

## LACUNAS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL QUE INFLUENCIAM NA MORTALIDADE MATERNA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

### GAPS IN PRENATAL CARE THAT INFLUENCE MATERNAL MORTALITY: AN INTEGRATIVE REVIEW

### BRECHAS EN LA ATENCIÓN PRENATAL QUE INFLUYEN EN LA MORTALIDAD MATERNA: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

<sup>1</sup>Abdel Boneensa Cá

<sup>2</sup>Cadi Dabo

<sup>3</sup>Nathanael de Souza Maciel

<sup>4</sup>Alana Santos Monte

<sup>5</sup>Leilane Barbosa de Sousa

<sup>6</sup>Anne Fayma Lopes Chaves

<sup>7</sup>Camila Chaves da Costa

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0996-9665>

<sup>2</sup>Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5109-5773>

<sup>3</sup>Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, Brasil Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5088-011X>

<sup>4</sup>Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, Brasil Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8626-3527>

<sup>5</sup>Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, Brasil Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4665-3723>

<sup>6</sup>Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, Brasil Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7331-1673>

<sup>7</sup>Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, Brasil Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6996-1200>

#### Autor correspondente

**Abdel Boneensa Cá**

Endereço: R. João Henrique da Silva, 54 - Vila Jaraguá, São Paulo - SP, Brasil. CEP: 05163-000

Telefone: +55(85)996591458

E-mail: [abdelboneensa@gmail.com](mailto:abdelboneensa@gmail.com)

#### RESUMO

**Objetivo:** Identificar os aspectos sociodemográficos e as principais lacunas da assistência pré-natal que podem influenciar na saúde materna. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada entre maio e agosto de 2020 nas bases de dados MEDLINE, SCIELO e LILACS, com a utilização dos descritores Mortalidade Materna, Cuidado Pré-Natal e Qualidade da Assistência à Saúde, os quais foram cruzados utilizando o operador booleano *and*. **Resultados:** As lacunas associadas à mortalidade materna foram: dificuldade de acesso aos serviços (cobertura, número de consultas e barreiras geográficas); deficiência da qualidade da assistência pré-natal relacionados à falta de infraestrutura; ausência de insumos e equipamentos; lacuna na educação em saúde destinadas às mulheres e a carência de profissionais qualificados. **Considerações finais:** Há possibilidade de reduzir as taxas de mortalidade materna melhorando as lacunas existentes na assistência prestada a essa população, adequando os métodos estratégicos que visem a alcançar a grande maioria das mulheres, promover a saúde, ofertar informações e proporcionar acompanhamento com profissionais capacitados, durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-natal; Mortalidade Materna; Qualidade da Assistência à Saúde; Enfermagem.

#### ABSTRACT

**Objective:** To identify the sociodemographic aspects and the main gaps in prenatal care that can influence maternal health. **Method:** This is an integrative literature review, conducted between May and August 2020 in the MEDLINE, SCIELO and LILACS databases, using the descriptors Maternal Mortality, Prenatal Care and Quality of Health Care, which were crossed using the Boolean operator *and*. **Results:** The gaps associated with maternal mortality were: difficulty in access to services (coverage, number of consultations and geographic barriers); deficiency in the quality of prenatal care related to the lack of infrastructure; absence of inputs and equipment; gap in health education aimed at women and the lack of qualified professionals. **Final considerations:** There is the possibility of reducing maternal mortality rates by improving the existing gaps in the assistance provided to this population, adjusting the strategic methods that aim to reach the vast majority of women, promote health, offer information and provide monitoring with trained professionals throughout the pregnancy-puerperal cycle.

**Keywords:** Prenatal Care; Maternal Mortality; Quality of Health Care; Nursing.

#### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los aspectos sociodemográficos y las principales carencias de la asistencia prenatal que pueden influir en la salud materna. **Método:** Se trata de una revisión bibliográfica integradora, realizada entre mayo y agosto de 2020 en las bases de datos MEDLINE, SCIELO y LILACS, utilizando los descriptores Mortalidad Materna, Atención Prenatal y Calidad de la Atención de Salud, que fueron cruzados utilizando el operador booleano *y*. **Resultados:** Las brechas asociadas a la mortalidad materna fueron: la dificultad de acceso a los servicios (cobertura, número de consultas y barreras geográficas); la deficiencia en la calidad de la atención prenatal relacionada con la falta de infraestructura; la ausencia de insumos y equipos; la brecha en la educación sanitaria dirigida a las mujeres y la falta de profesionales calificados. **Consideraciones finales:** Existe la posibilidad de reducir las tasas de mortalidad materna mejorando las brechas existentes en la asistencia a esta población, ajustando los métodos estratégicos que pretenden llegar a la gran mayoría de las mujeres, promoviendo la salud, ofreciendo información y brindando seguimiento con profesionales capacitados durante todo el ciclo gravídico-puerperal.

**Palabras clave:** Atención Prenatal; Mortalidad Materna; Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) 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 e da sua localização, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez e por medidas em relação a ela, exceto por causas acidentais ou incidentais<sup>(1)</sup>.

As mortes maternas podem ser classificadas em causa direta, as quais decorrem de complicações ocorridas durante a gravidez, o parto ou o puerpério por assistência inadequada à mulher; e em causa indireta, que se caracteriza pelo agravamento de doenças presentes na paciente, com o início anterior a gravidez ou durante o seu curso, devido às alterações fisiológicas que esse período impõe no organismo materno<sup>(2)</sup>.

A maior parte dos países com altas taxas de mortalidade materna situam-se na África subsaariana, com 500 mortes por 100.000 nascidos vivos. As taxas estimadas para América Latina giraram em torno de 74,3 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, sendo que, no Brasil, as taxas são de 72,3 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Países como Colômbia e Equador chegam a mais de 90 óbitos/100.000 nascidos vivos, enquanto que nos países desenvolvidos, como Canadá e Estados Unidos, apresentam valores, respectivamente, de 12 e 21 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos<sup>(3)</sup>.

