



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 03, pp. 45293-45297, March, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.21353.03.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS GESTACIONAIS: O IMPACTO DO PRÉ-NATAL NA MORTALIDADE MATERNA

Rosy Aline Lopes de Oliveira*¹, Karine Brito Matos Santos², Amanda Rocha Vasconcelos³, Bárbara de Freitas Lopes³, Beatriz Tianeze de Castro³, João Pedro Gomes Saback³, Kalile dos Anjos Souza³, Larissa Sousa de Freitas³, Rafaela Fontes Costa³, Rafaela Martins Alves Lacerda⁴, Stefannie Azevedo Marçal⁵ e Larissa Torres Rocha Ramalho³

¹Discente do Curso de Graduação de Medicina. Faculdade Santo Agostinho - FASA, Vitória da Conquista-Bahia;

²Docente do Curso de Graduação de Medicina. Faculdade Santo Agostinho - FASA, Vitória da Conquista-Bahia;

³Discente do Curso de Graduação de Medicina. Faculdade Santo Agostinho - FASA, Vitória da Conquista-Bahia;

⁴Discente do Curso de Graduação de Medicina. Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis-FPME, Eunápolis-Bahia. ⁵Discente do Curso de Graduação de Medicina. Centro Universitário INTA-UNINTA, Sobral-Ceará

ARTICLE INFO

Article History:

Received 20th December, 2020

Received in revised form

06th January, 2021

Accepted 07th February, 2021

Published online 17th March, 2021

Key Words:

Atenção Primária à Saúde. Cuidado Pré-Natal. Saúde da Mulher. Hipertensão Induzida pela Gravidez. Morte Materna.

*Corresponding author:

Rosy Aline Lopes de Oliveira,

ABSTRACT

Objetivo: Analisar a adequação da assistência ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde, assim como a articulação desta com os serviços secundários e o impacto da Rede Cegonha no acesso de gestantes ao serviço de saúde. **Métodos:** Realiza-se, então, uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão de literatura de caráter integrativo por meio de coleta de artigos científicos na língua portuguesa e inglesa referentes aos anos de 2010 a 2020, através das bases de dados, tais como Scielo, Pubmed e Lilacs. Além disso, em relação aos aspectos éticos serão mantidos todos os aspectos éticos para evitar plágio e cópias. **Resultados:** Vinte e nove estudos foram selecionados para análise e discussão dos dados, de acordo com os critérios de busca e seleção identificados. **Considerações finais:** A adequação da assistência ao pré-natal no Brasil ainda é insuficiente apesar da implementação de políticas públicas voltadas às gestantes interferindo diretamente na taxa de mortalidade materna.

Copyright © 2021, Rosy Aline Lopes de Oliveira et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Rosy Aline Lopes de Oliveira, Karine Brito Matos Santos, Amanda Rocha Vasconcelos, Bárbara de Freitas Lopes, Beatriz Tianeze de Castro, João Pedro Gomes Saback, Kalile dos Anjos Souza, Larissa Sousa de Freitas, Rafaela Fontes Costa, Rafaela Martins Alves Lacerda, Stefannie Azevedo Marçal e Larissa Torres Rocha Ramalho, 2021. "Síndromes hipertensivas gestacionais: o impacto do pré-natal na mortalidade materna.", *International Journal of Development Research*, 11, (03), 45293-45297.

INTRODUÇÃO

A assistência do pré-natal compõe o conjunto de medidas com caráter de prevenção e promoção de saúde, além de fins diagnósticos e curativos, buscando favorecer adequado desfecho da gestação para a mãe e filho(a). Além disso, o pré-natal feito adequadamente na atenção básica não só diminui as complicações durante o período gestacional, como também promove a intervenção efetiva de médicos especialistas no momento do parto, desse modo diminuindo riscos de infecções e problemas de saúde após o período do parto (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011). O Ministério da Saúde (2012a) recomenda a realização de seis ou mais consultas de pré-natal, iniciadas no primeiro trimestre de gestação, devendo ser feitas mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente da 28ª a 36ª semanas e semanalmente após a 36ª semana.

