

VIOLÊNCIA DE GÊNERO E MORTALIDADE FEMININA:



INTERFACES COM A SAÚDE DA MULHER,
SAÚDE PÚBLICA E ENFERMAGEM



KEZIA CRISTINA BATISTA DOS SANTOS
CAMILA CAMPOS RIBEIRO ABREU
LÍVIA KEMYLLE DE SÁ MARTINS
LEILA CAMILA REIS PEREIRA


Quipá
Editora

**VIOLÊNCIA DE GÊNERO E MORTALIDADE
FEMININA: INTERFACES COM A SAÚDE DA
MULHER, SAÚDE PÚBLICA E ENFERMAGEM**

KEZIA CRISTINA BATISTA DOS SANTOS
CAMILA CAMPOS RIBEIRO ABREU
LÍVIA KEMYLLÉ DE SÁ MARTINS
LEILA CAMILA REIS PEREIRA

**VIOLÊNCIA DE GÊNERO E MORTALIDADE
FEMININA: INTERFACES COM A SAÚDE DA
MULHER, SAÚDE PÚBLICA E ENFERMAGEM**

1ª Edição

Quipá Editora
2026

Copyright © dos autores e autoras. Todos os direitos reservados.

Esta obra é publicada em acesso aberto. O conteúdo dos capítulos, os dados apresentados, bem como a revisão ortográfica e gramatical são de responsabilidade de seus autores, detentores de todos os Direitos Autorais, que permitem o download e o compartilhamento, com a devida atribuição de crédito, mas sem que seja possível alterar a obra, de nenhuma forma, ou utilizá-la para fins comerciais.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V795 Violência de gênero e mortalidade feminina : interfaces com a saúde da mulher, saúde pública e enfermagem / Organizado por Kezia Cristina Batista dos Santos ... [et al.]. — Iguatu, CE : Quipá Editora, 2026.

86 p. : il.

ISBN 978-65-5376-533-7

DOI 10.36599/qped-978-65-5376-533-7

1. Violência contra a mulher. 2. Violência de gênero. 3. Mortalidade feminina. 4. Saúde da mulher. I. Santos, Kezia Cristina Batista dos. II. Título.

CDD 362.83

Elaborada por Rosana de Vasconcelos Sousa — CRB-3/1409

Obra publicada pela Quipá Editora em março de 2026.

Quipá Editora
www.quipaeditora.com.br
@quipaeditora

“A violência de gênero e a mortalidade feminina não são eventos isolados, mas expressões de desigualdades estruturais que desafiam os sistemas de saúde e exigem respostas éticas, técnicas e interdisciplinares.”

As autoras

PREFÁCIO

A violência de gênero e a mortalidade feminina constituem importantes problemas de saúde pública, relacionados às desigualdades sociais, econômicas e culturais que impactam a saúde das mulheres. No âmbito da saúde da mulher, esses fenômenos exigem abordagens que considerem os determinantes sociais do processo saúde-doença, para além dos aspectos biológicos.

A mortalidade materna destaca-se como um indicador sensível da qualidade da assistência prestada às mulheres, especialmente durante o ciclo gravídico-puerperal. Sua persistência evidencia fragilidades no acesso aos serviços de saúde e na organização do cuidado, ao mesmo tempo em que a violência de gênero contribui para agravos físicos e psíquicos que aumentam a vulnerabilidade feminina a desfechos desfavoráveis.

Nesse contexto, a enfermagem assume papel estratégico na atenção à saúde da mulher, atuando na prevenção, identificação e acolhimento de mulheres em situação de violência, bem como na assistência qualificada ao pré-natal, parto e puerpério. A prática do enfermeiro, fundamentada em princípios éticos, científicos e humanizados, é essencial para a promoção da saúde e a redução da mortalidade materna e feminina.

Este e-book tem como propósito apresentar fundamentos conceituais, aspectos epidemiológicos e discussões sobre políticas públicas de saúde no Brasil, destacando a atuação da enfermagem na saúde da mulher. A obra destina-se a estudantes e profissionais da área da saúde, contribuindo para a formação acadêmica, a reflexão crítica e o aprimoramento da prática profissional.

APRESENTAÇÃO

A Saúde da Mulher constitui um campo de estudo e atuação que exige compreensão ampliada dos determinantes sociais, culturais e institucionais que influenciam os processos de adoecimento e morte feminina. Entre esses determinantes, destacam-se a violência de gênero e a mortalidade materna, fenômenos complexos que permanecem como desafios relevantes para a saúde pública e para a prática profissional em enfermagem.

A violência de gênero, ao se manifestar de diferentes formas ao longo do ciclo de vida das mulheres, repercute diretamente na saúde física, mental e reprodutiva, podendo contribuir para agravos evitáveis e desfechos fatais. A mortalidade materna, por sua vez, é reconhecida como um importante indicador da qualidade da atenção à saúde e das condições de acesso aos serviços, refletindo desigualdades sociais e fragilidades na organização do cuidado.

Este e-book foi desenvolvido a partir das revisões de literatura oriundas de Trabalhos de Conclusão de Curso, de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, visando reunir, analisar e sistematizar produções científicas atuais relacionadas à violência de gênero, à mortalidade feminina

e materna, bem como à atuação da enfermagem na área de saúde da mulher.

A busca bibliográfica foi realizada em bases de dados científicas e fontes institucionais reconhecidas na área da saúde, contemplando publicações nacionais e internacionais, a saber: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), US National Library of Medicine (PubMed), Bases de Dados da Enfermagem (BDENF), EMBASE, além da legislação, diretrizes, portarias e manuais do Ministério da Saúde (MS) vigentes que tratam acerca do assunto. Foram priorizados artigos científicos, livros, manuais técnicos, documentos oficiais e legislações pertinentes ao tema, especialmente aqueles relacionados à saúde da mulher, à enfermagem, à epidemiologia e às políticas públicas de saúde no Brasil.

Os critérios de inclusão compreenderam publicações disponíveis na íntegra, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, publicados no período de 2015 a 2025, que abordassem os conceitos, aspectos epidemiológicos, determinantes sociais, políticas públicas e práticas assistenciais relacionadas à violência de gênero e à mortalidade materna e feminina. Foram excluídos estudos duplicados ou que não

apresentassem relação direta com os objetivos propostos para a obra.

Após a seleção, a síntese das revisões foram analisadas de forma crítica e organizados por eixos temáticos, permitindo a construção dos capítulos do e-book de maneira sistematizada e coerente. Essa metodologia possibilitou a integração de diferentes perspectivas teóricas e evidências científicas, contribuindo para uma abordagem abrangente e fundamentada sobre os temas, com ênfase na atuação do enfermeiro na promoção da saúde da mulher e na redução da mortalidade materna.

Ao longo dos capítulos, são apresentados conteúdos que permitem compreender a violência de gênero e a mortalidade feminina sob diferentes perspectivas, bem como analisar a mortalidade materna em seus aspectos conceituais, classificatórios e epidemiológicos. Destaca-se, ainda, o papel do enfermeiro na atenção à saúde da mulher, tanto no atendimento às mulheres vítimas de violência quanto na prevenção e redução da mortalidade materna.

A obra destina-se a estudantes, docentes e profissionais da área da saúde, especialmente da enfermagem, constituindo-se como material de apoio ao ensino, à reflexão crítica e à qualificação da prática profissional. Espera-se que este e-book

contribua para o fortalecimento do compromisso ético e técnico com a saúde das mulheres e com a construção de práticas de cuidado mais equitativas e resolutivas.

SUMÁRIO

PREFÁCIO APRESENTAÇÃO

CAPÍTULO 1 **13**

VIOLÊNCIA DE GÊNERO E MORTALIDADE
FEMININA: CONCEITOS E PERSPECTIVAS

CAPÍTULO 2 **18**

MORTE MATERNA: CONCEITO,
CLASSIFICAÇÃO E PRINCIPAIS CAUSAS

CAPÍTULO 3 **24**

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E POLÍTICAS
PÚBLICAS PARA ENFRENTAMENTO DA
VIOLÊNCIA DE GÊNERO E MORTALIDADE
MATERNA E INFANTIL

CAPÍTULO 4 **40**

IMPORTÂNCIA DOS SISTEMAS DE
INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA COLETA DE
DADOS EPIDEMIOLÓGICOS EM SAÚDE DA
MULHER

CAPÍTULO 5	53
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA E NO ENFRENTAMENTO À MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	70
SOBRE OS AUTORES	83
ÍNDICE REMISSIVO	85

CAPÍTULO 1

VIOLÊNCIA DE GÊNERO E MORTALIDADE FEMININA: CONCEITOS E PERSPECTIVAS

A violência de gênero é uma violação dos direitos humanos que afeta milhões de mulheres em todo o mundo. É caracterizada por atos de violência baseados no gênero que causam ou podem causar dano físico, sexual ou psicológico às mulheres. Esses atos podem incluir violência doméstica, agressão sexual, tráfico de pessoas, mutilação genital feminina e outras formas de abuso. No Brasil, a violência de gênero é um problema persistente e grave que resulta em altas taxas de mortalidade feminina (Chagas, Oliveira e Macena, 2022).

A relação entre violência de gênero e mortalidade feminina é complexa. A violência pode levar à morte direta por meio de homicídios ou indiretamente através de suicídios, complicações de saúde mental e física resultantes de abuso contínuo. Estudos indicam que a violência doméstica, em particular, é um precursor significativo de homicídios femininos. Mulheres que são vítimas de violência em suas próprias casas, muitas vezes, não têm meios de escapar de seus agressores, resultando em consequências fatais (Soares et al., 2023).

No contexto brasileiro, a mortalidade de mulheres vítimas de violência é alta, particularmente nas regiões Norte e Nordeste, onde os fatores socioeconômicos agravam a situação. De acordo com Meira et al. (2021), as taxas de homicídios femininos na Região Nordeste são alarmantes e refletem a falência dos mecanismos de proteção e segurança para essas mulheres. A mortalidade feminina por causas violentas é um indicativo de uma sociedade que ainda não conseguiu assegurar a segurança básica e os direitos fundamentais das mulheres.

A subnotificação é outro problema crítico que dificulta a análise completa da violência de gênero e da mortalidade feminina. Muitas mulheres não denunciam os abusos devido ao medo de retaliação, vergonha ou falta de confiança nas autoridades. Meira et al. (2021) destacam que a subnotificação é particularmente prevalente em áreas rurais e periféricas, onde o acesso aos serviços de apoio e justiça é limitado. Isso resulta em uma subestimação da verdadeira extensão do problema e dificulta a implementação de políticas eficazes.