Devido a sua grande transcendência, a mortalidade materna é considerada um dos graves problemas e desafios da saúde pública no mundo, em particular nos países em desenvolvimento. Estima-se que cerca de 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez e ou parto no mundo<sup>(4)</sup>.

Avanços significativos foram registrados no Brasil em relação à mortalidade materna. Os óbitos maternos caíram de 120 mortes por 100.000 nascidos vivos em 1990 para 69 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2013, observando, assim, uma diminuição de 43% na razão de mortalidade materna (RMM). Entretanto, mesmo com essa redução, o país não atingiu a meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a qual seria de uma RMM igual ou inferior a 35 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2015<sup>(2)</sup>. Diante desse cenário, evidencia-se a importância do cuidado pré-natal de qualidade.

Entretanto, o pré-natal é a mais importante ferramenta para o acompanhamento da gestante, oferecendo-lhe um conjunto de procedimentos clínicos e educativos para promover a saúde e identificar precocemente problemas que possam trazer riscos para a saúde da gestante e do conceito, além do diagnóstico e tratamento dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período, sendo que, o pré-natal deve ter no mínimo seis consultas, resultando no atendimento holístico, humanizado, individualizado e que deve ser realizada de

forma intercaladas e associadas a uma abordagem interdisciplinar<sup>(5)</sup>.

Nesse sentido, diversos países têm desenvolvido estratégias para assegurar a qualidade da assistência às gestantes. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) objetivou assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido<sup>(6)</sup>. Na Índia, o governo lançou a Missão Nacional de Saúde visando reduzir a mortalidade materna e infantil por meio do aumento da disponibilidade do acesso aos serviços de saúde<sup>(7)</sup>.

O Ministério da Saúde do Brasil tem implantado políticas para fortalecer e qualificar as ações no atendimento às gestantes, na melhoria da atenção ao pré-natal, ao parto, ao nascimento e ao puerpério. Entre as estratégias adotadas destacam-se: a Rede Cegonha, Plano de Redução da Mortalidade Materna e na Infância por Causas Evitáveis, Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, desenvolvida em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e Rede de Atenção Materna e Infantil. Todas essas ações visam instituir medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde que atuam na rede de atenção às gestantes e puérperas<sup>(4)</sup>.

No entanto, evidências apontam que existem lacunas no pré-natal as quais podem impactar no desempenho da assistência prestada à gestante<sup>(8)</sup>. Desse modo, surgiu o seguinte

questionamento: Quais são as características sociodemográficas e as lacunas da assistência pré-natal que influenciam na saúde materna?

Essa pesquisa poderá guiar os gestores de saúde para que conheçam que aspectos do pré-natal podem estar influenciando negativamente na mortalidade materna, a fim de subsidiá-los para o aprimoramento da qualidade do pré-natal, o qual irá impactar na morbimortalidade materna e infantil. Logo, o objetivo deste estudo foi identificar as principais lacunas da assistência pré-natal que podem influenciar na mortalidade materna.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada entre os meses de maio a agosto de 2020, sendo percorridas seis etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa<sup>(9)</sup>.

A elaboração da pergunta norteadora envolveu o acrônimo PICO<sup>(10)</sup>, o qual considerou P de população (gestantes); I de intervenção (assistência pré-natal); C de controle (não foi considerado); O para resultados (mortalidade materna). Assim, foi formulada a seguinte pergunta norteadora: Quais são as características sociodemográficas e as lacunas da assistência pré-natal que influenciam na saúde materna?

Para a seleção dos artigos, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

artigos originais disponíveis na íntegra; publicados em português, inglês ou espanhol; publicados nos últimos cinco anos (2015-2020). Foram excluídos os artigos repetidos em mais de uma base de dados.

Com o intuito de responder ao questionamento, foram realizados procedimentos de busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE).

Para a localização dos artigos, foram selecionadas as palavras-chave relacionadas ao tema: Mortalidade Materna, Cuidado Pré-Natal e Lacunas. Após esta seleção, foi realizada consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e ao Medical Subject Headings (MeSH) a fim de identificar os descritores controlados. Em ambos os vocabulários, encontraram-se os seguintes descritores: Mortalidade Materna, Cuidado Pré-Natal e Qualidade da Assistência à Saúde, bem como seus correspondentes em inglês (Maternal Mortality, Prenatal Care e Quality of Health Care). Em cada base de dados foi feito cruzamento dos descritores Mortalidade Materna e Cuidado Pré-Natal, Mortalidade Materna e Qualidade da Assistência à Saúde, Cuidado pré-natal e Qualidade da Assistência à Saúde, bem como Mortalidade Materna, Cuidado Pré-Natal e Qualidade da Assistência à Saúde, separadamente, utilizando-se o operador booleano AND. As estratégias de busca utilizadas nas respectivas bases de dados e os

motivos da exclusão foram apresentadas em um fluxograma.

A quarta etapa iniciou-se com a extração dos dados dos estudos, de maneira sistematizada, utilizando instrumento validado<sup>(11)</sup>. Este instrumento tem como finalidade contemplar, nos estudos encontrados, os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas, avaliação das lacunas encontradas e dos principais resultados.

Na quinta etapa realizou-se a síntese dos artigos que compuseram a amostra da presente revisão em um quadro, contemplando os aspectos pertinentes dos artigos selecionados para compor a amostra, tais como: tipo de pesquisa, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, resultados e recomendações/conclusões.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva, possibilitando a avaliação da aplicabilidade da revisão elaborada; a fim de atingir o objetivo do método, que é buscar e avaliar as informações disponíveis na literatura sobre as lacunas da assistência pré-natal que influenciam na mortalidade materna.

