

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL  
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**NÚRIA ANANDA PARRON GIACOMELLI PEREIRA**

**VIGILÂNCIA DO ÓBITO MATERNO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
FATORES QUE INFLUENCIAM A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

**CAMPO GRANDE**

**2021**

**NÚRIA ANANDA PARRON GIACOMELLI PEREIRA**

**VIGILÂNCIA DO ÓBITO MATERNO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
FATORES QUE INFLUENCIAM A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, MS, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Diagnósticos Locais e Atenção à Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda.

**CAMPO GRANDE**

**2021**

NÚRIA ANANDA PARRON GIACOMELLI PEREIRA

**VIGILÂNCIA DO ÓBITO MATERNO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
FATORES QUE INFLUENCIAM A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, MS, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Presidente

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Luiza Helena de Oliveira Cazola  
Instituto Nacional de Câncer (INCA) – Membro Externo

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria de Lourdes de Souza  
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Membro Externo

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Tauani Zampieri Cardoso  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) – Membro Externo

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Paula de Assis Sales  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Suplente

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Elen Ferraz Teston  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Suplente

**CAMPO GRANDE  
2021**

À minha filha, Maya Ananda.  
Meu amor por você é infinito.

Às mães que perderam suas vidas nessa  
inigualável experiência de gerar outra vida.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por me permitir alcançar esta conquista e me sustentar com ânimo e força a todo tempo, sem Ele, eu nada seria.

Aos meus pais, José Rubens e Solange, que com sacrifício me forneceram as melhores oportunidades para que eu pudesse ao longo de toda vida de estudo, traçar boas metas e chegar até aqui. Agradeço especialmente à minha mãe, que com amor e carinho cuidou da minha filha Maya Ananda, para que eu pudesse trabalhar e estudar, me dedicando para concluir esta etapa com tranquilidade mantendo-a sob seus cuidados.

À minha irmã Rúbia Fernanda, que me incentivou na realização desse projeto e acompanhou mesmo distante fisicamente, todo este processo.

Ao meu companheiro de vida e amigo, Gustavo, que presenciou meu crescimento e formação. Vivenciou as dificuldades, os sacrifícios e suportou a minha ausência e cansaço em muitos momentos. E que durante esses processos de mudança territorial, física, emocional, me sustentou com seu amor incondicional junto à nossa filha.

À minha orientadora Bianca Cristina, que com tanta sensibilidade me acolheu, e sua orientação ganhou proporção de valor ainda maior com nossas confidências. Essa conclusão só foi possível porque você estava ao meu lado.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, pelas contribuições que enriqueceram esta pesquisa.

Aos colegas de turma, que me incentivaram e contribuíram em diversas etapas para que esse trabalho fosse concluído.

Aos colegas de classe, enfermeiras e enfermeiros, que com suas participações tornaram este estudo possível.

Aos amigos e amigas, que com carinho me escutaram, incentivaram e colaboraram no que fosse possível para que eu chegasse até aqui.

À UFMS e PPGSF por promover um ambiente de incentivo ao desenvolvimento de pesquisa no qual me foi oportunizado ingressar e concluir este mestrado profissional.

Por fim, a todos aqueles que estiveram direta ou indiretamente envolvidos nessa conquista. Esta pesquisa foi construída a muitas mãos e não seria possível atingir essa meta sozinha, todos vocês foram essenciais.

## RESUMO

A morte de uma mulher durante a gestação, ou até 42 dias após o término desta, é denominada morte materna. Apesar dos avanços tecnológicos e assistenciais a essa população, no contexto mundial, 92% dos casos poderiam ser evitados. Dessa maneira, a mortalidade materna constitui-se um grave problema de saúde pública. Como estratégia para sua redução, compromissos globais foram estabelecidos e pactuados, os quais direcionaram a implementação de políticas públicas e de saúde, dentre elas a investigação obrigatória e a criação dos comitês de mortalidade materna. Destarte, a Atenção Primária em Saúde exerce papel importante na implementação de estratégias e assistências que visem a promoção e prevenção da saúde da mulher, sobretudo, no período gravídico-puerperal. Nesse contexto, a vigilância dos óbitos maternos constitui uma ação essencial. Entretanto, é identificada fragilidade da realização dessa ação pelos profissionais enfermeiros. Nesse sentido, conhecer os fatores que influenciam na sua realização por enfermeiros contribui para a implementação de estratégias de fortalecimento da assistência à mulher nesse período. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar os fatores que influenciam a atuação do enfermeiro na vigilância do óbito materno na atenção primária à saúde. Estudo descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, realizado com enfermeiros de unidades de saúde da atenção primária à saúde de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no período de 2019 a 2021. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado, autoaplicável, desenvolvido pelo pesquisador, com questões fechadas e abertas, sobre dados sociodemográficos e de trabalho, e sobre a formação e prática da vigilância do óbito materno. A análise dos dados quantitativos foi realizada por estatística descritiva, de associação por meio do teste qui-quadrado, com correção de Bonferroni. E os dados qualitativos, utilizou-se a análise temática de conteúdo e suporte do software IRAMuTeQ. Os resultados demonstraram que aspectos como a capacitação sobre vigilância do óbito materno, o tempo referido do profissional no serviço de saúde, e os fatores relacionados ao comitê de mortalidade materna influenciam na atuação do enfermeiro. Ademais, a percepção desses profissionais sobre a vigilância do óbito materno, e do comitê de mortalidade materna, certifica compreensão técnica acerca desta prática. Além disso, o estudo pontuou a relevância das discussões dos casos de óbito materno nas reuniões de equipe e a carência do retorno das análises do comitê de mortalidade materna, perante as investigações realizadas, à Atenção Primária à Saúde. Conclui-se que o enfermeiro exerce papel importante na vigilância do óbito materno, com conhecimento da temática abordada e compreensão desta prática, entretanto esses devem ser capacitados para tal atividade, de forma a aperfeiçoar o processo de trabalho e fortalecer as ações para redução da razão de mortalidade materna.

**Palavras-chave:** Mortalidade Materna. Vigilância em Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Enfermagem.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Razão de mortalidade materna no mundo (RMM, óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos), 2019. .... 19
- Figura 2** - Razão da Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos), segundo município de residência - Mato Grosso do Sul – 2017..... 23
- Figura 3** - Razão de Mortalidade Materna de Campo Grande comparada ao Mato Grosso do Sul, 2012 – 2019..... 24
- Figura 4** - Estrutura Operacional da Secretaria Municipal de Saúde (adaptado). .... 28
- Figura 5** - Análise de similitude acerca da percepção dos enfermeiros sobre a realização da vigilância do óbito materno na APS. .... 56
- Figura 6** - Nuvem de palavras acerca da investigação do óbito materno. .... 57
- Figura 7** - Nuvem de palavras acerca do objetivo do comitê de mortalidade materna. .... 58
- Figura 8** - Nuvem de palavras acerca do papel do enfermeiro e sua principal contribuição na prática do óbito materno. .... 59
- Figura 9** - Nuvem de palavras acerca do sentimento dos enfermeiros em relação à investigação. .... 61

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Marcos históricos do comitê de mortalidade materna no Brasil.....	27
<b>Quadro 2</b> - Instrumentos de coleta e análise para Investigação de Óbito Materno e seus objetivos. ....	31
<b>Quadro 3</b> - Número de enfermeiros lotados na APS (n=204) e participantes da pesquisa (n=143) conforme região de saúde de Campo Grande/MS, 2019. ....	37

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Número de óbitos maternos obstétricos, nascidos vivos e razão da mortalidade materna em Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil, 2013-2019. ....	22
<b>Tabela 2</b> - Razão de Mortalidade Materna em Campo Grande, MS, Brasil, 2012 - 2018.....	24
<b>Tabela 3</b> - Indicadores de saúde de mortalidade materna do município de Campo Grande, MS, Brasil, 2011 - 2019. ....	25
<b>Tabela 4</b> - Análise descritiva das variáveis quanto ao perfil sociodemográfico e técnico-científico dos participantes (n=143), Campo Grande, MS, Brasil, 2019 – 2021. ....	42
<b>Tabela 5</b> - Análise descritiva das variáveis referentes à capacitação, comitê de mortalidade materna e experiência na investigação de óbito (n=143), Campo Grande, MS, Brasil, 2019 – 2021. ....	43
<b>Tabela 6</b> - Análise descritiva das variáveis quanto aos participantes com experiência na realização de investigação do óbito materno (n=84), Campo Grande, MS, Brasil, 2019 – 2021. ....	44
<b>Tabela 7</b> - Associação entre variáveis do estudo e as regiões de saúde, Campo Grande, MS, Brasil, 2019 – 2021.....	46
<b>Tabela 8</b> - Associação entre variáveis do estudo e tempo na função atual, Campo Grande, MS, Brasil, 2019 – 2021.....	49
<b>Tabela 9</b> - Associação entre variáveis do estudo e a capacitação sobre vigilância do óbito materno, Campo Grande, MS, Brasil, 2021. ....	50
<b>Tabela 10</b> - Associação entre variáveis do estudo e o conhecimento dos participantes sobre a existência do comitê de mortalidade materna. Campo Grande, MS, Brasil, 2021.....	51
<b>Tabela 11</b> - Associação entre o conhecimento sobre o objetivo da investigação do óbito e a participação em reunião do comitê de mortalidade materna. Campo Grande, MS, Brasil, 2021. ....	51
<b>Tabela 12</b> - Associação entre o acompanhamento do pré-natal da gestante falecida pelo entrevistador e a recusa da investigação domiciliar pela família, Campo Grande. MS, Brasil, 2021. ....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CEPMMI	Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil
CEVITAL	Coordenadoria de Estatísticas Vitais
CMPMMIF	Comitê Municipal de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Campo Grande
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DO	Declarações de óbito
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEID	Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USF	Unidade de Saúde da Família
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i>
VS	Vigilância em Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	13
2. REVISÃO DE LITERATURA .....	18
2.1 A Mortalidade Materna no Mundo e no Brasil .....	18
2.2 A Mortalidade Materna no Mato Grosso do Sul e sua capital .....	22
2.3 A Vigilância do Óbito Materno e seu Comitê de Prevenção .....	25
2.3.1 Investigação da Morte Materna .....	30
3. OBJETIVOS .....	35
3.1 Objetivo geral .....	35
3.2 Objetivos específicos .....	35
4. METODOLOGIA .....	36
4.1 Tipo do estudo .....	36
4.2 Local do estudo .....	36
4.3 Participantes da pesquisa .....	36
4.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados .....	37
4.5 Organização e análise dos dados .....	38
4.6.1 Riscos .....	39
4.6.2 Benefícios .....	39
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	40
5.1 VIGILÂNCIA DO ÓBITO MATERNO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FATORES RELACIONADOS À ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO .....	41
5.1.1 Resultados .....	41
5.1.2 Discussão .....	52
5.2 PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE A VIGILÂNCIA DO ÓBITO MATERNO .....	55
5.2.1 Resultados .....	55
5.2.1 Discussão .....	63
6. IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA .....	68
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	69
REFERÊNCIAS .....	71
APÊNDICE A - ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	79

ANEXO A - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO - M1 - SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL .....	85
ANEXO B - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO - M3 - ENTREVISTA DOMICILIAR .....	89
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	94

## 1. INTRODUÇÃO

A morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término desta. Ela independe da duração ou da localização da gravidez, de qualquer causa relacionada ou agravada por ela, ou por medidas tomadas em relação a ela, exceto a causas acidentais ou incidentais (WHO, 2019). Entretanto, apesar dos avanços tecnológicos e assistenciais a essa população, no contexto mundial, estudos têm indicado que 92% dos casos poderiam ser evitados, configurando-se uma importante questão de saúde pública (BRASIL, 2009a).

Frente a esse cenário, como estratégia para redução desse evento, compromissos globais por meio dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que ficaram vigentes até 2015, foram pactuados. E, para continuidade desses esforços, a partir desse período por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), no qual a meta relacionada à saúde - ODS 3.1 – estabelece a redução da razão de mortalidade (RMM) global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030. Isto porque, a estimativa realizada no ano de 2019, demonstrou que a RMM no mundo é de 211 mortes maternas, sendo que países menos desenvolvidos têm apresentado uma RMM 40 vezes maior, ou mais, do que países desenvolvidos (WHO, 2019).

A razão de mortalidade materna (RMM) é a razão entre o número de mortes maternas obstétricas, diretas e indiretas, com o número de nascidos vivos, e é expresso por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2009a). Para fins de categorização, a OMS considera baixa, quando a RMM é inferior a 100 mortes; moderada, de 100-299 mortes; alta, de 300-499 mortes; muito alta, de 500-999 mortes; e extremamente alta, maior ou igual a 1.000 mortes por 100.000 nascidos vivos (WHO, 2019).

A RMM nos países menos desenvolvidos do mundo é alta. Ela é estimada em 415 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, ou seja, 40 vezes maior do que RMM na Europa, e quase 60 vezes maior do que na Austrália e Nova Zelândia (WHO, 2019).

Para o Brasil, inclusive representado na meta ODS 3.1, esses parâmetros foram ajustados, já que se considerou que o país observa valores abaixo da meta global. Em 2015, a RMM brasileira foi estimada em 62 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Dessa forma, a Comissão Nacional de Combate à Mortalidade Materna do Ministério da Saúde assumiu a meta

de redução de 51,7% da RMM até 2030, que corresponde a 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (IPEA, 2018).

No Mato Grosso do Sul, a RMM, em 2019, foi de 48,8 mortes maternas, dados estes inferiores ao ano anterior (2018) que apresentou RMM de 65,5. O boletim epidemiológico do estado (2020) apresentou também análise por macrorregiões - Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas - na qual foi demonstrado que no período de 2017-2019, a macrorregião de Campo Grande apresentou a razão média de 49/100.000 NV, razão inferior à do estado em 5% (MATO GROSSO DO SUL, 2020).

Ademais, a capital, quando considerado o ano de 2019, apresentou RMM de 49 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, possuindo uma RMM menor que a brasileira. Em números absolutos, foram 07 óbitos maternos, exatamente o mesmo número referente a 2018 (CAMPO GRANDE, 2020).

Frente a esse cenário, alguns fatores relacionados à população, que podem potencializar ou diminuir a ocorrência desse evento, são descritos na literatura. Dias *et al.* (2014) indicam que fatores orgânicos, psíquicos, sociais e assistenciais estão intimamente relacionados entre si, e são participantes de uma cadeia de eventos, cuja fragilidade é determinada pelo mais fraco, que pode, portanto, determinar o risco e a morte. Destarte, fatores sociais como idade, cor, etnia, estado civil, escolaridade e padrão socioeconômico demonstram que existe população mais vulnerável e com alto risco de complicações, o que corrobora com estudos apresentados nessa perspectiva (PÍCOLI *et al.*, 2015; DUARTE *et al.*, 2020; DIAS *et al.*, 2014).

Ademais, um estudo realizado com o objetivo de analisar o perfil epidemiológico dos óbitos maternos, no estado de Mato Grosso do Sul, demonstrou que mulheres pretas e pardas, e indígenas têm risco de morte aproximadamente quatro vezes maior quando comparadas à mulheres brancas, e as causas obstétricas diretas apresentaram maiores frequências (PÍCOLI *et al.*, 2015).

Nesse sentido, foram desenvolvidos, ao longo do tempo, pelo Ministério da Saúde do Brasil, diversos programas e políticas voltados à redução da mortalidade materna. Destacam-se as participações nas pactuações internacionais, como os objetivos do milênio, objetivos sustentáveis, e, também, a criação dos comitês de mortalidade, que somados às orientações governamentais centrais, compuseram diversas estratégias para essa redução.

No ano de 2004, na Portaria nº1.172/2004 foi definida a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como uma atribuição de municípios e estados (BRASIL, 2004). Em 2008, a vigilância do óbito materno foi regulamentada por meio da Portaria nº 1.119/2008 (BRASIL, 2008). Contudo, foi em 2014, na continuidade do movimento para dar visibilidade a esses

eventos, que os óbitos maternos foram incorporados à lista de agravos de notificação compulsória conforme definido na Portaria GM nº 1.271/2014 (BRASIL, 2014).

A vigilância dos óbitos maternos ganhou espaço específico com a criação dos comitês de mortalidade materna, considerados as instâncias mais adequadas para apurar as circunstâncias de cada óbito materno (VEGA *et al.*, 2017). Portanto, essas instâncias, que constituem espaços de controle social e apoio à gestão, são imprescindíveis para a redução desses eventos por meio do conhecimento de sua magnitude e determinantes, e proposição de ações para a qualificação da atenção à saúde (MELO *et al.*, 2017).

Os comitês são organismos interinstitucionais, multiprofissionais e confidenciais, com atuação técnico-científica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, e com função eminentemente educativa. O objetivo compreende analisar os óbitos, investigar aqueles nos locais onde a Vigilância Epidemiológica não está capacitada, informar estatísticas oficiais e relatórios, capacitar, definir medidas preventivas para redução do óbito materno, promover interlocução entre as instituições e estimular criação dos comitês (BRASIL, 2009a).

O Brasil apresenta experiências exitosas, sobretudo nas capitais. Em 1988, o estado de São Paulo foi protagonista na criação dos primeiros Comitês de Estudo da Morte Materna no Brasil, que, em 1995, passaram a integrar o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Nesse Estado, a RMM passou de valores superiores a 140 no início da década de 1960 para valores em torno de 50 na década de 1980. Posteriormente, ao longo da década de 1990 e início dos anos 2000, esse indicador apresentou queda mais lenta, sendo, contudo, em qualquer período, menor que os coeficientes para o Brasil, o que reflete a influências de seus comitês (MELO *et al.*, 2017).

O resultado do trabalho desenvolvido pelo comitê é concretizado pelas recomendações destes e que contribuem para o processo de investigação. Para tanto, é necessário que esta seja realizada de maneira adequada, com bons registros, e que contribuam para uma boa análise perante ao comitê. Sendo assim, as ações de vigilância do óbito devem ser realizadas por profissionais de saúde designados pelas autoridades de vigilância em saúde (BRASIL, 2008). E a escolha do entrevistador, aquele que realiza a visita domiciliar e preenche as fichas de investigação do óbito materno, depende do que é preconizado pelo serviço (BRASIL, 2011b). Na capital sul-mato-grossense, cabe ao profissional enfermeiro da APS essa atribuição.

Nesse processo, a saúde da mulher ganhou maior visibilidade a partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (1984), prosseguiu com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000), evoluiu à Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher – PNAISM (2004), e concomitantemente somaram-se iniciativas

como o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (2005), Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (2005), Política Nacional de Planejamento Familiar (2007) e o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS (2007) (LEAL *et al.*, 2018) ; GAMA *et al.*, 2021).

Entretanto, foi em 2011 que parte de todas as iniciativas compuseram o projeto nacional denominado Rede Cegonha, com objetivo de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2011a). Essas ações, programas e políticas, desenvolvidas ao longo do tempo, têm por finalidade contribuir para redução do número de mortes.

Ademais, a rede de saúde articulada pode contribuir para redução das taxas de mortalidade materna evitável. Como previsto na PNAB, a integração entre a Vigilância em Saúde e APS é uma condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, a APS tem papel importante em relação à saúde da mulher, sobretudo, no período gravídico-puerperal. Entretanto, os altos índices de mortalidade materna demonstram que este se mantém como um problema de saúde pública de difícil enfrentamento. Contudo, tão importante quanto à prestação de um serviço de saúde de excelência, é analisar os fatores que culminam em um óbito materno. Isto porque, uma investigação realizada com qualidade retrata as fragilidades durante o processo de cuidado nas ações oferecidas no ciclo gravídico-puerperal possibilitando avanços na assistência à saúde que refletem diretamente nos índices de mortalidade materna.

Ademais, a atuação do enfermeiro na APS vem se constituindo como um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), correspondendo ao modelo assistencial que não está centrado na clínica e na cura, mas na integralidade do cuidado, intervenção frente aos fatores de risco, prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida (FERREIRA *et al.*, 2018).

