o ser humano como ser integral, relacional, interativo, indissociável das especificidades do meio/ambiente ¹¹.

Ao avaliar os fatores contribuintes para o elevado índice de morte materna na África, pesquisadores identificaram que o fator de maior índice de insegurança no cuidado as mulheres e recém-nascidos estava relacionado à falta de organização dos serviços de saúde para implementar políticas, protocolos ou diretrizes ²³.

A organização dos cuidados de saúde à mulher no período gravídico-puerperal necessita contemplar as diferenças ambientais, geográficas, econômicas do ecossistema. Esse fato denota que ações de cuidado podem não ser adequadas para todas as populações, sendo importante considerar a singularidade de cada espaço, o que colabora com estudo realizado nas províncias Hebei e Jiangsu na China, que identificou necessidades de cuidado distintas ²⁴.

Sob este enfoque, a enfermagem como disciplina insere-se no contexto ecossistêmico, preconizando práticas inter-relacionais que colaborem para que o enfermeiro seja um agente promotor de saúde, no cuidado à mulher no período gravídico-puerperal. O conjunto de elementos que constituem o ecossistema pode construir, redes de cooperação e de interligação, no intuito de otimizar o trabalho da enfermagem e, com isso, corroborar para ações em saúde, de modo a viabilizar a sustentabilidade e o alcance de resultados positivos na prevenção de complicações e de mortes maternas ¹¹.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de doutorado para Juliane Scarton.

Colaborações

Os autores deste artigo declaram que contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, análise e interpretação dos dados e aprovação da versão final a ser publicada.

Conclusão

Os resultados revelam significativas ações de cuidado de uma categoria profissional que visa melhorar a qualidade do cuidado prestado à mulher no período gravídico-puerperal. Contemplam ações de protocolos assistenciais, como pautadas pelo Ministério da Saúde. Acompanhamento periódico nas consultas de pré-natal para a identificação de sinais ou fatores de risco e atuação precoce. Garantia do acesso ao serviço de saúde, encaminhamento

para avaliação hospitalar ou para acompanhamento no pré-natal de alto risco, captação precoce, número recomendado de consultas, realização de exames, vacinação, cuidados direcionados ao período puerperal, assim como, a realização de condutas humanizadoras como o acolhimento, vínculo, escuta.

Ao analisar a conjuntura dos relatos dos enfermeiros, os mesmos contemplam ações de cuidado no pré-natal, que abordam fatores biológicos e subjetivos do viver e do ser mulher. Tal fato vai ao encontro da perspectiva ecossistêmica, ao contemplar nas ações de cuidado especificidades e singularidades do ambiente de cada mulher para o alcance de resultados na prevenção de mortes maternas.

Os avanços e benefícios decorrentes deste estudo para a área da enfermagem, contemplam visualizar com base na perspectiva ecossistêmica, a ampliação da prática clínica do enfermeiro no pré-natal, bem como, a autonomia, o cuidado humanizado e o conhecimento deste profissional aplicado à mulher, visando a prevenção de complicações de mortes maternas. Este estudo apresenta significativas ações de cuidado preventivas as mortes maternas e revela ações que possibilitam ser aplicadas pelos enfermeiros em outros espaços, desde que, se considere para isso, a singularidade de cada ecossistema.

O estudo apresenta subsídios significativos que representam avanços importantes na área de conhecimento relativo à mulher no período-gravídico, especialmente ao propor inserir o saber relativo ao ecossistema que envolve as relações e influências mútuas entre todos os elementos que constituem o ambiente no qual o ser humano vive e é um de seus elementos.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. Brasília; 2011.[citado 2019 set. 24]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia – Apice On. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

4. Mascarenhas PM, Silva GR, Reis TT, Casotti CA, Nery AA. Analysis of maternal mortality. Rev enferm UFPE on line. 2017 [cited 2019 sep 24];11(11):4653-62. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/231206/25208>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica nº32: Atenção ao pré-natal de baixo risco[Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [citado 2019 set. 24]. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIwOQ>
6. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016 [acesso em 2019 dez 05]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1>
7. Ministério da Saúde (BR). Instituto Sírio Libanês de ensino e pesquisa. Protocolos da atenção básica: saúde da mulher. Brasília (DF) MS, 2016.
8. United Nations. Sustainable Development Goals. New York: United Nations; 2015. [cited 2019 sep 24]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org>.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018
10. World Health Organization, World Bank, United Nations Population Fund & United Nations Children's Fund UNICEF. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010: WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates. Geneva: WHO; 2012. [cited 2019 sep 24]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44874>
11. Siqueira HCH, Thurow MRB, Paula SF, Zamberlan C, Medeiros AC, Cecagno D, et al. Health of human being in the ecosystem perspective. Rev enferm UFPE on line. 2018[cited 2019 sep 24];12(2):559-64. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25069p559-564-2018>
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
13. Zamberlan C, Paula SF, Siqueira HCH, Dirce Stein Backes DS, Ventura J. Guidance for children of fathers/mothers with heart disease: possibilities and approaches. Rev enferm UERJ on line. 2018[cited 2019 sep 24];26:e28057. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.28057>
14. Santos LAV, Lara MO, Lima RCR, Lima RCR, Rocha AF, Rocha EM, et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2018[citado 2019 set 24];23(2):617-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.10962016> .
15. Simão AMS, Santos JLG, Erdmann AL, Mello ALSF, Backes MTS, Magalhães ALP. Management of prenatal nursing care at a Health Center in Angola. Rev Bras Enferm

[Internet]. 2019 [cited 2019 sep 24];72(Suppl1):136-43.doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0685>.

116. Gonçalves ID, Kowalski ISG, Sá AC. Low-risk antenatal care: family health strategy nurses' attitudes. *Rev enferm UERJ on line*. 2016[cited 2019 sep 24];24(6):e18736. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.18736>.

17. Silva LA, Alves VH, Rodrigues DP; Santos MV; Guerra JVV; Marchiori GRS. Prenatal care: a value in question. *Cogitare enferm* [internet]. 2017 [cited 2019 sep 24]; (22)2:e49548. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49548>

18. Hernández-Betancur AM, Vásquez-Truissi ML. El cuidado Enfermería comprometido: Morot en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Univ salud*[internet]. 2015[cited 2019 sep 24];17(1):80-96. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072015000100008&lng=es.

19. Rahman A, Leppard M, Rashid S, Jahan N, Nasreen HE. Community perceptions of behaviour change communication interventions of the maternal neonatal and child health programme in rural Bangladesh: an exploratory study. *BMC health serv res*[internet]. 2016 [cited 2019 sep 24];16(a):389. doi: [10.1186/s12913-016-1632-y](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1632-y).