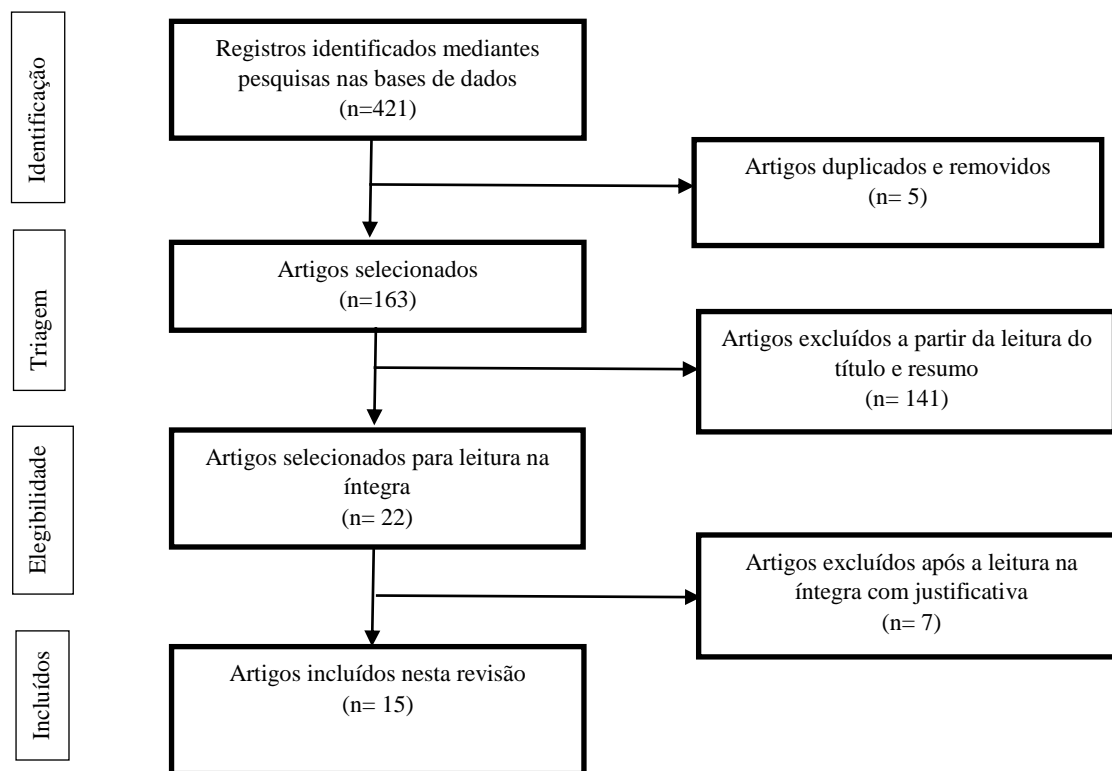
## RESULTADOS

Foram recuperados no total 421 artigos nas bases de dados selecionadas por meio das estratégias de busca utilizadas. Entretanto, com a análise minuciosa dos artigos, explorou-se na primeira fase 163 artigos que na qual foram

excluídos 141 artigos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Foram incluídos 15 artigos que responderam aos critérios de inclusão

para compor esta revisão integrativa, conforme observado no fluxograma (Figura 1).

**Figura 1-** Síntese ilustrativa da seleção dos artigos para a revisão.



Fonte: Elaboração dos autores

Ao analisar os artigos, este trabalho resultou em 15 artigos, sendo dez publicados em revistas internacionais e cinco publicados em revistas nacionais, sendo dez artigos publicados em língua inglesa e cinco em língua portuguesa. Na base de dados PUBMED, encontrou-se nove artigos, SCIELO quatro artigos e o LILACS encontrou-se dois artigos. Quanto ao ano de publicação, houve a predominância entre o ano de 2018 e 2019 com quatro artigos, precedido dos anos 2015 com três artigos, 2016 dois

artigos, sendo que no ano 2017 e 2020 com apenas um estudo.

Em relação ao país, houve várias publicações nos diferentes cenários mundiais em que se destacou o Brasil com maior publicação sobre a temática. Foi possível observar que a maioria dos artigos possuiu o nível de evidência cinco<sup>(12)</sup>.

Em relação às áreas de atuação dos profissionais, a maioria dos trabalhos realizados em consonância com o tema da pesquisa é de profissionais que atuam na área da medicina. Os

aspectos pertinentes dos artigos selecionados para compor a amostra foram apresentados em

quadro sinóptico (Quadro 2).

**Quadro 2** - Caracterização dos artigos selecionados a partir dos principais resultados, lacunas encontradas e conclusões.