Além disso, cabe ao enfermeiro da APS, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas em todos os ciclos de vida, incluindo as diferentes ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

No contexto do óbito materno, no município no qual este estudo foi realizado, os enfermeiros foram designados para realizar a investigação domiciliar do óbito materno. Isto porque, é reconhecido que estes possuem vínculo com a família e conhecimento de suas necessidades de saúde. E devido às suas competências abrangerem a área educativa,

administrativa e, sobretudo assistencial, do núcleo familiar (BARBASTEFANO; VARGENS, 2009).

Como apresentado por Morse *et al.* (2011), existe um descompasso entre a relevância da mortalidade materna como problema de saúde pública e a quantidade de artigos produzidos sobre o tema no Brasil, e embora a produção científica recente tenha sido influenciada pela atividade dos Comitês de Morte Materna, existe uma escassez de estudos também sobre a vigilância do óbito materno e os profissionais que envolvem seu contexto.

Frente a isso, definiu-se como pergunta de pesquisa: Como se apresenta a atuação do enfermeiro na vigilância do óbito materno na APS? Quais os fatores relacionados às características sociodemográficas, de trabalho e formação dos enfermeiros que influenciam essa atuação? Assim, neste estudo espera-se que os conhecimentos gerados forneçam subsídios para a identificação das fragilidades relacionadas à atuação do enfermeiro na vigilância do óbito materno na APS, bem como aquelas relacionadas à toda a equipe. E, com isso, contribuir no desenvolvimento de estratégias que fortaleçam a APS e os comitês de mortalidade materna, visando uma assistência de melhor qualidade a essa população.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A Mortalidade Materna no Mundo e no Brasil

A OMS define a morte materna como:

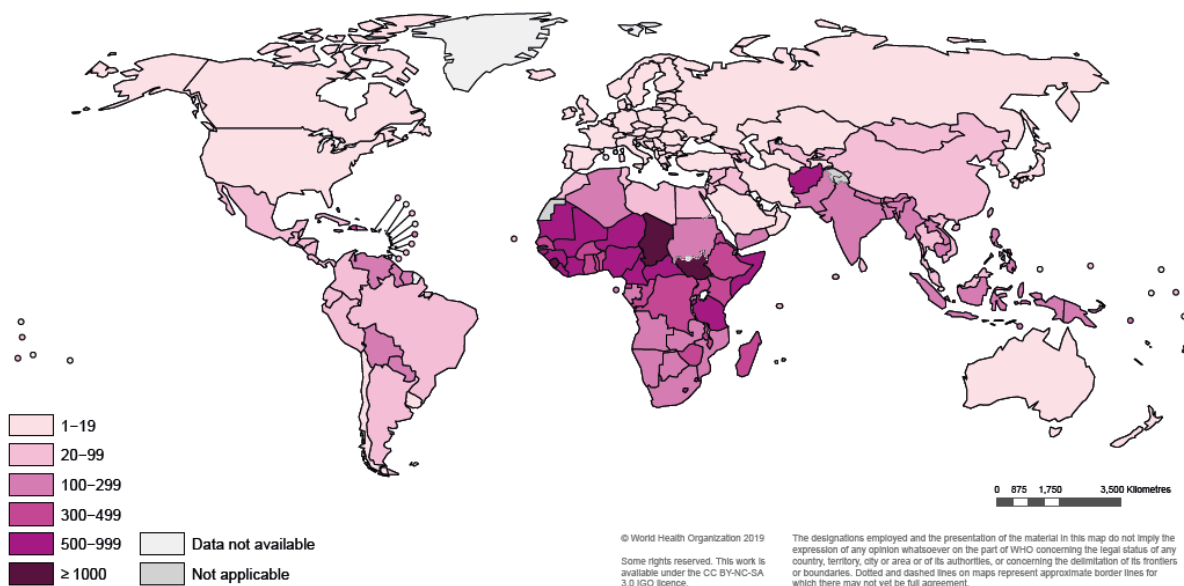
a morte de uma mulher durante a gravidez ou dentro de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, por qualquer causa relacionada a ou agravado pela gravidez ou sua gestão, mas não de forma não intencional ou causas incidentais (WHO, 2019).

De acordo com suas causas originárias, o óbito pode ser de uma causa obstétrica direta ou indireta. A primeira se relaciona às complicações durante a gravidez, parto ou puerpério, decorrente de intervenções incorretas, omissões ou de uma série de eventos resultantes de qualquer uma dessas razões. Por sua vez, a causa indireta resulta de doenças anteriores à gestação ou que se desenvolveram durante o período da mesma, sendo agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2009b).

Mortes maternas, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorrem em período superior a 42 dias e inferior a um ano após o encerramento da gravidez são denominadas morte materna tardia (BRASIL, 2009b).

Para a avaliação dos dados em relação à mortalidade materna utiliza-se a Razão de Mortalidade Materna (RMM), que representa o risco obstétrico associado à gestação e é definida pela razão entre o número de mortes maternas durante o período de um ano por 100 mil nascidos vivos durante o mesmo período (WHO, 2019).

No Brasil, para fins de categorização, utiliza-se como parâmetros da RMM, até 20/100.000 Nascidos Vivos, como baixa; de 20 a 49/100.000 Nascidos Vivos, média; de 50 a 149/100.000 Nascidos Vivos, alta; e acima de 150/100.000 Nascidos Vivos, muito alta. (MATO GROSSO SO SUL, 2021). Entretanto, a OMS considera baixa a RMM inferior a 100 mortes maternas; moderada, de 100-299 mortes maternas; alta, de 300-499 mortes maternas; muito alta, de 500-999 mortes maternas; e extremamente alta, maior ou igual a 1.000 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (WHO, 2019).



**Figura 1** - Razão de mortalidade materna no mundo (RMM, óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos), 2019.

Fonte: Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World and Group and the United Nations Population Division, 2019 (adaptado).

Posto isso, a mortalidade reflete as desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (WHO, 2019) e que em maior ou menor grau, aflige todas as sociedades humanas (BARRETO, 2017).

A RMM global, em 2017 diminuiu 38% desde 2000, quando foi estimado em 342 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Apesar disso, a África Subsaariana e o Sul da Ásia representaram, aproximadamente, 86% do número global estimado de mortes maternas em 2017 (254.000). E a África Subsaariana, sozinha, representou cerca de 66% (196.000) das mortes.

Os 10 países com a RMM mais altas em 2017 foram Sudão do Sul, Chade, Serra Leoa, Nigéria, República Centro-Africana, Somália, Mauritânia, Guiné-Bissau, Libéria e Afeganistão. Esses tiveram estagnação ou desaceleração em suas reduções de mortalidade (WHO, 2019). E, os três primeiros, tiveram mortalidade materna extremamente alta, sendo o Sudão do Sul (1150) seguido por Chade (1140) e Serra Leoa (1120) (WHO, 2019).

De outro modo, entre 2000 e 2017, o sul da Ásia alcançou o maior nível geral de redução de percentual na RMM, com 59%. Ademais, países em desenvolvimento sem litoral e os países menos desenvolvidos também reduziram suas razões por quase metade, 48% e 46%, respectivamente (WHO, 2019).

As regiões que apresentaram RMM moderada foram o Norte da África, Oceania (exceto Austrália e Nova Zelândia), Sudeste Asiático, Sul da Ásia e pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (PEID). As regiões da Austrália e Nova Zelândia; Ásia Central, Ásia Oriental, Ásia Ocidental, América Latina e Caribe; e Europa e Norte América foram estimados com baixa RMM (WHO, 2019).

Nesse contexto, compromissos globais para a redução da RMM foram pactuados ao longo das últimas décadas. Em 2000, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) propunham oito objetivos, com 24 metas a serem cumpridas até 2015. E, uma das metas, era reduzir a 75% a mortalidade materna (ODM BRASIL, s.d.).

O Brasil não alcançou a meta proposta, apesar dos avanços conquistados. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 1990 e 2015, as mortes foram reduzidas de 143 para 60 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, o que representou redução de 58%. Entretanto, o número voltou a subir, em 2016, distanciando o país da meta estipulada pela ONU de, no máximo, 35 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos, até 2015 (PORTAL ODS, 2018).

Após esse período, 193 países ratificaram os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), com diversas metas a serem cumpridas, entre as quais o tópico 3, dedicado à “Saúde e ao Bem-Estar”, com objetivo de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (MOREIRA *et al.*, 2019).

Este tópico conta com ambiciosas metas que englobam a redução das mortalidades materna e infantil, e prematuras por doenças não transmissíveis, acidentes nas estradas, produtos químicos perigosos e por contaminação e poluição do ambiente; a extinção das epidemias de Aids, tuberculose, malária, doenças negligenciadas e o combate à hepatite; a promoção da saúde mental; a prevenção e o tratamento ao abuso de álcool e outras drogas; o acesso universal aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva; e a cobertura universal de saúde, incluindo proteção ao risco financeiro, acesso a serviços de qualidade e a vacinas e medicamentos essenciais e seguros (IPEA, 2018).

Quanto à mortalidade materna, a meta mundial dos ODS relacionada ao item 3.1, é reduzir a razão de mortalidade (RMM) global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030 (WHO, 2019).

Nesse sentido, o Brasil, que pertence ao grupo “América Latina e Caribe” nos estudos da OMS, teve adequações quanto à meta proposta pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), tendo em vista a realidade brasileira frente às metas estabelecidas globalmente. Isto porque as características e especificidades de uma nação são tantas que, muitas vezes, não se veem representadas de maneira satisfatória em acordos globais. E, apesar

da ambição e da dimensão global, a estratégia política para a implementação dos ODS tem ênfase nacional, cabendo ao governo de cada país determinar prioridades, estruturas de governança, monitoramento de resultados e formas de financiamento (MOREIRA *et al.*, 2019).

Essas adequações são essenciais visto que, alguns países já alcançaram os valores estabelecidos. Em outros, essas referem-se a problemas que não são observados internamente, ou não contemplam questões de grande relevância para o país (IPEA, 2018). Como no Brasil observava-se valores abaixo da meta global, com uma RMM estimada em 62 óbitos por 100.000 nascidos vivos, em 2015, a Comissão Nacional de Combate à Mortalidade Materna do Ministério da Saúde assumiu a meta de redução de 51,7% da RMM até 2030, que corresponde a 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (IPEA, 2018).

Vale ressaltar que o Brasil apresentou uma RMM decrescente, assim como as regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A região Norte apresentou tendência crescente de mortalidade materna. Em 2019, a RMM do Brasil variou de 82,5 óbitos maternos na região Norte, a 38,3 na região Sul (BRASIL, 2021).

O Brasil, pertencente aos países em desenvolvimento, apresenta uma RMM elevada por causas diretas. Em 2009 tinha como principal causa as síndromes hipertensivas seguidas das hemorragias, das infecções puerperais, doenças do aparelho circulatório e complicações do aborto (BRASIL, 2009b; SOUZA, *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2016; MARTINS, SILVA, 2018; MORSE *et al.*, 2011). Em 2019, 65,7% dos óbitos maternos foram decorrentes de causas obstétricas diretas, 30,4% de causas obstétricas indiretas e 3,9% de causas obstétricas inespecíficas. Entre as causas obstétricas diretas, predominaram a hipertensão (370 óbitos; 20%), hemorragia (195 óbitos; 12,4%), infecção puerperal (69 óbitos; 4,4%) e aborto (43 óbitos; 2,7%). Entre as causas obstétricas indiretas, predominaram as doenças do aparelho circulatório (130 óbitos; 8,3%), doenças do aparelho respiratório (65 óbitos, 4,1%) que, em 2009, apresentou um aumento importante em decorrência da epidemia de H1N1, doenças infecciosas e parasitárias maternas (45 óbitos; 2,9%), das quais destaca-se a síndrome da imunodeficiência adquirida (13 óbitos; 0,8%) (BRASIL, 2021).

Ainda assim, como o apresentado no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2021), dois aspectos práticos dificultam o conhecimento da magnitude das mortes maternas no Brasil. O primeiro é a subnotificação relacionada às mortes não inseridas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS) e o segundo é o preenchimento inadequado das causas de morte nas declarações de óbito (DO).

Diante da realidade é que foi construído este estudo de modo a contribuir para que a Secretaria de Saúde do Município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, fortaleça as ações

do Comitê de Mortalidade Materna e, por conseguinte, obtenha a redução da mortalidade materna e assegure à mulher e sua família, a assistência adequada.

## 2.2 A Mortalidade Materna no Mato Grosso do Sul e sua capital

O Mato Grosso do Sul, estado pertencente à região centro-oeste do Brasil e com população estimada de 2.839.188 pessoas (IBGE/2021), entre 2013 e 2017 possuía 797.281 mulheres entre 10 e 49 anos nas quais ocorreram 4.680 óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF), e 128 óbitos maternos (MATO GROSSO DO SUL, 2017).

A Razão da Mortalidade Materna (RMM) no período analisado (2013-2017) apresentou uma média de 58,85 mortes por 100.000 Nascidos Vivos (NV), sendo que somente no ano de 2017 apresentou RMM considerada média. Nos demais anos oscilou entre alta e muito alta como demonstrado na Tabela 1.

**Tabela 1** - Número de óbitos maternos obstétricos, nascidos vivos e razão da mortalidade materna em Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil, 2013-2019.

ANO	Nº mortes maternas	Nº nascidos vivos	RMM
2013	22	42.296	52,01
2014	26	44.058	59,01
2015	31	44.142	70,23
2016	28	42.416	66,01
2017	21	44.748	47,00
2018	29	44.276	65,50
2019	21	43.108	48,80

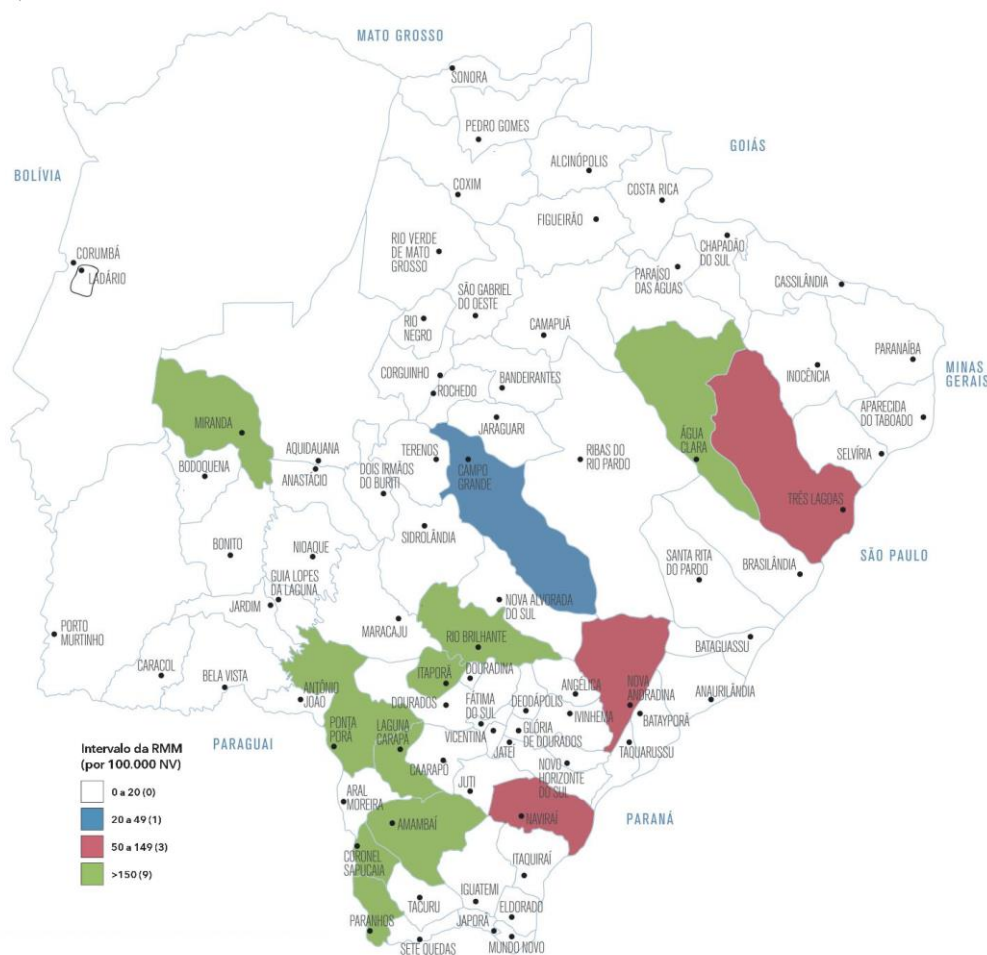
Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (2020).

Em relação às variáveis no período de 2016-2019, foi observado que, de 2017 a 2019, 14,09% são óbitos maternos em adolescentes e, desses, 2,82% na faixa etária de 10 a 14 anos. Em relação à escolaridade, a maior parte das mulheres acumulavam de 4 a 11 anos de estudo.

Considerando o tipo de causa obstétrica, de 2016 a 2019, os óbitos foram por causas obstétricas diretas como transtornos hipertensivos, seguida por hemorragia (11,27%). Dado esse que demonstra a necessidade de rever a assistência prestada no pré-natal, parto e puerpério. Verifica-se, também, que a hipertensão apresentou um aumento de 21,42% no período (MATO GROSSO DO SUL, 2020).

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde utiliza um algoritmo para operacionalizar o conceito da OMS e para isso é selecionado o número de óbitos classificados como maternos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o qual é realizado a partir dos campos causa básica e momento do óbito em relação ao período gravídico puerperal (BRASIL, 2018).

Com relação ao município de residência do óbito materno em 2017, dos treze (13) municípios de Mato Grosso do Sul que registraram óbito materno, três (3) foram classificados como de alto risco e nove (9) como muito alto risco e apenas um (1) como médio risco (Figura 2).



**Figura 2** - Razão da Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos), segundo município de residência - Mato Grosso do Sul – 2017.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (2017).

A capital do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, possui uma população estimada de 916.001 pessoas (IBGE, 2021) e pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), à época do estudo, o município contava com 71 unidades da Atenção Primária em Saúde, totalizando 139 equipes.

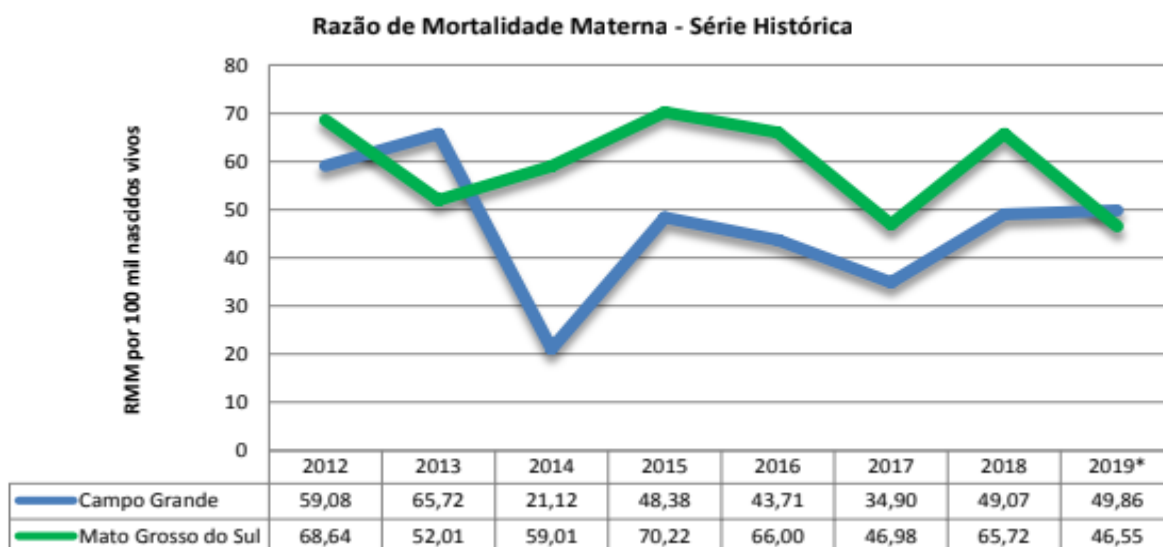
A série histórica dos últimos sete anos, conforme apresentado na Tabela 2, teve um cenário de 45 mortes maternas em Campo Grande e uma RMM que oscilou sobretudo entre os anos de 2013-2015 e 2017-2018, sendo que para 2014 apresentou índice de 21,12, menor valor da série histórica disponível, o que pode aferir subnotificação para este ano.

