

A importância da Atuação do enfermeiro nas unidades básicas de saúde e seu impacto na redução da mortalidade materna

The importance of nurses actions in basic health units and their impact on reducing maternal mortality

La importancia de las acciones de las enfermeras en las unidades básicas de salud y su impacto en la reducción de la mortalidad materna

Recebido: 19/09/2022 | Revisado: 29/09/2022 | Aceitado: 03/10/2022 | Publicado: 09/10/2022

Francisca Regilene de Sousa de Deus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4610-1283>

Universidade Castelo Branco, Brasil

E-mail: Regilenesousa77@gmail.com

Jessica Andrade de Limeira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8254-0515>

Universidade Castelo Branco, Brasil

E-mail: jessicaandradelimeira@gmail.com

Carlos Renan Barboza Eduardo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0516-4544>

Universidade Castelo Branco, Brasil

E-mail: Carlosrenanrj16@gmail.com

Maria Regina Bernardo da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3620-3091>

Centro Universitário CBM, Brasil

E-mail: m.regina2000@uol.com.br

Adriana Loureiro da Cunha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6971-4357>

Escola de Enfermagem Anna Nery, Brasil

E-mail: adrianacunhaloureiro@gmail.com

Thaís Araujo Vianna

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0892-5898>

Universidade Castelo Branco, Brasil

E-mail: thais.pnk@gmail.com

Halene Cristina Dias de Armada e Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7427-781X>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: halenearmada@gmail.com

Natane Cristina dos Santos Vieira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5078-8201>

Centro Universitário Augusto Motta, Brasil

E-mail: natane.cristina21@gmail.com

Resumo

Objetivo: Identificar na literaturas ações do enfermeiro na assistência na gestação e puerpério com repercussões nos índices de mortalidade materna. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura com uma abordagem qualitativa e descritiva, documental de epistemologia dialética. **Resultados:** Na literatura construíram-se três categorias: a adesão e realização do pré-natal, perfil de mortalidade materna e o enfermeiro na assistência ao pré-natal. **Conclusão:** A mortalidade materna ainda é um problema de saúde pública, principalmente no Brasil. Relatos de falhas no atendimento dos profissionais de saúde e as vulnerabilidades sociais contribuem para o alto número de morte materna ainda prevalente no Brasil.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde pública; Saúde da mulher; Pré-natal; Mortalidade materna.

Abstract

Objective: Identify in the literature the actions of nurses in pregnancy and postpartum care with repercussions on maternal mortality rates. **Method:** This is an integrative literature review with a qualitative and descriptive, documentary approach of dialectical epistemology. **Results:** Three categories were constructed in the literature: prenatal care and treatment, maternal mortality profile and nurse in prenatal care. **Conclusion:** Maternal mortality is still a public health problem, especially in Brazil. Reports of failures in the care of health professionals and social

vulnerabilities contribute to the high number of maternal deaths still prevalent in Brazil.

Keywords: Nursing; Public health; Women's health; Prenatal; Maternal mortality.

Resumen

Objetivo: Identificar en la literatura las acciones de las enfermeras en la atención del embarazo y posparto con repercusión en las tasas de mortalidad materna. Método: Se trata de una revisión integradora de la literatura con un enfoque cualitativo y descriptivo, documental de la epistemología dialéctica. Resultados: Se construyeron tres categorías en la literatura: atención y tratamiento prenatal, perfil de mortalidad materna y enfermera en atención prenatal. Conclusión: La mortalidad materna sigue siendo un problema de salud pública, especialmente en Brasil. Los informes de fallas en la atención de los profesionales de la salud y las vulnerabilidades sociales contribuyen al alto número de muertes maternas que aún prevalecen en Brasil.

Palabras clave: Enfermería; Salud pública; Salud de la mujer; Prenatal; Mortalidad materna.

1. Introdução

Os indicadores de saúde materna tornaram-se uma preocupação mundial, por este motivo os índices de morbimortalidade materna vêm diminuindo com o decorrer dos anos (Silva, 2018).

A mortalidade materna é um problema de saúde pública, e suas altas taxas compõem um quadro de violação dos direitos humanos. Conforme descrito pela OMS, mortalidade materna consiste nos óbitos de mulheres ocorridos durante a gestação ou até 42 dias após o término. Quando sucede em um período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez determina-se como mortalidade materna tardia (Scarton, 2020).

A redução da mortalidade materna está diretamente relacionada ao atendimento básico de saúde de qualidade, onde nele é possível identificar precocemente o tratamento de diversas complicações que podem acarretar a interrupção da gestação ou o agravamento de saúde. Estima-se que aproximadamente 92% das mortes maternas fomentam-se a partir de causas evitáveis. (Santos, 2020).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelece o protocolo de procedimentos e exames a serem oferecidos a todas as gestantes durante a atenção pré-natal: O início da assistência deve ocorrer o mais precoce possível, com retorno assim que os exames passados na mesma estejam prontos, o intervalo entre as consultas deve ser mensal até a 34ª semana, entre a 34ª a 36ª passa a ser quinzenal e da 36ª até o parto semanal; rotina de exames laboratoriais e vacinação, atividades educativas e consulta puerperal.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, aproximadamente 830 mulheres morrem por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto diariamente. Cerca de 99% dos óbitos maternos ocorrem em países em desenvolvimento (Opas, 2018).

Atualmente a mortalidade materna mundial está em torno de 210 mortes por 100 mil nascidos vivos, sendo um grande problema de Saúde Pública (Who, 2018).

No Brasil a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no país em 2018 foi de 60,7/100.000 nascidos vivos número bem acima da meta firmada com a ONU, que é de 30 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos (NV), conforme os objetivos de desenvolvimento sustentáveis (ODS) (Silva, 2020).