| N <sup>o</sup> | Principais Resultados   | Principais Lacunas da Assistência  | Principais Conclusões  |
|----------------|---|--|--|
| 1              | Estudo evidenciou que 50% das gestantes eram primípara e a maioria realizou o pré-natal na rede pública, cerca de 70% iniciaram o pré-natal até o quarto mês da gestação e a maioria atingiu sete ou mais consultas, ao passo que 54 (3%) não realizaram nenhuma consulta pré-natal. Fatores relacionados à mulher: Cor da pele preta, ser adolescente, discriminação racial, multiparidade, baixa escolaridade, ser chefe da família, viver sem companheiro. | desigualdade regional, alta cobertura e baixa qualidade do pré-natal.  | Gestantes de cor preta tiveram maior chance de realizar pré-natal inadequado no Rio de Janeiro. São necessárias políticas para reduzir iniquidades de raça/cor na assistência pré-natal desta população. |
| 2              | As desigualdades regionais ainda são evidentes no Brasil, no que diz respeito ao acesso e qualidade do atendimento pré-natal e ao parto entre as usuárias dos serviços públicos. Fatores contribuintes relacionados à mulher: falta da integralidade e da continuidade da maternidade e Baixa escolaridade  | Barreiras de acesso, início tardio do pré-natal, ausência de profissionais qualificados, desigualdades sociais e econômicas entre as regiões, dificuldades geográficas.                | Persistem as desigualdades regionais, as barreiras no acesso e a inadequação da atenção pré-natal, contribuindo para resultados adversos em relação à mortalidade materno-infantil no país.              |
| 3              | Nos três países analisados Honduras, Nicarágua e Colômbia, há baixo nível de educação e treinamentos dos profissionais de saúde sobre o gerenciamento das emergências obstétricas, identificação dos sinais de perigo obstétrico, promoção da saúde e déficit na assistência pré-natal.   | Escassez de profissionais qualificados, baixo nível de educação e treinamento dos profissionais sobre assistência pré-natal, emergências obstétricas, e sinais de perigos da gestação. | A dependência de profissionais de saúde com baixos níveis de treinamento é preocupante, mas pode ser mitigado por meio de treinamento em serviço de saúde.   |
| 4              | Mais da metade das gestantes primíparas não receberam orientação durante o pré-natal sobre o parto (52%); as mulheres que tiveram cesárea anterior são as que menos receberam orientações sobre o parto (20,9%) e as que tiveram partos anteriores normais (43%). O pré-natal foi classificado  | Falta de informação, baixo número de consultas pré-natais.   | Conclui-se que há menor orientação sobre o parto, menor número de visitas entre as últimas consultas e a classificação do pré-natal como intermediário   |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   | como intermediário e inadequado na maioria dos casos.   |   | e inadequado.  |
| 5 | Os critérios preconizados pelo programa de humanização do pré-natal não foram incorporados à prática clínica em São Luís e que permanecem iniquidades na assistência à saúde prestada a essa população. Fatores contribuintes relacionados à mulher: baixa escolaridade e condições socioeconômicas.  | Demora no acesso ao pré-natal, Inadequação da assistência pré-natal.  | Conclui-se que em Sergipe há uma boa cobertura pré-natal, entretanto, há vários dados que indicam ser de má qualidade e adequação insuficiente ao PHPN.  |
| 6 | Cerca de um quarto (24,1%) das mães nunca recebeu o cuidado pré-natal durante a maior parte da gravidez recente devido à distância entre as aldeias e centros de saúde. Fatores contribuintes relacionados à mulher: baixa escolaridade das gestantes, baixos padrões de saúde e status socioeconômico  | Dificuldade de acesso dos serviços de saúde.  | Destaca a importância de medir com precisão as distâncias de viagem para garantir que as intervenções direcionadas para cuidado pré-natal não sejam equivocadas por distâncias lineares.   |
| 7 | Aponta-se como fatores associados às mortes maternas em Belo Horizonte, problemas socioeconômicos, obstáculos sociais, demora no atendimento, captação precoce, desvalorização dos quadros clínicos das gestantes, negligência e imperícia nos diagnósticos e a descontinuidade do acompanhamento no puerpério. Fatores contribuintes relacionados à mulher: problemas socioeconômicos. | Demora na captação das gestantes de alto risco, negligência e imperícia nos diagnósticos, e a descontinuidade do cuidado puerperal. | Os óbitos maternos registrados em Belo Horizonte entre 2003 e 2010 estiveram associados a questões possivelmente evitáveis, relacionadas aos direitos reprodutivos da mulher, à assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério. |
| 8 | No Quênia, os provedores de posto de saúde tiveram maiores anos de experiência em relação aos de hospitais, enquanto na Namíbia não houve diferenças.   | Dificuldade de acesso aos serviços, baixa experiência dos profissionais, falta de ácido fólico e sulfato ferroso nas unidades.      | Destacam implicações importantes do programa de melhorias dos serviços do pré-natal e promovendo seu uso em clínicas de saúde em instalações de nível inferior.  |
| 9 | Entre os fatores que contribuem para a mortalidade materna em Malawi estão a má qualidade de assistência às gestantes, falta de recursos humanos qualificados, falta de insumos hospitalares, como sulfato ferroso, ácido fólico, luvas, recursos de transporte deficitário, ausência de registro de ocorrências, infraestrutura inadequada e   | Deficiência na infraestrutura, falta de suportes nutricionais, falta de recursos humanos qualificados e sistematização da           | Esforços devem ser feitos para melhorar, sustentar e padronizar os cuidados em Mulanje-Malawi.   |

|    |   |  |   |
|----|---|--|---|
|    | suporte nutricional, ausência de diretrizes.  | assistência prestada.  |   |
| 10 | Foram identificados grandes obstáculos relacionados à infraestrutura inadequada, falta de diretrizes da unidade, falta de equipamento geral, incluindo esfigmomanômetro e varetas de urina, conhecimento ineficiente dos profissionais em gerenciar as crises hipertensivas, baixa compreensão das drogas, má comunicação dos resultados de saúde aos clientes, resultando em baixa alfabetização em saúde materna. | Falta de treinamento dos profissionais em termos de habilidades e competências na atenção primária à saúde, infraestrutura inadequada, ausência de materiais diagnósticos, deficiência da educação em saúde.                 | Adotar programas de assistência pré-natal na atenção primária à saúde devem ser revitalizados; minimizar a disparidade na qualidade da assistência prestada entre atenção primária e os hospitais. A qualidade relativamente baixa dos cuidados observados pode estar contribuindo para a alta taxa de mortalidade materna. |
| 11 | Os resultados mostraram uma cobertura elevada da assistência pré-natal (99,3%), porém pouco mais da metade destas mulheres iniciaram seu acompanhamento antes da 16ª semana gestacional (57%) e constatou-se que 16% das gestantes são de alto risco.   | Baixa cobertura, início tardio, distribuição inadequada das consultas em número insuficiente, realização incompleta dos procedimentos preconizados e carência de informações sobre a maternidade de referência para o parto. | Houve uma alta cobertura do pré-natal em Sergipe, porém com problemas relacionados à sua adequação ao Programa de humanização do pré-natal e nascimento.  |
| 12 | Demora na procura do serviço de saúde pelas gestantes, menos consultas de pré-natal, todas as gestantes são pesadas, dois terços têm uma amostra de urina coletada, menos da metade são informados sobre sinais de gravidez e as complicações, profissionais de saúde sem experiências e falta dos suplementos, maior tempo de espera.  | Falta de suplementos, maior tempo de espera por atendimento, falta de experiência dos profissionais e problemas em termos de estratificação de risco das gestantes.  | Destaca-se a melhoria dos serviços do pré-natal e promovendo seu uso em clínicas de saúde e instalações de nível inferior, e garantindo que os suprimentos e equipamentos adequados sejam usados para a prestação de serviços.  |
| 13 | Os resultados mostram que, tanto nas regiões urbanas quanto nas rurais, o acesso ao serviço de saúde materna e assistência à utilização dos serviços de saúde são semelhantes. Fatores contribuintes relacionados à mulher: desajustabilidade da  | Dificuldade nos acessos aos serviços de saúde de qualidade nas regiões rurais baixas e ausência de   | Este estudo destacou e ilustra a utilidade do sistema de informação geográfica como ferramenta para avaliar disparidades em prestação   |