Para abordar a violência de gênero e reduzir a mortalidade feminina, é essencial uma abordagem multidisciplinar que envolva setores da saúde, justiça, educação e assistência social. Barros et al. (2021) argumentam que a integração desses setores pode proporcionar uma resposta mais coordenada e eficaz às

necessidades das vítimas de violência. Além disso, a educação e a sensibilização sobre os direitos das mulheres e a violência de gênero são cruciais para prevenir abusos e apoiar as vítimas.

As intervenções políticas também são vitais. A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), é um exemplo de uma medida legislativa significativa destinada a proteger as mulheres da violência doméstica e familiar. No entanto, a efetividade dessa lei depende da implementação adequada e do apoio contínuo das instituições de justiça e segurança pública (Silva, de Oliveira e Pol-Fachin, 2021; Brasil, 2006).

A Lei do Feminicídio (Lei n.º 13.104/2015) foi um marco significativo na legislação brasileira, qualificando o homicídio de mulheres em razão do gênero como crime hediondo. Essa lei visa aumentar a punição e a conscientização sobre a gravidade do assassinato de mulheres pelo simples fato de serem mulheres. Contudo, a eficácia desta lei depende de sua implementação adequada e da capacitação dos profissionais de segurança e justiça para identificar e lidar com casos de feminicídio. Além disso, a disseminação de informações sobre a lei e os direitos das mulheres é crucial para garantir que as vítimas saibam como procurar ajuda e que os agressores sejam devidamente punidos (Silva de Oliveira e Pol-Fachin, 2021).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, instituída em 2011, é outro passo importante na luta contra a violência de gênero no Brasil. Esta política abrange um conjunto de ações e diretrizes voltadas para a prevenção, proteção e atendimento das mulheres vítimas de violência. Inclui medidas como a criação de delegacias especializadas, casas-abrigo, centros de atendimento psicossocial e campanhas educativas. No entanto, para que essas medidas sejam realmente efetivas, é necessário um comprometimento contínuo dos governos federal, estadual e municipal, além de um financiamento adequado para manter e expandir os serviços oferecidos (Silva de Oliveira e Pol-Fachin, 2021).

O 5º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, que visa alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas, inclui a meta específica de eliminar todas as formas de violência contra mulheres e meninas até 2030 (ONU, 2015). Este objetivo destaca a importância de esforços globais e nacionais para combater a violência de gênero através de políticas públicas eficazes, educação, e campanhas de conscientização. Atingir essa meta exige a colaboração de governos, organizações não-governamentais, e a sociedade civil para criar um ambiente seguro e igualitário para todas as mulheres. No contexto brasileiro, a integração das metas da ODS

com a legislação nacional e políticas de enfrentamento pode proporcionar um avanço significativo na proteção dos direitos das mulheres.

CAPÍTULO 2

MORTE MATERNA: CONCEITO, CLASSIFICAÇÃO E PRINCIPAIS CAUSAS

A maioria das mortes maternas poderiam ser evitadas se as mulheres obtivessem o tratamento adequado no período gravídico-puerperal (Tintori et al., 2022). A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve que complicações na gravidez, parto e pós-parto matam mais de meio milhão de mulheres ao ano em todo mundo, havendo cerca de outros 10 milhões que ficam com sequelas das complicações sofridas no ciclo gravídico-puerperal (Ruas et al., 2020).

A morte materna é classificada como obstétrica direta, obstétrica indireta e não obstétrica. A morte materna obstétrica direta, é aquela que ocorre por complicações obstétricas, durante a gravidez, parto ou puerpério, relacionadas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. As causas mais frequentes da morte materna obstétrica direta são as síndromes hipertensivas específicas da gravidez (hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP), hemorragias, infecções puerperais e complicações relacionadas ao aborto,

dentre outras que estão relacionadas o ciclo reprodutivo (OMS, 2022; OMS, 2023).

As síndromes hipertensivas específicas da gravidez (SHEG) são as principais causas diretas de morte materna, dentre elas está a pré-eclâmpsia, que é uma condição caracterizada pela presença de hipertensão e proteinúria após 20 semanas de gestação, que pode ocasionar o risco aumentado do deslocamento da placenta. A eclâmpsia é um agravamento da pré-eclâmpsia, com presença de convulsões tônico-clônicas, sendo está uma emergência obstétrica que pode causar coma ou morte. Já a Síndrome HELLP é um agravo da pré-eclâmpsia que evolui com vários fatores agravantes, tais como hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetas em baixos níveis, o que consideravelmente acarreta a falência hepática (Vera-Ponce, 2025).

As hemorragias são uma das maiores causas evitáveis de morte materna, consiste na perda volumosa de sangue durante ou após o parto, também acontecendo ao longo do período gravídico. Essa hemorragia pode ser: hemorragia pré-parto, como placenta prévia ou deslocamento de placenta; hemorragia intraparto ocorrida por lacerações durante o parto; e hemorragia pós-parto que ocorre nas primeiras 24 horas e é a causa mais comum da morte materna, causada por atonia uterino por

retenção de restos placentários. A hemorragia materna é uma emergência médica que deve ser tratada e prevenida o mais rápido possível para que não evolua para óbito materno (Say et al., 2014).

As infecções puerperais são causas significantes de morte materna obstétrica direta e ocorrem após o parto ou nos dias seguintes. As infecções puerperais mais comuns são endometrite puerperal, sepse puerperal ou infecções de ferida operatória. A prevenção, tratamento e os cuidados obstétricos são necessários e essenciais para a redução dos números de mortes maternas por tais causas (Bonet et al., 2017). No Brasil, é a terceira causa de morte materna, sendo responsável por 73% das mortes por causas obstétricas diretas (Sousa et al., 2021).

A infecção puerperal é uma das causas que mais contribuem para a mortalidade materna, mesmo sendo muitas vezes prevenível. Estima-se que cerca de 5 a 7% das mulheres desenvolvem alguma infecção no período puerperal e a evolução para sepse constitui uma das maiores causas de mortalidade materna nesse período, representando 10 a 15% dos óbitos maternos em todo o mundo. A triagem pré-natal para bacteriúria assintomática é uma ferramenta importante para a prevenção de infecção puerperal e sepse (Tintori et al., 2022).

O aborto clandestino também é um importante causador de óbitos maternos. No Brasil, por se tratar de um ato ilegal, muitas mulheres que não desejam manter a gravidez acabam por procurar clínicas clandestinas, submetendo-se ao aborto em condições precárias, o que acarreta graves consequências à sua saúde física, psicológica e à sua própria vida. Aproximadamente 13% das mortes maternas são causadas por aborto inseguros, que muitas das vezes levam a fatores como hemorragias e infecções que também são motivos de óbitos maternos (Ganatra et al., 2017; Franco et al., 2022).

A morte materna obstétrica indireta é resultante de doenças pré-existentes antes da gestação ou que se desenvolveram no período gravídico, agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. As causas mais frequentes desse tipo de morte materna são as doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias e doenças infecciosas (OMS, 2022).

As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morte materna indireta. Durante a gravidez o corpo da mulher passa por mudanças e adaptações, dentre elas, o aumento do volume sanguíneo e a sobrecarga cardíaca. As condições mais associadas a MM é a cardiomiopatia periparto (insuficiência que ocorre durante o último mês de gravidez ou nos 5 primeiros meses após o parto), hipertensão crônica (maior risco

de desenvolver pré-eclâmpsia) e doença arterial coronariana (Marques, Valicelli; Simões, 2024).

A Diabetes Mellitus (DM) é uma das principais causas de morte materna de maneira indireta, sendo pré-existente ou a diabetes gestacional. Mulheres com DM tipo 1 ou 2 tem riscos maiores de complicações como a pré-eclâmpsia, parto prematuro, infecções e mais chances de terem partos cesáreos, níveis altos de glicoses pode gerar a cetoacidose diabética que pode levar o óbito materno e fetal. A Diabetes Gestacional (DG) é uma doença frequente no período gestacional que gera disfunção metabólica, aumenta o risco de desenvolvimento da hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e complicações no parto, além de terem mais chances de ter a DM tipo 2 com o tempo (Farrar et al., 2017; Freitas et al., 2024; Sousa et al., 2021).

As doenças respiratórias são significativas causas de nas mortes maternas de forma indireta, pois as mudanças fisiológicas e o estresse no sistema respiratório estão associados à exacerbação de crises de asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), fibrose cística, tuberculose (Ribeiro et al., 2024). As doenças infecciosas também representam riscos e constituem-se como causas obstétricas indiretas, ainda mais quando não são diagnosticadas ou tratadas adequadamente durante o período gestacional, dentre elas: HIV/AIDS, que pode

ocasionar a imunossupressão, com aumento das infecções (Inioluwa et al., 2024); hepatites B e C que podem ocasionar cirrose hepática e hepatocarcinoma, além de riscos aumentados para hemorragias (Pressman, 2023); sífilis que pode causar complicações graves na mãe e pode levar a óbito fetal ocasionado aborto ou morte neonatal (Barreto, 2021).

Já a morte materna não obstétrica é a resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionada à gravidez e seu manejo. São exemplos: acidentes de transporte, homicídios, dentre outros. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de MM (Brasil, 2022).

CAPÍTULO 3

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO E MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

Os aspectos epidemiológicos da violência de gênero e da mortalidade materna evidenciam desafios persistentes para a saúde pública, tanto no Brasil quanto em contextos globais, revelando a necessidade de políticas públicas intersetoriais que integrem atenção à saúde, proteção social e direitos humanos. Estudo recente aponta que a violência de gênero está associada a agravos à saúde materna e infantil, influenciando complicações gestacionais e barreiras ao acesso a serviços de cuidado seguro e equitativo durante a gravidez e o pós-parto, com impactos diretos sobre a morbimortalidade das mulheres (Bittencourt et al., 2024).

No Brasil, iniciativas governamentais têm buscado fortalecer a equidade de gênero e raça no Sistema Único de Saúde (SUS) e promover práticas de cuidado integral, incluindo o incentivo ao pré-natal de qualidade e o enfrentamento da violência obstétrica e da mortalidade materna como parte das estratégias nacionais de saúde da mulher. Esses marcos

epidemiológicos e políticos indicam que a redução da mortalidade materna e o enfrentamento da violência de gênero dependem da efetiva implementação de ações articuladas de promoção da saúde, detecção precoce de riscos e garantia de direitos dentro e fora dos serviços de saúde (Figueiredo et al., 2024).

Antes de discutirmos as políticas públicas instituídas e implementadas no Brasil, é necessária a compreensão dos aspectos epidemiológicos que mais impactam e/ou impactaram na Saúde da Mulher na última década, pois esses indicadores permitem dimensionar a magnitude, a distribuição e os fatores associados à violência de gênero e à mortalidade materna, subsidiando análises críticas e intervenções em saúde.

IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA VIOLÊNCIA CONTRA ÀS MULHERES

A pandemia de Covid-19 surgiu a partir de casos de pneumonia causados pelo vírus SARS- Cov2 na China em dezembro de 2019. Espalhou-se rapidamente por vários continentes, sendo declarada pandemia pela OMS em março de 2020. Apresentou elevadas taxas de transmissibilidade e letalidade, causando marcas inesquecíveis em toda sociedade. O impacto foi profundo em diversas áreas da vida social e

econômica, exacerbando vulnerabilidades preexistentes e criando novas tensões. Um dos efeitos mais graves foi o aumento da violência contra as mulheres, especialmente no âmbito doméstico. Durante os períodos de confinamento e isolamento social, muitas mulheres se viram confinadas com seus agressores, sem acesso a redes de apoio ou mecanismos de proteção (Chagas, Oliveira e Macena, 2022).

Estudos mostram que o isolamento social imposto pela pandemia aumentou significativamente os casos de violência doméstica. As restrições de movimento, combinadas com o estresse financeiro e emocional causado pela crise de saúde, criaram um ambiente propício para o aumento da violência de gênero. Dados de vários países indicam um aumento nos relatos de violência doméstica durante os períodos de lockdown (Soares et al., 2023; Siqueira et al., 2025).

No Brasil, o impacto da pandemia na violência contra mulheres foi particularmente severo. A sobrecarga do sistema de saúde e a priorização dos recursos para combater o vírus reduziram a disponibilidade de serviços de apoio às vítimas de violência. Além disso, as medidas de isolamento social dificultaram o acesso das mulheres às redes de apoio informal, como familiares e amigos, e às organizações de apoio formal (Meira et al., 2021).

A pandemia também destacou as lacunas nos sistemas de proteção e assistência social. Em muitas áreas, a falta de serviços de emergência adequados e a ausência de abrigos seguros para mulheres em situação de risco se tornaram evidentes. Barros et al. (2021) afirmam que a crise expôs a insuficiência das respostas governamentais e a necessidade de políticas públicas mais robustas e bem financiadas para lidar com a violência de gênero.

Os dados de mortalidade feminina durante a pandemia refletem essas dificuldades. Muitas mulheres que sofreram violência doméstica não puderam acessar serviços médicos ou de emergência a tempo, resultando em consequências fatais. Silva, de Oliveira e Pol-Fachin (2021) destacam que a pandemia não só aumentou a incidência de violência, mas também agravou as consequências para as vítimas, incluindo a mortalidade.

A resposta à violência de gênero durante a pandemia exigiu adaptações rápidas e inovadoras. Em muitos lugares, foram implementadas linhas de apoio telefônico e serviços de mensagem para que as vítimas pudessem pedir ajuda discretamente. Além disso, campanhas de conscientização sobre violência doméstica foram intensificadas para informar as mulheres sobre seus direitos e os recursos disponíveis (De Santana et al., 2021).

No entanto, a eficácia dessas medidas variou amplamente dependendo da região e do contexto socioeconômico. Na Baixada Maranhense, por exemplo, as barreiras ao acesso a serviços de apoio foram particularmente altas devido às limitações econômicas e à infraestrutura deficiente. Gutzeit et al. (2022) sugerem que a implementação de soluções locais, adaptadas às necessidades específicas das comunidades, é crucial para enfrentar a violência de gênero de maneira eficaz durante crises como a pandemia.

A pandemia também trouxe à tona a necessidade de uma abordagem integrada para a saúde e segurança das mulheres. Os profissionais de saúde tiveram que ser treinados para identificar sinais de violência e fornecer apoio adequado às vítimas. A colaboração entre os setores de saúde, justiça e assistência social tornou-se ainda mais essencial para garantir uma resposta coordenada e eficaz (Dos Anjos Junior; Porcino, 2021).

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE A MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A morte materna é definida com o óbito da mulher no período da gestação ou do puerpério em até 42 dias. Esse óbito pode estar elencado a diversas causas sendo estas clínicas ou epidemiológicas, exemplos mais comuns são cirurgias e condições socioeconômicas (Abreu et al., 2021). Cerca de 95% dos óbitos maternos que ocorrem em todo o mundo poderiam ser evitáveis com investimentos para a ampliação e qualidade dos serviços de saúde, garantindo uma atenção obstétrica eficaz, respeitosa e principalmente segura (Oliveira et al., 2024).

O alto índice de mortes maternas é um problema de saúde pública, que implica na sociedade como um todo. O Brasil, por sua vez, é um dos países que apresenta uma alta MM, com números mais elevados na região Norte e Nordeste do país (Gomes et al., 2018). Fatores tais como, condição socioeconômica, etnia, classe social e estrutura da rede de saúde e proteção social têm influência direta no risco de morte da mulher durante a gestação e no período puerperal, proporcionando altos índices de MM (Hipólito; Santos, 2025).

Reduzir a ocorrência de mortes maternas têm sido uma prioridade mundial e está incluída nas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e na agenda de 2030 da Organização das Nações Unidas (Tintori et al., 2022).

A ONU estabeleceu uma meta de redução de 75% das mortes maternas no período de 1990 a 2015, mas o resultado não alcançado por vários países, incluindo o Brasil que obteve apenas 57,7% das reduções. Assim, a ODS 2030 tem como um de seus objetivos, a atualização da meta a fim de reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 NV (OMS, 2015).

De acordo com o Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, em 2022, ocorreram 69.154 óbitos maternos, o que equivale a RMM de 57,7/100.000 NV (Brasil, 2022), representando alcance da meta da ODS, mas outrora, apresenta disparidades regionais. Para redução desse índice em todo território nacional faz-se necessário a adoção de várias estratégias, assim como, a implementação de ações e programas que vão da melhoria da assistência ao pré-natal ao puerpério (Brasil, 2009; Motta; Moreira, 2021).

Os dados apontam altos índices nas RMM nos estados do Nordeste, sendo o Maranhão o 5º estado do Brasil e o 3º da região Nordeste com maior número de óbitos maternos com TMM

de 91,9 mortes por 100.000 NV, o que se traduz em 2.307 óbitos maternos (Brasil, 2024; IBGE, 2025). A região Nordeste é uma das áreas de maior preocupação para a saúde pública, pois é notável que a falta de investimentos e melhoria dos serviços de saúde acarretam problemas de saúde às gestantes que poderiam ser evitáveis com diagnóstico precoce e tratamento oportuno (Brasil, 2020).

De fato, há variações no número de óbitos maternos no país, com maiores taxas na região Norte e Nordeste, enquanto as regiões Sul e Sudeste têm valores inferiores quando comparado a essas regiões, assim reafirmando a existência de desigualdades sociais e de saúde em diferentes partes do país. As regiões mais pobres são mais propícias à MM, pois são áreas de difícil acesso e adesão aos serviços de pré-natal e atendimento especializado, sendo uma causa direta de morte materna evitável (Brasil, 2020; Brasil, 2024).

Já a mortalidade infantil continua sendo um dos principais desafios de saúde pública em nível global e também está relacionada aos determinantes e condicionantes em saúde materna. Apesar dos avanços nas últimas décadas, a taxa de mortalidade infantil (TMI) ainda representa um grande desafio global, especialmente em regiões com desigualdades socioeconômicas acentuadas (Silva et al., 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a TMI global para crianças menores de um ano foi de 28,23 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV) em 2019 (Soncin et al., 2023). Esse dado reflete os desafios enfrentados em diversas partes do mundo, onde o acesso a serviços de saúde de qualidade, saneamento básico e nutrição adequada ainda não é garantido para toda a população. Na América Latina, a média da TMI é relativamente menor, com 16 óbitos para cada 1.000 NV. Entre os países da região, Chile, Uruguai, Argentina, Venezuela e Colômbia apresentaram os menores índices em 2017, evidenciando os avanços na redução da mortalidade infantil nesses locais (Tavares et al., 2018).

No Brasil, a TMI tem mostrado uma tendência de queda nos últimos anos, resultado de investimentos em saúde pública, ampliação do acesso ao pré-natal e melhorias no atendimento hospitalar. No entanto, os desafios persistem, principalmente devido às desigualdades regionais. Em 2022, a TMI nacional foi de 12,9 óbitos por 1.000 NV (IBGE, 2022). A região Nordeste, historicamente marcada por dificuldades no acesso à saúde e infraestrutura precária, apresenta índices superiores à média nacional, refletindo a necessidade de políticas públicas mais eficazes para reduzir essas disparidades (Brito et al., 2021).

Diante desse cenário, é essencial que políticas públicas continuem sendo aprimoradas para assegurar o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento saudável das crianças. Medidas como a ampliação do pré-natal, a capacitação de profissionais de saúde e a garantia de acesso a serviços essenciais são fundamentais para reduzir a mortalidade infantil e promover a equidade na saúde materno-infantil no Brasil e no mundo (Justino et al., 2019).

As políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil no Brasil têm desempenhado um papel essencial na redução das taxas de mortalidade materna e neonatal. O desenvolvimento e a implementação dessas políticas buscam garantir que as gestantes e recém-nascidos tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, contribuindo para a prevenção de complicações gestacionais e neonatais. Ao longo dos anos, programas como a Rede Cegonha, hoje atualizada pela Rede Alynne e o Programa Nacional de Imunizações (PNI) se destacaram como iniciativas de grande relevância na promoção da saúde materna e infantil (Marques et al., 2020; Brasil, 2024b; Mortelato et al., 2024).

A Rede Alynne, lançada em 2024, é uma das principais políticas de saúde materno-infantil no Brasil, concebida para garantir o acesso a um pré-natal de qualidade, um parto seguro e o acompanhamento do recém-nascido até os 1.000 primeiros

dias de vida. Esse modelo de atenção à saúde tem como objetivos principais reduzir a mortalidade materna e neonatal, assegurar os direitos reprodutivos e proporcionar uma atenção humanizada às gestantes e seus bebês (Brasil, 2024b).

De acordo com Silva et al. (2019) e Carneiro et al. (2022), tanto a Rede Cegonha quanto à Rede Alynne promovem uma assistência integrada e contínua, com uma linha de cuidados que vai desde a Atenção Primária à Saúde (APS), passando pela assistência especializada no pré-natal e culminando no parto e pós-parto seguros.

O impacto dessas políticas públicas nas taxas de mortalidade materna e neonatal é significativo. Estudos apontam que as regiões onde o programa foi implementado de forma adequada apresentaram uma redução expressiva na mortalidade neonatal e nas complicações obstétricas. Isso ocorre porque o programa fortalece a rede de atenção à saúde, garantindo que as gestantes tenham acesso a um acompanhamento adequado durante todo o período gestacional (Brasil, 2024b).