20. Campagnoli M, Silva CP, Resende RCP. Atendimento de pré-natal na estratégia saúde da família: a singularidade da assistência de enfermagem. *Nursing (São Paulo)*. 2019 abr [citado 2019 set 24]; 22(251):2915-20. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/251/pg100.pdf>.

21. Miranda EF; Silva AMN; Mandú ENT. Abordagem de necessidades de saúde pelo enfermeiro na consulta pré-natal / Approaching health needs by nurse in prenatal consultation. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2018 [citado em 2019 sep 24];10(2):524-33. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.524-533>.

22. Jacob LMS, Mafetoni RR, Figueira MCS, Lopes MHBM, Shimo AKK. Educational actions for preventing pregnancy-related complications. *Revista Enfermagem Atual*[internet]. 2019[cited 2019 sep 24]; 87(25);1-9. Available from: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/197/357>.

23. Madzimbamuto FD, Ray SC, Mogobe KD, Ramogola- Masire, D, Phillips R, Haverkamp M, Mokotedi M, Motana M. A root-cause analysis of maternal deaths in Botswana: towards developing a culture of patient safety and quality improvement. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Jul 16;14:231

19. Zhao X, Jiang X, Zhu J, Li G, He X, Ma F, et al. Factors influencing the quality of preconception healthcare in China: applying a preconceptional instrument to assess healthcare needs. *BMC pregnancy childbirth*[Internet]. 2014 [cited 2019 sep 24]; 14:360. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-360>.

7. MORTES MATERNAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA: SÍNTESE REFLEXIVA

Apresenta-se, no capítulo a seguir, uma síntese reflexiva a respeito da pesquisa sobre mortes maternas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro na prevenção da mortalidade materna, na perspectiva ecossistêmica, no município do Rio Grande. Assinala-se o percurso empreendido, bem como, a eleição do ponto norteador dessa pesquisa que se centrou na teoria e filosofia do Pensamento Ecossistêmico e, como tal, considerou o município do Rio Grande como o ecossistema, no qual ocorreram, entre 2013 a 2017 nove mortes maternas.

Nessa ótica, é possível compreender o município como uma totalidade, formado por elementos bióticos (vivos) e abióticos (não vivos) que se relacionam entre si, influenciam-se mutuamente e imprimem características singulares a esse espaço/ambiente/ecossistema. Sendo assim, a escolha do espaço do ecossistema do Rio Grande, apoiou-se em Prigogine (2002), que pondera que as escolhas são consideradas importantes para a construção do futuro de um universo físico e de uma sociedade humana rigorosamente imprevisível. Por conseguinte, considerar a mortalidade materna como algo inesperado em um espaço instável, com características próprias, mas, muitas vezes, controlável, possibilita o enfrentamento de desafios peculiares deste espaço e pode permitir a visualizar estratégias para prevenção desse fenômeno descabido, inaceitável e inoportuno em pleno século XXI.

Ao mesmo tempo, a escolha recaiu sobre esse espaço porque como doutoranda de uma Universidade Federal, a qual se insere neste espaço, e que possui como filosofia institucional o referencial ecossistêmico, sinto-me no dever de retribuir com esta tese, frente às necessidades do ecossistema em estudo, de forma especial, a mortalidade materna. A opção dessa Instituição em eleger a filosofia ecossistêmica encontra-se ancorada na Resolução nº 014/87, do Conselho Universitário (CONSUN) da FURG, que aprovou e definiu a Filosofia e Política para essa Universidade. Mediante essa escolha e aceção a Universidade assume como vocação institucional o Ecossistema Costeiro Marítimo, que orientará as atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Ainda, como membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: “Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde” (GEES), as discussões ecossistêmicas sempre se fizeram e fazem presentes, por meio de leituras, reflexões, troca de experiências e vivências, elaboração de artigos, apresentação de trabalhos, entre outros. Quanto à aplicabilidade do Pensamento

Ecossistêmico, esse encontra espaço nos diversos campos de conhecimento e, especialmente, no da enfermagem e saúde, resultando no incentivo e no alicerce para fundamentar as teses dos doutorandos orientados pela líder desse Grupo de pesquisa.

Ressalta-se que a tese em pauta: Mortes maternas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro na prevenção da mortalidade materna numa cidade ao sul do Brasil: perspectiva ecossistêmica, faz parte de um projeto maior, intitulado “Ecossistema em Enfermagem/saúde”, o qual visa desenvolver pesquisas na enfermagem/saúde, com base no paradigma ecossistêmico em âmbito nacional e internacional.

Do mesmo modo, no intuito de manter a coerência entre o Programa de Pós-graduação em Enfermagem e a Escola de Enfermagem da FURG, bem como, de seguir a Missão institucional de “promover o avanço do conhecimento e a educação plena com excelência, formando profissionais capazes de contribuir para o desenvolvimento humano e a melhoria da qualidade socioambiental” (PPI/Furg 2019-2022, p.11), o referencial ecossistêmico, sustenta o presente estudo, possibilitando uma nova visão na compreensão do fenômeno em estudo ao dedicar-se a analisar o processo das inter-relações entre os elementos que constituem o ambiente/espço desse trabalho.

A relevância desta tese está em colaborar na construção do conhecimento por meio da busca de estratégias capazes de possibilitar a prevenção da mortalidade materna. Verificou-se que a prática do exercício crítico e reflexivo das condutas pessoais e individuais, sociais e políticas tornam-se indissociáveis ao tema em estudo, pois a saúde da população é também o reflexo da co-responsabilização desta, e pelo modo como cada um pode influenciar na harmonia ou desarmonia do ecossistema no qual se encontra inserido. A co-participação de cada um exerce interdependência, inter-relações e influências mútuas entre todos os que fazem parte do ecossistema no qual vive, atua, recebe cuidados e se insere. Ninguém vive, trabalha e se desenvolve sozinho, mas interligado com todos os elementos, bióticos e abióticos que fazem parte do seu ecossistema.

A temática da mortalidade materna foi eleita para a presente investigação por fazer parte das minhas inquietações profissionais como enfermeira e, por ser um problema de saúde pública que desafia as políticas públicas de saúde, órgãos responsáveis pela construção de estratégias/políticas e a população como um todo.

Nesse ínterim, ao contemplar essa problemática, considerando os elementos constituintes do ecossistema e os princípios das relações, inter-relações, interconexões, influências mútuas, considera-se que o todo é integrado e interdependente, o qual possui uma visão de totalidade. Assim, acredita-se que, ao conhecer as especificidades do ecossistema,

surge a possibilidade de conhecer as estratégias necessárias para a prevenção da mortalidade materna nesse espaço/ambiente em estudo.