Através dessa assistência torna-se possível realizar o monitoramento a respeito da administração de vacinas, exames laboratoriais e conduta terapêutica de acordo com patologias presentes (BRASIL, 2012b). Sendo assim, torna-se relevante destacar que é direito de toda mulher no período gestacional, usufruir da assistência pré-natal de qualidade. Por essa razão é dever de cada município possuir serviços de saúde que promovam a atenção e acompanhamento no pré-natal, parto e puerpério devidamente articulados, interferindo na redução da mortalidade materna no país (ANDREUCCI *et al.*, 2011). As implantações de políticas públicas, como a Rede Cegonha e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) buscam organizar a rede de atenção voltada à saúde materna e infantil, além de oferecer a implementação de um novo modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e puerpério (LEITE *et al.*, 2011; MAMEDE, PRUDÊNCIO, 2015). Apesar das conquistas e da existência de avanços nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos,

a mortalidade materna ainda continua sendo um problema de saúde pública, acredita-se que uma parcela desta alta mortalidade pode estar associada a fatores como: falta de identificação de grupos de risco, carência de prevenção adequada, demora em realizar o diagnóstico e tratamento devido, provavelmente, devido a problemas na qualidade do atendimento de pré-natal (DOMINGUES *et al.*, 2013). Nesse contexto, as síndromes hipertensivas gestacionais surgem como um grupo de patologias que oferecem riscos maternos e fetais. De acordo com Townsend, O'Brien e Khalil (2016) as mulheres que são mais acometidas possuem condições socioeconômicas desfavoráveis, raça não branca, idade inferior a 15 anos ou superior a 35 anos. No que tange à classificação, as síndromes hipertensivas podem ser específicas ou não à gestação. Se porventura a hipertensão ocorre antes da gravidez, ou antes da vigésima semana de gestação configura-se como hipertensão crônica.

Diferentemente das formas específicas que surgem estritamente após a vigésima semana do período gestacional até 42 dias após o parto (BRASIL, 2012a). A doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) manifesta-se clinicamente através de uma tríade clássica formada por: hipertensão arterial associada à proteinúria significativa e/ou edema generalizado de surgimento repentino de mãos ou face após a vigésima semana de gravidez e que não melhora após repouso. Possui três formas de apresentação: pré-eclâmpsia leve, grave, com ou sem hipertensão crônica sobreposta, e eclâmpsia (PERAÇOLI *et al.*, 2018).

Diante disso, torna-se relevante analisar a adequação da assistência ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde, assim como a articulação desta com os serviços secundários e o impacto da Rede Cegonha no acesso de gestantes ao serviço de saúde. Tal estudo possibilita compreender as divergências e dificuldades existentes no cuidado integral das pacientes com as afecções supracitadas, possibilitando o diagnóstico precoce e eficiente, além da prevenção de desfechos desfavoráveis à saúde da mulher, tendo em vista que as síndromes hipertensivas gestacionais apresentam-se como as causas de óbitos maternos mais comuns no Brasil e terceira causa mais comum de morte materna no mundo (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

MATERIAIS E MÉTODOS

Revisão Integrativa da Literatura: Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas bases de dados da US National Library of Medicine (Pubmed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores em saúde e suas combinações em língua portuguesa e inglesa: “cuidado pré-natal”, “mortalidade materna” e “Rede Cegonha”. Foram considerados elegíveis para inclusão na revisão estudos originais realizados em território nacional, publicados em inglês e português entre os anos de 2010 e 2020, que relacionassem o impacto da Rede Cegonha no acesso de qualidade ao pré-natal e na mortalidade materna. Foram excluídos, na análise integrativa dos artigos, estudos referentes a artigos não-originais (editoriais, comentários, revisões, capítulos de livros e cartas) e artigos que apresentavam duplicidade em diferentes bases de dados.