Carneiro et al. (2022) e Brasil (2024b) ressaltam que a humanização do parto, promovida pela Rede Cegonha, hoje Rede Alynne, tem contribuído para a diminuição das intervenções desnecessárias, como a realização indiscriminada de cesarianas, que aumentam o risco de complicações.

Outro avanço importante nas políticas públicas de saúde materno-infantil foi o fortalecimento do Programa Nacional de Imunizações (PNI), que garante a vacinação de gestantes e recém-nascidos contra doenças que podem comprometer a saúde materna e infantil. A vacinação contra o tétano neonatal e a coqueluche, por exemplo, são fundamentais para prevenir complicações graves que podem levar à mortalidade neonatal. Segundo Brito et al. (2021), o PNI tem desempenhado um papel essencial na promoção de uma gravidez saudável, ao garantir que gestantes e recém-nascidos sejam protegidos contra infecções que, se não prevenidas, poderiam resultar em complicações graves durante o período gestacional e neonatal.

Além dos programas mencionados, o Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira geral, tem sido a espinha dorsal das políticas públicas de saúde materno-infantil no Brasil. O SUS oferece serviços de saúde gratuitos e universais, que incluem o acompanhamento pré-natal, o parto e o cuidado neonatal. De Lacerda Lopes et al. (2021) destacam que, ao garantir o acesso a serviços de saúde gratuitos, o SUS tem contribuído para a melhoria dos indicadores de saúde materna e neonatal, especialmente em regiões de maior vulnerabilidade social, onde as gestantes têm dificuldade de acessar serviços privados de saúde.

No entanto, apesar dos avanços, o Brasil ainda enfrenta desafios na implementação de políticas públicas eficazes para reduzir a mortalidade materna e neonatal. As desigualdades regionais, a falta de infraestrutura adequada e a escassez de profissionais de saúde capacitados são barreiras que impedem a plena implementação da Rede Alynne em todo o território nacional (Mortelaro et al., 2024). Silva et al. (2019) ressaltam que, em muitas regiões, especialmente no Norte e Nordeste do país, o acesso a serviços de saúde de qualidade é limitado, o que afeta negativamente os desfechos gestacionais e neonatais.

Outro ponto que merece destaque é a importância do planejamento familiar como parte das políticas de saúde materno-infantil. O acesso a métodos contraceptivos e a informação sobre o planejamento reprodutivo são fundamentais para garantir que as mulheres possam planejar suas gestações de maneira saudável e segura. Carneiro et al. (2022) afirmam que o planejamento familiar é uma das principais estratégias para a prevenção de gestações de alto risco, que estão diretamente associadas ao aumento das taxas de mortalidade materna e neonatal. As políticas públicas que promovem o acesso a métodos contraceptivos e ao aconselhamento reprodutivo têm contribuído para a redução dessas taxas, ao permitir que as mulheres escolham o melhor momento para engravidar.

Adicionalmente, as políticas de APS desempenham um papel crucial na prevenção de complicações durante a gestação e no acompanhamento da saúde materno-infantil. O fortalecimento da APS tem como objetivo garantir que as gestantes sejam acompanhadas desde o início da gravidez, com consultas regulares de pré-natal e acesso a exames de rotina. Brito et al. (2021) destacam que a APS é o principal ponto de contato das gestantes com o sistema de saúde, sendo responsável por promover o cuidado contínuo e integral durante toda a gestação. A APS também facilita o encaminhamento das gestantes para serviços especializados, quando necessário, garantindo que elas recebam o cuidado adequado em todos os níveis de atenção.

O enfrentamento da violência obstétrica também tem sido um ponto de atenção nas políticas públicas de saúde materno-infantil. Nos últimos anos, tem havido um crescente reconhecimento da necessidade de humanizar o parto e garantir que as gestantes sejam tratadas com dignidade e respeito durante o processo de parto. A Rede Alynne e Rede Cegonha, por exemplo, promovem a humanização do parto, com foco na redução das intervenções desnecessárias e na valorização das escolhas da gestante. Silva et al. (2019) apontam que a promoção de um parto humanizado, com a garantia de um ambiente seguro e acolhedor, é fundamental para a melhoria dos

desfechos maternos e neonatais e para a prevenção de traumas associados ao parto.

O Brasil também tem avançado na promoção de políticas de saúde mental para gestantes e puérperas, reconhecendo que a saúde mental é um aspecto crucial da saúde materno-infantil. A depressão pós-parto e outras condições de saúde mental que afetam gestantes e novas mães podem ter consequências graves tanto para a mãe quanto para o bebê. As políticas públicas de saúde mental, integradas à atenção pré-natal e ao acompanhamento pós-parto, são essenciais para garantir que as gestantes recebam o suporte emocional necessário durante e após a gestação. Marques et al. (2020) ressaltam que o acompanhamento psicológico durante o pré-natal e o pós-parto pode prevenir complicações relacionadas à saúde mental, promovendo o bem-estar da mãe e do recém-nascido.

Por fim, o monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde materno-infantil são essenciais para garantir sua eficácia. A coleta e análise de dados sobre mortalidade materna e neonatal, através de sistemas de informação como o SINASC e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), permitem que os gestores de saúde avaliem os resultados das políticas públicas e façam os ajustes necessários. Lacerda Lopes et al. (2021) afirmam que a utilização desses dados é fundamental para

identificar áreas que precisam de mais investimentos e para orientar a formulação de novas políticas de saúde que atendam às necessidades das gestantes e dos recém-nascidos.

CAPÍTULO 4

IMPORTÂNCIA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA COLETA DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS EM SAÚDE DA MULHER

Os sistemas de informação em saúde são instrumentos essenciais para a vigilância epidemiológica e a formulação de políticas públicas, sendo o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), três das principais bases de dados que subsidiam o conhecimento da situação de saúde da população brasileira (BRASIL, 2023a; BRASIL, 2023b).

O SINASC, implantado no início da década de 1990, reúne dados detalhados sobre nascimentos ocorridos em todo o território nacional, permitindo a construção de indicadores de natalidade e de fatores relacionados à saúde materno-infantil que são fundamentais para o planejamento e a avaliação de ações de saúde pública (BRASIL, 2023c).

O SIM, por sua vez, consolida informações sobre óbitos, incluindo causas de morte codificadas e características sociodemográficas, oferecendo subsídios para análise de

mortalidade em diferentes grupos populacionais e para o monitoramento de tendências ao longo do tempo (BRASIL, 2023b).

Já o SINAN, por meio da notificação de agravos de vigilância compulsória, inclui registros de violência interpessoal, permitindo caracterizar a magnitude da violência de gênero e sua distribuição demográfica, o que é crucial para ações de prevenção e políticas públicas mais eficazes (BRASIL, 2023a).

A integração sistemática e qualificada desses sistemas possibilita, assim, a produção de evidências epidemiológicas robustas que orientam a formulação, o monitoramento e a reavaliação de políticas e programas de saúde da mulher, promovendo melhores resultados em termos de redução da mortalidade e de promoção do bem-estar ao longo do ciclo reprodutivo (Sousa et al., 2008; BRASIL, 2024c).

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) é uma plataforma essencial para o monitoramento da saúde materno-infantil no Brasil. Sua principal função é registrar todas as ocorrências de nascidos vivos no país, com o objetivo de

produzir dados confiáveis e abrangentes para guiar políticas públicas e iniciativas de saúde. A criação do SINASC está diretamente relacionada à necessidade de fortalecer os sistemas de informação em saúde. Esses sistemas são essenciais para a vigilância epidemiológica e o planejamento de intervenções a fim de reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal (Lacerda Lopes et al., 2021).

Esse sistema coleta informações importantes sobre a mãe e o bebê, como idade, escolaridade, número de consultas de pré-natal, tipo de parto e condições do bebê ao nascer, incluindo o peso e a pontuação do Apgar nos primeiros minutos de vida. A análise do perfil epidemiológico de uma população é crucial, pois as variáveis permitem a identificação de fatores de risco e grupos mais vulneráveis. A análise dessas informações possibilita a detecção imediata de sinais de problemas de saúde pública, como complicações neonatais ou nascimentos prematuros (Brito et al., 2021).

Além de servir como um repositório de informações, o SINASC facilita a comparação de dados em nível nacional, estadual e municipal. Isso permite uma visão ampla das desigualdades regionais, especialmente no Brasil, devido às suas dimensões territoriais e disparidades socioeconômicas. Os gestores de saúde podem usar esses dados para tomar decisões

mais informadas sobre onde colocar os recursos e quais intervenções são mais urgentes. Por exemplo, as autoridades podem priorizar campanhas para aumentar o acesso ao acompanhamento gestacional em áreas onde o número de consultas de pré-natal é menor do recomendado (Marques et al., 2020).

Além disso, o SINASC desempenha um papel crucial no acompanhamento da eficácia de políticas públicas de saúde. Estratégias como a Rede Alynne, atualização da Rede Cegonha, que visam melhorar o cuidado materno-infantil, podem ser avaliadas a partir dos dados gerados pelo sistema. Através de indicadores como a taxa de partos cesáreos, a proporção de partos acompanhados por profissionais de saúde capacitados e os índices de mortalidade neonatal e infantil, é possível medir o impacto dessas políticas e identificar áreas que ainda precisam de melhorias (Carneiro et al., 2022; Mortelaro et al., 2024; Brasil, 2024). Esse feedback é fundamental para a constante adaptação e aprimoramento das estratégias de saúde pública.

Outro papel importante do SINASC é a sua contribuição na pesquisa em saúde pública. Pesquisadores de várias áreas usam os dados do sistema para estudar determinantes sociais da saúde, disparidades regionais e como fatores ambientais e comportamentais afetam os desfechos neonatais. Como uma

fonte de informações valiosa, essa base de dados permite a realização de estudos epidemiológicos, análise estatística e criação de cenários de saúde futuros, que ajudarão na criação de novas políticas de saúde (Lacerda Lopes et al., 2021).

A qualidade dos dados fornecidos pelo SINASC também é um ponto de destaque. Para que os resultados sejam confiáveis, as informações devem ser precisas e completas. Para isso, os profissionais de saúde precisam ter conhecimento suficiente sobre como preencher corretamente as Declarações de Nascidos Vivos (DNV), que são a fonte principal de dados do sistema. A padronização e a supervisão desses processos são essenciais para garantir a integridade das informações e evitar subnotificações ou erros que possam comprometer a análise epidemiológica (Brito et al., 2021).