Para Prigogine (2009), a ciência está numa fase de transição exigindo novos instrumentos, novas visões sobre o espaço e o tempo, onde a totalidade é maior que a soma das suas partes e, assim, as leis da natureza não se referem mais a certezas, mas sim, a possibilidades. As certezas somente se encontram em um mundo estável. Assim, em ambientes instáveis, a forma como os elementos do ecossistema se relacionam possibilitam compreender as influências que as partes exercem entre si. Essas relações e inter-relações geram flutuações com possibilidades de bifurcações/caminhos, capazes de transformar o todo e fornecer dados aos gestores do município, enfermeiros e demais profissionais da saúde para o direcionamento de ações apropriadas para as demandas emergentes deste espaço (PRIGOGINE, 2009; CAPRA e LUISI, 2014, SIQUEIRA et. al., 2018).

Nesse sentido, ao longo da pesquisa buscou-se comprovar a **Tese**: As estratégias utilizadas pelo enfermeiro para prevenir a mortalidade materna, na perspectiva ecossistêmica, possibilitam a prevenção e redução dessa mortalidade; e responder ao **objetivo geral**: Investigar o perfil da mortalidade materna e as estratégias utilizadas pelo enfermeiro, para preveni-la, na perspectiva ecossistêmica.

Ao longo da busca da concretização da proposta da pesquisa alcancei elucidar os objetivos, questão norteadora e a Tese e, assim, considero que o caminho traçado correspondeu à expectativa da pesquisa. O percurso metodológico traçado auxiliou a subsidiar o estudo e mostrou-se satisfatório, mesmo com a necessidade de ajustes na coleta de dados da pesquisa documental nas fichas de investigação da SMS. Os dados alcançados apresentaram alguns vazios e incompletudes e por isso optou-se em incluir duas instituições hospitalares do município, as quais prestaram atendimento às mulheres falecidas. para complementar dados por meio da busca nos prontuários das nove mulheres falecidas no período de 2013 a 2017.

Essa conduta tornou-se necessária, pois possibilitou o alcance de informações e o enriquecimento dos dados referente ao perfil das mortes maternas. Considero que a não adequação do método, poderia ter fragilizado e comprometido os dados referentes ao perfil da mortalidade. A entrevista semiestruturada, realizada com os enfermeiros das UBS do município, revelou diferentes estratégias utilizadas na prevenção das mortes maternas, bem como, potencialidades, dificuldades, necessidades de mudança, preocupações e anseios desta categoria profissional, frente ao cuidado pré-natal e a rede de serviços que prestam assistência a esse público.

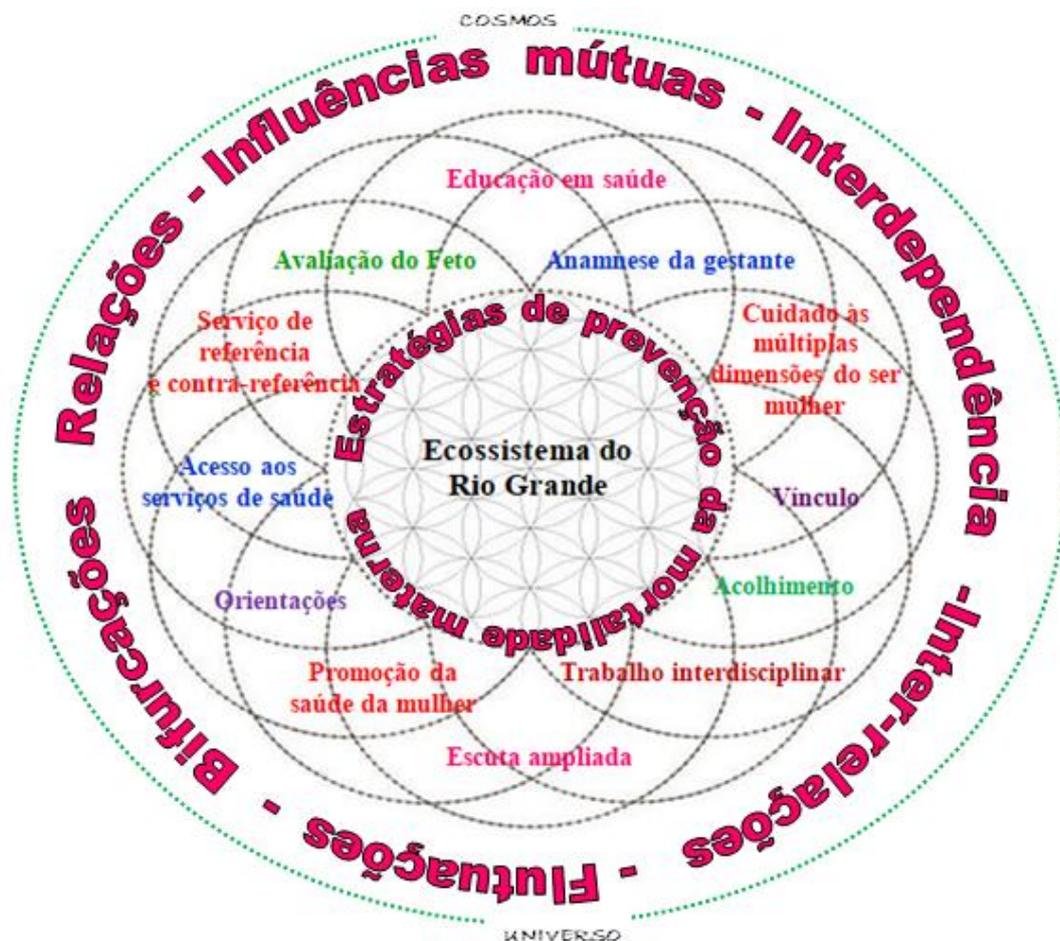
A utilização do método da Análise de Conteúdo de Bardin (2011) para a análise dos dados permitiu contemplar a questão norteadora da pesquisa, os objetivos e, por conseguinte a Tese. Este método, associado ao referencial teórico, possibilitou construir e discutir o perfil da mortalidade materna e as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para preveni-la no ecossistema do Rio Grande, o que resultou em aspectos importantes que serão destacados a seguir em cinco categorias.