**Tabela 2 - Razão de Mortalidade Materna em Campo Grande, MS, Brasil, 2012 - 2018.**

ANO	Nº mortes maternas	Nº nascidos vivos	RMM
2012	8	13541	59,1
2013	9	13695	65,7
2014	3	14205	21,1
2015	7	14469	48,4
2016	6	13726	43,7
2017	5	14325	34,9
2018	7	14259	49,1

Fonte: Coordenadoria de Estatísticas Vitais/CEVITAL (2018).

Comparando a RMM conforme a série histórica apresentada, pode-se observar que de 2014 a 2018, Campo Grande apresentou índices inferiores quando comparados aos de Mato Grosso do Sul (Figura 3).



**Figura 3 - Razão de Mortalidade Materna de Campo Grande comparada ao Mato Grosso do Sul, 2012 – 2019.**

Fonte: Coordenadoria de Estatísticas Vitais/CEVITAL (2018) \*Dados parciais.

Quanto à investigação de óbitos em mulher em idade fértil, Campo Grande vêm mantendo, desde 2017, uma taxa de mais de 90% das investigações. Este dado é relevante visto que a subnotificação é uma realidade (BRASIL, 2021). Elevados percentuais de investigação de MIF, como apresentado na Tabela 3, contribuem para dados de óbitos de morte materna mais fidedignos.

**Tabela 3** - Indicadores de saúde de mortalidade materna do município de Campo Grande, MS, Brasil, 2011 - 2019.

Indicadores de Mortalidade Materna			
Ano	Razão	Mulher em Idade Fértil (nº)	Óbitos de Mulher em Idade Fértil investigados (%)
2011	45,99	258	87,98
2012	59,08	269	87,73
2013	65,72	304	86,84
2014	21,12	283	85,16
2015	48,38	247	78,95
2016	43,71	290	88,28
2017	34,89	244	97,54
2018	49,07	266	98,50
2019	49,86	266	96,62

Fonte: Coordenadoria de Estatísticas Vitais/CEVITAL (2020). Adaptado.

### 2.3 A Vigilância do Óbito Materno e seu Comitê de Prevenção

Em 2004, na Portaria nº1.172/2004 foi definido a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como uma atribuição de municípios e estados (BRASIL, 2004). E, após quatro anos, normatizou esta prática estabelecendo prazos e fluxos da investigação por meio da Portaria nº 1.119/2008 (BRASIL, 2008). Esta portaria tem por objetivo regulamentar a vigilância de óbitos maternos para todos os eventos, confirmados ou não, independentemente do local de ocorrência, e designou que cabem aos profissionais de saúde a investigação do óbito materno (BRASIL, 2008).

Sendo assim, todas as esferas se reestruturaram e compuseram suas equipes. Ela estabelece, também, o prazo de até 120 dias, a partir da ocorrência do óbito, para que o levantamento dos dados que compõem a investigação seja realizado pela equipe de vigilância, bem como, conclua e envie o material ao comitê de morte (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, a investigação do óbito materno se inicia a partir de sua notificação por meio da Declaração de Óbito pelo médico (BRASIL, 2005). Após o término da investigação, a equipe de vigilância de óbitos realiza o resumo do caso e apresenta em reunião com o comitê de morte materna do município, para se analisar os fatores e a evitabilidade do óbito, assim como o estabelecimento de medidas para evitar novos óbitos. Posteriormente, deve-se alimentar o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) para conclusão (BRASIL, 2009b).

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a, p.23), “os Comitês de Morte Materna são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo, com atuação sigilosa, não coercitiva ou punitiva”. Eles podem possibilitar a visão ampliada e de diferentes atores sobre esses eventos e sua gravidade. Assim como a articulação de instituições governamentais, da sociedade civil organizada, e participação multiprofissional.

A partir da década de 1980, se deu a implantação dos comitês de morte materna em todo o Brasil, visto o compromisso com a redução da ocorrência do óbito de mulheres relacionado ao processo de reprodução e sobretudo, considerando os grandes avanços tecnológicos e científicos nas áreas de saúde materna e perinatal nas últimas décadas do século XX que contribuem para as boas práticas na atenção (BRASIL, 2009a). Comitês foram criados a partir do Ministério da Saúde ter adotado diversas medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e como estratégia havia implantado a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2007).

Mesmo com a criação dos comitês em várias regiões do país, só em 1994 foi oficializado o Comitê Nacional de Mortalidade Materna por meio da Portaria nº. 773/MS (SOARES, 2008). A portaria tem recebido adequações e deu lugar a Portaria Nº 652/2003, que instituiu a Comissão Nacional de Mortalidade Materna. Assim, no Brasil, em 2014, os óbitos maternos foram incorporados à lista de agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2014).

**Quadro 1 - Marcos históricos do comitê de mortalidade materna no Brasil.**

<b>Ano</b>	<b>Iniciativas</b>
1987	Desenvolvimento dos comitês de morte materna em todo o Brasil
1994	Instituído Comitê Nacional de Mortalidade Materna (Portaria nº. 773/MS)
1997	Óbito materno passou a ser definido como evento de notificação compulsória (Resolução nº 256/MS)
2003	Instituição da Comissão Nacional de Mortalidade Materna (Portaria nº 652/MS) Fica estabelecido que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória (Portaria nº 653/MS)
2008	Os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória (Portaria nº 1.119/2008)
2014	Óbito materno foi incorporado à lista de agravos de notificação compulsória (Portaria nº 1.271/2014)

Fonte: própria autora.

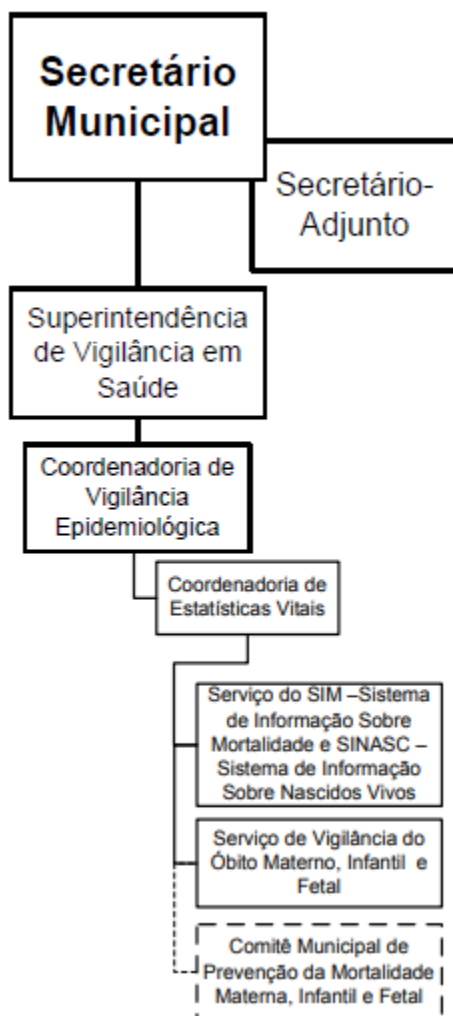
Para Melo *et al.* (2017), no Brasil, com a criação desses comitês, a operacionalização da vigilância dos óbitos maternos ganhou maior destaque, constituindo-se em verdadeiros mecanismos de controle social e apoio à gestão. Assim sendo, são entendidos como imprescindíveis para a redução desses eventos por meio do conhecimento de sua magnitude e determinantes e, também, proposição de ações para a qualificação da atenção à saúde.

Além disso, são importantes instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e, ainda conforme as especificidades da região que está sendo analisada, pretende também, amparar as políticas públicas e as ações locais de intervenção (BRASIL, 2009b).

De forma gradativa, os comitês foram instituídos nas diferentes regiões e estados do território nacional. No estado de Mato Grosso do Sul, o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CEPMMI/MS) foi reativado em 2001 (BRASIL, 2003) e, em 2013, por meio da Resolução nº 39 da Secretaria de Estado de Saúde (SES), foi aprovado seu Regimento Interno (MATO GROSSO DO SUL, 2013), tendo sua última alteração por meio da Resolução Nº 90/CIB/SES de 28 de outubro de 2020, publicada em Diário Oficial Eletrônico nº 10.317, de 6 de novembro de 2020 (MATO GROSSO DO SUL, 2020).

Na capital Campo Grande, foi constituído o Comitê Municipal de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Campo Grande/MS - CMPMMIF, através da Deliberação do Conselho Municipal de Saúde nº 8, de 6 de setembro de 2001 e, por meio da Resolução nº136/2012 da Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU), foi aprovado seu

Regimento Interno (CAMPO GRANDE, 2012) tendo sua última reformulação definida pela Resolução nº 392 de 12 de junho de 2018. O CMPMMIF compõe a Coordenadoria de Estatísticas Vitais, vinculada a Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e a Superintendência de Vigilância à Saúde de Campo Grande/MS (CAMPO GRANDE, 2018).



**Figura 4** - Estrutura Operacional da Secretaria Municipal de Saúde (adaptado).

Fonte: Diogrande n. 6.406. Decreto n. 14.884, de 03/09/2021.

O fluxo de investigação no qual o comitê de mortalidade materna municipal está inserido segue procedimentos que envolvem a Coordenadoria de Estatísticas Vitais (CEVITAL) e a Coordenadoria da Rede de Atenção Básica (CRAB), responsável pelas unidades de saúde da Atenção Primária. O processo de investigação é iniciado quando a CEVITAL separa, as declarações de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e providencia cópias xerográficas dessas declarações; acessa os prontuários nas maternidades e hospitais, e preenche

a ficha confidencial de óbito materno observando o fluxo da declaração de óbito original (CAMPO GRANDE, 2018).

Conforme Resolução Municipal nº392/2018 (CAMPO GRANDE, 2018), a Atenção Primária, por sua vez e por meio dos enfermeiros, realiza a visita e a entrevista domiciliar às famílias com ocorrência de óbitos maternos e das mulheres em idade fértil utilizando as Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil, Ficha de Investigação de Óbito - M1 - Serviço de Saúde Ambulatorial e Ficha de Investigação de Óbito Materno - M3 - Entrevista Domiciliar.

Logo, o comitê é acionado após a Equipe Técnica de Vigilância de Óbitos (Serviço de Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal/CEVITAL) consolidar as informações e elaborar o resumo do caso, preencher a Ficha de Investigação de Óbito Materno - M5 - Síntese, Conclusões e Recomendações e encaminhar à secretaria executiva do CPMMIF, mensalmente. O plenário do CPMMIF analisa, discute e classifica a evitabilidade do óbito materno para parecer e conclusão da investigação (CAMPO GRANDE, 2018).

Durante a sessão do Comitê - CPMMIF -, o plenário analisa os formulários preenchidos para identificação da causa real do óbito, seus determinantes, formas de evitar o evento e apuração de responsabilidades, com o objetivo de propor às instituições ou autoridades ações de saúde que visem a melhoria dos níveis de atendimento. O presidente do comitê providencia o encaminhamento dos estudos e conclusões à esfera estadual - CEPMMI/MS - e controla o cumprimento do prazo das investigações, este no máximo de dois meses, e encaminha os documentos ao hospital onde ocorreu o óbito (CAMPO GRANDE, 2018).

A capital, assim como os demais municípios do interior, após terem concluído a análise dos casos enviam todo processo para conhecimento e análise do CEPMMI/MS, que posteriormente elabora recomendações e medidas de intervenção.

Para normatizar as rotinas e fluxos de notificação e investigação de óbito, a SES e SESAU, elaboraram a Nota Técnica conjunta nº1/2018, para as secretarias municipais de saúde de Mato Grosso do Sul. A orientação técnica, além de toda normatização do processo, apresentou a importância da instituição dos comitês e equipes técnicas de análise dos óbitos (MATO GROSSO DO SUL, 2018).

### 2.3.1 Investigação da Morte Materna

Conforme Portaria nº 1.119/2008,

os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência (BRASIL, 2008).

Partindo deste conceito, a investigação da morte materna tem como finalidade obter informações referentes à assistência em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2009b). Ela compreende diversas fases que se inicia com a identificação do óbito e prossegue com a coleta de dados em várias fontes, como a entrevista com a família e registros dos serviços de saúde por meio da utilização dos formulários de investigação do óbito (BRASIL, 2009c). Esses dados reunidos permitem que a equipe de vigilância e o comitê de mortalidade materna, em qualquer nível de gestão, realize a análise das informações e oriente as intervenções para reduzir os óbitos evitáveis (BRASIL, 2009b).

Um dos instrumentos utilizados no processo são as fichas para investigação do óbito materno, que possuem campos quanto à identificação do óbito, dados pessoais da mulher, história obstétrica, antecedentes pessoais, críticas dos familiares ao atendimento, história das internações, dados da assistência, condições do recém-nato e o laudo de necropsia (BRASIL, 2011b).

A utilização desses instrumentos (Quadro 2) visa padronizar o processo de vigilância do óbito, já que a diversidade no conteúdo dos formulários utilizados impede a comparação das informações produzidas nas pelos país e comprometem a qualidade dos dados inseridos no Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (BRASIL, 2011b).

**Quadro 2** - Instrumentos de coleta e análise da Investigação de Óbito Materno e seus objetivos.

<b>Instrumentos</b>	<b>Objetivo</b>
Cópia da Declaração de Óbito (DO)DO Epidemiológica	Identificar o óbito e orientar os procedimentos e as fontes de informação para a investigação do óbito.
MIF = Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil – Identificação de Possível Óbito Materno	Coletar dados que possibilitem, em entrevista domiciliar, identificar se a mulher estava grávida ou esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte.
M1 = Fichas de Investigação de Óbito Materno – Serviço de saúde ambulatorial	Coletar dados referentes à assistência da mulher em serviços de saúde nos registros do atendimento ambulatorial e hospitalar.
M2 = Fichas de Investigação de Óbito Materno – Serviço de saúde hospitalar	Coletar dados referentes à assistência da mulher em serviços de saúde nos registros do atendimento ambulatorial e hospitalar.
M3 = Ficha de Investigação de Óbito Materno – Entrevista domiciliar	Coletar as informações verbais do(s) cuidador(es) da falecida (familiar ou amigo) acerca da história de vida e de saúde da mulher e da assistência em serviços de saúde, durante a doença que levou à morte.
AV3.1 = Autópsia Verbal - Formulário 3: pessoa com 10 anos e mais - mulher em idade fértil	Coletar as informações verbais do(s) cuidador(es) da falecida (irmã ou familiar) para esclarecer a causa da morte quando mal definida ou desconhecida.
M4=Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia	Coletar dados registrados nos Institutos Médicos Legais (IML) ou Serviços de Verificação de Óbito (SVO) e nos relatórios de encaminhamento médico para esses serviços.
M5= Ficha de Investigação do Óbito Materno - Síntese, Conclusões e Recomendações	Reunir e organizar de forma sumária os principais dados coletados para análise e interpretação, com a identificação dos problemas e as recomendações específicas para o caso. Organizar os dados para inserção e correção de campos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
M6 = Planilha Municipal de Vigilância do Óbito Materno	Organizar os eventos investigados para acompanhamento e monitoramento da investigação dos óbitos e para avaliação situacional da mortalidade para subsidiar o planejamento e as intervenções de saúde local e regional.

Fonte: Ministério da Saúde (2011).

A investigação dos óbitos maternos contribui para a identificação do número real de óbitos à medida que é um instrumento para a identificação daqueles que não foram informados corretamente e os que não têm declarações de óbitos registradas ou não entraram no sistema de informação. Proporciona, também, informações sobre os problemas que contribuíram para essas ocorrências, permite à correção dos dados pessoais da falecida, a avaliação da assistência

prestada à mulher em todos os níveis de complexidade dos serviços e do preenchimento da declaração de óbito, sendo imprescindível para a definição de intervenções voltadas a evitar novas mortes (BRASIL, 2009b).

### 2.3.1.1 Atuação do enfermeiro da APS na vigilância do óbito materno

Para Ferreira *et al.* (2018), a atuação do enfermeiro na APS vem se estabelecendo como um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde. Visto que ela propõe um modelo assistencial centrado na integralidade do cuidado, na intervenção com foco nos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida.

Além disso, cabe ao enfermeiro da APS, conforme a Política Nacional de Atenção Básica, realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas em todos os ciclos de vida, ainda que em domicílio ou espaços comunitários (BRASIL, 2017).

Dentre suas atribuições, compete à realização da consulta de enfermagem, acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, desenvolvimento de atividades em grupo; gerenciamento, avaliação e supervisão das ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e (ACE), implementação e atualização das rotinas, protocolos e fluxos relacionados à unidade de saúde; além das demais atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017).

Ademais, as atribuições dos enfermeiros, além daquelas propostas conforme as esferas nas quais estão inseridos, trazem uma reflexão pontuada por Reganassi *et al.* (2015) na qual este profissional na atualidade vem assumindo funções burocráticas, administrativas, deixando de exercer a assistência necessária na área da saúde da mulher, tanto na atenção básica, quanto na rede ambulatorial e hospitalar.

Dito isto, é importante ressaltar que o enfermeiro é um profissional cuidador de indivíduos, famílias e comunidades, no qual esse cuidado envolve funções básicas como educativa, administrativa e assistencial, com ações voltadas à promoção e prevenção da saúde. (BARBASTEFANO; VARGENS, 2009).

Um dos ciclos de vida que mais exploram o contexto que envolve todos esses pontos é o gravídico-puerperal, pois a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência

reprodutiva. Esse processo singular envolve suas famílias e a comunidade, constituindo experiência humana das mais significativas, para todos que dela participam (BRASIL, 2001).

O enfermeiro ainda, é amparado pela Lei 7.498/86, do Exercício Profissional, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e entre outras atividades, oferecer assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, bem como realizar atividades de educação em saúde (BRASIL, 1986).

A construção de vínculo entre o profissional e a mulher que é assistida é natural, sobretudo no momento da gestação. Isso porque, durante esse período, a mulher passa por mudanças anatômicas, fisiológicas e psicológicas. E, o pré-natal é um momento de preparação para o parto e para a maternidade com constantes aprendizados, fundamentais para o bom desenvolvimento do binômio mãe-filho (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

Para Barbastefano e Vargens (2009) a prevenção de morte materna evitável é um dos compromissos do enfermeiro e o acesso aos serviços de pré-natal de qualidade contribuem positivamente nos índices de mortalidade materna (OYERINDE, 2013).

Além disso, o envolvimento da APS é primordial, de forma a garantir o acesso aos registros dos serviços de saúde e a realização das entrevistas domiciliares em tempo oportuno. Pois a visita domiciliar traz elucidação sobre a ocorrência e esclarece pontos fundamentais relacionados a circunstâncias dos óbitos (BRASIL, 2009c).

Ademais, o enfermeiro é um dos profissionais de saúde mais próximo à família, conhecedor das condições de saúde, vulnerabilidades e, sobretudo, responsável por acompanhar a realização do pré-natal das gestantes por eles assistidas. Essa vinculação com a família e o conhecimento técnico científico é essencial para contribuir na realização da entrevista domiciliar.

Logo, o Ministério da Saúde preconiza que investigação do óbito deve ser realizada por profissionais de saúde, nomeados pelas autoridades de vigilância em saúde das esferas federal, estadual, municipal e do Distrito Federal (BRASIL, 2008).