A primeira fase da seleção foi caracterizada pela análise dos títulos, posteriormente, foi realizada a análise dos resumos. Por último, foi realizada a leitura integral dos estudos para verificar os critérios de elegibilidade. Haja vista que esse trabalho se trata de uma pesquisa observacional, do tipo revisão integrativa de estudos já publicados na literatura, dispensou-se a submissão ao comitê de ética em pesquisa em seres humanos, dado que as informações utilizadas são secundárias e já foram divulgadas. A pesquisa foi conduzida observando a Resolução 466/12 CONEP-CNS/MS. Os resultados da pesquisa serão divulgados no *International Journal of Development Research*. A pesquisa possibilitará a ampliação do conhecimento do tema estudado, podendo impactar na saúde e qualidade de vida de gestantes com síndromes hipertensivas gestacionais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A mortalidade materna é um indicador das condições de vida e assistência em saúde de uma população, a maioria das mortes são evitáveis e ocorrem em países em desenvolvimento. Além disso, evidencia as desigualdades de gênero, tanto no acesso à educação e à nutrição, como também no acesso à saúde e seu caráter prevenível, considerando a importância de se estabelecer ações intersetoriais que garantam a qualidade do serviço de saúde a toda população (LEAL *et al.*, 2018).

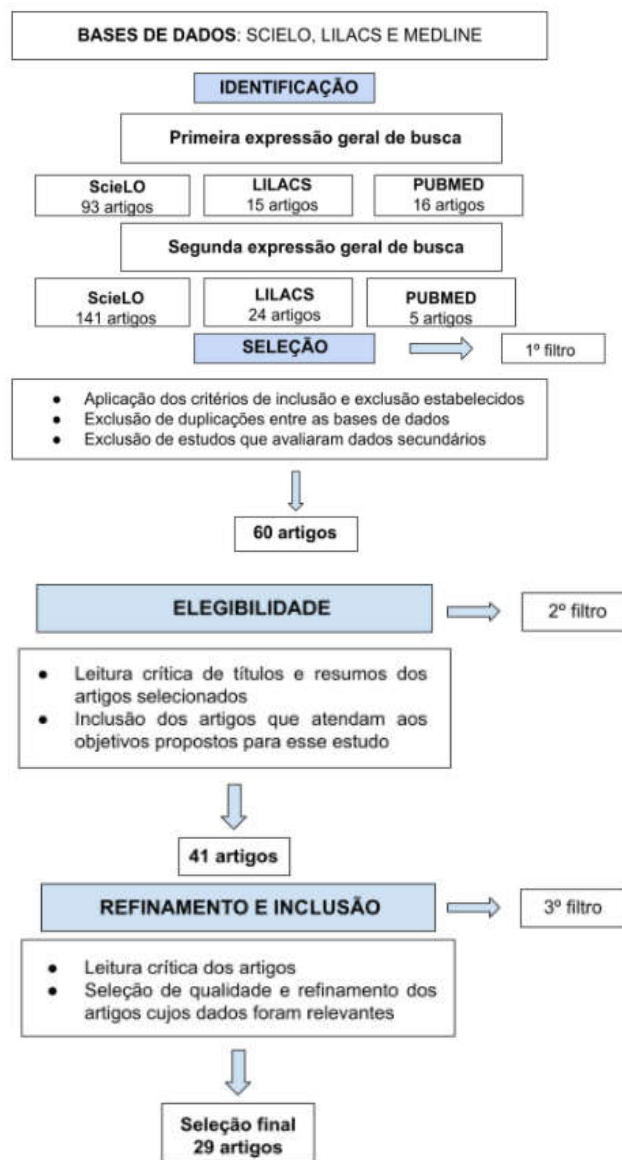


Figura 1. Fluxograma de seleção e inclusão dos artigos na revisão. Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Segundo Faria *et al.* (2012) a morte materna pode ser definida como: o óbito de uma mulher no período da gestação ou até 42 dias após o fim do mesmo período, independentemente do local ou duração da gravidez, ocasionado por qualquer etiologia com exceção de causas acidentais ou incidentais. Apesar da cobertura assistencial de pré-natal ter avançado no país após a criação da Rede Cegonha, no ano de 2011, em 2014 foram registrados 1.552 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos no Brasil (MARTINS; SILVA, 2018; NUNES *et al.*, 2017). Tais dados revelam a dificuldade de execução de políticas voltadas às mulheres grávidas. Além disso, a redução da mortalidade materna em 35% até 2015, conforme proposto na quinta meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que tem por objetivo melhorar a qualidade de vida das gestantes, encontra-se distante de ser alcançada no Brasil, apesar de ter ocorrido um declínio