Ao analisar a relação entre os elementos do ecossistema, identificou-se a primeira categoria **Perfil das mortes maternas** e das seguintes subcategorias: “*Perfil sociodemográfico das mulheres que foram a óbito materno; Perfil da assistência pré-natal em relação às mortes maternas; Perfil da assistência ao parto/aborto em relação as mortes maternas; Perfil da Internação da mulher durante o evento que levou a morte materna*”. O perfil das mortes maternas é influenciado pelo contexto ecossistêmico em que as mulheres no período gravídico-puerperal estavam inseridas. Assim, a rede de relações entre essa e demais elementos do ecossistema, quando em desequilíbrio, ocasiona instabilidades que podem repercutir na forma de acesso e acessibilidade a rede de serviços à saúde, exposição a fatores de risco, desenvolvimento de doenças, no modo de viver, de cuidar de si, gerando um grupo susceptível à complicações maternas.

Do mesmo modo, a segunda categoria, **Perfil sócio-demográfico e funcional dos enfermeiros**, desvelam que esse perfil influencia no modo como a consulta de pré-natal é realizada o que pode ser visualizado pela forma como ocorrem às relações entre usuárias/enfermeiros, pelo grau de conhecimento territorial, bem como das demandas de atenção de determinada população, inserção sociopolítica, qualificação e atualização profissional, entre outros. Logo, determinado perfil pode influenciar no modo como as mulheres acessam os serviços de saúde, na construção de vínculo, nas condições de saúde, e de doenças deste público. Assim, para compreender esses aspectos é necessário conhecer o ambiente onde o ser humano vive, trabalha e se desenvolve, tornando possível a construção da sustentabilidade de todos os que participam deste meio (SIQUEIRA, et. al., 2018).

O conhecimento construído neste estudo, permitiu conhecer as principais estratégias realizadas pelos enfermeiros nas consultas de enfermagem no pré-natal que possibilitam a prevenção da mortalidade materna, no ecossistema do Rio Grande, as quais podem ser visualizadas na Figura 7.

Figura 7 – Estratégias de prevenção da mortalidade materna no ecossistema de Rio Grande



Fonte: Dados da pesquisa organizados por Scarton e Siqueira (2019).

As estratégias de prevenção da mortalidade materna estão discutidas de forma mais detalhada na terceira categoria, “**Estratégias educativas e de orientações**” com as subcategorias “*Grupo de gestantes; sinais e fatores de risco na gestação; parto vaginal e parto cesárea; métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto*”. Demonstram que tais estratégias são valiosas à mulher, pois possibilitaram promover a sua saúde, seu conhecimento, reconhecer possíveis sinais de risco, reduzir intervenções desnecessárias no momento do parto, e que esta vivencie a possibilidade de uma gravidez, parto e puerpério saudáveis.

Assim, quando a mulher passa a ser incluída e considerada como possuinte/protagonista e responsável pelo seu período gravídico-puerperal, como elemento do ecossistema, surge a possibilidade de soluções para as diferentes questões relacionadas à mortalidade materna, pois os elementos se inter-relacionam para conformar um sistema

dinâmico e, portanto complexo. Essa complexidade apresentada, não está mais amparada em situações simplificadas, mas “permite que se viva a criatividade humana como expressão singular de um traço fundamental comum a todos os níveis da natureza” (PRIGOGINE, 2011 p. 14).

Por outro lado, foram relatadas dificuldades na realização de ações educativas no grupo de gestantes: carência de infraestrutura física, sala disponível para realização do grupo, recursos humanos para realização da atividade, falta de horário disponível, alta demanda de serviços por parte do enfermeiro e a baixa adesão das mulheres nas atividades dos grupos. Nas orientações sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, os enfermeiros também relataram falta de atualização, carência de domínio e propriedade para falar sobre o tema, bem como, desconhecimento da realidade intra-hospitalar, gerando desconforto e receio por parte das enfermeiras.

Em um sistema instável, ao realizar ações educativas e preventivas às mulheres, no intuito de prevenir a mortalidade materna, as perturbações podem ocasionar ao sistema um novo estado de ordem e desordem. Visto que, na instabilidade, outros eventos podem acontecer, gerando ordem. Dessa forma, gera-se a oportunidade de alcançar resultados expressivos frente às necessidades emergentes do ecossistema (PRIGOGINE, 2009).

A quarta categoria “*O realizar da consulta de enfermagem no pré-natal*” foram atribuídas as seguintes subcategorias “*assiduidade das mulheres nas consultas de enfermagem ao pré-natal; acesso e acessibilidade ao pré-natal; encaminhamento das gestantes para outros serviços*” denotam que, nas consultas de pré-natal as mulheres são assíduas, sendo a criação do vínculo uma estratégia para isto. Porém, mulheres usuárias de drogas ou em situação de vulnerabilidade social apresentam menor assiduidade. Quanto ao acesso das mulheres ao pré-natal, os enfermeiros atuam de modo a facilitar o agendamento e a realização das consultas, considerando também, o importante papel desempenhado pelos ACS, na busca ativa, tanto nas consultas de pré-natal como no puerpério.

Para a acessibilidade das mulheres ao pré-natal, o município conta com transporte interurbano, oferecendo acessibilidade a uma parcela da população. Um menor grupo de mulheres enfrenta dificuldades quanto à distância geográfica entre unidades de saúde e alguns domicílios. Essa dificuldade econômica refere-se à disposição de transporte público, assim como, a residir no interior do município em área que não dispõe deste meio. Sendo assim, uma parcela das mulheres enfrentam barreiras para chegar aos serviços de saúde do município.

Outras dificuldades relatadas pelos enfermeiros referem-se ao encaminhamento das gestantes para outros serviços de saúde, necessárias em algumas circunstâncias, como nas complicações obstétricas encaminhadas aos hospitais, trabalho de parto e parto, pré-natal de alto risco. Os relatos evidenciam casos de morosidade no agendamento das consultas no pré-natal de alto risco, déficit na comunicação/relação entre os serviços de saúde, desvalorização da avaliação e do encaminhamento referenciado pelo profissional da UBS ao hospital, bem como, carência da contra-referência acerca do atendimento prestado no hospital à UBS.

Considerando que um ecossistema é uma rede formada por várias redes dinâmicas e interligada entre si e as relações entre os serviços constituintes da rede precisam comunicar-se para conseguir atender os usuários com eficiência e eficácia. As redes, representadas como metáforas, podem ser entendidas como o padrão de organização dos serviços ofertados para atender as necessidades das mulheres no período gravídico puerperal. Partindo dessa acepção, cada sistema vivo pode ser entendido como uma rede que interage com outros sistemas (redes) por meio de relações, influências mútuas, interdependências, ou seja, são redes dentro de outras redes formando redes maiores. (CAPRA; LUISI, 2014).

