

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

RENATA SANTOS DE FARIAS

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REDUÇÃO DA
MORTALIDADE MATERNA**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado no formato de artigo científico ao Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES) – UniCEUB como requisito parcial para conclusão do curso de Bacharelado em Enfermagem sob orientação do Prof. MSe. Samuel Rios Teixeira.

BRASÍLIA
2021

A meu pai, *in memoriam*, grande amigo, filho, pai e conselheiro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e pelo infinito amor.

Ao meu grande amor, e a razão de tudo na minha vida, minha mãe Maria Neide. Obrigada por ser minha inspiração e não me deixar desistir nunca. Tudo por você, te amo para todo o sempre.

Ao meu namorado, Iago Leonam, por toda a ajuda para realizar este sonho, pela paciência e compreensão, cuidado e amor.

Aos meus irmãos e a toda minha família pelo apoio e incentivo que me serviu de força para chegar até aqui.

Ao meu orientador, Samuel Rios, pela confiança, apoio e ajuda durante toda a graduação.

A todos os meus amigos que de alguma forma me ajudaram a não desistir, em especial, minha amiga de faculdade e de vida, Ana Beatriz, por passar cada obstáculo ao meu lado e ser meu alicerce durante este processo.

“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo.”.

(Paulo Freire)

Sistematização da assistência de enfermagem na redução da mortalidade materna

Renata Santos de Farias¹

Samuel Rios Teixeira²

Resumo

O ciclo gravídico-puerperal tem riscos naturais a serem controlados a fim de evitar complicações durante a gravidez, parto e puerpério. A enfermagem atua de forma sistematizada com assistência individualizada à mulher, controlando riscos do processo gestacional, com vistas à redução da mortalidade materna. Objetivou-se demonstrar o papel da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) à mulher no ciclo gravídico-puerperal no atendimento de suas necessidades individuais e consequente redução do risco de mortalidade. Trata-se de revisão narrativa da literatura consultada nas bases de dados Google acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Conclui-se que a enfermagem contribui na redução da mortalidade materna através da correta aplicação da SAE, desde o pré-natal, identificando e controlando os riscos gestacionais, preparando a gestante para o parto, até o puerpério, com avaliação precoce da mãe de modo a detectar riscos de mortalidade no puerpério.

Palavras chave: Sae; Processo de enfermagem; Parturientes; Mortalidade materna;

Systematization of nursing assistance in reducing maternal mortality

Abstract

The pregnancy-puerperal cycle has natural risks to be controlled in order to avoid complications during pregnancy, childbirth and puerperium. Nursing acts in a systematic way with individualized assistance to women, controlling risks of the gestational process, with a view to reducing maternal mortality. The objective was to demonstrate the role of the systematization of nursing care (SAE) for women in the pregnancy-puerperal cycle in meeting their individual needs and the consequent reduction in the risk of mortality. This is a narrative review of the literature consulted in the academic Google, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Virtual Health Library (VHL) databases. It is concluded that nursing contributes to the reduction of maternal mortality through the correct application of the SAE, from prenatal care, identifying and controlling gestational risks, preparing the pregnant woman for childbirth, until the puerperium, with early evaluation of the mother in a way to detect postpartum mortality risks..

Keywords: Ncs; Nursing process; Parturients; Maternal mortality;

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília-UNICEUB.

² Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília. Docente em Enfermagem do UNICEUB.

1. INTRODUÇÃO

Desde o início, a gravidez gera não só alterações sistêmicas na mulher, mas também uma série de alterações fisiológicas e emocionais que alteram sua estrutura física e mental. Em sua maioria, as gestações são vivenciadas de forma saudável, embora essas alterações, decorrentes de fatores hormonais e mecânicos, acabam por trazer consigo um risco natural. Nesse sentido, no atendimento de saúde às parturientes torna-se fundamental a aplicação de uma sistemática de ações individualizadas, bem planejadas e executadas de forma efetiva, segura e humanizada, de modo a manter controlado o risco natural das gestações, contribuindo assim para a redução dos índices de morte materna (MONTENEGRO; FILHO, 2019; HORTA, 1979).

Por ser um fenômeno fisiológico, a gestação, tende a acontecer sem intercorrências, apesar de existir uma pequena parte dessas mulheres que estão, quer seja por doenças preexistentes ou por complicações que surgem no decorrer da gestação, parto e puerpério, mais suscetíveis aos riscos de mortes maternas (BRASIL, 2010).

Em sua maioria, a gestação termina seu processo sem intercorrências. Assim, quando não são identificados riscos nem para gestante e nem para o feto desde a avaliação inicial do pré-natal, o Ministério da Saúde define essas gestações como de risco habitual ou baixo risco. O número de óbitos por causas evitáveis ligados aos serviços de saúde são expressivos, principalmente no que diz respeito à atenção pré-natal, parto e recém-nascido (RN). Nesse contexto, destaca-se a importância precoce do início do pré-natal na minimização dos riscos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2020a).