|    |   |   |   |
|----|---|---|---|
|    | gravidez, dependência do marido, baixa escolaridade, condições socioeconômicas.   | profissionais qualificados.   | e uso de cuidados de saúde materna no Quênia e Haiti.   |
| 14 | Em Karnataka, as crenças culturais impedem as mulheres de procurar os serviços de saúde, limitação na detecção da gravidez por testes de estabilidade, ausência de kits gratuitos de testes de gravidez, dificuldade de recordar sua última menstruação, menos visitas de pré-natal. Falta de apoio familiar foi relatada como atraso na procura de cuidados. Os desafios expressos relacionados ao transporte para cuidados de rotina. Incluíam falta de pessoal suficiente e infraestrutura inadequada. | Infraestrutura inadequada, dificuldade de acesso por motivos de distâncias, falta de profissionais suficientes, falta de transportes, medicamentos e laboratórios para exames complementares. | Destacam-se implicações importantes do programa, incluindo a melhoria dos serviços do pré-natal e promovendo seu uso em clínicas de saúde e instalações de nível inferior, e garantindo que os suprimentos e equipamentos adequados sejam usados na prestação dos serviços. |
| 15 | Os fatores sociais e culturais que afetam a saúde materna na Gâmbia rural são multidimensionais e interligados, mas incluem a interação dos seguintes fatores: as mulheres grávidas possuem pesada carga de trabalho, divisão do trabalho no domicílio, posição desfavorável das mulheres no acesso e utilização limitados dos cuidados de saúde. Fatores contribuintes relacionados à mulher: Baixa escolaridade, baixos recursos econômicos   | Dificuldade no acesso aos serviços de saúde, distância entre as áreas rurais e centros de saúde, baixo nível dos profissionais e falta de confiança nos serviços de saúde.                    | Nossas descobertas sugerem que, apesar dos múltiplos papéis das mulheres na casa, suas posições são bastante desfavoráveis. A alta taxa de morbimortalidade materna na Gâmbia está relacionada a práticas associadas à desigualdade de gênero.                              |

Fonte: Os autores

## DISCUSSÃO

Foram evidenciados fatores que não estão diretamente relacionados às lacunas da assistência à saúde prestada, no entanto, também pode contribuir para a mortalidade materna, a saber: fatores relacionados à mulher (socioeconômico, escolaridade e racial).

Estudo realizado no Rio de Janeiro evidenciou que as mulheres de cor preta são as que tiveram maior chance de realizar o pré-natal inadequado. Enfatiza-se a discriminação racial presente no Brasil, sendo necessária criação de políticas públicas com o desenvolvimento de ações que visem diminuir as perdas sucessivas

ao longo do sistema educacional e, sobretudo nas famílias de baixa renda que majoritariamente são crianças e mulheres negras<sup>(13)</sup>.

Estudos realizados na Gâmbia, Quênia e Haiti apontam que a demora na procura dos cuidados pré-natais se deve a baixa escolaridade materna e condições socioeconômicas das mulheres. A escolaridade materna pode ser considerada como um marcador obstétrico de risco, tanto para a gestante quanto para o recém-nascido, sendo um dos problemas para a compreensão de quando e como as gestantes compreendem as orientações durante as consultas de pré-natal e as medidas de

autocuidados com o bebê<sup>(14-15)</sup>.

Nas pesquisas realizadas sobre os fatores contribuintes para a mortalidade materna, as condições socioeconômicas se destacam como precursor deste infortúnio, visto que mulheres de baixas situações econômicas são as que têm menos acessos aos serviços de saúde de qualidade e que realizam pré-natais de baixos níveis, tanto nas redes públicas quanto nas privadas e isso se deve ao seu baixo poder aquisitivo em termos socioeconômicos e cultural, e assim sendo, os altos índices de mortalidade materna no mundo são atribuídas aos países com baixos status socioeconômicos<sup>(16-18)</sup>.

Diante das análises dos artigos selecionados, optou-se em apresentar os resultados das principais lacunas encontradas em forma de categorias, a saber: dificuldade de Acesso aos Serviços de Saúde e déficit na qualidade da assistência pré-natal.

### **Dificuldade de Acesso aos Serviços de Saúde**

Nos artigos selecionados neste estudo, a maioria relatou problemas relacionados às dificuldades de acessos aos serviços de saúde devido a lacunas quanto à cobertura, número de consultas insuficientes e barreiras geográficas<sup>(14,17-18)</sup>.

A localização geográfica dos serviços de saúde é um dos fatores que interferem na acessibilidade das gestantes. Pesquisas realizadas na Índia e Gambia mostram que as mulheres que vivem nas aldeias são propensas a não receberem

consultas pré-natais devido à distância entre as aldeias e centros de saúde e nestes estudos ainda se pode verificar o alto custo dos cuidados e sua baixa qualidade<sup>(15,19)</sup>.