da mortalidade materna entre os anos de 1990 e 2013, de 120 para 69 óbitos por 100 mil nascidos vivos (SILVA et al., 2016). No ano de 2011, através da Portaria GM/MS nº 1.459/2011, o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha (RC). Essa política refletiu a confluência de algumas iniciativas ministeriais anteriores, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, dos Centros de Parto Normal, cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica e outras. A Rede Cegonha é uma rede de atenção que garante às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e ao cuidado contínuo com a saúde da mãe e do filho. Além disso, promove a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, além da assistência às crianças até 2 anos de idade. Dessa forma, busca garantir receptividade, boas práticas e segurança no atendimento ao parto e nascimento; a capacidade de resolver demandas e o acesso às atividades de planejamento reprodutivo, com o intuito de reduzir a mortalidade materno-infantil no país (ASSIS et al., 2019).

Independentemente das características reprodutivas, sociais e demográficas das gestantes, a taxa de consulta de pré-natal no Brasil é de 98,7%. (VIELLAS et al., 2014). Contudo, de acordo com Domingues et al., (2015) a adequação dessa assistência é ainda baixa: somente 53,9% das mulheres iniciaram o pré-natal precoce, 73,2% tiveram as seis consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde, orientação para maternidade de referência em 58,7% e assistência pré-natal global adequada em 21,6%. A identificação de vários entraves para a falta da realização do pré-natal ou o início do acompanhamento precoce evidenciam a persistente desigualdade social do país, onde negras, mulheres com menor escolaridade e mais gestações, e residentes nas regiões Norte e Nordeste possuem menos oportunidades de terem acesso ao serviço de saúde (ANJOS, BOING, 2016). A proporção de mulheres que recebem acompanhamento pré-natal de início precoce e um número adequado de consultas mostrou-se menor entre residentes das regiões norte e nordeste, adolescentes, com nível de escolaridade menor, sem companheiro e com uma gravidez indesejada, e maior nas regiões sul e sudeste (BERNARDES et al., 2014). As causas que levam ao início tardio do acompanhamento pré-natal variam de acordo com as características das gestantes. Segundo Viellas et al. (2014) a dificuldade para o diagnóstico da gravidez foi a primeira razão referida para o início tardio do pré-natal (46,6%), seguido por problemas pessoais (30,1%) e barreiras de acesso (23,2%). A proporção de mulheres que não realizaram exames pré-natais por não saberem que estavam grávidas é muito alta. Isso mostra que o diagnóstico da gravidez é dificultoso e que há a necessidade de promover de maneira facilitada o acesso das mulheres aos métodos diagnósticos, principalmente aqueles de resultados rápidos, possibilitando a captação das gestantes de forma mais ágil para o acompanhamento pré-natal. Somado a isso, problemas pessoais foram referidos com maior frequência por mulheres sem companheiro, que não desejavam engravidar, insatisfeitas com a gestação ou que tentaram impedir a continuidade da gravidez, enquanto que barreiras de acesso foram mais relatadas por mulheres indígenas, e residentes na região Norte e Nordeste (TOMASI et al., 2017).