O número de mortes maternas funciona como um indicador para a condição de vida das mulheres além das condições de saúde de uma determinada população. Por isso, a mortalidade materna é considerada um problema de saúde pública, principalmente se estiver relacionada a causas evitáveis durante a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério (LEAL, 2008).

Nesse contexto, em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) a serem atingidos até o ano de 2015, estando dentre eles “melhorar a saúde das gestantes”. Para atingir esse objetivo foram colocadas como metas acessórias reduzir a taxa de mortalidade materna e aumentar a proporção de partos assistidos por profissional de saúde qualificado (ONU, 2000). Durante o período de 1990 a 2011 a mortalidade materna girava em torno de 35 óbitos a cada 100 mil

nascidos vivos. Ao se comparar com os números de óbitos maternos anteriores ao ano de 1990, houve uma redução de cerca de 75%. Esta regressão está ligada à diminuição das causas mais frequentes de mortes maternas diretas (BRASIL, 2014).

No âmbito legal, a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986 regulamenta o exercício da enfermagem e atribui ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde prestar assistência de enfermagem à gestante, à parturiente e à puerpera; acompanhar a evolução do trabalho de parto, executar o parto sem distocia. Vista como uma metodologia, a SAE, possibilita aos profissionais de enfermagem aplicarem seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência aos pacientes. Paralelamente, os profissionais necessitam ter acesso ao apoio científico, garantindo segurança e o correto desempenho de suas funções (BITTAR, *et al.*, 2006; TANNURE, 2019).

O processo de enfermagem (PE), ferramenta de aplicação da SAE, orienta as intervenções de enfermagem na perspectiva de facilitar o trabalho de parto saudável e fisiológico, buscando sempre priorizar as intervenções necessárias e de maior impacto frente às necessidades individualizadas da parturiente. A busca pela qualidade deve ser um processo contínuo com competência técnica, científica e comprometimento do profissional responsável por essa assistência (SANTOS, 2012).

Com a SAE embasada nas teorias de enfermagem, o enfermeiro ganha autonomia para planejar a assistência, garantindo um cuidado de qualidade, individualizado e com riscos minimizados. Ressalta-se ainda que a SAE tem promovido maior contato entre enfermeiros e pacientes e aprimorado o atendimento (TANNURE; PINHEIRO, 2011). A Teoria de Enfermagem mais aplicada no cenário brasileiro é a das Necessidades Humanas Básicas (NHB), descrita por Wanda de Aguiar Horta, que prega ser de responsabilidade da enfermagem “acompanhar o paciente em suas necessidades básicas, a fim de torná-lo independente da assistência, promovendo continuamente o autocuidado, bem como recuperar, manter e promover a saúde [...]”. Dessa forma, entende-se que a aplicação do processo de enfermagem resulta em uma melhor qualidade na assistência, e contribui para o empoderamento da enfermagem como ciência, aumentando a autonomia, a gratificação e reconhecimento (HORTA, 1979; SILVA, *et al.*, 2011).

A questão norteadora da pesquisa é explicitada, portanto com o seguinte questionamento como a enfermagem pode atuar durante a assistência no ciclo gravídico-puerperal de baixo risco de modo a contribuir para a redução da mortalidade materna? Nesse contexto, objetiva-se com o presente trabalho demonstrar o papel da SAE direcionada à mulher no ciclo grávido-puerperal de baixo risco para o atendimento de suas

necessidades individuais e consequente redução do risco de morte materna.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo bibliográfico do tipo revisão narrativa da literatura acerca da importância da sistematização da assistência de enfermagem na redução das mortes maternas. Segundo Vosgerau e Romanowsk (2014), este estudo é uma análise ampla da literatura que reproduz dados e pesquisas quantitativas sem haver uma metodologia rigorosa para resolver questões específicas. Rother (2007), define a revisão narrativa como uma análise que tem como base a interpretação crítica pessoal do autor.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados, Google acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Foram definidos como critérios de inclusão artigos completos, em português e inglês, disponíveis em meio online, publicados entre 2010 a 2020 que retratam a temática e o objetivo do estudo, contudo estudos anteriores a este período também foram utilizados de modo a agregar mais conteúdo à pesquisa. Foram excluídos do estudo artigos pagos, resumos de congresso, relatos de caso e demais publicações que não atendiam aos objetivos da pesquisa. Os descritores utilizados foram o processo de enfermagem em centro obstétrico; sistematização de enfermagem e parturientes. A seleção do referencial bibliográfico foi realizado a partir da leitura exploratória e avaliação de títulos.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 A mortalidade materna e os objetivos do milênio

Rosenfield e Maine (1985) publicaram um artigo intitulado “Mortalidade Materna — Uma Tragédia Negligenciada” que moveu o mundo a uma mobilização para combater o alto número de mortes maternas, seja durante a gravidez, parto ou puerpério. As causas foram diversas e, dentre elas, causas evitáveis, como hemorragia, doenças hipertensivas, sepse e complicações do aborto foram as principais situações.