Essa percepção conduz a uma nova estrutura para analisar o pré-natal no ecossistema de Rio Grande porque ao percebê-lo em forma de rede essa, constantemente se transforma por meio das relações dinâmicas que nela interferem e influenciam. Assim, cada nível de atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, seja primária, de média e alta complexidade, objetiva assegurar a melhoria da saúde desta população. Desse modo, ao vislumbrar o ecossistema do Rio Grande, como uma rede, nota-se que o serviço desempenhado em um hospital, UBS, ou serviço especializado, dentre outros, possuem equivalência no grau de importância na rede de atenção à saúde da mulher, pois cada serviço desempenha funções/papeis singulares para necessidades singulares, os quais dependem da efetividade de cada componente serviço e profissional da rede.

A percepção ecossistêmica possibilita conhecer e identificar o ambiente, as relações dos setores e seus serviços e ações que contribuem para atender a demanda produzida na assistência no período gravídico-puerperal. A visão sistêmica, com os princípios da interdependência, inter-relação e complementaridade, inclui compreender as complexas dimensões que envolvem os interesses das diferentes partes que compõem a rede de produção em saúde. Assim, para obter os resultados esperados é necessário entender que um serviço depende de outros, influencia e sofre influências, mostrando a importância da integração institucional, setorial, multiprofissional e interdisciplinar (SIQUEIRA, 2001).

A quinta categoria “**Estratégias realizadas, ações e resultados alcançados no pré-natal**” e as subcategorias “*consulta de puerpério; ações realizadas que possibilitam a prevenção da mortalidade materna; e, resultados alcançados nas consultas de pré-natal*”, indicam que os enfermeiros utilizam de oportunidades para concretização da consulta de puerpério, como a consulta de puericultura e o teste do pezinho. A utilização do contato telefônico e do whatsapp, são ferramentas utilizadas pelos enfermeiros deste estudo e que auxiliam para remarcar consultas nas UBS que não possuem ACS. Porém, o retorno da mulher para a consulta de puerpério ainda apresenta barreiras, como pouca adesão destas, restrição ao uso de telefone da UBS a ligações para telefone fixo o que dificulta a comunicação, bem como, número reduzido de ACS para suprir as demandas de serviço de algumas unidades.

A organização dos cuidados de saúde à mulher no período gravídico-puerperal necessita contemplar as diferenças ambientais, geográficas, econômicas do ecossistema. Observa-se no ecossistema em estudo, a necessidade iminente de aperfeiçoar a articulação/conexão entre seus elementos, pois o pré-natal necessita ser visualizado de forma sistêmica. As ações estratégicas para prevenção da mortalidade materna, necessitam acontecer em redes, as quais se produzem, se tecem e se complementam de forma energética entre os elementos que integram a rede de relações no cuidado pré-natal, e assim, geram a possibilidade de alcançar a qualidade aos processos assistenciais e resultados almejados.

Assinala-se que a pesquisa demonstrou que as ações realizadas pelos enfermeiros no pré-natal contemplam, o cuidado biológico, educação em saúde, orientações, olhar atento as necessidades individuais de cada mulher, uso de tecnologias relacionais como vínculo, acolhimento, escuta ampliada, diálogo e de estratégias que possibilitam realizar a promoção da saúde da mulher, capacitando-as para o auto-cuidado. Os resultados alcançados que possibilitam a prevenção da mortalidade materna contemplaram, a identificação de sinais ou fatores de risco e atuação precoce por meio de encaminhamentos, orientações, educação em saúde, uso de condutas humanizadoras.

Desse modo, para que haja equilíbrio dinâmico no ecossistema, são necessárias ações integradas que objetivem mudanças graduais no modo de pensar e agir das mulheres que vivenciam o período gravídico-puerperal (SIQUEIRA, et. al., 2018). Nessa acepção, pondera-se a necessidade de mudança de paradigma do cuidado, o qual necessita abandonar o modelo linear e mecanicista, centrado na doença, para vislumbrar o ser humano em sua totalidade, subjetividade e necessidades.

Em síntese, ao finalizar esta Tese, conclui-se que diversas são as tentativas nacionais e internacionais, realizadas no intuito de evoluir, positivamente, no contexto da mortalidade materna. Nesse sentido a saúde da mulher vem recebendo olhares crescentes de políticas públicas que abarcam as diferentes fases da vida da mulher. O PHPN (2002) e a Rede Cegonha (2011a) são exemplos de programas, recentes, mas que expressam o progresso e a preocupação social e política de ofertar melhores condições de assistência à saúde desse público, nos diferentes ambientes/espacos do País.

Os avanços são inegáveis e numerosos são os esforços. Porém, chegamos a um patamar onde, provavelmente, a maior complexidade, seja de fato, romper com as barreiras que dificultam a real implementação dos programas e políticas e demais ações estratégias voltadas à saúde da mulher no período gravídico-puerperal. Haja visto que, frente a esses avanços, mulheres, atualmente, ainda morrem devido a dificuldade de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, inadequado acompanhamento pré-natal, parto e puerpério, morosidade nos atendimentos, tratamento incorreto, negligências, dentre outros, apontados nesse trabalho.

Adverte-se que, em pleno século XXI, período de grandes avanços tecnológicos, mulheres continuam morrendo durante o período gravídico-puerperal, por causas, muitas vezes, passíveis de prevenção. Para ultrapassar as barreiras, considera-se necessário visualizar as relações dos diferentes espaços onde as mulheres estão inseridas, como redes interligadas entre si, que se influenciam mutuamente e dependem da co-responsabilização e do empenho social, político, administrativo de todos os elementos participantes desse ecossistema, os quais precisam melhorar as relações entre si e efetivamente participar no cumprimento do cuidado à mulher no período gravídico puerperal. Assim, pontua-se que as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para prevenir a mortalidade materna, na perspectiva ecossistêmica, possibilitam a prevenção e redução dessa mortalidade, confirmando a Tese em estudo.

REFERÊNCIAS

ALVES, S.V.; ANTUNES, M.B.C. Morte por causas externas durante o período gravídico-puerperal: como classificá-las. **Cad Saúde Coletiva**.v.17 n.3. p.743-64, 2009.

ANDRADE, A.L. et al. **Pensamento Sistêmico: caderno de campo: o desafio da mudança sustentada nas organizações e na sociedade**. Porto Alegre (RS): Bookman; 2006.

BARBASTEFANO, P.S.; VARGENS, O.M.C. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. **RevBrasEnferm**, Brasília. v.62, n.2, p.278-82, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.

BERTALANFFY, L. **Teoria geral dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília (DF); Ministério da Saúde. 1984

_____ **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília (DF); 1988.

_____ **Assistência ao parto normal: um guia prático**.Relatório de um grupo técnico.Genebra: OMS; 1996.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília (DF); Ministério da Saúde. 2004a.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília (DF); Ministério da Saúde. 2004b.