Em Campo Grande/MS, na APS esta competência foi atribuída aos enfermeiros por meio da Resolução Municipal nº 392/2018 (CAMPO GRANDE, 2018) na qual estabeleceu que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) devam:

Realizar visita domiciliar e preencher AS FICHAS DE INVESTIGAÇÃO de óbito do serviço de saúde ambulatorial e entrevista domiciliar, dos óbitos maternos [...]; além da entrevista

domiciliar dos óbitos de mulheres em idade fértil (CAMPO GRANDE, 2018, p. 4).

Na capital, conforme CEVITAL (2021), a designação dos enfermeiros foi motivada pelo conhecimento básico deste profissional sobre as patologias mais prevalentes do ciclo-gravídico puerperal; e pelo conhecimento deles acerca do funcionamento da rede pública de assistência (fluxos de serviços, encaminhamentos, conhecimento da área de abrangência, protocolos institucionais, disponibilidade de recursos materiais e estrutura para o atendimento de gestantes, puérperas e crianças).

### **3. OBJETIVOS**

#### 3.1 Objetivo geral

Analisar os fatores que influenciam a vigilância do óbito materno por enfermeiros na atenção primária à saúde.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas, de trabalho e formação dos enfermeiros.
- Analisar a relação entre a vigilância do óbito materno e as variáveis relacionadas ao trabalho e a formação de enfermeiros no contexto da atenção primária à saúde.
- Sintetizar a percepção de enfermeiros da atenção primária à saúde sobre a vigilância do óbito materno.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, com coleta de dados primários, sobre a vigilância do óbito materno por enfermeiros da APS.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e Clínicas da Família (CF) da APS, pertencentes às sete regiões de saúde (Prosa, Segredo, Anhanduizinho, Centro, Imbirussu, Lagoa e Bandeira) da secretaria de saúde do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. No período do estudo, as sete regiões de saúde eram compostas por 14 UBS, 54 UBSF e 3 CF, e todas foram incluídas e participaram do estudo.

Para preservar o sigilo dos participantes e do local do estudo, a identificação das regiões de saúde foi substituída, de maneira aleatória, pelos numerais de um a sete.

### **4.3 Participantes da pesquisa**

A população foi composta por 204 enfermeiros lotados na APS, vinculados à secretaria municipal de saúde. A amostra foi por conveniência, ou seja, todos os profissionais que atendiam aos critérios de seleção foram convidados a participar. Como critério de inclusão foram enfermeiros, de ambos os sexos, lotados na APS, concursados ou contratados, sem delimitação de tempo de trabalho na APS ou de realização de investigação do óbito materno. Foram excluídos os enfermeiros que estivessem afastados ou em período de férias durante o período de coleta de dados.

Dos 204 enfermeiros, seis não atenderam aos critérios de seleção devido estarem afastados. Assim, o total de 198 atenderam aos critérios de seleção, 55 não devolveram o questionário preenchido e 143 aceitaram participar e responderam ao questionário.

**Quadro 3** - Número de enfermeiros lotados na APS (n=204) e participantes da pesquisa (n=143) conforme região de saúde de Campo Grande/MS, 2019.

<b>Região de Saúde</b>	<b>Nº Enfermeiros</b>	<b>Nº Enfermeiros Participantes</b>
Região 3	<b>55</b>	<b>41</b>
Região 6	<b>36</b>	<b>26</b>
Região 2	<b>36</b>	<b>23</b>
Região 5	<b>29</b>	<b>20</b>
Região 7	<b>28</b>	<b>18</b>
Região 1	<b>13</b>	<b>8</b>
Região 4	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>143</b>

Fonte: CNES, 2019.

#### 4.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado autoaplicável, com questões fechadas (objetivas) e abertas (discursivas), desenvolvido pelo pesquisador principal.

Ele era composto por três seções, sendo a primeira referente a variáveis sociodemográficas e de trabalho. A segunda, questões sobre capacitação da investigação do óbito materno e o comitê de mortalidade materna. E a terceira, sobre a experiência profissional dos participantes que referiram ter realizado uma ou mais investigação.

Após a aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos, e autorização da secretaria municipal de saúde, a pesquisadora entrou em contato com os gestores das sete regiões de saúde, para apresentação do estudo e solicitação de ciência da entrega, e posterior recolhimento dos questionários diretamente aos participantes nas unidades de saúde. Todas as regiões de saúde informaram às suas respectivas unidades sobre a pesquisa, sendo seis por meio de aplicativo de mensagens instantâneas em grupos de gestores ou enfermeiros, e uma por meio de e-mail. Entretanto, muitos participantes tiveram conhecimento do estudo por meio da pesquisadora no momento do convite presencial e entrega do questionário.

Por conseguinte, os questionários foram distribuídos nas unidades de saúde do município, em envelope pardo identificado, destinado aos enfermeiros. Cada envelope continha

uma cópia do questionário, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e orientações quanto ao preenchimento e sua devolução.

Após preenchimento do questionário pelos enfermeiros, eles foram orientados a armazená-los no envelope, junto com a cópia do TCLE assinada, e enviados à coordenação da região de saúde (distritos sanitários) na qual a unidade em que o enfermeiro estava lotado fazia parte. E a pesquisadora principal fazia o recolhimento deles nessas unidades regionais mensalmente.

Entretanto, para conseguir coletar o maior número de questionários, foi necessário que a pesquisadora principal entrasse em contato periódico com as unidades e profissionais, lembrando-os sobre o estudo e o preenchimento do questionário. Assim, o recolhimento dos questionários foi realizado de maneira mensal, tanto nos distritos como nas unidades, para aqueles que não foram enviados aos distritos. Alguns participantes também solicitaram um novo envelope com os materiais devido terem perdido o outro, ou terem iniciado a composição da equipe após o início da coleta. Esta última situação foi uma realidade no processo de coleta de dados devido dois fatores principais: a realização de concurso público e a alteração dos enfermeiros contratados por concursados; e a instauração da pandemia COVID-19, que implicou na necessidade de remanejamento das atividades dos profissionais entre os serviços e limitou as reuniões ordinárias da categoria na qual os questionários seriam aplicados.

Frente a essas questões organizacionais e epidemiológicas, o período de coleta de dados ocorreu de dezembro de 2019 a março de 2021.

#### 4.5 Organização e análise dos dados

Os questionários foram organizados, e os dados quantitativos foram tabulados em planilha no Microsoft Excel 2013. Após isso, o arquivo foi submetido à análise estatística por meio do programa estatístico SPSS, versão 24.0. A associação entre as variáveis categóricas foi realizada por meio do teste qui-quadrado, com correção de Bonferroni, quando necessário. As demais variáveis avaliadas neste estudo foram apresentadas na forma de estatística descritiva. A análise estatística foi realizada considerando um nível de significância de 5% (ROWE, 2007).

Para análise dos dados discursivos (qualitativos), o conteúdo foi transcrito na íntegra e o material resultante foi organizado no software IRAMuTeQ®, o qual gerou resultados sob a

forma de nuvem de palavras e similitude. Após a organização dos dados, foi realizada a análise qualitativa por meio da análise temática de conteúdo, envolvendo as etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 2016).

#### 4.6 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, sob o CAAE nº. 22855519.1.0000.0021 e parecer nº 3.763.410/2019. Todos os participantes receberam informações sobre o objetivo do estudo, procedimentos de coleta de dados, aspectos éticos e assinaram o TCLE.

##### 4.6.1 Riscos

A pesquisa poderia trazer riscos mínimos aos seus participantes, relacionados somente ao desconforto ou exposição do conhecimento dos mesmos sobre sua ação profissional ao preencherem o questionário (Apêndice A). Ademais, todos os dados coletados ficarão sob guarda do pesquisador por um período de cinco anos.

Não foi identificado, e nem relatado, nenhum risco causado aos participantes durante o processo de coleta de dados.

##### 4.6.2 Benefícios

Os resultados servirão de subsídio para nortear ações voltadas à melhoria do processo de trabalho dos enfermeiros, visando principalmente superar as dificuldades durante a investigação do óbito materno e, também, contribuir para a melhorar a assistência prestada à população. Assim, o principal benefício desta pesquisa é contribuir para reflexão e o aprimoramento do processo de investigação do óbito materno pelo enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, e demonstrar a importância do trabalho destes profissionais.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e discussões da dissertação serão apresentados em formato de dois tópicos, os quais, em conjunto, respondem aos objetivos deste estudo. O primeiro tem como foco a relação entre as variáveis relacionadas ao trabalho e formação dos enfermeiros da APS e a realização da vigilância do óbito materno. E o segundo, versará sobre a percepção desses profissionais na vigilância do óbito materno.

## 5.1 VIGILÂNCIA DO ÓBITO MATERNO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FATORES RELACIONADOS À ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

### 5.1.1 Resultados

Participaram do estudo o total de 143 enfermeiros, sendo 90,9% mulheres, com idade entre 31 a 40 anos (43,4 %), pertencentes à UBSF (74,8%). Quanto ao tempo de formação, 34,3% dos participantes relataram formação entre seis e 10 anos e 47,6% com tempo na função entre um e cinco anos. Em relação à formação complementar, 76,9% afirmaram possuir pós-graduação e destes, 72% na modalidade lato-sensu (Tabela 4).

**Tabela 4** - Análise descritiva das variáveis quanto ao perfil sociodemográfico e técnico-científico dos participantes (n=143), Campo Grande, MS, Brasil, 2019 – 2021.

Variável	% (n)
<b>Sexo</b>	
Feminino	90,9 (130)
Masculino	9,1 (13)
<b>Idade</b>	
18 a 30 anos	30,8 (44)
31 a 40 anos	43,4 (62)
41 a 50 anos	18,2 (26)
51 a 60 anos	5,6 (8)
Sem informação	3
<b>Tempo de formação</b>	
Menos de 1 ano	3,5 (5)
1 a 5 anos	28,0 (40)
6 a 10 anos	34,3 (49)
11 a 15 anos	19,6 (28)
16 a 20 anos	7,7 (11)
21 anos ou mais	1,4 (2)
Sem informação	8
<b>Tempo em função</b>	
Menos de 1 ano	23,1 (33)
1 a 5 anos	47,6 (68)
6 a 10 anos	14,7 (21)
11 a 15 anos	7,7 (11)
16 a 20 anos	2,8 (4)
21 anos ou mais	2,8 (4)
Sem informação	2
<b>Formação complementar</b>	
Sim	76,9 (110)
Não	22,4 (32)
Sem informação	1
<b>Tipo de formação</b>	
Lato sensu	72,0 (103)
Stricto sensu	2,1 (3)
Lato e stricto sensu	2,8 (4)
Sem informação	33
<b>Região</b>	
Região 3	28,7 (41)
Região 6	18,2 (26)
Região 2	16,1 (23)
Região 5	14,0 (20)
Região 7	12,6 (18)
Região 1	5,6 (8)
Região 4	4,9 (7)
<b>Lotação</b>	
UBSF	74,8 (107)
UBS	17,5 (25)
CF	7,7 (11)

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta).

Fonte: própria autora.

Sobre a vigilância do óbito materno, 65,7% dos enfermeiros não participaram de capacitação, entretanto 84,6% referiram conhecer o seu objetivo e 58,7% indicaram ter realizado pelo menos uma investigação. No tocante ao Comitê de Mortalidade Materna, 65,9% afirmaram que o conhecem, 69,9% afirmaram conhecer seu objetivo e 17,5% já participaram de alguma reunião.

**Tabela 5-** Análise descritiva das variáveis referentes à capacitação, comitê de mortalidade materna e experiência na investigação de óbito (n=143), Campo Grande, MS, Brasil, 2019 – 2021.

<b>Variável</b>	<b>% (n)</b>
<b>Participação em capacitação sobre vigilância do óbito materno</b>	
Sim	34,3 (49)
Não	65,7 (94)
<b>Conhecimento sobre a existência do comitê de mortalidade materna</b>	
Sim	65,9 (100)
Não	28,7 (41)
Sem informação	2
<b>Conhecimento sobre o objetivo do comitê de mortalidade materna</b>	
Sim	69,9 (100)
Não	26,6 (38)
Sem informação	5
<b>Participação em reunião do comitê de mortalidade materna</b>	
Sim	17,5 (25)
Não	82,5 (118)
<b>Conhecimento sobre o objetivo da investigação do óbito materno</b>	
Sim	84,6 (121)
Não	12,6 (18)
Sem informação	4
<b>Experiência na realização de investigação do óbito materno</b>	
Sim	58,7 (84)
Não	39,9 (57)
Sem informação	2

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta).

Fonte: própria autora.

Em relação aos participantes que já realizaram alguma investigação de óbito materno, 70,2% não faziam o acompanhamento da gestante, 41,5% referem que a fonte primária de informação foi por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS), seguido do técnico de apoio da vigilância epidemiológica (29,3%) e familiares (22%). E o primeiro contato com a família

se deu pela visita domiciliar (52,5%), seguido do ACS (32,5%) e contato telefônico (15%), e 30,5% referiram ter recebido a recusa da investigação.

Quanto a realização da visita domiciliar, 76,5% dos participantes informaram companhia de um profissional da equipe, 53,6% referiram apoio da equipe de vigilância, 67,1% referiram não discutir o caso em equipe, e 98,8% afirmaram não receber recomendações da análise do comitê de mortalidade materna (morte evitável ou não). Quanto à dificuldade no preenchimento das fichas M1 e M3, 89% referiram não ter impasse quanto a esta etapa.

**Tabela 6** - Análise descritiva das variáveis quanto aos participantes com experiência na realização de investigação do óbito materno (n=84), Campo Grande, MS, Brasil, 2019 – 2021.

Variável	% (n)
<b>Primeira fonte de informação sobre ocorrência do óbito</b>	
ACS	41,5 (34)
Técnico	29,3 (24)
Familiar	22,0 (18)
Outros	7,3 (6)
Sem Informação	2
<b>Acompanhamento do pré-natal da gestante falecida pelo enfermeiro entrevistador</b>	
Sim	29,8 (25)
Não	70,2 (59)
<b>Via de primeiro contato com família</b>	
Visita domiciliar	52,5 (42)
ACS	32,5 (26)
Contato telefônico	15,0 (12)
Sem Informação	4
<b>Acompanhamento de outro profissional na visita domiciliar</b>	
Sim	76,5 (62)
Não	23,5 (19)
Sem Informação	3
<b>Apoio da equipe de vigilância</b>	
Sim	53,6 (45)
Não	46,4 (39)
<b>Dificuldade no preenchimento da ficha M1</b>	
Sim	11,0 (9)
Não	89,0 (73)
Sem Informação	2
<b>Dificuldade no preenchimento da ficha M3</b>	
Sim	11,0 (9)
Não	89,0 (73)
Sem Informação	2
<b>Recebimento de recomendações do comitê de mortalidade materna após análise do óbito</b>	
Sim	1,2 (1)
Não	98,8 (83)
<b>Discussão do óbito materno em reunião de equipe</b>	

Sim	32,9 (27)
Não	67,1 (55)
Sem Informação	2
<b>Recusa da investigação domiciliar pela família</b>	
Sim	30,5 (25)
Não	69,4 (57)
Sem Informação	2

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta).

Fonte: própria autora.

A Tabela 7 apresenta as relações entre a região sanitária de saúde e as variáveis relacionadas à investigação e o comitê de óbito materno. Um resultado importante é a baixa referência de participação em capacitações sobre a investigação do óbito, independente da região de saúde.

Ao que tange às recomendações do comitê de mortalidade materna, os dados refletem que todas as regiões, exceto a 4, não receberam recomendações. Entretanto, poderia ser considerado que a totalidade das regiões não receberam recomendação, já que o participante que assinalou o recebimento da recomendação informou na resposta das questões discursivas que à época da recomendação atuava em ambiente hospitalar e não na APS, objetivo deste estudo.

No que diz respeito à discussão da ocorrência do óbito em reunião de equipe, apenas duas regiões, 1 e 2, levaram os casos à discussão. Em relação a recusa da investigação por parte da família, destaca-se a região 1, na qual os enfermeiros participantes informaram maior percentual de recusa.

**Tabela 7 - Associação entre variáveis do estudo e as regiões de saúde, Campo Grande, MS, Brasil, 2019 – 2021.**

Variável	Região							Valor de p
	7	1	2	5	6	3	4	
<b>Participação em capacitação sobre vigilância do óbito materno</b>								
Sim	44,4 (8)	50,0 (4)	47,8 (11)	30,0 (6)	30,8 (8)	26,8 (11)	14,3 (1)	0,408
Não	55,6 (10)	50,0 (4)	52,2 (12)	70,0 (14)	69,2 (18)	73,2 (30)	85,7 (6)	
<b>Conhecimento sobre a existência do comitê de mortalidade materna</b>								
Sim	88,9 (16)	85,7 (6)	56,5 (13)	55,0 (11)	80,0 (20)	73,2 (30)	57,1 (4)	0,122
Não	11,1 (2)	14,3 (1)	43,5 (10)	45,0 (9)	20,0 (5)	26,8 (11)	42,9 (3)	
<b>Experiência na realização de investigação do óbito</b>								
Sim	77,8 (14)	50,5 (4)	50,0 (11)	65,0 (13)	57,7 (15)	57,5 (23)	57,1 (4)	0,678
Não	22,2 (4)	50,0 (4)	50,5 (22)	35,0 (7)	42,3 (11)	42,5 (17)	42,9 (3)	
<b>Primeira fonte de informação sobre ocorrência do óbito</b>								
Familiar	28,6 (4)	50,0 (2)	0,0 (0)	16,7 (2)	20,0 (3)	26,1 (6)	25,0 (1)	0,096
ACS	28,6 (4)	25,0 (1)	80,8 (8)	58,3 (7)	46,7 (7)	30,4 (7)	0,0 (0)	
Técnico	42,9 (6)	25,0 (1)	20,0 (2)	16,7 (2)	26,7 (4)	34,8 (8)	25,0 (1)	
Outros	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	8,3 (1)	6,7 (1)	8,7 (2)	50,0 (2)	
<b>Via de primeiro contato com família</b>								
ACS	46,2 (6)	25,0 (1)	18,2 (2)	25,0 (3)	28,6 (4)	31,8 (7)	75,0 (3)	0,585
Contato telefônico	15,4 (2)	0,0 (0)	9,1 (1)	8,3 (1)	21,4 (3)	18,2 (4)	25,0 (1)	
Visita domiciliar	38,5 (5)	75,0 (3)	72,7 (8)	66,7 (8)	50,0 (7)	50,0 (11)	0,0 (0)	
<b>Acompanhamento de outro profissional na visita domiciliar</b>								
Sim	92,9 (13)	100,0 (4)	90,9 (10)	63,6 (7)	66,7 (10)	68,2 (15)	75,0 (3)	0,297
Não	7,1 (1)	0,0 (0)	9,1 (1)	36,4 (4)	33,3 (5)	31,8 (7)	25,0 (1)	
<b>Apoio da equipe de vigilância</b>								
Sim	50,0 (7)	100,0 (4)	54,5 (6)	38,5 (5)	46,7 (7)	60,9 (14)	50,0 (2)	0,477

Não	50,0 (7)	0,0 (0)	45,5 (5)	61,5 (8)	53,3 (8)	39,1 (9)	50,5 (2)	
<b>Dificuldade no preenchimento da ficha M1</b>								
Sim	0,0 (0)	25,0 (1)	9,1 (1)	15,4 (2)	20,0 (3)	9,1 (2)	0,0 (0)	0,605
Não	100,0 (13)	75,0 (3)	90,9 (10)	84,6 (11)	80,0 (12)	90,9 (20)	100,0 (4)	
<b>Dificuldade no preenchimento da ficha M3</b>								
Sim	0,0 (0)	25,0 (1)	9,1 (1)	23,1 (3)	20,0 (3)	4,5 (1)	0,0 (0)	0,314
Não	100,0 (14)	75,0 (3)	90,9 (10)	76,9 (10)	80,0 (12)	95,5 (21)	100,0 (3)	
<b>Recebimento de recomendações do comitê de mortalidade materna após análise do óbito</b>								
Sim	0,0 (0)a	0,0 (0)a	0,0 (0)a	0,0 (0)a	0,0 (0)a	0,0 (0)a	25,0 (1)a	0,003
Não	100,0 (14)a	100,0 (4)a	100,0 (11)a	100,0 (13)a	100,0 (15)a	100,0 (23)a	75,0 (3)a	
<b>Discussão do óbito materno em reunião de equipe</b>								
Sim	25,0 (3)	75,0 (3)	63,6 (7)	23,1 (3)	13,3 (2)	34,8 (8)	25,0 (1)	0,072
Não	75,0 (9)	25,0 (1)	36,4 (4)	76,9 (10)	86,7 (13)	65,2 (15)	75,0 (3)	
<b>Recusa da investigação domiciliar pela família</b>								
Sim	46,2 (6)	25,0 (1)	27,3 (3)	23,1 (3)	33,3 (5)	26,1 (6)	33,3 (1)	0,897
Não	53,8 (7)	75,0 (3)	72,7 (8)	76,9 (10)	66,7 (10)	73,9 (17)	66,7 (2)	

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta); valor de p = significância referente ao valor de p no teste do qui-quadrado; letras iguais na mesma linha indicam que não houve diferença significativa entre as variáveis (teste qui-quadrado com correção de Bonferroni  $p > 0,05$ ); letras diferentes na mesma linha indicam diferença significativa entre as variáveis (teste qui-quadrado com correção de Bonferroni  $p < 0,05$ ).