Com um movimento voltado para o desenvolvimento de técnicas e soluções capazes de reduzir o número de óbitos maternos, houve maior conhecimento sobre a epidemiologia do problema, portanto, das pessoas em risco. Assim, educação, renda, comunidades passaram a

ser um fator determinante. Por isso, a redução da mortalidade materna foi incluída como uma das metas a serem atingidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), iniciativa global promovida pelas Nações Unidas e no ano 2000 pelos governos de mais de 180 países. Toda a mobilização global gerada pelos ODMs produziu um progresso considerável na regressão dos números da mortalidade materna. Estima-se que entre 2000 e 2015 mais de 1,5 milhão de mortes maternas foram evitadas no mundo (FERNANDES, *et al.*, 2015).

No Brasil, o quinto relatório nacional de acompanhamento dos objetivos de desenvolvimento do milênio indica redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 1990 a 2011 em menos de 55%, de 141 para menos de 64 nascidos vivos (NV). Ainda há mais de 35 mortes por 100 mil NV, diferente da meta definida para 2015, isso foi equivalente a uma redução de três quartos nas taxas se comparado com as estimativas de 1990. Essa redução está diretamente ligada à minimização das causas diretas de obstetrícia, como complicações na gravidez, no parto ou puerpério, em razão de tratamento inadequado, más práticas e omissões durante todo o pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2014).

Entretanto, as mortes maternas no Brasil ainda apresentam altas taxas. Segundo a coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE), em 2018, a RMM foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, em desacordo com as metas dos ODM, que era reduzir, até 2015, a RMM para 35 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. A nova meta a ser atingida é reduzir, até 2030, a RMM para 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2020b)

Segundo os dados Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) os partos hospitalares aumentaram de 96% para 98% entre os anos de 1996 a 2006. Neste período, 76% dos partos foram realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e, com relação à meta de aumentar a proporção de partos assistidos por profissional de saúde qualificado, foram observados 88,7% dos partos assistidos por médicos e 8,3% por enfermeiros. Ampliando o período até o ano de 2011, os partos em ambientes hospitalares aumentaram para 99% (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014).

Pode-se destacar a assistência ao pré-natal como uma ferramenta indispensável na redução das taxas de mortalidade, pois acompanha a evolução da gestação junto a gestante e a família para um bom enfrentamento do nascimento e puerpério, realiza o rastreamento de gestantes com probabilidade de apresentar alguma complicação ao longo da gestação. Com a proposta de reduzir a taxa de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, em 2011, foi lançada a Estratégia Rede Cegonha pelo MS com os princípios de humanização do parto e do nascimento; organização dos serviços; acolhimento da gestante e do bebê, com classificação

de risco; vinculação da gestante à maternidade; gestante não peregrina e realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno para a avaliação (BRASIL, 2013).

Nota-se, portanto, a importância em realizar um acompanhamento mais qualificado à mulher, pela equipe de enfermagem, de modo a influenciar positivamente o decorrer da gestação, sendo imprescindível para um melhor enfrentamento de possíveis intercorrências obstétricas (OMS, 1996).

3.2 A mortalidade materna e seus fatores de risco

As complicações obstétricas ainda são uma das principais causas de morbidade e morte em gestantes brasileiras. Em todo o mundo, cerca de 830 mulheres morrem diariamente de causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto, a maioria delas em países em desenvolvimento como o Brasil (BRASIL, 2018).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) definem a mortalidade materna como a morte de uma mulher durante ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação, ou a sua gestão, mas não devido a causas acidentais ou incidentais. (OMS, 1998). Nos últimos anos, a taxa de mortalidade materna no Brasil tem sido amplamente registrada. A principal causa de morte materna está diretamente relacionada a causas diretas ou indiretas, e os fatos comprovam que atuar na redução das causas diretas é um fator que aumenta a expectativa de vida das mulheres (SCHOLZE, *et al.*, 2020).

No Brasil, 80% das mortes maternas são causadas por motivos obstétricos diretos, tais como, hemorragia e infecções, enquanto 20% dos óbitos são causados por causas obstétricas indiretas, a exemplo da diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. Vale ressaltar que causas obstétricas diretas são as mais evitáveis, pois podem ser diagnosticadas e controladas no pré-natal, como sangramento relacionado ao deslocamento prévio da placenta e problemas no aparelho circulatório, a exemplo da eclâmpsia que está ligada a hipertensão e diabetes (DIAS, *et al.*, 2014).

Dados do SIM no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) entre os anos de 2010 e 2017, as principais causas de morte materna no Brasil foram: hipertensão, sangramento e doenças do aparelho circulatório sanguíneo como as três causas primordiais de preocupação e de maior incidência. Em outro estudo realizado, é

possível observar que as principais causas de morte, incluindo hipertensão e hemorragia, são mais comuns no contexto brasileiro, com hipertensão em primeiro lugar, seguida por hemorragia e infecções (BRASIL, 2019; SILVA, 2019; SOARES, 2017).