_____Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010a.

_____ Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010b.

_____ Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas área técnica de saúde da mulher. **Rede Cegonha: diretrizes gerais e operacionais**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011a.

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

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012a.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012b.

_____ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466/2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012c.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia – Apice On**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018.

CAPRA, F. **O ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix; 2001.

CAPRA, F. **As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável**. São Paulo: Cultrix, 2002.

CAPRA, F. **A teia da vida**. 13ª Ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

CAPRA, F.; LUISI, P.L. **A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. São Paulo: Cultrix, 2014.

CARRENO, I.; BONILHA, A.L.L.; COSTA, J.S.D. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. **Revbrasepidemiol**. v.15 n.2.p. 396-406, 2012.

CARVALHO, L.K.C.A.A. et al. Caracterização dos óbitos maternos num município nordestino brasileiro. **Rev enferm UFPE online**. v.10 (Supl. 2).p.714-19, 2016.

CHOLA, L. Cost and impact of scaling up interventions to save lives of mothers and children: taking South Africa closer to MDGs 4 and 5. **Glob Health Action**.v.8., 2015.

CORREIA, R.A. et al. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). **RevBrasEnferm**. v.64 n.1. p. 91-7, 2011.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2015. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?novapop/cnv/popbr.def> .Acesso em:12/06/19.

DIAS, J.M.G. et al. Mortalidade materna. **Ver Med Minas Gerais**. v.25.173-9, 2015.

FERRAZA, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.36 n.2.p.527-38, 2012.

FURG. Projeto Pedagógico Institucional - PPI 2011-2022. https://pdi.furg.br/images/PDI_2019-2022_-_21052019.pdf

HÖGBERG, U.; WALL, S.; BROSTRÖM, G. The impact of early medical technology on maternal mortality in late 19th century Sweden. **Int J Gynaecol Obstet.**v.24 n.4, p. 251-61, 1986.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431560&search=rio-grande-do-sul/rio-grande>. Acesso em: 21/09/17.

KASSEBAUM, N.J. et al. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **Europe PMC.** 2017.

KAUR, H.; KAUR, S.; SINGH, S. Trends in Maternal Mortality Ratio in a Tertiary Referral Hospital and the Effects of Various Maternity Schemes on It. **J Família Reprod Saúde.**v.9 n.2. p.89-92, 2015.

KIFLE, D. et al. Maternal health service seeking behaviors and associated factors among women in the rural district of Haramaya, Eastern Ethiopia: a cross-sectional, community-based study. **Reprod Health.** v. 14, n. 6, 2017.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde.** v.3 n.1, p.48-70, 2001.

LEAL, M.C., et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cad Saúde Pública.**v.30 n.1.p.17-4, 2014.

LEITE, R.M.B. et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública.** v.27 n.10. p.1977-85, 2011.

LILJESTRAND, J.; SAMBATHB, M.R. Socio-economic improvements and health system strengthening of maternity care are contributing to maternal mortality reduction in Cambodia. **Reproductive Health Matters.** v.20 n.39. p.62-72, 2012.

LIMA, D.R. Análise dos fatores intervenientes da mortalidade materna. **Enfermagem Obstétrica Rio de Janeiro.** v.3 n.25, 2016.

MENEZES, M.L.N.; BEZERRA, J.F.O.; BEZERRA, J.F.O. Perfil epidemiológico dos óbitos maternos em hospital de referência para gestação de alto risco. **Rev Rene.** v. 16 n.5.p.714-21, 2015.

MARTINS ACS, SILVA LS. Epidemiological profile of maternal mortality. **Rev Bras Enferm.** v.71(Suppl 1):677-83.2018.

MORSE, M.L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos. **Cad. Saúde Pública.** v.27 n.4. p.623-38, 2011.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** São Paulo: Universidade de São Paulo; 1995.

_____ **Strategies toward reducing preventable maternal mortality.** Genebra, WHO, 2015.

_____ **The world health report 2005: Make every mother and child count.** Geneva, Switzerland: WHO, 2005.

_____ **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010:** Geneva, WHO; 2012.

ONU. Organization United Nations. **The Millennium Development Goals Report 2014.** New York: United Nations; 2014.

_____ **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** New York: United Nations; 2015.

PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H. **Cuidado humano frente ao modelo biomédico e na perspectiva do modelo da promoção da saúde.** In: Cuidado Humano Plural. Rio Grande: Editora da FURG, 2008.p. 43-57.

PRIGOGINE, I. **Ciência, razão e paixão.** São Paulo: Livraria da Física; 2009.

PRIGOGINE, I. **O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza.** São Paulo: UNESP, 2011.

RAHMAN, B.M., DAVANZO, J., RAZZAQUE, A. Pregnancy Termination in Matlab, Bangladesh: Maternal Mortality Risks Associated with Menstrual Regulation and Abortion. **Int Perspect Sex Reprod Health.** v.40 n.3.p. 108–118, 2014.

REIS, L.G.C.R.; PEPE, V.L.E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** v.21 n.3.p. 1139-59, 2011.

SANTOS, M.C.S.; SIQUEIRA, H.C.H.; SILVA, J.R. Saúde Coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ações do enfermeiro. **Rev. Gaucha de Enferm.** v.30.p. 437-444, 2009.

SENGE, P. M. **A Quinta Disciplina.** 25^a. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2009.

SIQUEIRA, H.C.H. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar:** um novo modo de pensar e agir. 2001. 176 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2001.

SIQUEIRA, H.C.H. et al. Health of human being in the ecosystem perspective. **J Nurs UFPE on line.** Recife. V.12(2):559-64.2018

SOARES, V.M.N. et al. Causes of maternal mortality according to levels of hospital complexity. **Ver Bras Ginecol Obstet.** v.34 n.12. p.536-43, 2012.

SOUZA, J.P. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Rer Bras Ginecol Obstet.** v.35 n.12. p.533-5, 2013.

SOUZA, J.P. et al. Obstetric Transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. **BJOG.** In press 2014.

TAYLER-SMITH, K. et al. Achieving the Millennium Development Goal of reducing maternal mortality in rural Africa: an experience from Burundi. **European Journal.** v.18 n.2. p.166–174, 2013.

THUROW, MRB. **Ações do Enfermeiro nos serviços que integram a Rede Cegonha na Perspectiva Ecológica.** 2016. 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande.

TRONCON, J.K. et al. Maternal mortality in a reference center in the Brazilian Southeast. **Ver Bras Ginecol Obstet.** v.35 n.9. p.388-93, 2013.

VERAS, T.C.S.; MATHIAS, T.A.F. Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos. **Ver Esc Enferm USP.** v.48 n.3.p. 401-8, 2014.