Em termos de acesso à informação, o SINASC representa um avanço significativo na democratização dos dados de saúde. Os dados registrados no sistema são disponibilizados de forma pública e gratuita por meio de plataformas como o TABNET/DATASUS, permitindo que gestores, pesquisadores e o público em geral possam consultar as informações de maneira transparente. Essa abertura é fundamental para promover o aumento de responsabilidades no sistema de saúde, uma vez

que a sociedade pode acompanhar os indicadores de saúde e cobrar melhorias quando necessário (Marques et al., 2020).

No contexto da saúde materno-infantil, o SINASC também desempenha um papel importante na detecção e acompanhamento de anomalias congênitas. O sistema possibilita o registro de condições identificadas ao nascimento, o que é crucial para a criação de estratégias voltadas à prevenção e ao tratamento precoce dessas condições. A identificação precoce de anomalias, associada a um sistema de saúde eficiente, pode reduzir significativamente as taxas de morbidade e mortalidade neonatal. Além disso, os dados sobre anomalias contribuem para o planejamento de recursos e para a formação de políticas que garantam o suporte necessário para as famílias afetadas (Carneiro et al., 2022).

O SINASC é ainda mais relevante quando se leva em consideração as significativas disparidades nos indicadores de saúde entre as várias regiões do Brasil. No entanto, os dados mostram um cenário mais preocupante com taxas mais altas de complicações e mortalidade em locais menos favorecidos, como periferias urbanas ou áreas rurais. Ao fornecer dados detalhados dessas regiões, o SINASC permite a implementação de medidas mais eficazes e direcionadas (Lacerda Lopes et al., 2021).

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE (SIM)

O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) constitui um dos principais instrumentos de vigilância epidemiológica no Brasil, sendo fundamental para a produção, análise e monitoramento de dados relacionados à mortalidade feminina, com destaque para a mortalidade materna e outros óbitos evitáveis associados a condições de gênero e ao ciclo reprodutivo da mulher. Por meio do registro sistemático das Declarações de Óbito, o SIM possibilita a identificação das causas básicas e associadas de morte, bem como a caracterização sociodemográfica das mulheres, subsidiando análises sobre desigualdades em saúde e determinantes sociais do adoecimento e da morte (Brasil, 2023b).

Criado em 1975 e informatizado a partir de 1979 pelo Ministério da Saúde, o SIM unificou diversos modelos de registo de óbitos e passou a consolidar, de forma centralizada e contínua, informações sobre as causas de morte, características sociodemográficas e locais de ocorrência dos eventos, permitindo análises detalhadas da mortalidade geral e específica em diferentes populações e períodos históricos (Brasil, 2011; 2023b).

No campo da saúde da mulher, o SIM é fundamental para a análise da mortalidade materna, considerada um importante

indicador da qualidade da atenção à saúde e das condições de vida das mulheres. Por meio da correta identificação da causa básica do óbito e das causas associadas, o sistema permite o cálculo da Razão de Mortalidade Materna e a análise de óbitos relacionados a complicações obstétricas diretas e indiretas, bem como a condições agravadas por fatores sociais, econômicos e assistenciais. Esses dados são essenciais para o reconhecimento das desigualdades regionais e sociais que impactam a saúde feminina, evidenciando grupos mais vulneráveis e territórios prioritários para intervenção (Figueiredo et al., 2024).

Além da mortalidade materna, o SIM contribui de forma significativa para a análise da mortalidade feminina por causas externas, como acidentes e violências, incluindo a violência de gênero. A partir da classificação das causas de morte segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o sistema possibilita a identificação de óbitos decorrentes de agressões, feminicídios e outras formas de violência, fornecendo subsídios epidemiológicos para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública. Dessa forma, o SIM assume relevância não apenas como instrumento de registro, mas como base para a formulação de políticas intersetoriais voltadas à proteção da vida das mulheres (Rebouças et al., 2025).

A integração do SIM com outros sistemas de informação em saúde, especialmente o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), amplia o potencial analítico dos dados epidemiológicos em saúde da mulher. Essa articulação permite análises mais aprofundadas sobre o ciclo gravídico-puerperal, possibilitando a identificação de fatores relacionados à gestação, ao parto e ao puerpério que podem culminar em óbitos maternos ou infantis. A vinculação entre nascimento e óbito favorece a vigilância do óbito materno, infantil e fetal, fortalecendo as investigações epidemiológicas e contribuindo para a prevenção de mortes evitáveis (BRASIL, 2025).

A qualidade das informações produzidas pelo SIM depende diretamente do adequado preenchimento da Declaração de Óbito, documento essencial para a coleta de dados confiáveis. Nesse processo, destaca-se a atuação dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, que desempenham papel relevante na identificação correta das causas de morte, na notificação dos óbitos e na participação nos comitês de vigilância do óbito materno e infantil. A capacitação contínua desses profissionais é fundamental para reduzir a ocorrência de causas mal definidas e aprimorar a completude e a consistência dos registros, assegurando maior precisão aos indicadores epidemiológicos (Rebouças et al., 2025).

Dessa forma, o Sistema de Informação de Mortalidade consolida-se como um instrumento indispensável para a coleta de dados epidemiológicos em saúde da mulher, permitindo o monitoramento da mortalidade feminina, a avaliação das políticas públicas e o planejamento de ações voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos e à redução das desigualdades. O fortalecimento do SIM, aliado à qualificação dos profissionais envolvidos e à integração com outros sistemas de informação, é condição essencial para a produção de evidências que sustentem práticas de cuidado mais equitativas, resolutivas e alinhadas às necessidades das mulheres no contexto brasileiro (Brasil, 2023b).

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) desempenha papel estratégico na coleta e organização de dados sobre agravos de notificação compulsória, incluindo as violências interpessoais e autoprovocadas. Por meio da integração do Módulo de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/SINAN), esse sistema permite o registro padronizado de casos de violência doméstica, sexual, física, moral/psicológica, entre outras formas de agressão, em serviços de saúde públicos

ou privados em todo o território nacional. A notificação compulsória desses eventos, obrigatória desde 2011, possibilita a construção de bases de dados epidemiológicas que permitem acompanhar a magnitude, a distribuição e as características dos agravos relacionados à violência contra a mulher, sustentando análises que orientam intervenções e políticas públicas mais eficazes (BRASIL, 2011, 2023a).

A notificação de violência interpessoal e autoprovocada é obrigatória nos serviços de saúde públicos e privados e constitui um importante mecanismo de visibilidade das múltiplas formas de violência que afetam as mulheres ao longo do ciclo de vida. O registro dessas ocorrências no SINAN contempla diferentes tipologias de violência física, sexual, psicológica/moral, negligência e violência autoprovocada, além de variáveis sociodemográficas, características do evento e informações sobre o vínculo entre vítima e agressor. Esses dados são essenciais para a análise epidemiológica da violência de gênero, permitindo identificar grupos etários mais vulneráveis, contextos de ocorrência e fatores associados à repetição dos agravos (Lima et al., 2025).

No âmbito da saúde da mulher, o SINAN assume relevância particular ao subsidiar a formulação, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da

violência de gênero. Estudos baseados em dados do sistema evidenciam crescimento progressivo das notificações de violência contra mulheres no Brasil, com maior concentração entre mulheres jovens e adultas, frequentemente em ambientes domiciliares e perpetradas por parceiros íntimos. Tais achados reforçam a necessidade de ações intersetoriais e da articulação entre saúde, assistência social, segurança pública e justiça, tendo o SINAN como fonte central de informação epidemiológica para o planejamento dessas estratégias (Ferreira et al., 2025).

Apesar de sua importância, a utilização do SINAN para fins epidemiológicos enfrenta desafios relacionados à subnotificação, à incompletude das fichas e à variabilidade na qualidade dos registros entre regiões e serviços de saúde. Esses fatores podem limitar a precisão das análises e a comparabilidade dos dados ao longo do tempo. Nesse sentido, destaca-se o papel dos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, na identificação dos casos, no acolhimento das mulheres em situação de violência e no preenchimento adequado das fichas de notificação, contribuindo para o fortalecimento da vigilância em saúde e para a produção de informações confiáveis (BRASIL, 2024).

A qualificação contínua dos profissionais, aliada à sensibilização quanto à importância da notificação como

instrumento de proteção e garantia de direitos, é fundamental para aprimorar a qualidade dos dados do SINAN. Quando utilizados de forma adequada, esses registros possibilitam análises epidemiológicas consistentes, capazes de orientar ações de prevenção, promover o cuidado integral às mulheres e subsidiar políticas públicas mais eficazes no enfrentamento da violência interpessoal e autoprovocada, reafirmando o SINAN como ferramenta indispensável na vigilância da saúde da mulher no Brasil (Ferreira et al., 2025).

CAPÍTULO 5

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA E NA PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

A atuação do enfermeiro no atendimento a mulheres vítimas de violência e na prevenção da mortalidade materna e infantil é reconhecida como uma prática essencial para a promoção da saúde, proteção dos direitos humanos e redução de agravos evitáveis no ciclo de vida feminino. Evidências recentes de uma revisão de escopo destacam que intervenções de enfermagem direcionadas a mulheres em situação de violência doméstica e sexual incluem acolhimento, identificação de sinais e sintomas, orientação sobre serviços de referência e apoio psicossocial, contribuindo para a redução dos impactos negativos sobre a saúde física e mental dessas mulheres (Yosep et al., 2024).

De igual modo, a atuação do enfermeiro na prevenção da mortalidade materna e infantil, por meio de práticas humanizadas no pré-natal, no parto e no puerpério, constitui componente estratégico das políticas públicas de saúde da mulher, integrando ações de cuidado integral que influenciam diretamente

indicadores de morbimortalidade. Esse papel exige não apenas competência técnica, mas também sensibilidade ética e interdisciplinaridade, articulando redes de atenção que garantam cuidado seguro, contínuo e equitativo às mulheres e aos seus bebês (Lima et al., 2024).

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

O acolhimento é uma das etapas cruciais no atendimento a mulheres vítimas de violência. O enfermeiro, como profissional de saúde, desempenha um papel essencial nesse processo, sendo o primeiro ponto de contato para muitas vítimas. O acolhimento envolve a criação de um ambiente seguro e de confiança, onde a mulher se sinta apoiada e acolhida (Silva; Oliveira, Pol-Fachin, 2021). A empatia, o respeito e a escuta ativa são fundamentais para que a vítima se sinta confortável para relatar os abusos sofridos.

De acordo com Barros et al. (2021), o acolhimento eficaz deve incluir a avaliação inicial das condições físicas e emocionais da mulher, identificando sinais de violência física, sexual e psicológica. É necessário que o enfermeiro esteja preparado para lidar com a diversidade de situações apresentadas, desde lesões

físicas até traumas psicológicos profundos. A capacitação contínua dos profissionais de enfermagem é essencial para que possam identificar e agir de forma adequada diante de casos de violência.