O cálculo do coeficiente de mortalidade materna, realizado pela OMS, considera as mortes causadas por causas diretas e indiretas pelo número de óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, sendo aceitável o limite de 20 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. Esse coeficiente de mortalidade com um número de óbitos entre 20 e 49 é considerado um valor médio, já de 50 a 149 óbitos um valor alto, e muito alto quando este valor é superior a 150 óbitos por 100 mil nascidos vivos (MEDEIROS, 2018).

A morte materna tem se tornado um dos principais desafios da saúde pública do Brasil, pois, suas causas dependem não só da saúde das gestantes, mas também de diversos fatores, como características: demográficas, econômicas, políticas e sociais, que se relacionam e contribuem para mortes maternas (SOARES, *et al.*, 2017).

Estudos apontam que no Brasil as parturientes solteiras, viúvas e mulheres separadas são frequentemente mais vulneráveis para mortalidade materna devido à falta de suporte emocional, social e econômico. Em relação à escolaridade, em mulheres com 8 a 11 anos de estudo, a prevalência de óbitos maternos foi de 31,2%, contradizendo o resultado esperado, pois, quanto mais tempo uma mulher estuda, mais senso de direção ela teria de ter para procurar os serviços de saúde, o que poderia reduzir a incidência de complicações e, assim, diminuir as mortes maternas (SCARTON, *et al.*, 2020; LEITE, 2019).

Outra pesquisa brasileira de 2015 obteve uma RMM de 57,6 óbitos por 100.000 nascidos vivos e analisou as características sociodemográficas das mulheres que morreram por óbitos maternos. A maioria das mortes maternas foi de mulheres de 20 a 34 anos, com 8 a 11 anos de estudo, solteiras, pardas e donas de casa, dado este que corroborou com os achados de investigação semelhante feita no período de 2007 a 2016 também no Brasil (FEITOSA-ASSIS, *et al.*, 2020; ANDRADE, 2020).

Outro fator de risco de aumento nas taxas de mortalidade materna são os altos índices de cesariana. Quanto maior a escolaridade, maior a preferência das mulheres por essa modalidade de parto. Se a cesárea for realizada sem as devidas indicações, trará maiores riscos à saúde, tais como: complicações da anestesia, hemorragia, infecção puerperal, embolia pulmonar, que podem causar morte materna (MASCARELLO, *et al.*, 2017; JÚNIOR, *et al.*, 2009).

Outros estudos apontam que a atividade laboral pode interferir também no risco de mortalidade materna. Essas pesquisas mostraram que as empregadas domésticas apresentaram

maior risco de morte materna quando comparadas a mulheres com outra atividade laboral, pois, as condições de trabalho absorvem extensas jornadas e com baixos salários. Paralelamente, a OMS relata que as características sociodemográficas, o baixo grau de escolaridade e as condições socioeconômicas precárias podem contribuir para os elevados índices de mortalidades maternas (VICENTE, *et al.*, 2017; FEITOSA-ASSIS, *et al.*, 2020; BRASIL, 2011).

No atual cenário pandêmico da COVID-19, a doença também passou a ser outro fator de risco importante para a mortalidade materna. Em abril de 2020, o Ministério da Saúde brasileiro incluiu todas as gestantes, mães e pacientes cuja gravidez ou perda fetal não ultrapassaram 15 dias, no grupo de risco da doença. No tocante à incidência da COVID-19 em gestantes, tem-se que os números diferem nas diversas regiões do Brasil e ainda se forem comparados diversos países, dado que coexistem fatores sociais, econômicos, geográficos e ainda culturais (ESTRELA, *et al.*, 2020).

Considerando as possíveis complicações da gravidez e do feto, estudar o ciclo gravídico e puerperal na COVID-19, individualizando assim o cuidado a essas mulheres diagnosticadas com o vírus, pode ajudar a reduzir e prevenir um aumento no coeficiente de mortalidade materna no país. Devido à quantidade limitada de estudos sobre o manejo de gestantes e puérperas com COVID-19, torna-se necessário que a enfermagem registre e avalie com detalhes os dados e as experiências relacionados à assistência a essa população. Assim, é importante considerar que as ações de enfermagem deverão ser rigorosamente sistematizadas com base nos protocolos assistenciais adotados na pandemia, com o intuito de reduzir a mortalidade materna causada pela COVID-19, além de serem também fundamentais para o enfrentamento das causas comuns diretas ou indiretas de morte materna (COSTA, 2021).

Nesse contexto, ressalta-se a importância de adequação da assistência de enfermagem durante a pandemia de COVID-19 no atendimento às gestantes e puérperas em todas as fases da infecção com base em evidências científicas e sistematizando o cuidado para evitar as mortes maternas (MENEZES, 2020; BRASIL, 2021).