Segundo Viellas et al. (2012) gestantes adolescentes, principalmente jovens com menos de 15 anos, têm início tardio do atendimento e menos consultas, o que mostra a importância de diferentes estratégias de captação para essa faixa etária. Além disso, o cuidado pré-natal deve ser visto como uma oportunidade direcionada para prevenir gravidezes futuras indesejadas entre adolescentes. Em comparação com mulheres sem histórico de risco obstétrico, mulheres com maior risco reprodutivo que apresentaram resultados desfavoráveis em uma gravidez anterior, possuem menos cobertura ao pré-natal, início mais tardio da assistência e menos consultas. O desconhecimento da gravidez é a causa mais relatada por essas mulheres, o que indica problemas no diagnóstico da gravidez e na forma como é realizada a captação da gestante para o acompanhamento do pré-natal (ANJOS, BOING, 2016). Somado a isso, outros estudos nacionais realizados por Coutinho et al., (2010) e Zanchi (2013) mostram resultados semelhantes fortalecendo a necessidade de que os serviços ampliem os mecanismos de identificação dessas mulheres, tendo em vista que

são as que mais se beneficiarão do acompanhamento e monitoramento precoce e adequado. Aproximadamente 90% das puérperas relataram que foram acompanhadas durante o pré-natal pelo mesmo especialista, o que indica a continuidade dos cuidados necessários para a construção do vínculo e da confiança entre o profissional e a gestante, e o melhor acompanhamento possível da gravidez. A fragmentação da assistência por meio da consulta de diferentes especialistas está associada à má qualidade da assistência pré-natal (VIELLAS et al., 2014). De acordo com Vettore et al. (2011) foi observado manejo inadequado por falha do profissional de saúde: gestante não informada sobre diagnóstico da hipertensão arterial e/ou sem confirmação do diagnóstico de hipertensão em uma segunda aferição da pressão arterial, ausência de orientação sobre os riscos da hipertensão arterial na gravidez e/ou ausência de orientação sobre repouso, alimentação e/ou prescrição medicamentosa, ausência de referenciamento para especialista de gestantes com pressão arterial maior que 160 x 110 mmHg ou maior que 140 x 90mmHg com sintomas como cefaleia occipital, epigastralgia, escotomas visuais ou proteinúria.

Embora mais de 95% das mães tenham relatado ter recebido a carteira de pré-natal durante o período de acompanhamento, apenas 76,4% apresentaram a carteira de pré-natal quando foram internadas no hospital para o parto, sendo as menores taxas observadas nas regiões Norte e Centro-oeste (LEAL et al., 2020). A Caderneta da Gestante assume papel de importância, tendo em vista que armazena todas as informações e resultados de exames realizados pela mulher possibilitando assim a referência e contrarreferência nos serviços de saúde. Além de favorecer a vinculação da paciente à maternidade onde será realizado o parto (SAMPAIO, ROCHA, LEAL, 2018). A taxa de registro dos resultados dos exames no cartão de pré-natal foi baixa, correspondendo a menos de 50% dos cartões analisados, destes apenas 40% das ultrassonografias foram realizadas antes da 14ª semana gestacional quando esse exame é mais preciso no cálculo da idade gestacional e essencial para acompanhar a evolução da gravidez. Já em relação aos dados acerca das ultrassonografias de terceiro trimestre, que são importantes para avaliar o crescimento fetal, somente 25% das gestantes hipertensas tinham o exame registrado no cartão de pré-natal (VETTORE et al., 2011). Vale ressaltar que o principal objetivo dos exames pré-natais de rotina, como o VDRL, anti-HIV e EAS é garantir a saúde da gestante e do feto identificando possíveis intercorrências na gravidez e possibilitando intervenções oportunas, desse modo os cartões de pré-natal são um dos principais instrumentos de comunicação entre as equipes de assistência pré-natal e parto, pois permite identificar os problemas e as intervenções realizadas com a gestante. A baixa porcentagem de resultados de exames de ultrassom registrados no cartão sugere problemas com o registro de resultados que podem ser comuns a outros exames pré-natais (LEITE et al., 2011). De acordo com Viellas et al., (2014) um quarto das mães inquiridas referiu que a gravidez foi classificada como de risco, sobretudo as pertencentes a grupos de extrema idade (adolescentes com menos de 15 anos e mulheres com 35 anos ou mais), com 3 ou mais gestações anteriores e mulheres com desfechos negativos em gestações anteriores. Quanto à necessidade de atendimento em serviços de referência, embora a maioria das gestantes de alto risco tenha relatado que foram ajudadas, 11,5% disseram ter dificuldade em conseguir o atendimento.