Estudo realizado em Malawi apontou que a maioria das mulheres não chegam a realizar quatro consultas de pré-natal, proposto pela Organização mundial de saúde, e ainda há uma demora na procura em que as gestantes comparecem nas consultas no segundo e terceiro semestre gestacional<sup>(20)</sup>.

### **Déficit na qualidade da assistência pré-natal**

Foi visto nas pesquisas analisadas que a deficiência na qualidade da assistência está relacionada à falta de infraestrutura, ausência de insumos e equipamentos, lacuna na educação em saúde disponibilizada as mulheres e a carência de profissionais qualificados.

Estudos realizados em Malawi e Nigéria observaram que a falta de infraestrutura adequada limitou os acessos das gestantes aos serviços de saúde o que pode contribuir para a baixa adesão das mulheres nas consultas de pré-natal e aumento da morte materna, sendo assim, é imprescindível a garantia das infraestruturas adequadas nos serviços de saúde para facilitar e encorajar as gestantes a procurarem os atendimentos<sup>(21-22)</sup>.

Nos países em que a mortalidade materna persiste elevada como no caso do Malawi, Nigéria, Índia, Haiti e Quênia é possível comprovar as causas que levam os altos índices das mortes maternas de acordo com as pesquisas

realizadas, cursando com a ausência de medicamentos como suplementos de ácido fólico, sulfato ferroso, exames de urina e materiais para aferição da pressão arterial, baixo nível da educação das gestantes quanto dos profissionais sobre os cuidados pré-natais e assim como as influências culturais que na maioria das vezes impedem as mulheres de procurarem os serviços de saúde<sup>(17,19,21,22)</sup>.

Corroborando com os achados da presente revisão, estudo realizado no Brasil mostra que mulheres de raça/cor preta e parda totalizaram 65% dos óbitos maternos, enquanto mulheres que não vivem em união conjugal representaram 50% dessas mortes. A raça é um elemento estruturante das desigualdades sociais no Brasil, ao lado da classe social, do gênero e da região de moradia. Com base nisso, é evidente que o alto índice de mortalidade materna da população negra no Brasil se deve às discriminações raciais, socioeconômicas presentes na sociedade brasileira<sup>(23)</sup>.

A caracterização dos óbitos maternos no Paraná em relação à raça ou cor da mulher demonstrou predominância da cor branca em quase 82% dos casos e apenas 12,5% dos óbitos foram de mulheres de cor parda. É importante destacar a ausência de mortes de mulheres negras, provavelmente, devido à influência da colonização do sudoeste Paranaense<sup>(24)</sup>.

No Brasil, a mortalidade materna das mulheres negras e pardas pode estar relacionada à disposição biológica das negras para doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus,

mas também aos fatores relacionados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, em conformidade à sua baixa qualidade do atendimento em razões sociais ou de discriminação e à falta de ações ou de capacitação dos profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão susceptíveis<sup>(25)</sup>.

Apesar de a escolaridade ter sido ignorada em 13% dos registros de óbitos maternos do sistema de informação de mortalidade, mulheres de baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo) corresponderam a 33% dos casos<sup>(23)</sup>. O fator escolaridade deve ser encarado como uma estratégia para combater as mortes maternas, visto que nos países desenvolvidos, as mulheres são menos propensas às mortes em relação aos países em desenvolvimento. Com isso, pode-se inferir que o baixo índice de óbito materno nesses países está também atrelado aos fatores socioeconômicos e a escolaridade das mulheres.

Ao avaliar por regiões, observou-se que o Nordeste é o que apresenta maiores registros notificados com escolaridade ignorada (39,14 % do total de óbito materno/variável) sendo essa taxa no Brasil em torno de 33,9 % do total de óbitos maternos<sup>(26)</sup>. É importante frisar que, as mulheres com baixa escolaridade geralmente não são acompanhadas de forma pertinente para que tais riscos de morte sejam corrigidos, pois há falha desde o pré-natal até o parto e nas causas que são evitáveis da morte materna<sup>(13)</sup>.

Nota-se que as regiões brasileiras Sul e Sudeste sejam potencialmente favorecidos nas dimensões socioeconômicas (e esse aspecto é positivo já que interfere nas condições de condução da fase gestacional e puerpério), as divergências territoriais podem sobrepor essa condição e intervir para valores de razão de mortalidade materna elevados. Logo, são notáveis as peculiaridades regionais associadas aos aspectos socioeconômicos e as falhas nos serviços de saúde que podem ter conduzido às elevadas taxas de mortalidade materna observadas nas regionais e macrorregião oeste do estado de Paraná<sup>(24)</sup>.

Estudo realizado em Quênia sobre os fatores de riscos relacionados à mortalidade materna apontou que as condições socioeconômicas desfavoráveis e a baixa escolaridade intervêm de forma negativa nos altos índices de mortalidade materna<sup>(27)</sup>. Logo, percebe-se a necessidade de intervenções de políticas públicas voltadas à redução da pobreza e das desigualdades sociais que são fatores que impactam na saúde das mulheres.

Vários fatores corroboram para as elevadas taxas de mortalidade materna no mundo, em particular no Brasil a dificuldade no acesso aos serviços de saúde é algo preocupante, pois, as populações que vivem nas áreas mais afastadas dos centros hospitalares carecem de meios para acessar os serviços<sup>(28)</sup>.

A escassez dos profissionais nas regiões e o desequilíbrio na distribuição da força de trabalho em saúde são problemas sociais e

políticos que, juntamente com a desigualdade socioeconômica, reduzem o acesso da população aos serviços de saúde<sup>(29)</sup>.

Corroborando com os achados desta revisão, estudo de abrangência local tem demonstrado a existência de falhas na assistência pré-natal devido principalmente a dificuldades no acesso, início tardio e número inadequado de consultas, o que afeta a qualidade e efetividade<sup>(30)</sup>.