3.3 O papel do enfermeiro na assistência no ciclo gravídico-puerperal de baixo risco

Na década de 1950 as teorias de enfermagem começaram a ser desenvolvidas em busca de atender a necessidade de conhecimentos específicos. O crescimento das teorias fez com que o modelo biomédico viesse a cair em desuso, favorecendo o cuidado humanizado que visa a assistência focada na pessoa e não na doença. Assim como a definição de saúde

que vai além da não presença de doenças, essas teorias têm como foco o ser humano e engloba sua vida biológica, psicológica, social e espiritual. Portanto, a individualidade e a integridade humanas devem ser preservadas para o bom atendimento e o alcance das metas terapêuticas (HERMIDA, 2006).

A assistência de enfermagem se beneficia das teorias para realizar a sistematização tendo meios de organizar as informações do paciente, de modo a analisar e interpretá-los de forma eficaz para um melhor resultado do cuidado. Tendo em vista o desenvolvimento das teorias de enfermagem, fez-se necessário a criação de um método científico, específico e sistemático para desenvolver os procedimentos de enfermagem. Quando o enfermeiro coloca em prática o processo de enfermagem, o paciente recebe um atendimento qualificado no menor tempo e máxima eficiência (BENDER, 2017).

Na década de 1970, com Wanda Horta, vem se intensificando a busca em melhorar a assistência de enfermagem através de estratégias que visam organizar e estruturar o cuidado podendo palpar os resultados e avaliá-los, e, com isso, Horta propôs sistematizar a assistência de enfermagem, algo essencial para que o enfermeiro possa gerenciar e desenvolver um cuidado de enfermagem organizado, seguro, dinâmico e competente (AMANTE, 2009).

Conforme a resolução do COFEN nº 358/2009, a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem. O PE é tido, pois, como a ferramenta de aplicação da SAE, com o papel de favorecer o pensamento crítico e clínico, prever e avaliar as consequências do cuidado, estando dividido em cinco etapas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (CARVALHO, *et al.*, 2009).

A SAE une a teoria e através de método científico, confere maior visibilidade à profissão de enfermagem, possibilitando sua consolidação como disciplina e ciência. Nesta perspectiva, a SAE planeja e direciona o cuidado às parturientes ajudando a organizar a assistência de enfermagem e a minimizar as complicações que ocorrem no decorrer da internação, facilitando o trabalho e a comunicação entre os profissionais de enfermagem e os demais membros da equipe de saúde. Esta conciliação da assistência com a teoria evidencia assim a enfermagem moderna (TRUPPEL, *et al.*, 2009).

O organismo da mulher sofre alterações orgânicas desencadeadas pelo ciclo gravídico-puerperal, onde as maiores necessidades são psicobiológicas. Além disso, as esferas emocional, social e espiritual também não podem ser negligenciadas durante a assistência de enfermagem, pois, a involução dessas alterações são prioritárias na assistência de enfermagem (ANDRADE, 2015).

Com o objetivo de ter um desfecho positivo, é importante o acompanhamento da mulher desde o pré-natal ao puerpério, por uma assistência sistematizada e baseada em modelos teóricos e conceituais como o de Horta, que auxilia na identificação de diagnósticos de enfermagem para refletirem as necessidades humanas básicas geradas pela gestação, pelo parto e pelo puerpério. Tais necessidades podem se manifestar através de sinais e sintomas e assim justificam a intervenção da enfermagem para identificação e atuação direcionadas. Dessa forma, a enfermagem tem contribuído para um cuidado mais seguro, humano e de qualidade. (DOMINGUES, 2002; SILVA, 2012).

A implementação de ações sistematizadas durante o cuidado pré-natal pode impedir diversas complicações e mortes, identificar, avaliar e tratar os fatores de risco no início da gestação das mulheres ainda no pré-natal e garantir a continuidade do cuidado. Para tanto, faz-se necessário um acompanhamento do enfermeiro nas unidades básicas com consultas e exames adequados para conhecer melhor o andar do desenvolvimento da gravidez e antecipar os riscos de mortalidade materna desde o nascimento e após o parto de forma eficaz (CORREIA, *et al.*, 2011; OSANAN, *et al.*, 2018).

Durante o pré-natal e o parto, quando o número de óbitos são mais expressivos, identificar e implementar intervenções eficazes para reduzir a mortalidade materna deve ser uma prioridade para os gestores e a própria população. Durante a prestação de assistência e atendimento profissional, através de exames/avaliações e outras partes, é possível detectar eventuais riscos e complicações, e referenciar essa mulher da atenção primária para serviços de maior complexidade, se necessário. No entanto, o pré-natal por si só não pode prevenir as principais complicações, como hemorragia, sepse e obstrução do parto (SANTOS, 2012).