A vinculação do pré-natal de baixo risco a outros serviços da rede de saúde revelou problemas, como falta ou dificuldade de atendimento, em um quinto das gestantes de alto risco encaminhadas para serviços de referência (VIELLAS et al., 2014). É importante notar que as mulheres com histórico negativo com maior probabilidade de experimentar novos resultados semelhantes foram as que relataram maior dificuldade no encaminhamento para os serviços de referência. De maneira equivocada, essas mulheres receberam o acompanhamento do pré-natal em grande parte por enfermeiros, tendo em vista que estes profissionais estão habilitados apenas para o atendimento de pré-natal de risco habitual, demonstrando impasses na articulação da rede de serviços necessários às necessidades das mulheres (FERNANDES et al., 2020). Pouco mais de 50% das mulheres foram vinculadas à maternidade durante o pré-natal. A

região Sul evidenciou-se com mais de 90% das mulheres com parto nas maternidades indicadas. Enquanto que a peregrinação foi enfrentada por mais de 20% das mulheres, atingindo mais de 33% na região Nordeste (LEAL et al., 2020). Verifica-se que a peregrinação das mulheres no momento da internação para o parto foi mais frequente em residentes na Região Nordeste do país; em pardas e pretas; em adolescentes; nas mulheres de menor escolaridade; naquelas sem companheiro; e que encontravam-se na primeira gravidez. Esse resultado reflete o insuficiente sistema de encaminhamento hospitalar para assistência ao parto, o que representa uma ameaça à saúde da mulher e da criança. (MENDES et al., 2019; MORAES et al., 2018). De acordo com Troncon et al. (2013) verifica-se que 35,2% das mortes maternas poderiam ser prevenidas. Em 2015, aproximadamente 21% dos óbitos foram causados devido a transtornos hipertensivos durante a gravidez, parto e puerpério. Tal fato refere-se a lacunas no atendimento já citadas anteriormente como atrasos no atendimento, que englobam a demora na procura do serviço, dificuldade na prestação do serviço auxiliar em reconhecer a gravidade do caso e retardo do encaminhamento dos casos de maior complexidade clínica acarretando no atraso do cuidado das situações mais graves que interfere diretamente no desfecho materno-fetal (LEAL et al., 2018). Por fim, o resultado perinatal depende de uma complexa rede de fatores, incluindo determinantes biológicos, socioeconômicos e assistenciais. Além de controlar os fatores de risco que podem trazer complicações à saúde da mulher e do bebê, o pré-natal também permite a detecção e o tratamento oportuno das doenças, contribuindo para o alcance de melhores resultados (DOMINGUES et al., 2012).

CONCLUSÃO

A presente revisão sugere que o Brasil conseguiu ampliar o acesso ao pré-natal de maneira quase totalitária às gestantes. No entanto, ainda existem desafios no que tange a melhoria da qualidade dessa assistência, com a implantação de estratégias e ferramentas consideradas eficazes na redução de resultados insatisfatórios. Para se alcançar a diminuição da taxa de mortalidade materna, torna-se evidente a necessidade de ultrapassar as barreiras para o diagnóstico precoce da gravidez oferecendo às gestantes, principalmente aquelas com maior risco de complicações, o início da assistência ao pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação. Além disso, notou-se que há uma convergência em relação ao perfil das gestantes que possuem menos acesso ao pré-natal adequado e aquelas mais acometidas por síndromes hipertensivas reforçando o impacto da Atenção Primária em Saúde e demais serviços ao acolher e realizar de modo efetivo a triagem dessas pacientes, por meio do estabelecimento de uma rede integrada de referência e contrarreferência, indispensável para a assistência apropriada às gestantes de alto risco.