WHEATLEY, J.M. **Liderança e a Nova Ciência.** São Paulo (SP): Cultrix; 2006.

ZAMBERLAN, C. et al. Qualidade de vida, salud y enfermería em la perspectiva ecosistémica. **Enfermería Global**, v.10, p.1-7, 2010.

ZAMBERLAN C.; MEDEIROS A.C.; SVALDI J.D.; SIQUEIRA H.C.H. Ambiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico. **Rev Bras Enferm**, Brasília. v.66(4): 603-6.2013

APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO PARA PESQUISA DOCUMENTAL

1 - Perfil sócio-demográfico

- 1.1 Idade:
- 1.2 Raça/cor:
- 1.3 Estado civil:
- 1.4 Residia na área () Urbana () Rural
- 1.5 Ocupação/profissão:
- 1.6 Tipo de seguro de saúde () SUS () Convênio () Particular
- 1.7 Escolaridade
- 1.8 Ano do óbito:

2 - Perfil clínico:

2.1 Assistência pré-natal

- 2.1.1 Realizou pré-natal: () Sim () Não
- 2.1.2 Idade gestacional da primeira consulta:
- 2.1.3 Número de consultas pré-natal:
- 2.1.4 Já esteve grávida antes deste bebê: () Sim () Não
- 2.1.5 Número de gestações (inclusive essa):
- 2.1.6 Número de abortos:
- 2.1.7 Tipos de parto realizados () Cesáreo () Vaginal
- 2.1.8 Foi considerada gestação de alto risco: () Sim () Não.
- 2.1.9. Se sim, foi encaminhada para o pré-natal de alto risco:
- 2.1.10 Foi internada durante a gestação: () Sim () Não. Quais os motivos?
- 2.1.11 Houve alguma emergência obstétrica: () Sim () Não.
- 2.1.12 Patologias/fatores de risco durante a gestação:
- 2.1.13 No cartão de pré-natal consta a maternidade de referência da gestante: () Sim () Não
- 2.1.14 Faltou a alguma consulta de pré-natal: () Sim () Não. Se sim, foi realizada busca ativa?
- 2.1.15 Realizou os exames preconizados pelo Ministério da Saúde: () Sim () Não.
- 2.1.16 Idade gestacional da última consulta:

2.2 - Assistência ao parto/aborto

- 2.2.1 Idade gestacional do parto/aborto:
- 2.2.2 A gestação terminou em: () Parto () Aborto induzido/provocado () Não houve expulsão do feto () Outro
- 2.2.3 Tipo de parto realizado na gestação atual:

2.2.4 Se parto vaginal, que profissional realizou o parto

2.2.5 A gestação terminou em aborto: () Sim () Não. Se sim, qual foi o procedimento utilizado para indução do aborto.

2.2.6 Duração do trabalho de parto:

2.2.7 Intercorrências no trabalho de parto:

2.2.8 Intercorrências no parto:

2.2.9 Se foi realizado parto cesáreo, qual foi a indicação:

2.2.10 Condições de alta após o parto ou aborto:

2.3 - Internação da mulher durante a doença que levou à morte

2.3.1 Estabelecimento onde ocorreu a morte:

2.3.2 Qual foi o motivo da internação que levou a morte:

2.3.3 Período do ciclo gravídico puerperal em que o óbito ocorreu:

2.3.4 Causa do óbito registrada no prontuário:

2.3.5 Morte Materna por causa direta ou indireta:

APÊNDICE B
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO EM ENFERMAGEM

**DADOS INCOMPLETOS NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E
PREENCHIDOS/NÃO PREENCHIDOS APÓS ANÁLISE NOS PRONTUÁRIOS DAS
INSTITUIÇÕES HOSPITALARES H1/H2**

Questão	Morte Materna cuja informação não consta na SMS	Informação encontrada no H1	Informação encontrada no H2	Informação não encontrada
1 Perfil sócio demográfico:				
1.5 Ocupação	MM1		MM1	
2.1 Assistência pré-natal:				
2.1.2 Idade gestacional da primeira consulta	MM5	MM5		
2.1.4 Já esteve grávida antes deste bebe	MM1			MM 1
2.1.5 Número de gestações	MM 1			MM 1
2.1.6 Número de abortos	MM 1			MM 1
2.1.7 Tipos de partos realizados	MM 1			MM 1
2.1.8 Foi considerada gestação de alto risco	MM1- MM4 -MM6- MM8	MM6- MM8		MM1- MM4
2.1.9 Foi encaminhada para o alto risco:	MM5- MM6-MM8			MM5- MM6-MM8
2.1.10 Foi internada durante a gestação:	MM1- MM3- MM4 MM6 - MM7			MM1- MM3-MM4 -MM6- MM7
2.1.11 Houve alguma emergência obstétrica:	MM3- MM4- MM5- MM6- MM7			MM3-MM4- MM5- MM6- MM7
2.1.12 Patologias fatores de risco durante a gestação:	MM3- MM4- MM6- MM7- MM8	MM6- MM8	MM7	MM3- MM4
2.1.13 No cartão pré-natal, consta a maternidade de referência:	MM2- MM3- MM4 -MM5- MM6			MM2- MM3-MM4- MM5- MM6
2.1.14 Faltou a alguma consulta de pré-natal:	MM2- MM4- MM5- MM6			MM2- MM4-MM5- MM6
2.1.15 Realizou os exames preconizados pelo Ministério da Saúde:	MM2- MM4- MM5- MM6- MM8			MM2- MM4-MM5- MM6- MM8
2.1.16 Idade gestacional da última consulta:	MM4			MM4
2.2 Assistência ao parto/aborto:				
2.2.1 Idade gestacional do parto/aborto	MM3	MM3		
2.2.3 Tipo de parto realizado na gestação atual	MM3	MM3		
2.2.7 Duração do trabalho de parto	MM3-MM6- MM8- MM9			MM3- MM6-MM8- MM9
2.2.8 Intercorrências no trabalho de parto	MM3- MM6- MM9			MM3- MM6- MM9
2.2.9 Intercorrências no parto	MM2- MM3- MM5- MM6- MM7- MM9			MM2- MM3-MM5- MM6- MM7-MM9
2.1.10 Se foi realizado parto cesáreo, qual foi a indicação	MM3- MM8- MM5	MM5		MM3- MM8
2.1.11 Condições de alta após parto/aborto	MM3	MM3		