A consulta de enfermagem é um momento crítico para o atendimento das mulheres violentadas. Durante a consulta, o enfermeiro deve realizar uma avaliação completa e detalhada, abordando aspectos físicos, emocionais e sociais da vítima (Meira et al., 2021). Esta avaliação inclui a coleta de um histórico detalhado de saúde, a identificação de lesões e a avaliação do estado emocional e psicológico da mulher.

Segundo Chagas, Oliveira e Macena (2022), a consulta de enfermagem deve ser realizada em um ambiente privado e seguro, onde a mulher se sinta à vontade para falar abertamente sobre sua experiência. O enfermeiro deve utilizar técnicas de comunicação eficazes, evitando julgamentos e garantindo a confidencialidade das informações compartilhadas. A criação de um plano de cuidado individualizado, que inclua orientações sobre medidas de proteção e encaminhamentos para outros serviços de apoio, é fundamental para a recuperação e segurança da vítima.

A notificação compulsória é um instrumento legal e ético que visa garantir a proteção das mulheres vítimas de violência.

No Brasil, a Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003, estabelece a obrigatoriedade da notificação dos casos de violência contra a mulher pelos profissionais de saúde (Brasil, 2003). Esta medida é fundamental para o monitoramento epidemiológico e a implementação de políticas públicas de prevenção e combate à violência de gênero.

De acordo com Soares et al. (2023), a notificação compulsória permite a coleta de dados essenciais para a compreensão da magnitude e das características da violência contra a mulher. Esses dados são utilizados para o planejamento e a execução de ações estratégicas de enfrentamento à violência, além de facilitar o acesso das vítimas aos serviços de proteção e apoio. É responsabilidade do enfermeiro realizar a notificação de forma precisa e oportuna, garantindo a integridade das informações e a proteção da vítima.

O Brasil possui um conjunto de legislações e políticas públicas voltadas para a proteção das mulheres vítimas de violência. A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) é um marco na defesa dos direitos das mulheres, estabelecendo medidas de prevenção, assistência e proteção às vítimas de violência doméstica e familiar (Brasil, 2006). Além disso, a Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104/2015) categoriza o homicídio de

mulheres em razão do gênero como crime hediondo, aumentando as penas para os agressores (Brasil, 2015).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, instituída em 2011, estabelece diretrizes para a prevenção, a assistência e o combate à violência de gênero (Silva; Oliveira, 2021). Esta política inclui a criação de serviços especializados, como delegacias da mulher, casas-abrigo e centros de atendimento integral. A atuação do enfermeiro é essencial para a implementação efetiva dessas políticas, garantindo que as mulheres vítimas de violência recebam o atendimento e o apoio necessários.

A capacitação contínua dos profissionais de enfermagem é fundamental para o atendimento adequado às mulheres vítimas de violência. De acordo com Meira et al. (2021), a formação dos enfermeiros deve incluir o conhecimento sobre as legislações vigentes, técnicas de acolhimento e comunicação, além de habilidades para identificar sinais de violência e realizar a notificação compulsória. A sensibilização dos profissionais para a importância do acolhimento humanizado e a promoção de uma cultura de não-violência são essenciais para a eficácia do atendimento.

Apesar dos avanços legislativos e das políticas públicas, o enfrentamento à violência contra a mulher ainda enfrenta muitos

desafios. A subnotificação dos casos, a falta de recursos e a inadequada capacitação dos profissionais de saúde são obstáculos significativos. Além disso, a violência contra a mulher é um problema multifacetado que requer uma abordagem integrada e intersetorial (Chagas, Oliveira e Macena, 2022).

A integração dos serviços de saúde, justiça e assistência social é crucial para oferecer um suporte abrangente às vítimas de violência. Segundo Silva, Oliveira e Pol-Fachin (2021), é necessário fortalecer as redes de proteção e garantir que todas as mulheres tenham acesso a serviços de qualidade, independentemente de sua localização geográfica ou condição socioeconômica. Investir na capacitação dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, é um passo essencial para a melhoria do atendimento e para a efetivação das políticas públicas de enfrentamento à violência.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL E NO CUIDADO À GESTANTE

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na assistência pré-natal e no cuidado à gestante, exercendo uma função multifacetada que vai desde a realização de consultas e exames de rotina até a educação em saúde e o apoio emocional

às gestantes. Esse profissional é essencial para garantir que as mulheres recebam uma assistência integral, contribuindo para a detecção precoce de complicações e para a promoção de uma gestação saudável. A atuação do enfermeiro no pré-natal é uma peça chave para a qualidade do cuidado oferecido às gestantes, especialmente em áreas com maior vulnerabilidade social (Silva et al., 2019).

O acompanhamento pré-natal praticado por enfermeiros na APS envolve a realização da Consulta de Enfermagem em que realiza avaliação contínua do estado de saúde da gestante, com foco na identificação precoce de fatores de risco que possam comprometer o desenvolvimento da gestação. O enfermeiro é responsável por monitorar sinais vitais, realizar exames físicos, como a medição da pressão arterial e a aferição da altura uterina, além de solicitar e interpretar exames laboratoriais, como hemograma e glicemia. O enfermeiro também tem um papel fundamental na orientação sobre a importância das vacinas durante a gestação, como a vacina contra a gripe e a dTpa, que protege contra coqueluche, tétano e difteria (Marques et al., 2020).

A promoção da saúde é um dos pilares da atuação do enfermeiro no pré-natal. Além de realizar os cuidados físicos, o enfermeiro também atua como educador, oferecendo orientações

sobre hábitos de vida saudáveis, alimentação balanceada, prática de atividades físicas seguras durante a gestação e a importância da adesão ao pré-natal. De acordo com Carneiro et al. (2022), o trabalho educativo do enfermeiro é essencial para prevenir comportamentos de risco, como o consumo de álcool e tabaco, que podem levar a complicações na gestação e no desenvolvimento fetal. As gestantes que recebem essas orientações têm maior probabilidade de adotar práticas saudáveis que favorecem o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê.

Outro aspecto relevante do papel do enfermeiro no pré-natal é o apoio emocional prestado às gestantes. A gestação é um período de mudanças tanto físicas quanto psicológicas, que pode gerar ansiedade e preocupações sobre o parto e o cuidado com o bebê. O acompanhamento contínuo e a disponibilidade do enfermeiro para escutar e acolher as demandas emocionais das gestantes são fatores que contribuem para uma melhor experiência durante o período gestacional e para a construção de um vínculo de confiança entre a gestante e o profissional de saúde (Silva et al., 2019).

Além disso, o enfermeiro também desempenha um papel crucial na detecção precoce de complicações gestacionais, como a pré-eclâmpsia, a diabetes gestacional e as infecções urinárias, que são condições comuns durante a gravidez e que podem

trazer riscos para a mãe e o bebê se não forem tratadas a tempo. Ao identificar precocemente essas condições, o enfermeiro pode encaminhar a gestante para um acompanhamento mais especializado e garantir que sejam tomadas as medidas necessárias para minimizar os riscos. Esse papel proativo na prevenção de complicações é essencial para a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal (Brito et al., 2021).

O enfermeiro também atua na organização e coordenação da assistência à gestante, garantindo que ela tenha acesso a todos os serviços necessários durante a gravidez. Isso inclui o agendamento de consultas, o encaminhamento para exames especializados e a organização do parto. De Lacerda Lopes et al. (2021) ressaltam que o enfermeiro desempenha um papel central na articulação entre diferentes níveis de cuidado, facilitando a comunicação entre a gestante e outros profissionais de saúde, como obstetras e nutricionistas, e garantindo que todas as suas necessidades sejam atendidas de forma integrada.

A educação em saúde promovida pelo enfermeiro no pré-natal é um dos principais fatores que contribuem para o empoderamento das gestantes. Ao fornecer informações sobre o processo gestacional, os sinais de alerta para complicações e o que esperar durante o parto, o enfermeiro ajuda a gestante a se sentir mais preparada e segura para enfrentar esse período. O

empoderamento das gestantes é um dos objetivos principais da educação em saúde, pois permite que elas tomem decisões informadas sobre seu corpo e sua saúde, aumentando sua autonomia e reduzindo o medo e a ansiedade em relação ao parto (Carneiro et al., 2022).

Outro aspecto importante da atuação do enfermeiro no pré-natal é o planejamento reprodutivo. Durante as consultas, o enfermeiro tem a oportunidade de discutir com a gestante suas expectativas em relação à maternidade e fornecer informações sobre métodos contraceptivos, o intervalo ideal entre gestações e os cuidados com a saúde reprodutiva após o parto. Brito et al. (2021) ressaltam que o planejamento reprodutivo é fundamental para garantir a saúde da mulher em longo prazo e prevenir complicações em futuras gestações. Ao orientar a gestante sobre o planejamento familiar, o enfermeiro contribui para a promoção da saúde e para a melhoria da qualidade de vida das mulheres.

O papel do enfermeiro na assistência pré-natal também é essencial em áreas com menor acesso a serviços de saúde. Em muitas regiões do Brasil, especialmente nas áreas rurais e nas periferias urbanas, o enfermeiro é o principal responsável pelo acompanhamento das gestantes, sendo o único profissional de saúde com quem elas têm contato regular durante a gravidez. A atuação do enfermeiro nessas áreas é crucial para garantir que

as gestantes tenham acesso ao cuidado pré-natal e para reduzir as desigualdades no acesso à saúde. O enfermeiro muitas vezes atua como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, oferecendo cuidados essenciais e orientações que podem prevenir complicações e salvar vidas (Marques et al., 2020).

Além da assistência direta à gestante, o enfermeiro também desempenha um papel importante no fortalecimento das redes de apoio à maternidade. Silva, Andrade e Pol-Facin (2020) destacam que o enfermeiro pode atuar na organização de grupos de apoio às gestantes, onde elas têm a oportunidade de compartilhar suas experiências, trocar informações e se fortalecer emocionalmente. Esses grupos são especialmente valiosos para gestantes em situação de vulnerabilidade social, que podem encontrar no grupo um espaço de acolhimento e suporte durante a gestação.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

Como visto, a assistência de enfermagem no período gravídico-puerperal é de suma importância, pois promove a saúde materno-infantil, o que evidentemente contribui para a redução da morbimortalidade do período de gestação ao

puerpério. Diante disto, o enfermeiro deve atuar de forma fundamental para os cuidados integrais e humanizados, tanto as gestantes quanto as puérperas (Alvarenga et al., 2018).