Fonte: própria autora.

Em relação à análise de associação, a variável tempo na função teve associação significativa com as variáveis participação em capacitação sobre vigilância do óbito materno ( $p < 0,001$ ), conhecimento sobre a existência do comitê de mortalidade materna ( $p = 0,018$ ), participação em reunião do comitê de mortalidade materna ( $p = 0,009$ ) e realização de investigação ( $p = 0,002$ ), conforme descrito na tabela 4.

**Tabela 8** - Associação entre variáveis do estudo e tempo na função atual, Campo Grande, MS, Brasil, 2019 – 2021.

Variável	Tempo na função atual (APS)						Valor de p
	Menos de 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	21 anos ou mais	
<b>Participação em capacitação sobre vigilância do óbito materno</b>							
Sim	12,1 (4)b	25,0 (17)b	61,9 (13)a	81,8 (9)a	100,0 (4)a	50,0 (2)ab	<0,001
Não	87,9 (29a)	75,0 (51)a	38,1 (8)b	18,2 (2)b	0,0 (0)b	50,0 (2)ab	
<b>Conhecimento sobre a existência do comitê de mortalidade materna</b>							
Sim	65,6 (21)a	61,2 (41)a	85,7 (18)a	100,0 (11)a	100,0 (4)a	100,0 (4)a	0,018
Não	34,4 (11)a	38,8 (26)a	14,3 (3)a	0,0 (0)a	0,0 (0)a	0,0 (0)a	
<b>Conhecimento sobre o objetivo do comitê de mortalidade materna</b>							
Sim	71,0 (22)	63,6 (42)	85,0 (17)	90,9 (10)	100,0 (4)	100,0 (4)	0,103
Não	29,0 (9)	36,4 (24)	15,0 (3)	9,1 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	
<b>Participação em reunião do comitê de mortalidade materna</b>							
Sim	12,1 (4)b	11,8 (8)b	23,8 (5)ab	27,3 (3)ab	50,0 (2)ab	75,0 (3)a	0,009
Não	87,9 (29)a	88,2 (60)a	76,2 (16)ab	72,7 (8)ab	50,0 (2)ab	25,0 (1)b	
<b>Conhecimento sobre o objetivo da investigação do óbito materno</b>							
Sim	90,0 (27)	83,8 (57)	90,0 (18)	90,9 (10)	100,0 (4)	100,0 (4)	0,792
Não	10,0 (3)	16,2 (11)	10,0 (2)	9,1 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	
<b>Experiência na realização de investigação do óbito materno</b>							
Sim	31,3 (10)b	67,2 (45)a	61,9 (13)ab	72,7 (8)ab	100,0 (4)ab	100,0 (4)ab	0,002
Não	68,8 (22)a	32,8 (22)b	38,1 (8)ab	27,3 (3)ab	0,0 (0)ab	0,0 (0)ab	
<b>Via de primeiro contato com família</b>							
ACS	55,6 (5)	31,8 (14)	16,7 (2)	42,9 (3)	25,0 (1)	25,0 (1)	0,335
Contato telefônico	0,0 (0)	18,2 (8)	8,3 (1)	0,0 (0)	50,0 (2)	25,0 (1)	
Visita domiciliar	44,4 (4)	50,0 (22)	75,0 (9)	57,1 (4)	25,0 (1)	50,0 (2)	

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta); valor de p = significância referente ao valor de p no teste do qui-quadrado; letras iguais na mesma linha indicam que não houve diferença significativa entre as variáveis (teste qui-quadrado com correção de Bonferroni  $p > 0,05$ ); letras diferentes na mesma linha indicam diferença significativa entre as variáveis (teste qui-quadrado com correção de Bonferroni  $p < 0,05$ ).

Fonte: própria autora.

A variável participação em capacitação sobre vigilância do óbito materno também teve associações significativas com as variáveis relacionadas ao conhecimento sobre o objetivo da investigação do óbito, a existência do comitê de mortalidade materna e seu objetivo, bem como na participação em alguma reunião do comitê. Nas tabelas 9, 10 e 11 são apresentadas as associações entre as variáveis do estudo.

**Tabela 9** - Associação entre variáveis do estudo e a capacitação sobre vigilância do óbito materno, Campo Grande, MS, Brasil, 2021.

Variável	Capacitação sobre vigilância do óbito materno		
	Sim	Não	Valor de p
<b>Conhecimento sobre a existência do comitê de mortalidade materna</b>			
Sim	93,9 (46)a	58,7 (54)b	<0,001
Não	6,1 (3)b	41,3 (38)a	
<b>Conhecimento sobre o objetivo do comitê de mortalidade materna</b>			
Sim	93,8 (45)a	61,1 (55)b	<0,001
Não	6,3 (3)b	38,9 (35)a	
<b>Participação em reunião do comitê de mortalidade materna</b>			
Sim	30,6 (15)a	10,6 (10)b	0,003
Não	69,4 (34)b	89,4 (84)a	
<b>Conhecimento sobre o objetivo da investigação do óbito materno</b>			
Sim	95,8 (46)a	82,4 (75)b	0,025
Não	4,2 (2)b	17,6 (16)a	
<b>Apoio da equipe de vigilância</b>			
Sim	63,4 (26)	44,2 (19)	0,077
Não	36,6 (15)	55,8 (24)	
<b>Dificuldade no preenchimento ficha M1</b>			
Sim	5,0 (2)	16,7 (7)	0,091
Não	95,0 (38)	83,3 (35)	
<b>Dificuldade no preenchimento ficha M3</b>			
Sim	7,5 (3)	14,3 (6)	0,326
Não	92,5 (37)	85,7 (36)	

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta); valor de p = significância referente ao valor de p no teste do qui-quadrado; letras iguais na mesma linha indicam que não houve diferença significativa entre as variáveis (teste qui-quadrado com correção de Bonferroni  $p > 0,05$ ); letras diferentes na mesma linha indicam diferença significativa entre as variáveis (teste qui-quadrado com correção de Bonferroni  $p < 0,05$ ).

Fonte: própria autora.

**Tabela 10** - Associação entre variáveis do estudo e o conhecimento dos participantes sobre a existência do comitê de mortalidade materna. Campo Grande, MS, Brasil, 2021.

Variável	Conhecimento sobre a existência do comitê de mortalidade materna		
	Sim	Não	Valor de p
<b>Conhecimento sobre o objetivo do comitê de mortalidade materna</b>			
Sim	87,5 (84)a	35,0 (14)b	<0,001
Não	12,5 (12)b	65,0 (26)a	
<b>Participação em reunião do comitê de mortalidade materna</b>			
Sim	24,0 (24)a	2,4 (1)b	0,002
Não	76,0 (76)b	97,6 (40)a	
<b>Conhecimento sobre o objetivo da investigação do óbito materno</b>			
Sim	92,8 (90)a	72,5 (29)b	0,001
Não	7,2 (7)b	27,5 (11)a	

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta); valor de p = significância referente ao valor de p no teste do qui-quadrado; letras iguais na mesma linha indicam que não houve diferença significativa entre as variáveis (teste qui-quadrado com correção de Bonferroni  $p>0,05$ ); letras diferentes na mesma linha indicam diferença significativa entre as variáveis (teste qui-quadrado com correção de Bonferroni  $p<0,05$ ).

Fonte: própria autora.

**Tabela 11** - Associação entre o conhecimento sobre o objetivo da investigação do óbito e a participação em reunião do comitê de mortalidade materna. Campo Grande, MS, Brasil, 2021.

Variável	Participação em reunião do comitê de mortalidade materna		
	Sim	Não	Valor de p
<b>Conhecimento sobre o objetivo da investigação do óbito</b>			
Sim	100,0 (25)a	84,2 (96)b	0,033
Não	0,0 (0)	15,8 (18)a	

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta); valor de p = significância referente ao valor de p no teste do qui-quadrado; letras iguais na mesma linha indicam que não houve diferença significativa entre as variáveis (teste qui-quadrado com correção de Bonferroni  $p>0,05$ ); letras diferentes na mesma linha indicam diferença significativa entre as variáveis (teste qui-quadrado com correção de Bonferroni  $p<0,05$ ).

Fonte: própria autora.

Não houve associação entre a recusa da investigação domiciliar pela família e se a gestante falecida fazia acompanhamento de pré-natal com o entrevistador ( $p=0,867$ ).

**Tabela 12** - Associação entre o acompanhamento do pré-natal da gestante falecida pelo entrevistador e a recusa da investigação domiciliar pela família, Campo Grande, MS, Brasil, 2021.

Variável	Recusa da investigação domiciliar pela família		
	Sim	Não	Valor de p
<b>Acompanhamento do pré-natal da gestante falecida pelo entrevistador</b>			
Sim	28,0 (7)	29,8 (17)	0,867
Não	72,0 (18)	70,2 (40)	

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta); valor de p = significância referente ao valor de p no teste do qui-quadrado; letras iguais na mesma linha indicam que não houve diferença significativa entre as variáveis (teste qui-quadrado com correção de Bonferroni  $p>0,05$ ); letras diferentes na mesma linha indicam diferença significativa entre as variáveis (teste qui-quadrado com correção de Bonferroni  $p<0,05$ ).

Fonte: própria autora.

### 5.1.2 Discussão

O estudo permitiu conhecer as características de trabalho e formação dos enfermeiros da APS de uma capital do centro-oeste brasileiro e identificar aquelas que interferem na vigilância do óbito materno. Os resultados demonstraram variáveis modificáveis, relacionadas à capacitação e participação em outras instâncias da rede, que podem contribuir para a adequada realização da vigilância do óbito materno na APS.

Nesse sentido, ressalta-se que a qualificação profissional, na atualidade, é uma exigência na área de saúde, tendo em vista que o público-alvo do cuidado são as pessoas. Dessa maneira, os profissionais necessitam de constante aperfeiçoamento para entender as demandas, e sua complexidade, de acordo com cada situação de saúde (SANTOS *et al.*, 2020).

Contudo, apesar dos dados apresentados neste estudo descreverem que a maioria dos participantes possuem formação com pós-graduação, a participação em capacitações relacionadas a temas específicos, mas sensíveis à APS, como a vigilância do óbito materno, ainda é baixa. Embora a não participação na capacitação dos participantes não reflita diretamente no desconhecimento de pontos essenciais da vigilância da mortalidade materna, ressalta-se a importância do acesso e conhecimento de informações oficiais das políticas envolvidas.

Ademais, a demanda por capacitação dos profissionais de saúde, para garantir uma assistência de qualidade à população, torna-se cada vez mais primordial frente às necessidades de saúde da sociedade (ORTEGA *et al.*, 2015). Destarte, a literatura indica que a capacitações com temáticas sensíveis à APS contribui para uma melhor assistência, organização do processo de trabalho e articulação da RAS (SANTOS *et al.*, 2020; AMARAL *et al.*, 2021).

Outrossim, apesar de muitos dos participantes afirmarem ter conhecimento da existência do comitê de mortalidade materna no município, 82,5% indicaram nunca terem participado de uma reunião deste dispositivo. Tal resultado pode alertar para um fator que pode fragilizar a assistência no período gravídico-puerperal, visto que o comitê perpassa o papel da vigilância. Ou seja, ele assume, também, um papel educativo e promove um espaço de discussão que possibilita uma visão ampliada e de diferentes atores sobre esses a ocorrência do óbito materno (BRASIL, 2009a). Dessa forma, suas recomendações fomentam a qualificação da atenção à saúde com objetivo da redução desses eventos (MELO *et al.*, 2017).

Assim, a prevenção de morte materna evitável é um dos desafios do enfermeiro relacionados à saúde da mulher e em todo ciclo gravídico-puerperal (BARBASTEFANO;

VARGENS, 2009). Aliás, o pré-natal é um momento de preparação para o parto e para a maternidade com constantes aprendizados (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010). E, com isso, o acesso aos serviços de cuidados pré-natais de qualidade contribuem positivamente nos índices de mortalidade materna (OYERINDE; 2013). Entretanto, apenas 30% dos enfermeiros desse estudo acompanhavam o pré-natal das gestantes falecidas.

A realização do pré-natal na APS é uma assistência à saúde importante à gestante, e no contexto brasileiro, recomenda-se que este acompanhamento seja desenvolvido pela equipe da APS e especialmente pelo enfermeiro, se de risco habitual (SEHNEM *et al.*, 2020). Além do amparo pela lei do exercício profissional, este profissional é qualificado para intervir com estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e utilizar a humanização nos cuidados prestados (SEHNEM *et al.*, 2020; GOMES *et al.*, 2019).

Ao analisar a consulta de enfermagem no pré-natal, um estudo identificou que as gestantes expressaram satisfação com o exame físico, e destacaram o acolhimento. Este acolhimento amplia o acesso ao serviço, contribui para a identificação precoce de fatores de risco evitáveis relacionados ao território e à gestante. Ademais, a consulta de enfermagem tem potência para alterar as condições sensíveis à internação na atenção primária, o que pode contribuir na redução dos óbitos maternos (GOMES *et al.*, 2019).

Em relação à experiência na investigação do óbito materno, a maior parte dos participantes relataram que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi a primeira fonte de informação do óbito. Quanto à primeira via de contato com a família, a visita domiciliar foi a principal, seguida do ACS que foi referido em 32,5% dos casos.

Os dados apresentados demonstraram a importância desse agente social que possui forte vínculo com a comunidade, tendo como objeto de trabalho a prática de cuidado que o legitima como um ente social exclusivamente do SUS. Ademais, o trabalho do ACS tem sido reconhecido pelos usuários como um espaço de diálogo promovido pela convivência, proximidade e confiança (ALENCAR *et al.*, 2020).

Entretanto, essa proximidade que os profissionais de saúde em geral têm com as famílias pode se constituir em dificuldades de abordagem no momento de perda e luto vivenciado por ela. Tal questão é apresentada no percentual de recusa identificada neste estudo. Tal resultado reforça não apenas a importância do ACS no elo entre a população e a equipe. Mas, também, a da capacitação dos profissionais em realizar a comunicação efetiva e acolhedora com a família sobre um assunto como a morte.

A utilização de instrumentos de coleta de dados na investigação do óbito (Ficha M1 e Ficha M3) de maneira geral, têm como objetivo padronizar o processo. Em relação a eles, os

participantes não demonstraram dificuldades quanto ao preenchimento, o que é importante, já que as informações coletadas são essenciais para o planejamento de ações e avaliação dos serviços de saúde. Além disso, os dados obtidos após investigação contribuem na qualificação do SIM e na compreensão das mudanças dos padrões de mortalidade na população (BRASIL, 2011b). Apesar de realizar todo processo de coleta de dados e da experiência vivida na investigação, apenas cerca de 30% dos participantes referiram discutir o caso em reunião de equipe.

As reuniões de equipe, além de ter o objetivo de discutir e decidir sobre casos e situações, proporcionam aos profissionais refletir sobre o papel de cada um no processo de trabalho (TASCA *et al.*, 2019) e também que a equipe decida em conjunto os encaminhamentos e planejamentos para as situações de saúde com segurança no processo de trabalho (SANTOS *et al.*, 2016), contribuindo na melhoria da assistência à saúde. Ademais, o trabalho em equipe, colaborativo, com comprometimento do conjunto dos participantes e planejamento das ações contribui para o bom funcionamento do trabalho (BIFF *et al.*, 2020).

Isto porque este processo de aprendizagem e/ou educação é indispensável para a atuação multiprofissional e interdisciplinar dos profissionais da APS, pois permite refletir acerca de determinantes sociais da saúde, que são potenciais fatores de risco à saúde materna (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Portanto, os resultados apresentados indicam a importância de ações de educação permanente com os profissionais da APS. Nesta é fundamental o conhecimento das políticas de saúde à mulher, de estratégias e assistências inerentes a essa população. Também requer a identificação de fatores de riscos, do papel de cada profissional e do trabalho interdisciplinar, das discussões em equipe e elaboração do projeto terapêutico singular (quando cabível).

A nível macro, contribuir para o conhecimento detalhado da RAS e de todos os seus dispositivos, da sua articulação, da organização do processo de trabalho entre as redes, atuação profissional nos comitês de mortalidade materna, implementação e alteração de políticas públicas.

Estudos que indiquem dados dessa realidade e as fragilidades de seus atores principais envolvidos no processo de vigilância permite ajustes no processo de trabalho e educação continuada, contribuem para a identificação de necessidades para o fortalecimento da assistência em saúde e para o desenvolvimento de políticas informadas por evidências.

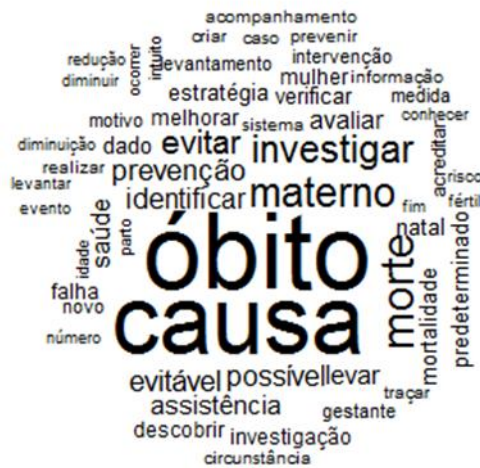
## 5.2 PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE A VIGILÂNCIA DO ÓBITO MATERNO

### 5.2.1 Resultados

Participaram do estudo o total de 143 enfermeiros, sendo 90,9% mulheres, com idade entre 31 a 40 anos (43,4 %) e pertencentes à USF (74,8%). Em relação à vigilância do óbito materno, 65,7% dos enfermeiros não participaram de capacitação, 58,7% indicaram ter realizado pelo menos uma investigação e 17,5% já participaram de alguma reunião do comitê de mortalidade materna.

A análise dos dados revelou a percepção de enfermeiros sobre a realização da vigilância do óbito materno, que está ilustrada pela figura 5, e apresentada nas categorias a seguir.





**Figura 6** - Nuvem de palavras acerca da investigação do óbito materno.

De acordo com os enfermeiros participantes do estudo, a partir da investigação é possível coletar dados da família, bem como o histórico da gestação, possíveis causas, circunstâncias e fatores relacionados.