Os números de consultas que uma mulher grávida deve ter com profissional de saúde ao longo da gravidez são de quatro a oito contatos<sup>(3)</sup>. Entretanto, evidências recentes apontam que uma maior frequência de contatos na atenção pré-natal de mulheres e adolescentes com o sistema de saúde é associada a uma menor probabilidade de natimortos. Um mínimo de oito consultas pode reduzir as mortes perinatais em até 8/1000 nascidos quando comparado ao mínimo de quatro visitas<sup>(31)</sup>.

Em um estudo feito na Amazona, mostrou que mais da metade dos ribeirinhos (54,9%) utilizam pequenas embarcações de madeiras para acessar os serviços de saúde, navegando em média 60 km que corresponde às quatro horas e vinte minutos<sup>(8)</sup>. Cerca de um em cada quatro ribeirinhos (22,2%) afirmam ter agendado uma consulta médica sem êxito, tendo como pretextos distâncias geográficas, demora na marcação das consultas, falta de vagas e de profissionais. É importante frisar que as situações geográficas influenciam de forma

direta no acesso aos serviços de saúde, sobretudo nas populações de baixa renda e escolaridade<sup>(8)</sup>.

As evidências ainda apontam que a demora e a não realização do pré-natal se deve, em grande parte, a fatores socioeconômicos (baixas renda familiar e escolaridade) e de acesso às consultas (local de residência distante do serviço e custo para o deslocamento)<sup>(32)</sup>.

Para enfermeiros entrevistados, as deficiências na estrutura física comprometem suas práticas, à medida que desrespeitam o usuário e dificultam a realização de ações com a necessária resolutividade<sup>(33)</sup>. Além disso, a estrutura física inadequada, à medida que impossibilita a efetivação da integralidade da assistência, dificulta a obtenção de bons resultados nas ações de saúde, interfere na continuidade do cuidado à saúde e desvaloriza o cuidado de enfermagem.

Estudo realizado no Rio Grande do Norte com enfermeiras mostrou que a falta de materiais médicos hospitalares e equipamentos sem condições de uso influenciam de forma negativa na prestação da assistência aos pacientes e acarretam estresse dos profissionais, o que pode contribuir para má práticas assistenciais<sup>(34)</sup>.

Existe a possibilidade de reduzir as taxas de mortalidade materna melhorando as lacunas existentes na assistência prestada a essa população, adequando os métodos estratégicos que visem a alcançar a grande maioria das mulheres, promover a saúde, ofertar informações e proporcionar acompanhamento com

profissionais capacitados, durante todo o ciclo gravídico-puerperal<sup>(26)</sup>.

A melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal é necessária e, sobretudo a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde envolvidos nas práticas de prevenção do óbito materna<sup>(35)</sup>. Logo, a formação dos profissionais de saúde sempre foi um desafio dos sistemas de saúde, sendo essencial que durante as suas formações sejam realizadas práticas que os aproximem da realidade, das necessidades da comunidade e dos indicadores de saúde<sup>(36)</sup>. Além disso, é vital que os profissionais sejam capacitados frequentemente, uma vez que a falta de capacitação e educação continuada não mantém os profissionais atualizados, facilitando velhos vícios e procedimentos já não indicados mais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível evidenciar que as lacunas da assistência pré-natal em relação à mortalidade materna consistiram na dificuldade de acesso aos serviços (cobertura, número de consultas e barreiras geográficas) e na deficiência da qualidade da assistência pré-natal relacionados à falta de infraestrutura, ausência de insumos e equipamentos, lacuna na educação em saúde destinada às mulheres e a carência de profissionais qualificados.

Percebeu-se que o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres também pode ser um fator determinante para a mortalidade materna, sendo imprescindível que os

profissionais de saúde se atentem para esse público com maior carência da assistência.

Reflete a necessidade de mais engajamento das nações, dos profissionais de saúde e da comunidade em geral, com vista a fortalecer a luta pela redução desse infortúnio mundial, que assola, sobretudo, às populações de baixas condições socioeconômicas nos países do terceiro mundo.

Uma limitação da pesquisa foi o baixo nível de evidência entre os estudos analisados. Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos que busquem traçar intervenções centradas nessas lacunas encontradas, visando subsidiar gestores de saúde para novas estratégias efetivas e para diminuir a incidência dessa problemática.

## REFERÊNCIAS

- World Health Organization. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 2º ed. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para classificação de Doenças; 1994.
- Batista HMT. Distribuição da mortalidade materna no estado da Paraíba no período de 2007 a 2016. *Rev Epidemiol E Controle Infecção* [Internet]. 9 de outubro de 2019 [citado 8 de janeiro de 2022];9(4). Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/13520>
- Pan American Health Organization. Health Situation in the Americas: Basic Health Indicators 2011. 2011 [citado 18 de janeiro de 2022]; Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49353>
- Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde materna [Internet]. [citado 18 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>
- Lima JP, Veras LLN, Pedrosa ÉKFS, Oliveira GSC, Guedes MVC. Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. 2018 [citado 18 de janeiro de 2022]; Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/37464>
- Brasil. Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000. Instituo o programa Pré-natal e nascimento. 2000.
- Lal DK. Regulação das profissões de saúde na Índia | *Revista de Direito Sanitário*. 29 de setembro de 2020 [citado 10 de janeiro de 2022];19. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/152580>
- Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 10 de maio de 2018 [citado 8 de janeiro de 2022];34. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/9CMWjGgNgcLLYRjpCQQrymh/?lang=pt>
- Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. The integrative review method in organizational studies. *Gest E Soc* [Internet]. 2 de dezembro de 2011 [citado 20 de abril de 2019];5(11):121–36. Disponível em: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
- Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. junho de 2007 [citado 10 de janeiro de 2022];15:508-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqvjZ37Z77pFsy/?lang=pt>
- Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [Internet] [text]. Universidade de São Paulo; 2005 [citado 8 de janeiro de 2022]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/22132/tde-18072005-095456/>