REFERÊNCIAS

- ANDREUCCI, Carla Betina et al. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 45, n. 5, p. 854-864, Oct. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500006&lng=en&nrm=iso>. Access on 09 Feb. 2021. Epub Aug 19, 2011.
- ANJOS, Juliana Cristine dos; BOING, Antonio Fernando. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. *Rev. bras. epidemiol., São Paulo*, v. 19, n. 4, p. 835-850, Dec. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400835&lng=en&nrm=iso>. Access on 09 Jan. 2021.
- ASSIS, Thaís Rocha et al. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil?. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 13, n. 4, 2019.
- BERNARDES, Ariane Cristina Ferreira et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 14, n. 1, p. 266, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de Alto Risco: Manual Técnico*. 5ª ed. Brasília, DF: MS, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. 2012b.
- BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*. 2011 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 27 fev. 2021.
- COUTINHO, Tadeu et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro*, v. 32, n. 11, p. 563-569, Nov. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010001100008&lng=en&nrm=iso>. Access on 13 Jan. 2021.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. bras. epidemiol., São Paulo*, v. 16, n. 4, p. 953-965, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000400953&lng=en&nrm=iso>. Access on 09 Feb. 2021.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Revista panamericana de salud publica*, v. 37, p. 140-147, 2015.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 28, n. 3, p. 425-437, Mar. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003&lng=en&nrm=iso>. Access on 10 Jan. 2021.
- FARIA, D.R. et al. Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 22, n. 1, p. 1-128, 2012.
- FERNANDES, Juliana Azevedo et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 36, n. 5, e00120519, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000505005&lng=en&nrm=iso>. Access on 04 Mar. 2021.
- LEAL, Maria do Carmo et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 54, 08, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100206&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Jan. 2021.
- LEAL, Maria do Carmo et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro*, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, June 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Mar. 2021.
- LEITE, Régia Maria Batista et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 27, n. 10, p. 1977-1985, Oct. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000011&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Feb. 2021.
- MAMEDE, Fabiana Villela; PRUDÊNCIO, Patrícia Santos. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhoria da saúde materna. *Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre*, v. 36, n. spe, p. 262-266, 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500262&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Feb. 2021.

- MARTINS, Ana Claudia Sierra; SILVA, Lélia Souza. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, 2018.
- MENDES, Rosemar Barbosa et al. Maternal characteristics and type of prenatal care associated with peregrination before childbirth. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 53, s1518-8787.2019053001087, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100258&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Mar. 2021.
- MORAES, LÍlian Machado Vilarinho de et al. Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, 2018.
- NUNES, Aryelly Dayane et al. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 30, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158>>. Acesso em: 27 fev. 2021.
- OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes de et al. Fatores maternos e resultados perinatais adversos em portadoras de pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 106, n. 2, p. 113-120, 2016.
- PERAÇOLI, José Carlos. et al. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO); 2018.
- RODRIGUES, Edilene Matos; NASCIMENTO, Rafaella Gontijo do; ARAÚJO, Alisson. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000500002&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 31 mai. 2020.
- SAMPAIO, Aline Fernanda Silva; ROCHA, Maria José Francalino da; LEAL, Elaine Azevedo Soares. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 18, n. 3, p. 559-566, set. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000300559&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 jan. 2021.
- SILVA, Bruna Gonçalves Cordeiro da et al. Maternal mortality in Brazil from 2001 to 2012: time trends and regional differences. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, p. 484-493, 2016.
- TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Feb. 2021. Epub Apr 03, 2017.
- TOWNSEND, R.; O'BRIEN, P.; KHALIL, A. Current best practice in the management of hypertensive disorders in pregnancy. *Integrated blood pressure control*, v. 9, p. 79, 2016.
- TRONCON, Júlia Kefalás et al. Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 9, p. 388-393, Sept. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000900002&lng=en&nrm=iso>. Access on 04 Mar. 2021.
- VETTORE, Marcelo Vianna et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1021-1034, May 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500019&lng=en&nrm=iso>. Access on 09 Feb. 2021.
- VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, supl.1, p.S85-S100, 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. Access on 09 Jan. 2021
- VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 443-454, Sept. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300001&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Jan. 2021.
- ZANCHI, Mariza et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 1019-1028, May 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500019&lng=en&nrm=iso>. Access on 17 Jan. 2021.