Para reduzir a mortalidade materna, as mulheres devem se beneficiar de recursos técnicos, como medicamentos e outros materiais de enfermagem, e de cuidados profissionais para prevenir danos durante todo o período reprodutivo, e mesmo fora dele, como o planejamento reprodutivo. A integração entre a atenção especializada e a atenção primária, detecta complicações e permite o encaminhamento das mulheres para tratamento adequado, sendo esta uma intervenção de grande impacto na redução dos índices de mortalidade (JÚNIOR, 2006).

Quando o enfermeiro utiliza a SAE para a assistência, há favorecimento da prática profissional para se ter maior compreensão das atribuições pelas quais o enfermeiro é responsável. Assim, na formulação dos diagnósticos de enfermagem, etapa fundamental que precede e orienta as intervenções de enfermagem que serão aplicadas, são requeridos conhecimentos científico e profissional, julgamento crítico e experiência prática. A utilização

dos diagnósticos, na prática de enfermagem ajuda a determinar a prioridade da assistência e aponta os conteúdos básicos a serem abordados no processo educativo e no planejamento das intervenções (MEDEIROS, 2011).

Com o intuito de reduzir a mortalidade materna no ambiente hospitalar, algumas estratégias devem ser traçadas, como a educação continuada, com cursos de atualização profissional, uso racional e planejado dos recursos, e ainda o aumento do número de leitos obstétricos e insumos. Essas estratégias podem ajudar a reduzir as mortes maternas e lançar campanhas governamentais para educar as mulheres sobre a importância dos cuidados pré-natais e sinais de alerta sobre mulheres grávidas que procuram atendimento médico. Para a segurança das operações prestadas, esses serviços de assistência obstétrica e neonatal devem ter um ambiente adequado, que deve realizar o atendimento horizontal, e classificar os riscos no momento do parto (LEITE, 2019; LUZ, *et al.*, 2018; PIRES, 2020).

A capacidade de ação da equipe permite que os profissionais interajam e desenvolvam planos de atendimento para a integração dos profissionais que atuam na atenção básica e influenciam diretamente na redução da taxa de mortalidade materna. A atualização dos profissionais que realizam treinamentos teóricos e clínicos está associada a menores taxas de intervenções desnecessárias. O enfermeiro na prevenção da mortalidade materna é considerado um fator importante na redução dessa taxa no país. (FIGUEIREDO, *et al.*, 2021; CUNHA, *et al.*, 2012).

O enfermeiro pode fortalecer as ações realizadas durante o acompanhamento das consultas, sendo de fundamental importância o cuidado pré-natal, com o objetivo de promover a saúde e contribuir para a garantia dos direitos das mulheres. A assistência à parturiente deve ocorrer logo no pós-parto imediato, e no puerpério, nas primeiras semanas, com pelo menos uma consulta ambulatorial, pois é importante que o profissional dê o suporte necessário à mulher em seu processo de cuidar, na relação ao vínculo com seu bebê, nas mudanças que ocorrem na sua vida e na retomada do planejamento familiar. É importante frisar que se torna fundamental a análise do cartão da mulher e a avaliação do resumo da alta hospitalar, buscando alguma intercorrência no parto ou no pós-parto como convulsões, hemorragia, febre e/ou hipertensão, por exemplo (ARAÚJO, *et al.*, 2010; LEITE, 2019; BRASIL, 2018).

Torna-se importante averiguar as causas das mortes maternas para que cada vez mais informações a respeito dos problemas ligados à parturiente possam servir como amparo para o desenvolvimento de intervenções de modo a evitar óbitos futuros. A mortalidade materna continua a ser um grande desafio para a saúde pública e, para reduzir essas mortes, tornam-se

indispensáveis a otimização da assistência na rede básica de saúde, a educação continuada dos profissionais de saúde e o aprimoramento na identificação precoce de problemas no decorrer do período gravídico-puerperal (LUZ, *et al.*, 2018).

Fica evidente, portanto, a importância da atuação do enfermeiro para a redução da mortalidade materna, pois, a prevenção se dá principalmente na atenção básica, ambiente onde o enfermeiro possui autonomia regulamentada em lei para prestar o cuidado pré-natal qualificado, estando atento para garantia da continuidade da assistência e para a identificação de situações ou comorbidades que possam vir a colocar em risco a saúde da mulher (MEDEIROS, 2011).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se então que o papel do enfermeiro no combate às elevadas taxas de mortalidade materna é muito importante, o que foi reconhecido em portarias do Ministério da Saúde, que consideram este um importante fator de redução nessas taxas. A assistência começa com a promoção da saúde materna e fetal, sendo realizada principalmente na atenção primária à saúde, onde o enfermeiro tem maior autonomia, para proporcionar à mulher uma assistência pré-natal qualificada.