*“Investigar as possíveis circunstâncias que ocorreram o óbito e coletar o relato da família sobre o ocorrido.” (Participante 10).*

*“Obter informações detalhadas sobre o acompanhamento da gravidez, histórico da gestante e causas prováveis que levaram ao óbito.” (Participante 39).*

*“Verificar aspectos culturais, socioeconômicos e assistenciais que tenham relação com as possíveis causas do óbito.” (Participante 49).*

Essas questões são indicadas como dados importantes para a avaliação intersetorial, entre APS e comitês de mortalidade materna, e desenvolvimento de intervenções.

*“Coletar dados para que o comitê possa avaliar o caso, visto que o profissional da AB tem mais vínculo/proximidade com a sua região.” (Participante 61).*

*“Identificar as principais causas para posteriormente poder realizar intervenções a fim de evitá-las.” (Participante 99).*

Além disso, foi mencionado que a investigação também identifica possíveis fatores relacionados aos serviços de saúde e assistência prestada e, com isso, o desenvolvimento de ações para minimizá-las.





*“O enfermeiro em geral possui **vínculo** forte com a **família** da sua área de abrangência, sabe o contexto de **vida** dos indivíduos e participa prestando **assistência** no ciclo de vida destes.”* (Participante 102).

*“O **enfermeiro** possui **conhecimento** técnico-científico para tal (investigação do óbito materno), além disso, atua no pré-natal onde pode **acompanhar** algumas lacunas no atendimento à **gestante**.”* (Participante 50).

Alguns participantes referiram que não percebem que a prática da investigação do óbito apenas pelo enfermeiro traga alguma contribuição específica ao processo. Outro refere que o enfermeiro não seria o profissional mais adequado e com habilidades para realizar essa prática.

*“Médio, visto que essa investigação pode ser feita por outros profissionais da saúde”.* (Participante 30).

*“Pouco, quase zero”.* (Participante 81).

*“Sinceramente não acho que o enfermeiro seria o mais adequado. Justamente por mexer no emocional das pessoas, envolvidas nesse tipo de investigação.”* (Participante 27).

E outro indicou que não percebe a investigação como uma ação que muda a prática e conduta das equipes médicas referente às ações de cuidado à gestante.

*“Acho que nosso papel é muito importante, mas não vejo que a investigação muda ações na conduta de equipes médicas (pré-natal/maternidade).”* (Participante 114).

A figura 9 ilustra os sentimentos referidos pelos enfermeiros.



**Figura 9** - Nuvem de palavras acerca do sentimento dos enfermeiros em relação à investigação.

Em relação aos sentimentos que permeiam essa prática, foram referidos pelos participantes sentimentos negativos. E que, apesar disso, a investigação requer empatia pelo momento que a família vivencia.

*“Péssima; a investigação do óbito é sempre estressante, pois a família encontra-se sensibilizada e todas as vezes nos deixam como investigadores, **constrangidos** de estar perguntando.” (Participante 2).*

*“Muito **despreparada**, os familiares emotivos e ter que falar sobre o assunto. Não fui preparada para abordagem.” (Participante 41).*

*“Dependendo da família é até válido para o conforto e desabafo deles (se é conhecido). Se a família não é conhecida, sinto como se fosse uma invasão de **privacidade**.” (Participante 112).*

Entretanto, mesmo ante a uma situação adversa, alguns participantes expressaram tranquilidade quanto aos seus sentimentos frente à investigação.

*“Não tenho problemas em realizar a **investigação**.” (Participante 37).*

*“**Triste** pela perda da família, mas indiferente por fazer parte do meu serviço.” (Participante 130).*



### 5.2.1 Discussão

Os resultados deste estudo revelam a percepção de enfermeiros sobre a realização da vigilância do óbito materno, o conhecimento sobre o objetivo da investigação e suas implicações, a existência de dispositivos de apoio, o papel e contribuição da enfermagem, as fragilidades no processo de investigação, e os sentimentos que permeiam essa prática.

A investigação permite coletar informações sobre o histórico da gestação, e possíveis causas, circunstâncias e fatores relacionados às questões pessoais, sociais e familiares, além de contribuir no conhecimento de possíveis fatores relacionados aos serviços de saúde, acesso e assistência ofertada. Neste sentido, como previsto na PNAB, a integração entre a VS e a APS é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017), incluindo as ações de investigação de óbito materno.

O vínculo entre o profissional da APS e os usuários pertencentes ao território, o acompanhamento e pré-natal da gestante, o cuidado de saúde de sua família, e o conhecimento sobre a realização da investigação foram indicados como elementos importantes para subsidiar o papel e a contribuição do enfermeiro na investigação de óbito.

Nesse sentido, o enfermeiro é um ator importante na assistência à saúde da mulher em todo o ciclo reprodutivo, desde o planejamento familiar ao puerpério, principalmente no contexto da APS. Ele desenvolve práticas de cuidado em saúde voltadas aos direitos reprodutivos e à sexualidade em todas as etapas da vida. E esta atenção voltada à saúde reprodutiva auxilia na diminuição das altas taxas de mortalidade (JUSTINO *et al.*, 2021).

Assim, para a prática da enfermagem na heterogeneidade e complexidade das demandas da APS, faz-se necessário o desenvolvimento de diferentes saberes e competências nos diversos espaços sociais, e em todas as fases do ciclo vital (FERREIRA *et al.*, 2018), tendo a consulta de enfermagem como um importante espaço para a atenção integral e singular a cada mulher e suas necessidades (ROSA *et al.*, 2020).

Entretanto, a ampla demanda de atividades que este profissional é responsável na APS demonstra a necessidade de adequações no processo de trabalho, de forma a garantir uma assistência de qualidade à saúde da mulher (ROSA *et al.*, 2020).

Assim, reforça a importância de compartilhar conhecimento e práticas em trabalho em equipe de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um (BRASIL, 2017). Ademais, o trabalho em equipe, colaborativo, com comprometimento do conjunto dos participantes e planejamento das ações contribui para o bom funcionamento do trabalho (BIFF *et al.*, 2020).

Nesse sentido, ao realizar a investigação do óbito, os diferentes profissionais devem receber capacitação e suporte da gestão, da equipe e dos demais dispositivos, como o comitê de mortalidade materna. Destarte, para que a atuação interdisciplinar e multiprofissional da equipe ocorra, é essencial o desenvolvimento em toda a equipe, de competências e habilidades para realizar a vigilância do óbito materno na APS, identificar os fatores diretos, ou indiretos, associados, às necessidades de saúde e fragilidades do acesso, da assistência ofertada e relacionados ao processo de trabalho. Frente a isso, ações de capacitação e educação permanente são imprescindíveis para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade.

Ademais, o próprio serviço pode ser uma fonte reflexiva para educação (CECCIM; FERLA, 2008). Ou seja, o processo de trabalho, principalmente o fundamentado em assistência interdisciplinar, pode ser considerado como fonte de aprendizado e de produção de conhecimento, premissa da educação permanente, assim como em saúde (MERHY, 2015). Logo, essa experiência dos profissionais pode ser levada às reuniões de equipes, de categorias profissionais e de serviços, e revertida em educação, ensino e fortalecimento do serviço. Desde que, sejam aportadas capacitações que fundamentem a prática e que resultem em novas oportunidades de manifestação da voz de várias lideranças.

Em relação ao conhecimento dos profissionais sobre o objetivo da investigação do óbito materno e do comitê de mortalidade materna, foi possível identificar que eles se complementam. Entretanto, sabe-se que suas atribuições e finalidades englobam, também, outros elementos que foram identificados como frágeis nesse estudo.

Ou seja, devido seu caráter interinstitucional, multiprofissional e confidencial do comitê, ele atua, também, de forma educativa, normativa, na alimentação de dados estatísticos oficiais e divulgação boletins (BRASIL, 2009).

Assim, suas ações englobam a produção de conhecimento e realização de educação permanente, por meio da discussão de casos clínicos, taxas de mortalidade materna e dados epidemiológicos em diferentes espaços; realização eventos sobre prevenção; produção de material educativo; elaboração de estratégias preventivas e de intervenção para a redução do óbito materno; promoção da interlocução entre as diferentes instituições ou setores (BRASIL, 2009); recomendações quanto aos registros das informações dos casos (RODRIGUES *et al.*, 2016); entre outras.

Outra questão importante é que sua atuação perpassa a análise objetiva, envolvendo a subjetividade dos fatos, devido por adentrar no meio da família da vítima, nos filhos que ficaram, no seu habitat e na sua condição de vida (MACEDO, *et al.*, 2012). Visto que, reconstruir a história de vida e de morte da mulher oportuniza o entendimento de todo contexto

do núcleo familiar em questão, e permite compreender os problemas ocorridos e a possibilidade de apontar medidas que evitam a ocorrência de novos casos, se implementadas (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, o Brasil apresenta experiências exitosas com a intervenção e atuação dos comitês. Nas décadas de 1980, os Estados de São Paulo e Paraná foram protagonistas na criação dos primeiros comitês do país. Em São Paulo, a RMM passou de valores superiores a 140 no início da década de 1960, para valores em torno de 50 na década de 1980. Posteriormente, ao longo da década de 1990 e início dos anos 2000, esse indicador apresentou queda mais lenta, entretanto sempre menor que os coeficientes para o Brasil (MELO *et al.*, 2017), evidenciando o diferencial da atuação desse organismo.

Portanto, o resultado do trabalho desenvolvido pelo comitê é concretizado pelas ações e recomendações destes, contribuindo para o processo de investigação. Para tanto, é necessário que esta seja realizada de maneira adequada e com bons registros, pois um dos desafios ainda está na fragilidade no registro de óbitos e a subnotificação das causas de morte (MACEDO *et al.*, 2012).

Entretanto, apesar dos avanços observados, alguns comitês comportam-se como espaço de monitoramento. A desinformação dos gestores, principalmente sobre a atividade desses organismos, interfere nesse processo de implantação e expansão dos mesmos. Contudo, o trabalho articulando com os municípios permite a troca de experiências, o que contribui para a superação das dificuldades (MELO *et al.*, 2017). Importante ressaltar que a característica ininterrupta das atividades dos comitês é essencial para o acompanhamento das ações e monitoramento, fortalecendo conseqüentemente o serviço de saúde.

Ainda no contexto da saúde da mulher, os óbitos maternos investigados e encaminhados a uma análise conjunta com os comitês contribuem para o entendimento das mudanças dos padrões de mortalidade nos diferentes grupos da população, e a investigação, análise e discussão dos casos contribuem na identificação de falhas na condução dos casos que possam ter cooperado ou ter sido determinantes para o óbito (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Contudo, a falta de retorno ou devolutivas dos comitês quanto à investigação citada pelos profissionais pode tornar esse alicerce da investigação frágil e pouco valorativo, já que grande parte do processo operacional se trata de reunir informações que contribuam na análise do comitê, mas que ao fim expresse recomendações que fortalecem a assistência e conseqüentemente a redução dos índices de mortalidade materna. Isto também, representaria uma valorização do trabalho do enfermeiro na investigação do óbito materno, que embora seja

previsto nas resoluções do Ministério da Saúde isto não ocorre, como bem afirmam os registros obtidos na presente pesquisa.

Outro resultado obtido no presente estudo foi a percepção que a investigação não implica na mudança da prática e conduta das equipes médicas referente às ações de cuidado à gestante. Tal fragilidade pode estar associada a alguns elementos já discutidos, como a não participação de todos os profissionais da equipe no processo de investigação, a baixa capacitação ou ausência de habilidades adequadas para sua realização, a não discussão em equipe, a falta de retorno dos comitês e não articulação desses com os serviços.

Contudo, esta condição pode ser superada a articulação do comitê que tem como finalidade recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde necessárias para a redução da mortalidade materna junto aos gestores da saúde. Ademais, por meio da educação permanente às práticas profissionais são readequadas ao recomendado. Além disso, como bem destaca a Resolução CFM nº 1.779/2005, “o médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde” (BRASIL, 2009, Art. 14).

Nesse sentido, o envolvimento de todos os profissionais da equipe multiprofissional torna-se importante, tanto na vigilância do óbito materno na APS, como na participação nos comitês. Pois, a participação de outras categorias profissionais agrega valor às discussões de cada óbito, pois permite visualizar diferentes situações de vulnerabilidade individuais ou coletivas, sociais, contextuais e programáticas (CRUZ *et al.*, 2015).

Em relação aos sentimentos que permeiam a prática da investigação do óbito, referidos como negativos e de insegurança, podem estar relacionados ao fato que os trabalhadores da área da saúde estabelecem um vínculo com os usuários e famílias que transcende a oferta técnica de cuidado. O que torna, dessa forma, mais triste e angustiante o enfrentamento do processo de morte de seus pacientes (GUEDES *et al.*, 2020).

Ademais, a formação acadêmica, frágil na comunicação terapêutica e relacionamento interpessoal, principalmente relacionado aos aspectos psicossociais dos indivíduos que envolve a rotina desses profissionais, implicar em sentimentos de apreensão e medo, necessitando dos profissionais um preparo prévio e específico para trabalhar com este evento em seu cotidiano de trabalho (VELADO, 2008).

Além disso, os sentimentos negativos apontados podem ser potencializados pela sobrecarga de trabalho do enfermeiro na APS, com o acúmulo de funções administrativas e assistenciais, déficit de recursos humanos e materiais, e grande demanda de usuários nos

serviços de saúde. Há, também, uma cultura organizacional na qual o enfermeiro tem pouca valorização, favorecendo uma assistência parcial e rotineira (ROSA *et al.*, 2020).

Sabe-se, também, que o cuidado com as emoções humanas é tema recorrente nas teorias de enfermagem, que buscam resgatar e redirecionar a prática do enfermeiro. Ao reconhecer o homem como um ser complexo, o cuidado oferecido precisa ser integral e as emoções humanas não podem ser excluídas do processo (MONTEIRO *et al.*, 2016).

Assim, é importante que o enfermeiro seja capacitado para encontrar o equilíbrio diante das situações que envolvem o paciente e a proteção das próprias emoções, em uma aproximação e distanciamento contínuos. Para tanto, é preciso que as instituições desenvolvam estratégias de enfrentamento na qual a educação continuada e/ou permanente e reuniões de equipe contribuam para expor as dificuldades em grupo; realização de práticas e treinamentos para sanar as dificuldades individuais (SANTOS *et al.*, 2016).

E, embora para alguns participantes a investigação seja uma atividade difícil, outros enfermeiros expressaram tranquilidade quanto aos seus sentimentos frente à esta atividade, refletindo também a importância de o entrevistador deixar seus próprios valores e ideias distantes ao registrar o que foi relatado e proceder às anotações da forma mais isenta possível (BRASIL, 2011b).

Por fim, a participação dos enfermeiros neste estudo reflete que sua percepção e compreensão sobre o processo de investigação do óbito materno é imprescindível para um resultado de investigação de qualidade. Assim, completa o processo de trabalho, e contribui para execução de uma prática de excelência. Isto porque este primeiro passo que ocorre na atenção primária à saúde inicia uma jornada na qual a meta final e mais importante é reduzir o número de óbitos maternos.

## **6. IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA**

Os resultados desse estudo subsidiarão o desenvolvimento de um relatório técnico com recomendações para a Secretaria de Saúde do município de Campo Grande/MS, bem como a Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, com o objetivo de melhorar a qualidade da realização da investigação do óbito materno. Também, acerca das condições de trabalho dos enfermeiros para que eles participem da prevenção e controle da mortalidade materna. Ademais, oferecerão subsídios ao Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Controle da Mortalidade Materna, no sentido de que o estado ora em pauta, bem assim o Município de Campo Grande, cumpram na prática a investigação adequada do óbito materno e assegurem a qualidade do trabalho dos enfermeiros.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu analisar os fatores que influenciam a vigilância do óbito materno pelos enfermeiros na APS. Assim, os objetivos foram alcançados no que concerne à descrição das características sociodemográficas, de trabalho e formação dos enfermeiros; às análises referentes a relação entre a vigilância do óbito materno e as variáveis relacionadas ao trabalho e a formação de enfermeiros no contexto da atenção primária à saúde e à compreensão da percepção de enfermeiros da APS sobre a vigilância do óbito materno.

Concluiu-se, portanto, que o enfermeiro exerce papel importante na vigilância do óbito materno, com conhecimento da temática abordada, compreensão desta prática e do Comitê de Mortalidade Materna. Ressalta-se, entretanto, que esses devem ser capacitados para tal atividade, de forma a aperfeiçoar o processo de trabalho e fortalecer as ações para redução das taxas de mortalidade materna.

Além disso, destaca-se a importância das discussões dos casos de óbito materno nas reuniões de equipe da APS, já que esta cumpre parte essencial e robusta do ciclo gravídico-puerperal. Ademais, a carência do retorno à APS sobre as análises do comitê de mortalidade materna, perante as investigações realizadas, demonstra claramente a necessidade de adequação.

Compreendeu-se que cada etapa do processo de vigilância do óbito materno, desde o nível primário, com o primórdio da investigação, ao encerramento dos casos com o comitê, é essencial para a redução dos óbitos maternos e fortalecer a assistência à saúde da mulher, sobretudo no ciclo gravídico-puerperal. Portanto, é possível inferir a importância e necessidade da vigilância do óbito materno na APS.

Dentre as limitações do estudo, destacam-se dois pontos importantes. O primeiro referente ao elevado número de participantes com tempo de atuação na APS menor que cinco anos, o que refletiu diretamente na experiência no tocante à investigação de óbito materno. Tal fato pode estar relacionado à realização de concurso público pelo município no período de desenvolvimento do estudo, que implicou na modificação dos profissionais que estavam na assistência da APS. O segundo, refere-se aos dados qualitativos, que por meio de um questionário autoaplicável, pode não ter tido abrangência de todos os elementos relacionados a um fenômeno tão complexo. Entretanto, foi possível a compreensão do fenômeno a partir de um grupo grande de profissionais enfermeiros, abrangendo todo o território do município.

Além disso, devido a instauração da pandemia COVID-19, a alteração do processo de trabalho, das equipes e novas contratações pode ter ocasionado a perda de parte dos questionários que haviam sido enviados aos enfermeiros, bem como o acesso a enfermeiros com maior tempo de atuação na APS.

Destarte, os resultados desse estudo contribuem às estratégias que visam melhorar a vigilância do óbito materno no contexto municipal, regional e nacional.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, O.M.; ABREU, L.D.P.; SILVA, M.R.F.; PEREIRA, T.M.; MARINHO, M. N. A. S. B. Saberes e práticas de agentes comunitários de saúde no contexto da promoção da saúde: uma revisão integrativa. **Enf Global**, v. 19, n. 3, 626-57, 2020. Disponível em: <<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/411151>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

AMARAL, V. S.; OLIVEIRA, D. M.; AZEVEDO, C. V. M.; MAFRA, R. L. M. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2021, v. 31, n. 01. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>>. Acesso em: 03 dez. 2021.

BARBASTEFANO, P. S.; VARGENS, O. M. C. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 278-282, abr. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. 229 p.

BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2017, v. 22, n. 7, pp. 2097-2108. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>. Acesso em: 20 out. 2021.

BIFF, D.; PIRES, D. E. P.; FORTE, E. C. N.; TRINDADE, L. L.; MACHADO, R. R.; AMADIGI, F. R. ; SCHERER, M. D. A.; SORATTO, J. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 147-158, jan. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/GRyVBGTqC6GfcpnHTVf9RVr/?lang=pt>>. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. Lei N. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm). Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão de Imprensa. Saúde da Mulher. Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher. **Dia Nacional da Redução da Morte Materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 48-49, 05 jun. 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119\\_05\\_06\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html)>. Acesso em: 07 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172 de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal,

na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 15 jun. 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172\\_15\\_06\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html)>. Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, p. 6, 09 jun. 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html). Acesso em: 27 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. 2011b. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p.109, 27 jun. 2011b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 27 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 27 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**.3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_comites\\_mortalidade\\_materna.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 26 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. n.29 , v. 52, Ago. 2021. **Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019**. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/agosto/02/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_28.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/agosto/02/boletim_epidemiologico_svs_28.pdf) . Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidem\\_obito\\_materno.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf) . Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno**.1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:

<<http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/vigilancia-do-obito/documentacao/manual-preenchimento-fichas-investigacao-obito-materno.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2021.