O profissional enfermeiro deve estar preparado e capacitado para identificar as gestantes com fatores de risco gestacionais e/ou restrição de acesso aos serviços de saúde, com vistas a assegurar uma assistência pré-natal de forma contínua com monitoramento da gestação, garantindo, assim o bem-estar materno e fetal, preservando todos os direitos da gestante. O foco também precisa estar direcionad às puérperas, que após o parto estão em maior risco de morte materna tanto no ambiente hospitalar como no domiciliar, exigindo vigilância constantes (Santos, Garcia; 2019).

Durante o ciclo gravídico-puerperal o enfermeiro realiza a Consulta de Enfermagem (CE) pré-natal de risco habitual e puerperal com acompanhamento regular compartilhado junto ao médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) na APS. É de responsabilidade do enfermeiro investigar os antecedentes pessoais, os hábitos, antecedentes de violência, antecedentes ginecológicos, obstétricos, calcular a idade gestacional, a data provável do parto, fazer o exame físico e ressaltar a importância de uma alimentação saudável para a mãe e o feto. Também realizar a visita domiciliar junto à equipe no puerpério e realizar a

avaliação da puérpera a fim de identificar fatores de risco e bem-estar do binômio mãe-bebê (Leal et al., 2017).

De acordo com a Resolução COFEN nº 736/2024, a CE deve ser realizada em todos os contextos socioambientais em que ocorram cuidados de enfermagem a partir da implementação do Processo de Enfermagem, tanto nas instituições públicas quanto nas privadas (COFEN, 2024). A CE de pré-natal de risco habitual e puerperal são essenciais para o acompanhamento da gestação e do puerpério, em que profissional irá realizar a classificação de risco da gestante/puérpera para que essa mulher tenha os cuidados prestados e o tratamento adequado de acordo com a sua necessidade (Brasil, 2012).

O planejamento reprodutivo, o monitoramento, o diagnóstico precoce de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gravidez e o puerpério, o tratamento eficaz das ocorrências durante o período gravídico puerperal, ajudam na diminuição dos números de óbitos maternos assegurando o direito à vida do binômio mãe-bebê. As condutas e as formas de melhorias da saúde das gestantes e puérperas são prioridades para a redução da mortalidade materna (Oliveira et al., 2024).

O enfermeiro deve atuar em todos os níveis de atenção, desde à APS, ambulatórios, hospitais e maternidades, visando a

prestação de cuidados da enfermagem à saúde materna com assistência de qualidade e humanizada que contribuem para a redução da MM (Barreto, 2021; Sehnem et al., 2020). É de suma importância uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional na assistência ao pré-natal e o puerpério, que envolvam todos os profissionais como enfermeiros, médicos, obstetras, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros. Mediante isto, o cuidado elencado por cada profissional garante um cuidado integral que impactam em menores índices de morte materna (Hipólito; Santos, 2025).

De acordo com o Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, os profissionais enfermeiros e médicos da APS tem respaldo para atuarem na equipe de assistência ao pré-natal de risco habitual, promovendo a saúde do binômio mãe-filho para uma boa qualidade de vida e educação em saúde (Brasil, 2012).

Já ao enfermeiro obstetra, cabe a função de realizar o acompanhamento durante o trabalho de parto e parto, no qual ele observa e cuida do binômio mãe-bebê de forma constante, presta cuidados diretos de enfermagem, verificando os sinais de alerta, identifica distócias maternas e sofrimento fetal, realiza cardiocografia e exames complementares, dentre outras funções. O enfermeiro obstetra, por sua vez, certifica a realização das intervenções, e em casos de emergência obstétrica, toma as

providências assistenciais até a chegada do médico (Marques, Valicelli; Simões 2024; Desjardins et al., 2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos aspectos relacionados à violência de gênero e à mortalidade feminina, com ênfase na mortalidade materna e no papel da enfermagem, evidencia a complexidade dos determinantes que permeiam a Saúde da Mulher no contexto brasileiro. Ao longo deste e-book, foi possível compreender que tais agravos não se restringem a eventos isolados, mas resultam da interação entre fatores sociais, econômicos, culturais, assistenciais e institucionais, exigindo abordagens integradas e intersetoriais para seu enfrentamento.

Os Sistemas de Informação em Saúde demonstraram-se instrumentos indispensáveis para a vigilância epidemiológica, permitindo a produção de dados confiáveis que subsidiam o planejamento, o monitoramento e a avaliação das políticas públicas voltadas à saúde da mulher. O uso crítico e ético das informações produzidas, fortalece a tomada de decisão em saúde e contribui para a identificação de iniquidades, territórios vulneráveis e grupos populacionais prioritários para intervenção.

Nesse cenário, destaca-se o papel estratégico do enfermeiro, tanto na assistência direta às mulheres em situação de violência e no ciclo gravídico-puerperal quanto na vigilância em saúde, por meio da notificação adequada dos agravos e do

uso dos dados epidemiológicos no planejamento das ações. A atuação qualificada é fundamental para a promoção do cuidado integral, humanizado e baseado em evidências, contribuindo para a redução da mortalidade materna e para o enfrentamento da violência de gênero.

Por fim, espera-se que este e-book contribua para a reflexão crítica de estudantes, profissionais e gestores da área da saúde, estimulando o aprimoramento das práticas assistenciais e de vigilância, bem como o fortalecimento das políticas públicas voltadas à saúde da mulher, sobretudo, compromisso coletivo com a equidade, a justiça social e a garantia dos direitos humanos das mulheres.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. R. et al. Análise da prevalência de óbitos maternos em São Luís, Maranhão, durante 2008-2018. **Nursing (São Paulo)**, v. 24, n. 283, p. 6731-6744, 2021. Disponível em: <https://www.doi.org/10.36489/nursing.2021v24i283p6731-6744>. Acesso em: 06 de set. 2024.

ALVARENGA, P. et al. Impacto da saúde mental materna na interação mãe-bebê e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. **Psico**, v. 49, n. 3, p. 317-327, 16 out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.3.28475> Acesso em: 06 de set. 2024.

BARRETO, B. L. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 10, n. 1, p. 127-133, 2021. Disponível em: <https://www.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3709>. Acesso em: 06 set. 2024.

BARROS, S. C. et al. Homicídios intencionais de mulheres com notificação prévia de violência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE00715, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00715>. Acesso em: 05 jul. 2024.

BITTENCOURT, R. V. et al. Violência de gênero na saúde materna: consequências e barreiras ao cuidado em contextos de gravidez e maternidade. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 10, p. 1351–1358, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p1351-1358> Acesso em: 06 set. 2025.

BONET, M. et al. Towards a consensus definition of maternal sepsis: results of a systematic review and expert consultation. **Reproductive Health**, v. 14, n. 1, 30 maio 2017. Disponível em:

<https://www.doi.org/10.1186/s12978-017-0321-6>. Acesso em: 06 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 25 nov. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/civil_03/leis/2003/L10.778.htm. Acesso em 20 de jul. 2024.

BRASIL. **Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 8 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em 27 de nov. 2024.

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, 2009. 84 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf Acesso em: 04 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**: consolidação da base nacional de dados sobre mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf Acesso em: 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**: manual técnico. Brasília: DF, 2012. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 04 dez. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do homicídio e o inclui no rol dos crimes hediondos. Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm. Acesso em: 28 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 20**, v. 53. Brasília: MS, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no20/view>. Acesso em: 06 de set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): normas e rotinas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/sinan>. Acesso em: 1 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): consolidação da base nacional de dados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/sim>. Acesso em: 1 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC): manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/sinasc>
Acesso em: 1 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT). Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE). **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. 2024a. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/> Acesso em: 06 set. 2024

BRASIL. Portaria GM/MS n. 5.349, de 14 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento da Rede Alyne. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 88, 13 set. 2024b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.349-de-12-de-setembro-de-2024-584288137>. Acesso em 15 de jan. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher: vigilância, prevenção e enfrentamento das violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher>. Acesso em: 1 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia prático para o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico] Brasília : Ministério da Saúde, 2025. 47 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atendimento_o_mulheres_situacao_violencia_aps.pdf Acesso em: 1 fev. 2026.

BRITO, L. C. S. et al. Aspectos epidemiológicos da mortalidade infantil. Rev. enferm. **UFPE on line**, v. 12, n. 1, p. 1-12, 2021.

Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resou/rce/pt/biblio-1145757>. Acesso em: 07 set. 2024.

CARNEIRO, A. B. F. et al. A importância do pré-natal na prevenção de complicações durante a gestação. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde – ReBIS**, v. 4, n. 4, 2022. Disponível em: <https://revistateste2.rebis.com.br/index.php/revistarebis/article/view/271> Acesso em: 28 ago. 2024. 23

CHAGAS, E. R.; OLIVEIRA, F. V. A.; MACENA, R. H. M. Mortalidade por violência contra mulheres antes e durante a pandemia de Covid-19. Ceará, 2014 a 2020. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 63-75, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213204>. Acesso em: 07 jul. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 759/2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Diário Oficial da União. Seção 1, nº 16, terça-feira, 23 de janeiro de 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2024/01/Resolucao-736-2024.pdf> Acesso em: 06 set. 2024.

DE SANTANA, J. F. C. L. et al. Mortalidade feminina por causas externas em uma região de fronteira: Brasil–Bolívia. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 14, 2021. Disponível em: https://periodicos.unemat.br/index.php/revista_medicina/article/view/5448/4290 Acesso em: 07 jul. 2024.

DESJARDINS, A. A. et al. Syphilis in pregnancy: A practical guide for prenatal care providers. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 171, p. 601-610. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.70511>. Acesso em: 04 dez. 2024.

DOS ANJOS JUNIOR, O. R.; PORCINO, M. M. Violência contra mulheres na Paraíba: enfoque para os casos de homicídios no

período entre 2011 e 2017. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, v. 15, n. 1, p. 74-91, 2021. Disponível em: <https://revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp/article/view/1110/382> em: 10 jul. 2024.

FARRAR, D. et al. Association between hyperglycaemia and adverse perinatal outcomes in South Asian and white British women: analysis of data from the Born in Bradford cohort. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 5, n. 3, p. 211-222, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26355010/> Acesso em: 06 set. 2025.

FERREIRA, J. V. et al. Qualidade das notificações de violência interpessoal e autoprovocada registradas no SINAN em Fortaleza, Brasil, 2015–2018. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 33, n. 5, p. 1-15, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202533020412> Acesso em: 1 fev. 2026

FIGUEIREDO, E. R. L et al. Influence of sociodemographic and obstetric factors on maternal mortality in Brazil from 2011 to 2021. **BMC Women's Health**, v. 24, n. 84, p. 1-14, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-024-02925-3> Acesso em: 06 set. 2025.

FRANCO, A. M. Si. L.; RABELO, A. F. de A. Perfil epidemiológico dos casos de óbito materno no estado de Sergipe entre 1996 e 2020. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, n. 6, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsdv11i6.28676> Acesso em: 06 set. 2024.