12. Galvão CM. Níveis de evidência. *Acta Paul Enferm* [Internet]. junho de 2006 [citado 8 de janeiro de 2022];19:5-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ape/a/JXrfXqCfD4vPztQFQBrkB7g/?lang=pt>
13. Fonseca SC, Kale PL, Silva KS. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? *Rev Bras Saúde Materno Infant* [Internet]. junho de 2015 [citado 8 de janeiro de 2022];15:209-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbsmi/a/RTYjLbTG LxhxbhtJSbV85KN/abstract/?lang=pt>
14. Gao X, Kelley DW. Understanding how distance to facility and quality of care affect maternal health service utilization in Kenya and Haiti: A comparative geographic information system study. *Geospatial Health*. 14 de maio de 2019;14(1).
15. Lowe M, Chen D-R, Huang S-L. Social and Cultural Factors Affecting Maternal Health in Rural Gambia: An Exploratory Qualitative Study. *PLOS ONE* [Internet]. 23 de setembro de 2016 [citado 8 de janeiro de 2022];11(9):e0163653. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0163653>
16. Resende LV, Rodrigues RN, Fonseca M do C. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. maio de 2015 [citado 8 de janeiro de 2022];37:218-24. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n4-5/218-224/>
17. Vidler M, Ramadurg U, Charantimath U, Katageri G, Karadiguddi C, Sawchuck D, et al. Utilization of maternal health care services and their determinants in Karnataka State, India. *Reprod Health* [Internet]. 8 de junho de 2016 [citado 8 de janeiro de 2022];13(1):37. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0138-8>
18. Yasuoka J, Nanishi K, Kikuchi K, Suzuki S, Ly P, Thavrin B, et al. Barriers for pregnant women living in rural, agricultural villages to accessing antenatal care in Cambodia: A community-based cross-sectional study combined with a geographic information system. *PloS One*. 2018;13(3):e0194103.
19. Do M, Wang W, Hembling J, Ametepi P. Quality of antenatal care and client satisfaction in Kenya and Namibia. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 1º de abril de 2017;29(2):183-93.
20. Suwedi-Kapesa LC, Nyondo-Mipando AL. Assessment of the quality of care in Maternity Waiting Homes (MWHs) in Mulanje District, Malawi. *Malawi Med J J Med Assoc Malawi*. junho de 2018;30(2):103-10.
21. Chikalipo MC, Nyondo-Mipando L, Ngalande RC, Muheriwa SR, Kafulafula UK. Perceptions of pregnant adolescents on the antenatal care received at Ndirande Health Centre in Blantyre, Malawi. *Malawi Med J* [Internet]. março de 2018 [citado 8 de janeiro de 2022];30(1):25-30. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5974383/>
22. Salomon A, Ishaku S, Kirk KR, Warren CE. Detecting and managing hypertensive disorders in pregnancy: a cross-sectional analysis of the quality of antenatal care in Nigeria. *BMC Health Serv Res*. 24 de junho de 2019;19(1):411.
23. Brasil. Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher [Internet]. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. 2020 [citado 18 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>
24. Lucio LC, Slongo EÉ, Almeida LEDF, Amaral GAC, Rizzo-Pascotto C, Prates RTC, et al. Mortalidade materna e perfil socioeconômico e causal dos óbitos da 8ª Regional de Saúde do Paraná no período de 2008 a 2014. *Biosaúde* [Internet]. 10 de agosto de 2016 [citado 8 de janeiro de 2022];18(1):9-20. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/bi>



- osaude/article/view/24470
25. Brasil. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5<sup>o</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
  26. Barreto ÉS, Araújo AJS, Sena ÁA, Santana IT. The magnitude of maternal mortality in Bahia in the last 10 years. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 1<sup>o</sup> de junho de 2017 [citado 18 de janeiro de 2022];6(2):10–5. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5793>
  27. Yego F, D'Este C, Byles J, Williams JS, Nyongesa P. Risk factors for maternal mortality in a Tertiary Hospital in Kenya: a case control study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 22 de janeiro de 2014 [citado 8 de janeiro de 2022];14(1):38. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-38>
  28. Scarton J, Paula SF, Andrade GB, Rangel RF, Ventura J, Siqueira HCH. Maternal Mortality Profile: An Integrative Literature Review *Rev Pesqui Cuid É Fundam Online* [Internet]. 2019 [citado 8 de janeiro de 2022];11(3):816–22. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7063>
  29. Oliveira APC, Gabriel M, Poz MRD, Dussault G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. abril de 2017 [citado 8 de janeiro de 2022];22:1165-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/X7GmB9B7T3hbXmzqgCXZgKs/?lang=pt>
  30. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV da, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. agosto de 2014 [citado 8 de janeiro de 2022];30:S85–100. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/CGMbDPr4FL5qYQCpPKSVQpC/?lang=pt>
  31. World Health Organization. *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*; 2016.
  32. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. *Rev Saúde Pública* [Internet]. dezembro de 2014 [citado 8 de janeiro de 2022];48:977-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/8ck76857qYSznT35jfCp7Qy/abstract/?lang=pt>
  33. Pedrosa I de CF, Corrêa ÁC de P, Mandú ENT. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. *Ciênc Cuid E Saúde* [Internet]. 27 de outubro de 2011 [citado 8 de janeiro de 2022];10(1):058–65. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13288>
  34. Rodrigues LGM, Queiroz JC, Oliveira LC, Menezes RMP, Lima GAF. Occurrence of stress in nurses in hospital environment; 2015.
  35. Lima DR, Ribeiro CL, Garzon AMM, Henriques TRP, Souza KV de. Analysis of the intervening factors in maternal mortality. *Enferm Obstétrica* [Internet]. 31 de agosto de 2016 [citado 18 de janeiro de 2022];3(0):e25. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/25>
  36. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde E Soc* [Internet]. dezembro de 2011 [citado 8 de janeiro de 2022];20:884-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/?lang=pt>

**Submissão:** 2022-04-10

**Aprovado:** 2022-06-02