BRASIL. 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**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2017\\_analise\\_situacao\\_saude\\_desafios\\_objetivos\\_desenvolvimento\\_sustentavel.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf)>. Acesso em: 27 out. 2021.

CAMPO GRANDE. Resolução SESAU nº 136, de 5 de dezembro de 2012. Aprova o Regimento Interno do Comitê Municipal de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Campo Grande/MS - CMPMMIF. **Diário Oficial de Campo Grande**: Secretaria Municipal de Saúde Pública, Campo Grande, ano XV, n. 3.657, p. 4, 6 dez. 2012. Disponível em: <http://portal.capital.ms.gov.br/diogrande>. Acesso em: 29 out. 2021.

CAMPO GRANDE. Resolução SESAU nº 392, de 12 de junho de 2018. Reformula o Regimento Interno do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Campo Grande/MS - CMPMMIF. **Diário Oficial de Campo Grande**: Secretaria Municipal de Saúde Pública, Campo Grande, ano XXI, n. 5.262, p. 3-4, 14 jun. 2018. Disponível em: <http://portal.capital.ms.gov.br/diogrande>. Acesso em: 29 out. 2021.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Estatísticas Vitais (CEVITAL). **Boletim informativo CEVITAL 2020**: Como nascem os campo-grandenses. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/cgnoticias/wp-content/uploads/sites/3/2020/06/Boletim-CEVITAL-2020-como-nascem-os-campo-grandenses.pdf>. Acesso em 22 out 2021.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/VdPNdYy66RSD7QwqWVHYsxj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2021.

CRUZ, H. P.; PESSOA, S. M. F.; MACHADO, M. M. T.; FEITOSA, H. N.; CARVALHO, F. H. C. Comitês hospitalares de prevenção de morte materna em Fortaleza: perfil e funcionamento. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 2, p. 223-229, abr./jun., 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40843425011>. Acesso em: 27 out. 2021.

DIAS, J. M. G.; OLIVEIRA, A. P. S.; CIPOLLOTTI, R.; MONTEIRO, B. K. S. M.; PEREIRA, R. O. Mortalidade materna. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v. 25, n. 2, p. 173-179, 2015. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150034>. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>. Acesso em: 28 out. 2021.

DUARTE, E. M. S.; ALENCAR, E.T.S.; FONSECA, L.G.A; SILVA, S.M.; MACHADO, M.F.; ARAUJO, M.D.P.; CORREIA, D.S.; SOUZA, C.D.F. Mortalidade materna e vulnerabilidade social no Estado de Alagoas no Nordeste brasileiro: uma abordagem espaço-temporal. **Rev. Bras. de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 575-586, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200014> . Acesso em: 28 out. 2021.

FIGUEIREDO, K. M. S.; GONÇALVES, G. A. A.; BATISTA, H. M. T.; AKERMAN, M.; PINHEIRO, W. R.; NASCIMENTO, V. B. Ações dos profissionais da atenção básica para redução da mortalidade materna no Nordeste brasileiro. **Int J Equity Health**, 2018, v. 17. Disponível em: < <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0817-x> >. Acesso em: 03 dez. 2021.

FERREIRA, S. R. S.; PERICO, L. A.D.; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 704-709, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000700704&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700704&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 out. 2021.

GAMA, S. G. N.; THOMAZ, E. B. A. F.; BITTENCOURT, S. D. A. Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 772, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41702020>. Acesso em: 25 out. 2021.

GOMES, C. B. A.; DIAS, R. S.; SILVA, W. G. B.; PACHECO, M. A. B.; SOUSA, F. G. M. ; LOYOLA, C. M. D. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto & Contexto - Enfermagem**. 2019, v. 28. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0544>>. Acesso em 03 dez. 2021.

GUEDES, J. K.; GUEDES, S.; FOLLADOR, F. A. C.; VIEIRA, A. P.; PEREIRA, A. C.; YAMADA, R. S.; FERRETO, L. E. D. A percepção do profissional de saúde diante do óbito infantil. **Acta Elit Salutis**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 16, 2020. DOI: <https://doi.org/10.48075/aes.v1i1.23734>. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/salutis/article/view/23734>. Acesso em: 26 out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/panorama>. Panorama de Mato Grosso do Sul. 2021. Acesso em: 22 out. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **AGENDA 2030 - ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: < [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=33895&Itemid=433](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33895&Itemid=433) >. Acesso em: 22 out. 2021.

JUSTINO, G. B. S.; STOFEL, N.S; GERVASIO, M. G.; TEIXEIRA, I.M.C; SALIM, N.R. E.; Educação sexual e reprodutiva no puerpério: questões de gênero e atenção à saúde das mulheres no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 25, e200711. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200711>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BphSM8RSt3Mvvgk6XMbZ4XTQ/>. Acesso em: 26 out. 2021.

LEAL, M. C.; SZWARCOWALD, C. L.; ALMEIDA, P.V.B.; AQUINO, E.M.L; BARRETO, M. L.; BARROS, F.; VICTORA, C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/?format=pdf&lang=pt>> .

Acesso em: 25 out. 2021.

MACEDO, C. P. C.; BARCA, D. A. A. V.; VALCACIO, F. C.; DANTAS, J. A.; FREITAS, M. L. F.; COSTA, I. C. C. Análise de dados do sistema de informação de mortalidade (SIM) e comitê de mortalidade materna (CMM) no Rio Grande do Norte. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 4, p. 413-419, out./dez., 2012. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40824829004>. Acesso em: 20 out. 2021.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2018, v. 71, pp. 677-683. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624> . Acesso em 02 dez. 2021.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Boletim Epidemiológico do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil - MS 2017, 2018.**

Disponível em: [http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Boletim-MMI280518\\_.pdf](http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Boletim-MMI280518_.pdf) . Acesso em: 22 out. 2021.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Boletim Epidemiológico do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil.** 2020. Disponível em:

<https://www.as.saude.ms.gov.br/atencao-basica/comite-estadual-de-prevencao-da-mortalidade-materna-e-infantil/comite-estadual-boletins-e-protocolos/> . Acesso em 22 out 2021.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 39, de 06 de junho de 2013. Aprova Regimento Interno do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil de Mato Grosso do Sul. **Diário Oficial Mato Grosso do Sul**: Secretaria de Estado de Saúde, Campo Grande, ano XXXV, n. 8.450, p. 4-5, 11 jun. 2013. Disponível em: [http://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO8450\\_11\\_06\\_2013](http://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO8450_11_06_2013). Acesso em: 22 out. 2021.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 90, de 28 de outubro de 2020. Aprovar a alteração do Regimento Interno do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil de Mato Grosso do Sul. **Diário Oficial Mato Grosso do Sul**: Secretaria de Estado de Saúde, Campo Grande, ano XLII, n. 10.317, p. 32-34, 6 nov. 2020.

Disponível em:

[https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO10317\\_06\\_11\\_2020](https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO10317_06_11_2020) . Acesso em: 22 out. 2021.

MELO, C. M.; AQUINO, T. I. S.; SOARES, M. Q.; BEVILACQUA, P. D. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3457-3465, out. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.19652017>. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/TndWRhN6TRTLvRkkg466Gfm/?lang=pt>>. Acesso em: 22 out. 2021.

- MERHY, E. E. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 07-14, 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/redeunida/article/view/309/15>>. Acesso em: 27 out. 2021.
- MONTEIRO, P.V.; ALMEIDA, A. N. S.; PEREIRA, M. L. D.; FREITAS, M. C.; GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F. Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. **Rev Min Enferm (REME)**, 20:e957, 2016. DOI: 10.5935/1415-2762.20160026. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e957.pdf>. Acesso em: 27 out. 2021. ou <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1091>
- MOREIRA, M.R.; KASTRUP, E.; RIBEIRO, J.M.; CARVALHO, A.I.; BRAGA, A.P. O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS Brazil heading to 2030. **Saúde em Debate**. v. 43, n. spe7, pp. 22-35, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S702>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S702>. Acesso em: 22 out. 2021.
- MORSE, M.L.; FONSECA, S. C.; BARBOSA, M. D.; CALIL, M. B.; EYER, F. P. C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. **Cadernos de Saúde Pública**, 2011, v. 27, n. 4, pp. 623-638. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400002> . Acesso em 02 dez. 2021.
- ODM Brasil. Brasília: Presidência da República. **O Brasil e os ODM**. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm> . [s.d] Acesso em: 20 out. 2021.
- ORTEGA, M. D. C. B.; CECAGNO, D.; LLOR, A. M. S.; SIQUEIRA, H. C. H.; MONTESINOS, M. J. L.; SOLER, L. M. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2015, v. 23, n. 3. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569> > . Acesso em: 03 dez. 2021.
- OYERINDE, K. Can antenatal care result in significant maternal mortality reduction in developing countries? **J Community Med Health Educ**. 2013; 3:e116. <http://dx.doi.org/10.4172/2161-0711.1000e116>. Disponível em: <<https://www.omicsonline.org/can-antenatal-care-result-in-significant-maternal-mortality-reduction-in-developing-countries-2161-0711.1000e116.php?aid=11829>>. Acesso em: 25 out. 2021.
- PÍCOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. O.; LEMOS, E. F. Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 17, n. 4, p. 729-737, dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400007> . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/wzzT6BgrX3XWfk4W5MfGYpf/abstract/?lang=pt#> . Acesso em: 20 mai. 2021.
- PORTAL ODS. Sesi Paraná. **Mortalidade materna cresce no Brasil**. 2018. Disponível em: <http://portalods.com.br/noticias/mortalidade-materna-cresce-no-brasil/> Acesso em: 20 out. 2021.

- REGANASSI, C., BARROS, K. C. S., KATCH, M., NOGUEIRA, L. D. P. Mortalidade materna: desafios para enfermagem no enfrentamento da assistência. **Revista Fafibe On-Line**. Bebedouro, v.8, n.1, p. 319-331, 2015. Disponível em: <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015190327.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.
- RODRIGUES, M.N.G.; VIEIRA, F. M. S. B.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Análise das recomendações das Comissões Regionais de Mortalidade Materna para os casos de óbitos por aborto provocado no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 37, n. 6, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00215020>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00215020>. Acesso em: 29 out. 2021.
- ROSA, A.P.L.; ZOCHE, D.A.A.; ZANOTELLI, S.S. Gestão do cuidado à mulher na atenção primária: estratégias para efetivação do processo de enfermagem. *Enferm. Foco*, v. 11, n. 1, p. 93-98, 2020. Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2670/710> . Acesso em: 29 out. 2021.
- ROWE, Philip. *Essential statistics for the pharmaceutical sciences*. **Chichester, England:** John Wiley & Sons Ltda, 2007.
- SANTOS, N. A. R.; GOMES, S. V.; RODRIGUES, C. M. A.; SANTOS, J.; PASSOS, J. P. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros em cuidados paliativos oncológicos: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 01-08, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483653826025>. Acesso em: 25 out. 2021.
- SANTOS, T.S.; BRAGAGNOLLO, G.R. TAVARES, C.M.; PAPALÉO, L.K.; CARVALHO, L. W. T.; CAMARGO, R. A. A. Qualificação profissional de enfermeiros da atenção primária à saúde e hospitalar: um estudo comparativo. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 2, e786, 2020. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.786> > . Acesso em: 07 nov. 2021.
- SEHNEM, G. D.; SALDANHA, L. S., ARBOIT, J., RIBEIRO, A. C., PAULA, F. M. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades de enfermeiros brasileiros. **Revista de Enfermagem Referência**, 2020, v. 1. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388263105017> >. Acesso em 03 dez. 2021.
- SILVA, B. G. C.; LIMA, N. P.; SILVA, S. G.; ANTUNEZ, S. F.; SEERIG, L. M.; RESTREPO-MENDEZ, M. C. WEHRMEISTER, F. C. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2016, v. 19, n. 03, pp. 484-493. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030002> . Acesso em 01 dez. 2021.
- SOARES, V.M.N.; AZEVEDO, E.M.M.; WATANABE, T.L. Subnotificação da mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil: 1991-2005. **Cad. Saúde Pública**, 2008, v. 24, n. 10, pp 2418-2426. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001000022> . Acesso em 02 dez. 2021.
- SOUZA, M. L.; LAURENTI, R.; KNOBEL, R.; MONTICELLI, M.; BRUGGEMANN, O. M.; DRAKE, E. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Revista Latino-Americana**

**de Enfermagem**, 2013, v. 21, n. 3, pp. 711-718. Disponível em:  
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300009> . Acesso em: 02 dez. 2021.

TASCA, P. C.; MAHL, A. C.; BIESDORF, A. A prática de reuniões de equipes: um dispositivo de cuidado para trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Unoesc & Ciência ACBS**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 99–106, 2020. Disponível em:  
<<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/20465>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

TEIXEIRA, I.R.; AMARAL, R. M. S.; MAGALHÃES, S. R. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **e-Scientia**. Belo Horizonte, v. 3, n. 2, 2010. Disponível em:  
<<https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/166/96>>. Acesso em: 25 out. 2021.

VEGA, C. E. P., SOARES, V. M. N.; NASR, A. M. L. F. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2017, v. 33, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197315> . Acesso em: 01 dez. 2021.

VELADO, F. V. O Fenômeno da Morte. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2008, 137f. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

WHO. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: **World Health Organization**; 2019. Disponível em:  
<<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327596>> . Acesso em: 25 out. 2021.

**APÊNDICE A - ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019. Código do Participante: \_\_\_\_\_

Município: Campo Grande/MS

**Distrito Sanitário:** a) ( ) Norte      b) ( ) Sul      c) ( ) Leste      d) ( ) Oeste

**Região de Saúde:** a) ( ) Prosa      b) ( ) Segredo c) ( ) Imbirussu  
d) ( ) Lagoa      e) ( ) Bandeira      f) ( ) Anhanduizinho g) ( ) Centro

**Lotação:** a) ( ) UBSF      b) ( ) UBSF

**Perfil sociodemográfico:**

1. Idade: \_\_\_\_\_ (em anos)
2. Sexo: a) ( ) Masculino      b) ( ) Feminino

**Perfil da formação técnico-científica:**

3. Tempo de formação profissional? \_\_\_\_\_

4. Quanto tempo na função atual (enfermeiro da Atenção Primária à Saúde)?  
\_\_\_\_\_

5. Possui formação complementar?

a) ( ) Sim (Siga para pergunta 6)

b) ( ) Não (Siga para pergunta 7)

6. Qual nível de formação complementar? (Se aplicável, marque mais de uma resposta)

a) ( ) Especialização. Área: \_\_\_\_\_

b) ( ) Mestrado. Área: \_\_\_\_\_

c) ( ) Doutorado. Área: \_\_\_\_\_

**Capacitação em investigação de óbito materno:**

7. Você já participou de alguma capacitação sobre vigilância do óbito materno?

a) ( ) Sim (Siga para item 8)

b) ( ) Não (Siga para item 9)

8. A capacitação foi ministrada por meio de qual instituição?

a) ( ) Secretaria Municipal de Saúde

b) ( ) Instituição privada

c) ( ) Outra: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Comitê de Mortalidade Materna**

9. Você sabe se existe no município de Campo Grande/MS o Comitê de Mortalidade Materna?

a) ( ) Sim

b) ( ) Não

10. Você sabe qual o objetivo do Comitê de Mortalidade Materna?

a) ( ) Sim

b) ( ) Não

Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Você participa ou já participou de alguma reunião do Comitê de Mortalidade Materna do município?

a) ( ) Sim

b) ( ) Não

Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Experiência em investigação de óbito materno:**

12. Você sabe o objetivo de se realizar uma investigação de óbito materno?

a) ( ) Sim

b) ( ) Não

Justifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Em sua experiência como enfermeira (o), você já realizou alguma investigação de óbito materno?

a) ( ) Sim (Siga para questão 14)

b) ( ) Não (Siga para questão 32)

14. Onde você estava trabalhando no momento da investigação do óbito?

a) ( ) unidade atual

b) ( ) em outra unidade (PSF, Hospital, outros pontos de atenção à saúde)

15. Em relação ao óbito materno mais recente que você já investigou, qual foi sua primeira fonte de informação sobre a ocorrência do óbito?

a) ( ) Familiar

b) ( ) ACS

c) ( ) Técnico Responsável pela Vigilância Epidemiológica do Distrito

d) ( ) Mídia

e) ( ) Outros: \_\_\_\_\_

16. Em relação ao óbito materno mais recente que você já investigou, você realizava o acompanhamento de pré-natal dessa mulher?

a) ( ) Sim.

b) ( ) Não. Por que? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Quando você recebe a solicitação para realizar a investigação de um óbito materno, como realiza o primeiro contato com a família?

a) ( ) ACS

b) ( ) Contato telefônico

c) ( ) Visita domiciliar

d) ( ) Outro: \_\_\_\_\_

18. Quando você realiza a visita domiciliar para realizar a entrevista, outro profissional o acompanha?

a) ( ) Sim

b) ( ) Não

Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. Você tem apoio e/ou recorre a Equipe de Vigilância do Óbito/SESAU para sanar suas dúvidas/dificuldades?

a) ( ) Sim

b) ( ) Não

Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. Você tem dificuldade no preenchimento da ficha de investigação de óbito M1 – Serviço de Saúde Ambulatorial?

a) ( ) Sim (Siga para questão 22)

b) ( ) Não (Siga para questão 23)

Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22. Quais os campos da ficha M1 – Serviço de Saúde Ambulatorial - são difíceis de se obter informações?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Você tem dificuldade no preenchimento da ficha de investigação de óbito M3 - Ficha de Investigação de Óbito Materno – Entrevista domiciliar?

a) ( ) Sim (Siga para questão 24)

b) ( ) Não (Siga para questão 25)

Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. Quais os campos da ficha M3 - Ficha de Investigação de Óbito Materno – Entrevista domiciliar - são difíceis de se obter informações?

Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. Após a ocorrência do óbito materno, em quanto tempo você recebe o comunicado para proceder a investigação?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

26. Em quanto tempo deve concluir o processo de investigação e fazer a devolutiva para a Equipe de Vigilância do Óbito/SESAU?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

27. Após a investigação do óbito, você já recebeu as recomendações da análise (morte evitável ou não) do Comitê de Mortalidade do município?

a) ( ) Sim (siga para questão 28)

b) ( ) Não (siga para questão 29)

28. Qual setor realizou essa devolutiva?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

29. O último caso de óbito materno ocorrido em sua unidade foi discutido em reunião com sua equipe?

a) ( ) Sim

b) ( ) Não

Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

30. Como você se sentiu ao realizar a investigação domiciliar?

---

---

---

31. Já recebeu recusa quando da tentativa da investigação domiciliar?

a) ( ) Sim

b) ( ) Não

Justifique:

---

---

32. Em que medida você considera que a participação do enfermeiro contribui na investigação do óbito materno?

---

---

---

33. Se pudesse sugerir melhorias no processo de investigação do óbito materno, quais seriam?

---

---

---

## ANEXO A - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO - M1 - SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde



Nº do Caso

\_\_\_\_

### Ficha de Investigação de Óbito Materno

#### Serviço de Saúde Ambulatorial

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA							
1	Nome da falecida						
2	Nº da Declaração de Óbito	2	Data do óbito				
4	Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av)			Nº	Compl		
	Bairro	Distrito/Povoado	Local	<input type="checkbox"/> urbano	<input type="checkbox"/> rural		
5	Município de residência			UF			
6	Tipo de seguro saúde						
7	Centro de Saúde	PSI/PACS	<input type="checkbox"/> sem cobertura				
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL							
Pesquisar em prontuários, fichas e atendimento, cartão da gestante. Algumas questões admitem mais de uma resposta. Assinale SR se não há registro sobre a questão.							
8	Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal						
	Nome		Código CNES				
9	Tipo de serviço	<input type="checkbox"/> Centro de Saúde /SUS	<input type="checkbox"/> Consultório convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Não fez pré-natal		
10	Idade gestacional na primeira consulta	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas ou	<input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> SR			
11	Idade gestacional na última consulta	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas ou	<input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> SR			
12	Número de consultas pré-natal	<input type="text"/> <input type="text"/> consultas	<input type="checkbox"/> SR				
13	A falecida foi cadastrada no SISPRENATAL?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR	
14	Já esteve grávida antes deste bebê?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR	
14.1	Número de gestações (inclusive esta)	<input type="text"/> <input type="text"/>	Número de partos	<input type="text"/> <input type="text"/>	Número do abortos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SR	
14.2	Tipo(s) de parto(s)	<input type="checkbox"/> partos normais	<input type="checkbox"/> partos com fórceps	<input type="checkbox"/> partos cesáreos	<input type="checkbox"/> SR		
15	Foi considerada gestante de alto risco?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR	
15.1	Se sim, foi encaminhada para o PN de alto risco?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR	
15.2	Com quantas semanas?			<input type="text"/> <input type="text"/> semanas	<input type="checkbox"/> SR		
15.3	Conseguiu ser atendida no PN de alto risco?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR	
15.4	Onde?			<input type="checkbox"/> SR			
16	Foi internada durante a gestação?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR	
16.1	Quantas vezes?			<input type="text"/> <input type="text"/> vezes	<input type="checkbox"/> SR		
16.2	Qual(is) o(s) motivo(s)?			<input type="checkbox"/> SR			
16.3	Com quantas semanas de gestação?			1ª internação	<input type="text"/> <input type="text"/>	2ª internação	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SR
17	Houve alguma emergência obstétrica?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR	
17.1	Qual o transporte utilizado?			<input type="checkbox"/> SAMU	<input type="checkbox"/> Outro, qual?	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
17.2	O transporte foi em tempo oportuno?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR	



25 Observações								
26 Responsável pela investigação								
Nome:					Profissão:			
ASSISTÊNCIA À MULHER: CENTRO DE SAÚDE, CONSULTÓRIO, SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA								
Levantamentos em prontuários ou fichas de atendimento e cartão da gestante								
27 Atendimentos realizados antes e durante a doença que causou o óbito								
	Data	Local do Atendimento	Idade	Peso (Kg)	Queixa/Diagnóstico	Exames realizados	Conduta	Profissional*
Atenção Básica								
Serviço de urgência/emergência								
*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Pediatra; 3. Enfermeiro; 4. Outro								
28 Houve necessidade de encaminhamento para serviços ambulatoriais de referência/especializados ou de urgência/emergência?						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SR		
28.1 Por qual motivo?								
29 A falecida estava sendo acompanhada em algum programa de saúde (hipertensão, outros)?						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SR		
29.1 Especificar qual o programa								
30 Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver								
31 Observações gerais								
32 Data do encerramento da coleta de dados				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
33 Responsável pela investigação								
Nome					Carimbo e rubrica			

43.3	Quem realizou a anestesia?	<input type="checkbox"/> anestesista	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> SR
43.4	Complicações da anestesia?	<input type="checkbox"/> sim, qual?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
44	Outros procedimentos foram realizados além do parto ou do aborto?			
	<input type="checkbox"/> não foi necessário	<input type="checkbox"/> ligadura de artérias hipogástricas	<input type="checkbox"/> SR	
	<input type="checkbox"/> histerectomia	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____		
45	Houve prescrição de sangue ou derivados?	<input type="checkbox"/> sim, recebeu	<input type="checkbox"/> sim, mas não recebeu	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
45.1	De que natureza?	<input type="checkbox"/> para de hemácias	<input type="checkbox"/> crioprecipitado	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> plasma fresco congelado	<input type="checkbox"/> congelado de plaquetas	<input type="checkbox"/> outro
45.2	Qual o tempo decorrido entre a prescrição e a administração do produto?	<input type="text"/> horas	<input type="checkbox"/> SR	
45.3	Qual a quantidade de bolsas administradas?	<input type="text"/> bolsas	<input type="checkbox"/> SR	
46	Foi avaliada por um profissional de saúde nas primeiras 2 horas após o parto ou aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
47	Intercorrências no puerpério até 2 horas pós-parto	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> placenta acreta	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sem intercorrência	<input type="checkbox"/> atonia uterina	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____
48	Há registro de medidas de pressão arterial e temperatura a cada 6 horas até a alta?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
49	Intercorrências no puerpério de 2 horas pós-parto até a alta hospitalar	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> embolias	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sem intercorrência	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> infecção puerperal <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____
50	Intercorrências da alta até 42 dias pós término da gestação.	<input type="checkbox"/> depressão puerperal	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> trombose venosa profunda <input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sem intercorrência	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> infecção puerperal <input type="checkbox"/> embolias <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____
51	Houve necessidade de UTI?	<input type="checkbox"/> sim, foi encaminhada	<input type="checkbox"/> sim, mas não foi encaminhada	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
51.1	Qual o tempo decorrido entre o encaminhamento e a transferência?	<input type="text"/> horas	<input type="checkbox"/> SR	
51.2	Se não foi encaminhada, por que não?	<input type="checkbox"/> SR		
52	Condições de alta após o parto ou o aborto	<input type="checkbox"/> bom estado geral	<input type="checkbox"/> transferência para	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> óbito	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____	
53	Foi solicitada a necropsia?	<input type="checkbox"/> sim, foi realizada	<input type="checkbox"/> sim, mas não foi realizada	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
<b>INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO</b>				
Se for o caso de natimorto ou neomorto, encaminhar a investigação do óbito infantil ou fetal.				
54	Condições de nascimento	<input type="checkbox"/> nascido vivo	<input type="checkbox"/> nascido morto, óbito antes do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> nascido morto, feto macerado	<input type="checkbox"/> nascido morto, com óbito durante o trabalho de parto/nascimento	
55	Índice de Apgar	<input type="checkbox"/> 1º minuto	<input type="checkbox"/> 5º minuto	<input type="checkbox"/> não se aplica, nasceu morto <input type="checkbox"/> SR
56	Peso ao nascer	<input type="text"/> gramas	<input type="checkbox"/> SR	
57	Observações gerais			
58	Data do encerramento da coleta de dados	<input type="text"/>		
59	Responsável pela investigação			
Nome	Carimbo e rubrica			

## ANEXO B - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO - M3 - ENTREVISTA DOMICILIAR



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

M3

Nº do Caso

\_\_\_\_

### Ficha de Investigação de Óbito Materno

#### Entrevista domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA			
1	Nome da falecida		
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito
4	Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av.)		
		Nº	Compl.
	Bairro	Distrito/Povoado	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
5	Município de residência		UF
6	Nº do Cartão SUS	7	Equipe/PACS/PSF
			<input type="checkbox"/> sem cobertura
8	Centro de Saúde/UBS	9	Distrito Sanitário/Administrativo
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO			
10	Nome do(a) entrevistado(a)		
10.1	Relação com a falecida	<input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> irmã <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____	
CARACTERÍSTICA DA FALECIDA E DA FAMÍLIA			
11	Qual a idade da falecida? _____ anos		
12	Qual era a raça/cor da falecida?		
	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Indígena
	<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> não sabe
13	Ela frequentou a escola até que ano? (último ano de aprovação)		
	<input type="checkbox"/> série	<input type="checkbox"/> grau	<input type="checkbox"/> não sabe
13.1	Assinalar qual a escolaridade		
	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto	
	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo	
	<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Não frequentou a escola	
	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo	<input type="checkbox"/> Não sabe	
14	Ela vivia com um companheiro? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe		
15	Qual o estado civil? <input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> viúva <input type="checkbox"/> não sabe		
16	A falecida tinha algum convênio privado de saúde? <input type="checkbox"/> sim, qual? _____ <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe		
17	Quantas pessoas moram nesta casa? _____ pessoas <input type="checkbox"/> não sabe		
18	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa? _____ torneiras (pontos de água) <input type="checkbox"/> não sabe		
HISTÓRIA OBSTÉTRICA			
Para este bloco, excluir a gestação atual.			
19	Quantas vezes esteve grávida antes desta? _____ vezes <input type="checkbox"/> não sabe		
19.1	Essas gravidezes resultaram em _____ abortos _____ nascidos vivos _____ nascidos mortos <input type="checkbox"/> não sabe		
19.2	Tipo(s) de parto(s) _____ partos normais _____ partos com fórceps _____ partos cesáreos <input type="checkbox"/> não sabe		
20	Qual a data do último parto ou aborto _____ <input type="checkbox"/> não sabe		
21	Ela teve algum problema de saúde nas gestações anteriores?		
	<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro
	<input type="checkbox"/> doença do coração	<input type="checkbox"/> sífilis	<input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema
	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> não sabe
	<input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> edema/inchaço importante pela manhã	<input type="checkbox"/> outra. Especificar _____

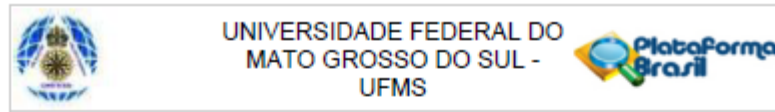


30.1	Se sim, foi encaminhada para o PN de alto risco?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
30.2	Com quantas semanas?	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas		<input type="checkbox"/> não sabe	
30.3	Local do PN de alto risco			<input type="checkbox"/> não sabe	
31	Foi internada durante a gestação?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
31.1	Quantas vezes?	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes		<input type="checkbox"/> não sabe	
31.2	Qual(is) o(s) motivo(s)?			<input type="checkbox"/> não sabe	
31.3	Com quantas semanas de gestação?	1ª internação	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas	Local <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
		2ª internação	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas	Local <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
32	Ela desenvolveu algum problema de saúde durante a gravidez?				
	<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional		
	<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada		
	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST)		
	<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências		
	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)				
	<input type="checkbox"/> Outras, especificar <input type="text"/>			<input type="checkbox"/> não sabe	
32.1	Em que época da gravidez?	no <input type="text"/> mês de gestação	ou a partir do <input type="text"/> mês de gestação		
33	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
33.1	Quais medicamentos usou?				
34	Se não fez pré-natal, por quê não?			<input type="checkbox"/> não se aplica	
35	Estava grávida quando morreu?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
35.1	Com quanto tempo de gravidez ela faleceu?				
35.2	Durante a gravidez apresentou				
	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal	<input type="checkbox"/> convulsões	<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> inchaço, onde	
	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> ameaça de parto prematuro	<input type="checkbox"/> dores de cabeça	<input type="checkbox"/> nenhuma	
	<input type="checkbox"/> visão embaçada ou turva	<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> não sabe	
	<input type="checkbox"/> palidez e falta de ar (ambos)	<input type="checkbox"/> outra			
<b>PARTO OU ABORTO</b>					
36	Ela recebeu assistência no primeiro hospital que procurou em trabalho de parto ou por ocasião do aborto?				
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital		<input type="checkbox"/> não sabe	
	<input type="checkbox"/> Não. Por que <input type="text"/>				
37	Estava com acompanhante na sala de parto?	<input type="checkbox"/> Sim, quem? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38	Deu à luz nos últimos 12 meses antes de morrer?	<input type="checkbox"/> Sim, data do parto <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não, passe a Questão XX	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.1	Morreu quanto tempo depois de dar à luz?	<input type="text"/> meses	<input type="text"/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.2	Estava grávida de quantos bebês?	<input type="checkbox"/> um	<input type="checkbox"/> dois	<input type="checkbox"/> três ou mais	<input type="checkbox"/> não sabe
38.3	Leve muito sangramento antes do início do trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.4	Leve muito sangramento durante o trabalho do parto e antes do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.5	Leve muito sangramento depois do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.6	Leve dificuldade de expulsar a placenta?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.7	Quanto tempo durou o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> mais de 24 horas	<input type="checkbox"/> não sabe	

38.8	O parto foi	<input type="checkbox"/> vaginal	<input type="checkbox"/> com fórceps	<input type="checkbox"/> cesáreo	<input type="checkbox"/> não sabe
38.9	Se o parto foi vaginal, foi utilizado fórceps?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.10	Se o parto foi cesáreo, qual o motivo?	<input type="checkbox"/> por opção da mulher	<input type="checkbox"/> outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/> por indicação médica. Qual? _____	<input type="checkbox"/> não sabe
38.11	O sangramento/secreção vaginal eliminado no pós-parto tinha mau cheiro?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.12	Onde deu à luz?	<input type="checkbox"/> hospital	<input type="checkbox"/> outra unid. de saúde	<input type="checkbox"/> domicílio	<input type="checkbox"/> outro
38.13	Quem fez o parto?	<input type="checkbox"/> médico	<input type="checkbox"/> enfermeira	<input type="checkbox"/> parteira	<input type="checkbox"/> parente
38.14	O bebê nasceu	<input type="checkbox"/> vivo	<input type="checkbox"/> vivo, mas faleceu depois	<input type="checkbox"/> morto	<input type="checkbox"/> não sabe
38.15	Após o parto apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal	<input type="checkbox"/> dor na barriga	<input type="checkbox"/> nenhum problema	
		<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar	<input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas	<input type="checkbox"/> outro	
		<input type="checkbox"/> tonturas/desmaio	<input type="checkbox"/> tristeza/depressão		
39	Teve aborto nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> sim, data do aborto _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.1	Morreu durante o aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.2	Quanto tempo antes da morte teve o aborto?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
39.3	De quanto tempo era a gravidez quando teve o aborto?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> semanas		
39.4	Sangrou muito durante/depois do aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
39.5	Apresentou corrimento com mau cheiro depois do aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
39.6	O aborto foi	<input type="checkbox"/> espontâneo	<input type="checkbox"/> induzido	<input type="checkbox"/> provocado	<input type="checkbox"/> não sabe
39.7	Qual foi a causa do aborto?				
39.8	Teve febre?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.9	Fêz curetagem?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.10	Onde ocorreu o aborto?	<input type="checkbox"/> hospital	<input type="checkbox"/> outra unid. de saúde	<input type="checkbox"/> domicílio	<input type="checkbox"/> outro
39.11	Após o aborto apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal	<input type="checkbox"/> dor na barriga	<input type="checkbox"/> nenhum problema	
		<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar	<input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas	<input type="checkbox"/> outro	
		<input type="checkbox"/> tonturas/desmaio	<input type="checkbox"/> tristeza/depressão		
40	Se o parto ou aborto ocorreu fora de estabelecimento de saúde, em que condições ocorreu?				
41	Onde ela morreu?	<input type="checkbox"/> No hospital	<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> Na casa da parteira	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> Outro estabelecimento de saúde	<input type="checkbox"/> Na via pública	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	
41.1	Endereço do local do óbito				<input type="checkbox"/> não sabe
41.2	Nome do serviço de saúde onde faleceu				<input type="checkbox"/> não se aplica
				Código CNES _____	
41.3	Qual o setor do hospital em que ocorreu o óbito?	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Pronto atendimento	<input type="checkbox"/> não se aplica	
		<input type="checkbox"/> Enfermaria	<input type="checkbox"/> não sabe		
		<input type="checkbox"/> Centro obstétrico	<input type="checkbox"/> outro		



## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA VIGILÂNCIA DO ÓBITO MATERNO EM CAMPO GRANDE/MS

**Pesquisador:** NURIA ANANDA PARRON GIACOMELLI PEREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 22655519.1.0000.0021

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.763.410

#### Apresentação do Projeto:

O projeto constitui-se em estudo que visa analisar a atuação do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde na vigilância do óbito materno em Campo Grande/MS. Conforme o pesquisador a mortalidade materna é considerada um problema de saúde pública e tanto a investigação da sua ocorrência quanto a análise dos casos pelo Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna é essencial para tomada de medidas que evitem novas mortes. Desde 2008, os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) independentemente da causa declarada, passaram a ser considerados eventos de investigação obrigatória. Na Atenção Primária em Saúde (APS) no município de Campo Grande/MS, compete ao enfermeiro realizar a visita domiciliar e o preenchimento das fichas de investigação. Essa entrevista domiciliar em tempo oportuno traz esclarecimentos fundamentais sobre as circunstâncias dos óbitos e o enfermeiro da APS é responsável pelo acompanhamento de todo ciclo gravídico-puerperal e pré-natal de risco habitual, sendo primordial em todo esse processo.

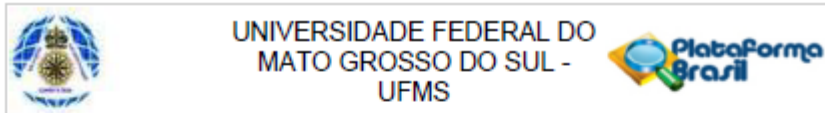
#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar a atuação do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde na vigilância do óbito materno em Campo Grande/MS.

**Objetivo Secundário:**

**Endereço:** Cidade Universitária - Campo Grande  
**Bairro:** Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** oepconeppropps@ufms.br



Continuação do Parecer: 3.763.410

- Conhecer a atuação do enfermeiro na realização da investigação do óbito materno;
- Investigar o conhecimento do enfermeiro sobre a finalidade do comitê de mortalidade materna;
- Identificar possíveis fragilidades e potencialidades na realização da investigação do óbito materno desenvolvida pelo enfermeiro.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A pesquisa poderá trazer riscos mínimos aos seus participantes, relacionados somente ao desconforto ou exposição do conhecimento dos mesmos sobre sua ação profissional ao preencherem o questionário (Apêndice A).

**Benefícios:** Os benefícios da pesquisa são indiretos e seus resultados servirão de subsídio para nortear ações voltadas a melhoria do processo de trabalho de forma a impactar na assistência prestada à população. A pesquisa irá contribuir para o aprimoramento do processo de investigação do óbito materno na Atenção Primária à Saúde e será realizada a devolutiva após o estudo, por meio de apresentação para as coordenadorias da Rede de Atenção Básica (CRAB) e Estatísticas Vitais (CEVITAL), convidando todos participantes desta pesquisa para estarem presentes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa tem relevância no campo dos estudos da saúde, particularmente dos estudos sobre a atuação do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde na vigilância do óbito materno em Campo Grande/MS. Os resultados da pesquisa poderão contribuir, entre outros, para o aprimoramento do processo de investigação do óbito materno na Atenção Primária à Saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto contém os documentos obrigatórios e informações adequadas e necessárias para sua aprovação. O pesquisador atendeu o termo de diligência com as solicitações do CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

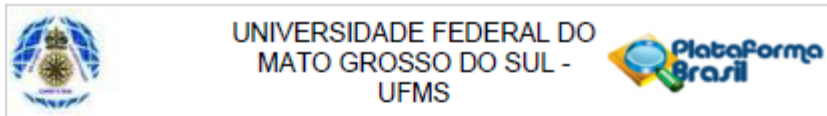
Considerando os documentos postados e analisados, manifestamos parecer favorável a aprovação do projeto de pesquisa por esse Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1406327.pdf	27/11/2019 12:38:29		Aceito

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande  
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110  
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE  
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 3.763.410

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TRABALHO_FINAL_CORRIGIDO_CRO NOGRAMA_26_11_19.docx	27/11/2019 12:27:46	NURIA ANANDA PARRON GIACOMELLI PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO_26_11_19.docx	27/11/2019 12:01:54	NURIA ANANDA PARRON GIACOMELLI PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_CORRIGIDA.pdf	03/10/2019 22:59:44	NURIA ANANDA PARRON GIACOMELLI PEREIRA	Aceito
Outros	TERMO_RESPONSABILIDADE_AUTO RIZACAO_SESAU.pdf	01/08/2019 09:32:37	NURIA ANANDA PARRON GIACOMELLI PEREIRA	Aceito
Outros	TERMO_PARCERIA_SESAU.pdf	01/08/2019 09:31:41	NURIA ANANDA PARRON GIACOMELLI PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 12 de Dezembro de 2019

Assinado por:  
Fernando César de Carvalho Moraes  
(Coordenador(a))

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande  
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110  
UF: MS Município: CAMPO GRANDE  
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br