FREITAS, F. DA C. et al. Diabetes mellitus gestacional: Impactos na saúde materna e fetal. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 12, p. e42131247571, 30 nov. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i12.47571>. Acesso em: 06 abr. 2025.

GANATRA, B. et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010– 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. **The Lancet**, v. 390, n. 10110, p. 2372– 2381, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4) . Acesso: 04 dez. 2025

GOMES, J. O. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mortalidade materna. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 12, p. 3165-3171, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a237316p3165-3164-2018> Acesso em: 06 de set. 2024

GUTZEIT, E. M. et al. Mortalidade de mulheres: um panorama da morte violenta na capital do estado de Rondônia no período de 2013 a 2018. **E-Acadêmica**, v. 3, n. 2, p. e4632207- e4632207, 2022. Disponível em: <https://eacademica.org/eacademica/article/view/207/164> . Acesso em: 10 jul. 2024.

HIPÓLITO, E. DE L.; SANTOS, E. V. L. Fatores Determinantes dos Óbitos Maternos no Nordeste Brasileiro. **COGNITIONIS Scientific Journal**, v. 8, n. 2, p. e701, 20 out. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.38087/2595.8801.701> Acesso em: 10 ago. 2025

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades e Estados: Maranhão. Rio de Janeiro: IBGE; 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma.html>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sociais**: Taxa de mortalidade infantil. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 26 dez. 2024

INIOLUWA, A. et al. Impact of maternal HIV infection on perinatal outcomes: A systematic review. **International journal of**

gynaecology and obstetrics, 4 abr. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.15528> Acesso em: 10 ago. 2025.

JUSTINO, D. C. P. et al. Avaliação histórica das políticas públicas de saúde infantil no Brasil: revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 71–88, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2019v5n1ID17946>. Acesso em: 16 fev. 2025.

LACERDA LOPES, D. et al. Perfil de partos e nascimentos na Baixada Maranhense. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e7297-e7297, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7297> Acesso em: 28 ago. 2024.

LEAL, R. C. et al. Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 4, p. 1641-1649, 2017. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8637/pdf_2992 . 04 dez. 2025.

LIMA, G. C. C. et al. Temporal trend and epidemiological profile of notifications of violence against women in Brazil: 2014–2023. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 34, e20240475, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222025v34e20240475.en> Acesso em: 1 fev. 2026

LIMA FIGUEIREDO, E. R. et al. Influence of sociodemographic and obstetric factors on maternal mortality in Brazil from 2011 to 2021. **BMC Women's Health**, 24, 84, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-024-02925-3> Acesso em: 1 fev. 2026

MARQUES, F.; VALICELLI, H. F.; SIMÕES, V. M.; Miocardiopatia periparto. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. **SOCESP**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.29381/0103-8559/20233302279-85>. Acesso em: 04 dez. 2025.

MARQUES, B. L. et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. e20200098, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/hR4MwpCd88cvTfs9ksLJGFs/> Acesso em: 28 ago. 2024.

MEIRA, K. C. et al. Efeitos temporais das estimativas de mortalidade corrigidas de homicídios femininos na Região Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 2, p. e00238319, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00238319> Acesso em: 11 jul. 2024.

MORTELATO, P. K. et al. Da Rede Cegonha à Rami: tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal. **Saúde Debate**, v. 48, n. 140, e8152, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408152P> Acesso em: 06 set. 2024.

MOTTA, C. T.; MOREIRA, M. R. M. Will Brazil comply with the SDG 3.1 of the 2030 Agenda? An analysis of maternal mortality, from 1996 to 2018. *Cien Saúde Colet.*; v. 26, n. 10, p. 4397-4409, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021> Acesso em: 11 jul. 2024.

OLIVEIRA, et al. Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e05012023, 16 set. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.05012023> Acesso em: 04 dez. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL - ONU BRASIL. **A Agenda 2030**. 2015. Disponível em: <https://naco.esunidas.org/pos2015/agenda2030>. Acesso em: 04 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **International Classification of Diseases (ICD- 11) for Mortality and**

Morbidity Statistics. Genebra: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int> Acesso em: 04 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Tendências na mortalidade materna: 2000–2020.** Estimativas da OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo Banco Mundial e UNDESA/Divisão de População. Genebra: OMS, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759> Acesso em: 04 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.** Nações Unidas no Brasil. 2015. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Agenda2030.pdf Acesso em: 18 jul. 2024.

PRESSMAN, K.; ROS, S. Management of Hepatitis B and C during Pregnancy: Neonatal Implications. **NeoReviews**, v. 24, n. 1, p. 24–30, 1 jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/neo.24-1-e24> Acesso em: 01 dez. 2025.

SANTOS, N. L. D.; GARCIA, E. O planejamento familiar e a mortalidade materna por aborto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 43, p. 241-256, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n0.a3228> Acesso em: 04 dez. 2025.

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, v. 2, n. 6, p. e323-e333, 2014. DOI: Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X). Acesso em: 04 dez. 2025.

SEHNEM, G. et al. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. **Revista de Enfermagem Referência**, v.

V Série, n. 1, 31 jan. 2020. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/ref/vserVn1/vserVn1a05.pdf> Acesso em: 04 dez. 2025.

SILVA, L. L.; DE OLIVEIRA, N. B. B.; POL-FACHIN, L. Analysis of the mortality rate due to assault in women from 15 to 59 years of age in Brazil, during the period from 2015 to 2019. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 6, p. 29417-29429, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/42086/pdf> Acesso em: 11 jul. 2024.

SILVA, V. A. et al. socioeconômicas: uma análise sobre os determinantes da taxa de mortalidade infantil nos municípios brasileiros. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 73–97, 2019. Disponível em: <https://revistaaber.emnuvens.com.br/rberu/article/view/407> Acesso em: 16 fev. 2025.

SIQUEIRA, G. L. et al. The effect of the Covid-19 pandemic on the maternal mortality rate and the achievement of the Sustainable Development Goal in Brazil. **BMC Public Health**, v. 25, n. 2005, p. 1-13, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23219-9> Acesso em: 04 dez. 2025.

SOARES, M. Q. et al. Mortalidade de mulheres com notificação de violência durante a gravidez no Brasil: um estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00012823, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4Wg3N94BXY8B7jVtM5YMXN8/?lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2024.

SONCIN, E. et al. Linha de Cuidado Integral sobre Saúde Materno Infantil. **Rev.Tec. Cient. CEJAM**, v. 2, p. e202320015, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202320015> Acesso em: 16 fev. 2025.

SOUSA, H. V. S.; FERREIRA, L. S. Diagnóstico de diabetes mellitus gestacional: impacto do diagnóstico na qualidade de vida

da mulher. **Revista Rebis**, [s.l.], [s.n.], 2021. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/228>
Acesso em: 06 de set. 2024.

SOUSA, M. H. et al. Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v, 6, n. 2, p.1-8, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292006000200002>. Acesso em: 06 de set. 2024.

TAVARES SOARES, L. et al. **O Efeito das Políticas Públicas sobre a Mortalidade Infantil na América Latina**. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. UFJF, 2018. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/ppgsaudecoletiva//files/2019/05/OS-EFEITO-S-DAS-POL%C3%8DTICAS-P%C3%9ABLICAS-NA-MORTALIDADE-INFANTIL-2018.pdf> Acesso em: 16 fev. 2025.

REBOUÇAS, P. M. et al. Avaliação da qualidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade no Brasil: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. 1-17, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.08462023>
Acesso em: 1 fev. 2026.

RIBEIRO, R. da S. et al. Doenças respiratórias crônicas e repercussões na gestação: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, [S. l.], v. 3, pág. e69488, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n3-037>. Acesso em: 1 fev. 2026.

RUAS, C. A. M. et al. Profile and spatial distribution on maternal mortality. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 20, n. 2, p. 385-396, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200004> Acesso em: 06 set. 2024.

TINTORI, J. A. et al. Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. *Acta Paulista de Enfermagem*,

São Paulo, v. 35, p. 1-11, 2022. **Disponível em:** <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao00251> Acesso em: 06 set. 2024.

VERA-PONCE, V. J. et al. Global prevalence of preeclampsia, eclampsia, and HELLP syndrome: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Reproductive Health**, v. 7, 10 nov. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/frph.2025.1706009>. Acesso em: 04 dez. 2025.

YOSEP, I. et al. A scoping review of nursing interventions for reducing the negative impacts of domestic violence among women. **BMC Nursing**, v. 23, n. 1, p. 1-12. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02453-3> Acesso em: 1 fev. 2026.

SOBRE OS AUTORES

KEZIA CRISTINA BATISTA DOS SANTOS

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Especialista em Obstetrícia e Neonatologia pela Faculdade Gianna Beretta. Especialista em Saúde Coletiva pela Faculdade Unyleya. Especialista em Saúde do Adulto e Idoso na área de concentração Clínicas Médica e Cirúrgica pela Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (RMS/HUUFMA). Graduada em Enfermagem pela Universidade Ceuma (UNICEUMA). Atualmente Professora Associada da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) do Curso de Enfermagem, Campus Pinheiro. Vice Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde da Mulher, Neonatal, Infantil e do Adolescente (GEP SMNIA/UFMA). Coordenadora Docente da Liga Acadêmica de Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia da Baixada Maranhense (LAEGO-BM). Coordenadora de Projeto de Ensino de Monitoria em Saúde da Mulher/UFMA. Coordenadora de Grupo de Aprendizagem Tutorial: Maternagem, Trabalho e Saúde do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) Equidade/UFMA Pinheiro. Coordenadora do Projeto de Extensão Papo Cabeça: Saúde, Gênero, Sexualidade e Direitos Reprodutivos. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFMA. Docente Colaboradora do Projeto de Extensão Saúde da Pele/UFMA. Revisora de Periódicos Científicos. Experiência e atuação nas linhas de pesquisa Saúde Coletiva,

Epidemiologia, Saúde da Mulher e Obstetrícia, Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde, Doenças Transmissíveis, Educação em Saúde. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0007002964216889>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6290-2796>

CAMILA CAMPOS RIBEIRO ABREU

Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão, campus Pinheiro, Maranhão. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8299227528624022>. Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-0305-1843>.

LÍVIA KEMYLLLE DE SÁ MARTINS

Enfermeira Residente em Enfermagem Obstétrica pela Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR (AMS/AP). Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão, campus Pinheiro, Maranhão. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6770108593215635>. Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-9481-1199>

LEILA CAMILA REIS PEREIRA

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão, campus Pinheiro, Maranhão. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0735370540124450>. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-7305-2976>

ISBN 978-655376533-7



9

786553

765337