A redução da mortalidade materna implica em desenvolver ações de participação nacional, atendimento humanizado, acesso às unidades básicas de saúde, às maternidades, disponibilizar exames e cumprir com que seja feito o máximo de consultas preconizadas pelo SUS. Além disso, a falta de política de planejamento familiar, em que a mulher tenha autonomia para decidir quando e como deseja gerar e parir.

Estabelecer rede de serviços com integração dos níveis de atendimento, a qualificação do atendimento hospitalar com profissionais capacitados e condutas baseadas em evidências científicas.

Os profissionais de enfermagem devem estar preparados para garantir a continuidade do cuidado, tanto na atenção básica, quanto na rede ambulatorial e hospitalar incluindo o pós-parto e puerpério, de forma a identificar comorbidades que possam colocar em risco a saúde da mulher.

A continuidade desse cuidado requer atualização e treinamento constantes dos enfermeiros e de toda a equipe de enfermagem para ampliar seus conhecimentos e informações de modo a melhorar ainda mais a qualidade do atendimento prestado de forma comprometida com a vida e a saúde materna.

REFERÊNCIAS

AMANTE, L. N. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 54 – 64, Mar. 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100007>.

ANDRADE, M. S. et al. Morbidade materna grave em hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, e00096419, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00096419>.

ANDRADE, R. D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery [online]**, v.19, n.1 [cited.021-04181 – 186.181-186, 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>.

ARAÚJO, D. M. R. et al. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 219 – 227, fev. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200002>.

BENDER, L. S. et al. **CONSSAE. Processo de Enfermagem como ferramenta de cuidado**, n. 2, p. 559 – 560, 2017, Chapecó. Percepção dos enfermeiros sobre a implementação da sistematização da assistência de enfermagem — SAE, 2017. Disponível em: https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/1752/anais_2_CONSAI_1MICENF_15293511791346_1752.pdf. Acesso em: 31 mar. 2021.

BITTAR, D. B. et al. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 617 – 628, dez. 2006. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400010>.

BRASIL. **Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos**. Brasil reduz em 43% a mortalidade materna — BRASIL, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/noticias-spm/noticias/2014/05/08-05-2013-brasil-reduz-em-43-a-mortalidade-materna-diz-oms>. Acesso em: 31 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CEBRAP**. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, PNDS 2006. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 28 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos — BRASIL. [S. l.], 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>. Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. **Ministério da saúde**. Gravidez, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/g/gravidez> Acesso em: 29 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações**

Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 29 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Atenção ao pré-natal de baixo risco – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 25 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde.** Boletim Epidemiológico Nº 20. Volume 51, p.21, 2020b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020> Acesso em: 28 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).** Razão de mortalidade materna de 2009 a 2015. Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agrivos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.** Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-recomendacoes-para-a-assistencia-a-gestante-e-puerpera-frente-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 8 abr. 2021.

CARVALHO, E. C. Processo de enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 554 – 557, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000800022>.

COFEN. Resolução **COFEN 358 / 2009**. [S. l.], 2009. Disponível em: https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_7a3914c30c09bb242f08c9f36a776fdd.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

CORREIA, R. A. et al. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000 – 2006). **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 91 – 97, fev. 2011. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100014>.

COSTA, T. P et al. Os desafios da enfermagem obstétrica no início da pandemia COVID-19 no estado do Pará. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 3, 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13042>

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município

de Rio Branco, Acre, Amazônia. **Revista baiana de Saúde Pública**, [S. l.], p. 5 mar. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n1/a3007.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2021.

DIAS, J. M. G. et al. Mortalidade materna. **Revista Médica de Minas Gerais**, [S. l.], p. 1, 9 jun. 2014. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150034>.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz. **Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz**, [S. l.], p. 7 mar. 2002. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5214>. Acesso em: 6 abr. 2021.

ESTRELA, F. M. et al. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 30, n. 02 <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300215>

FEITOSA-ASSIS, A. I.; SANTANA, V. S. Occupation and maternal mortality in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 54, p. 64, 2020. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001736>

FERNANDES, B. B. et al. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**. 2015, v. 36, n. spe <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56792>.

FIGUEIREDO, C. A. et al. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no estado do Espírito Santo durante o período de 2014 a 2018. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6296, 23 fev. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6296>. Acesso em: 15 abr. 2021.

HERMIDA, P. M. V. ; ARAÚJO, I. E. M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 675 – 679, out. 2006. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500015>.

HORTA, W.A. Processo de Enfermagem, **Editora Pedagógica e Universitária**, São Paulo, 1979.

JÚNIOR, L. C. M. et al. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], p. 124 – 132, jan. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100013. Acesso em: 21 abr. 2021.

LEAL, M. C. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. **SciELO — Scientific Electronic Library Online**, [S. l.], p. 1724, 24 ago. 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2008.v24n8/1724-1724/pt/#ModalArticles>. Acesso em: 8 abr. 2021.

LEITE, S. M. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil. 2019. 45f. Centro de Formação de Professores, **Universidade Federal de Campina Grande**, Cajazeiras, Paraíba, Brasil, 2019. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/handle/riufcg/11310>.