APÊNDICE C
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA–ENFERMEIROS

1. Perfil sociodemográfico e funcional do enfermeiro

- 1.1 Idade:
- 1.2 Sexo:
- 1.3 Escolaridade:
- 1.4 Formação na área de saúde materna:
- 1.5 Nome da Unidade básica de saúde (UBS) em que atua como enfermeiro:
- 1.6 Ano de formação como enfermeiro:
- 1.7 Tempo de atuação como enfermeiro:
- 1.8 Tempo que atua em consultas ao pré-natal:

2. Questões norteadoras

- 2.1 - Como você percebe o acesso e a acessibilidade das mulheres ao pré-natal na sua UBS?
- 2.2 - Na UBS em que atua, é realizado grupo de gestantes? Se sim, que assuntos são abordados?
- 2.3 - Se o grupo de gestantes é realizado, como as atividades são desenvolvidas?
- 2.4 - Qual é a adesão das mulheres no grupo de gestantes e, nas consultas ao pré-natal?
- 2.5 - Em caso de gestantes faltosas, como você procede para reverter essa situação?
- 2.6 - Quanto aos sinais e fatores de risco durante a gestação, que orientações você costuma dar para as gestantes?
- 2.7- Costuma esclarecer quanto às vantagens e desvantagens em relação ao parto vaginal e parto cesáreo? Se sim, quais?
- 2.8 -Você costuma orientar a gestante quanto ao uso de métodos não farmacológicos que podem ser usados durante o trabalho de parto e parto? Se sim, quais?
- 2.9- Relate como a sua UBS funciona quanto ao encaminhamento das gestantes para outros serviços?
- 2.10- Como se processa o retorno da mulher para o acompanhamento pós-parto?
- 2.11 - Como se dá o processo em caso de a puérpera não retornar para o acompanhamento no período previsto?
- 2.12- Na sua opinião, como o enfermeiro, que realiza consulta pré-natal em UBS, pode contribuir com suas ações para prevenir a mortalidade materna?
- 2.13-Relate os principais resultados que você entende que possam ter servido para reduzir a mortalidade materna?
- 2.14 -Você gostaria de acrescentar algo mais?

Obrigada pela sua disponibilidade.

APÊNDICE D
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE –
ENFERMEIROS

Projeto de pesquisa: Perfil das mortes maternas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro na prevenção da mortalidade materna: perspectiva ecossistêmica

Enfermeira doutoranda/Pesquisadora responsável: Juliane Scarton

Contato: E-mail: juliscarton10@hotmail.com Fone: (53) 9.9952-2285

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

Contato: E-mail: hedihsiqueira@gmail.com Fone: (53) 3278-4018

Participantes envolvidos: Enfermeiros que desenvolvem consultas de pré-natal em UBS do município do Rio Grande.

DATA: ___/___/___

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, de forma voluntária. Antes de você decidir se irá participar pergunte sobre todas as suas dúvidas à pesquisadora, esta deverá responder a todas de forma clara. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso à pesquisa para esclarecimentos sobre eventuais dúvidas ligando a cobrar para a doutoranda Juliane Scarton pelo contato acima; você tem o direito e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição ou prejuízo; após ser esclarecido sobre as informações e suas dúvidas, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

A pesquisa tem como **objetivo:** Investigar o perfil da mortalidade materna e as estratégias utilizadas pelo enfermeiro, para preveni-la, na perspectiva ecossistêmica. Sua participação, nesta pesquisa, consistirá em responder a uma entrevista individual composta por questões fechadas, por exemplo, sexo, idade, ano de formação como enfermeiro, entre outros, e outra parte composta por questões relacionadas as estratégias usadas para prevenir a mortalidade materna. A entrevista será gravada e após transcrita.

Salienta-se que para a realização da entrevista, esta poderá ser realizada junto a UBS em que você atua, ou na Escola de Enfermagem da FURG, em local e horário a ser agendado conforme a sua disponibilidade. Nesta atividade e em todas as etapas, será respeitada sua privacidade e as informações obtidas com suas respostas que serão mantidas em confidencialidade, somente a pesquisadora responsável e a orientadora terão acesso a essas informações e não haverá a possibilidade de identificação de seu nome na divulgação dos resultados do estudo. Desta forma, fica garantido o anonimato dos participantes.

Como riscos têm-se as situações que possam provocar constrangimento e a possibilidade de despertar sentimentos e lembranças durante a entrevista. Se houver algum desgaste físico ou emocional, a entrevista será suspensa e poderá ser retomada em outro momento a combinar. Entretanto, caso persistirem os sentimentos emocionais, a pesquisadora encaminhará o participante para consulta com psicólogo, onde os custos ficarão a cargo da pesquisadora responsável. Entre os benefícios, dessa pesquisa, está a produção de conhecimento que poderá proporcionar a prevenção/redução da mortalidade materna.

Os dados coletados serão armazenados, pela pesquisadora responsável, por cinco anos e após serão incinerados. O seu nome não será divulgado e você não será identificado,

inclusive no momento da divulgação dos resultados da pesquisa a qual consiste na construção de artigos, a Tese de Doutorado e demais trabalhos científicos.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome da pesquisadora responsável

Juliane Scarton

E-mail: juliscarton10@hotmail.com

Assinatura da pesquisadora responsável

Juliane Scarton

E-mail: juliscarton10@hotmail.com

Nome da orientadora

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

E-mail: hedihsiqueira@gmail.com

Assinatura da orientadora

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

E-mail: hedihsiqueira@gmail.com

ANEXO A
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO EM ENFERMAGEM
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PERFIL DAS MORTES MATERNAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA: PERSPECTIVA

Pesquisador: JULIANE SCARTON

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 80482217.2.0000.5324

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.571.426

Apresentação do Projeto:

Objetiva-se investigar o perfil da mortalidade materna e as estratégias utilizadas pelo enfermeiro, para preveni-la, na perspectiva ecossistêmica.

Pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa em que a coleta de dados acontecerá por meio de entrevistas com roteiro

semiestruturado e pesquisa documental. O estudo documental será realizado na Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio Grande, por

meio dos documentos disponíveis sobre mortes maternas, ocorridos no período de 2013 a 2017. As entrevistas semiestruturadas serão realizadas

em unidades básicas de saúde do município do Rio Grande, com enfermeiros que realizem consultas de pré-natal. A análise e interpretação dos

dados ocorrerá pela Análise de Conteúdo, segundo Bardin. Serão observadas todas as exigências éticas previstas para pesquisas com seres

humanos conforme Resolução 466/12.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o perfil da mortalidade materna e as estratégias utilizadas pelo enfermeiro, para preveni-la, na perspectiva ecossistêmica.

Endereço: Rua Visconde Paranaguá, 112/Hospital Universitário
Bairro: Campus Saúde **CEP:** 96.201-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-4652 **Fax:** (53)3233-6822 **E-mail:** cepas@furg.br