Acesso em: 5 abr. 2021

LUZ, M. G. Q. et al. Estratégias de combate ao óbito materno no âmbito hospitalar. *Pará Research Medical Journal*, [S. l.], p. 19 jun. 2018. Disponível em: <https://www.prmjournal.org/article/doi/10.4322/prmj.2017.039>. Acesso em: 6 abr. 2021.

MASCARELLO, K. C. et al. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. *Revista de Saúde Pública [online]*, [S. l.], p. 17 nov. 2017. DOI <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000389>.

MEDEIROS, A. L. Superando os fatores que dificultam a operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem: experiência de enfermeiros em um serviço de obstetrícia. 2011. 152 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — **Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa**, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/5058>. Acesso em: 6 abr. 2021.

MEDEIROS, L. T. Mortalidade materna no estado do Amazonas: Estudo epidemiológico. *Revista baiana de enfermagem*, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26623>. Acesso em: 6 abr. 2021.

MENEZES, M. O. et al. Testagem universal de COVID-19 na população obstétrica: impactos para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. v. 36, n. 8, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164820>

MONTENEGRO, C. A. B; FILHO, J. R. Rezende e obstetrícia. 14. ed. [S. l.]: **Guanabara** Koogan, 2019. 1104 p. ISBN 9788527732796.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10)**. 4.^a ed. v.2. São Paulo: Edusp, 1998. p. 143. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/c03.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2021

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. 8 jeitos de mudar o mundo: o voluntariado e os objetivos do milênio da ONU, 2000. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em: 28 set. 2020.

OSANAN, G. C. et al. Strategy for Zero Maternal Deaths by Hemorrhage in Brazil: A Multidisciplinary Initiative to Combat Maternal Morbimortality. *Revista brasileira de Ginecologia Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 103 – 105, Mar. 2018. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1639587>.

PIRES, L. N. et al. COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. *Experiment Findings 21*, [S. l.], p. —, 2020. Disponível em: <https://ondasbrasil.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-e-desigualdade-a-distribui%C3%A7%C3%A3o-dos-fatores-de-risco-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2021.

ROSENFELD, A.; MAINE, D. Maternal Mortality - A neglected tragedy - Where is the M in

MCH?. **The Lancet**, [S. l.], p. 83-85, 1985. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Deborah-Maine/publication/20293791_Maternal_Mortality_A_Neglected_Tragedy_Where_is_the_M_in_MCH/links/5a0754114585157013a5c333/Maternal-Mortality-A-Neglected-Tragedy-Where-is-the-M-in-MCH.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. 2007, v. 20, n. 2 <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

ROZA, B.A. Pensamento crítico e julgamento clínico na enfermagem, in: BORL, A.M.T. **Enfermagem Baseada em evidências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SANTOS, R. B; RAMOS, K. S. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Revista brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 13 – 18, fev. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100002>.

SILVA, A. F. Instrumento para documentação da assistência de enfermagem à mulher no puerpério imediato. 2012. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — **Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa**, 2012. Disponível em:
<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/5166>. Acesso em: 25 fev. 2021.

SILVA, L. D. O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], p. 412 – 419, 13 out. 2011. Disponível em:
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2676/3769>. Acesso em: 25 fev. 2021.

SILVA, A. et al. Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. **Revista de Enfermagem da UFSM**, 9, e 15, 2009. doi:
<https://doi.org/10.5902/2179769232336>

SCARTON, J. et al. Perfil da Mortalidade Materna: Uma Revisão Integrativa da Literatura. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], p. 816 – 822, 2020. Disponível em:
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7063/pdf_1. Acesso em: 7 abr. 2021.

SCHOLZE, A. R. et al. Mortalidade materna: comparativo após implantação da Rede Mãe Paranaense. **Journal of Nursing and Health**, [S. l.], a. 2, v. 10, p. 1, 2020. Disponível em:
<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18427/11542>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SOARES, F. A. F. et al. Óbito materno, causalidade e estratégias de vigilância: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, s. 9, p. S890-S897, nov. 2017. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24953>. Acesso em: 6 abr. 2021.

TANNURE, M. C; PINHEIRO, A. M. SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático / SAE: systematization of nursing care: practical guide. Rio de Janeiro; **Guanabara Koogan**; 2011. p. 298.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem. 3. ed. [S. l.]: **Guanabara**, 2019. P. 340. ISBN 9788527734912.

TRUPPEL, T. C et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-227, Abr. 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000200008>.

VICENTE, A. C. Parto cesárea e parto normal: uma abordagem acerca de risco e benefícios. **Temas em saúde**, [S. l.], p. 24 – 35, 2017. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17402.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2021.

VOSGERAU, D. S. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**, [S.l.], v. 14, n. 41, p. 165 – 189, jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.7213/dialogo.educ.14.041.DS08>.