Com a finalidade de dar respostas às necessidades mundiais de diminuição desses indicadores, em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou a Declaração do Milênio descrevendo entre seus oito objetivos a meta de “melhorar a saúde materna” (2015), assim foi pactuada a redução da mortalidade materna como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

A mortalidade materna permanece como os piores indicadores de saúde em locais com poucos recursos e a grande maioria dos óbitos seria potencialmente evitável pela atuação oportuna e adequada dos profissionais e do sistema de saúde como um todo. Nesse sentido, a vigilância e investigação dos óbitos maternos declarados, bem como dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), é ferramenta fundamental para a identificação de todos os óbitos maternos e para a compreensão dos

seus determinantes visando à elaboração e adoção de estratégias para seu controle (Leal, 2017).

Baseando-se nessas informações torna-se indispensável um empenho nacional para a aplicação das implementações de políticas de saúde, bem como a vistoria rígida desses serviços ofertados. Visando o diagnóstico precoce e o tratamento de patologias pré ou pós-existentes (Guedes, 2020).

Sendo assim, a mortalidade materna como uma meta nacional de saúde tem como objetivo diminuir o número de óbitos em relação ao número de nascimentos. Através de ações que visem reduzir a incidência de principais causas diretas e indiretas responsáveis por tais óbitos. Todavia, obstáculos tais como a desigualdade regional ainda impede a conclusão de uma meta pré-estipulada (Silva, 2020).

Podemos citar algumas políticas nacionais que foram criadas como intuito de reduzir a mortalidade materna, entre elas estão: o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), os Comitês de Óbito Materno, Programa de assistência integral à saúde da mulher (PNAISM) e as ações para redução da pobreza e vulnerabilidade. Assegurados pela Constituição Federal e pela Lei n.9.263/1965. (Santos, 2020).

Ainda cabe mencionar alguns conjuntos de ações que auxiliam essas políticas nacionais, dentre elas o planejamento familiar e o controle de natalidade, que contam com o Enfermeiro como responsável por sua implementação e gerenciamento. A educação continuada é uma prática que deve estar inserida no cotidiano deste profissional, devendo ele identificar as gestantes com restrição de acesso aos serviços de saúde, garantir a continuidade do pré-natal e monitoramento desta gestação, direcionando a outros níveis da assistência de acordo com sua necessidade clínica, assegurando assim seus direitos (Santos, 2020).

Neste contexto é de extrema importância o trabalho ativo do profissional de enfermagem durante a realização do pré-natal, cabe ao enfermeiro fazer o acompanhamento compartilhado mensal da gestante, rastrear processos patológicos latentes, entre eles a cardiopatia, as endocrinopatias e erros posturais, história atual das queixas e duração, antecedentes morbidos pessoais e hábitos, antecedentes de violência, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos, cálculo da idade gestacional e data provável do parto, exame físico geral e específico, instruindo a paciente e o familiar sobre alimentação, cuidados e sinais de alerta. A consulta de enfermagem primordial para o planejamento do pré-natal e as condutas a serem seguidas, pois é por meio dela que a gestante será encaminhada para rede de atendimento especializada e receberá tratamento adequado (Leal, 2017).

Segundo o parecer COREN-SP 008/2016 CT (2016), O enfermeiro tem qualificação técnica para acompanhar o pré-natal de baixo risco, assim como de forma interdisciplinar e compartilhada com os profissionais de saúde o pré-natal de alto risco. Ressaltamos que os Enfermeiros que atuam na Atenção Primária devem estar qualificados para identificar fatores de risco e em sua atuação multiprofissional realizar encaminhamentos quando necessários.

Diante do cenário exposto surge como objeto de estudo: a assistência do enfermeiro da gestação ao puerpério e sua repercussão na incidência de mortalidade materna. Ao longo dos estágios acadêmicos nas práticas assistências da atuação na atenção primária em saúde, surgiu o problema de estudo que foi organizado utilizando-se a estratégia PICO. Segundo (Akobeng, 2005), esta estratégia representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” sinônimo de desfecho que auxilia na construção da pergunta de pesquisa e na busca de evidência científica.

Diante desta organização surge a questão norteadora que irá embasar este estudo: Quais as ações atribuídas ao enfermeiro na assistência da gestante e seus impactos nos índices de mortalidade materna?

Protagonismo do Enfermeiro no Cuidado à Gestante e Puérpera

O enfermeiro como parte da equipe da Estratégia Saúde da Família tem em suas atribuições, a função de assistir mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida, uma atenção integral, estimular a autonomia da mulher quanto a sua saúde

(Pasqual, 2015).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento ratificou o enfermeiro como o profissional da equipe de saúde habilitado para o atendimento direto às gestantes em pré-natal de baixo risco, endossando a lei do exercício profissional da enfermagem que as consultas de pré-natal de baixo risco e revisão de puerpério podem ser realizadas pelo profissional enfermeiro (Brasil, 2002).

Dentre as atividades privativas desse profissional estão a consulta de enfermagem e a prescrição de enfermagem. A consulta de enfermagem está regulamentada pela Lei Nº 7.498/86 e pelo Decreto Nº 94.406/87 que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem, pela Resolução COFEN 195/97 onde diz que o enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício das suas atribuições e pela Resolução COFEN 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (Cofen, 2009).

Os profissionais de saúde são corresponsáveis pela produção e gerenciamento direto e indireto de um cuidado integral e humanizado, mesmo sendo a gestão do setor saúde, nos municípios brasileiros, considerada assimétrica quanto à implementação, monitoramento e avaliação de políticas e instrumentos normativos. Nessa perspectiva, torna-se imprescindível aproximar-se das concepções dos profissionais sobre o uso de protocolos, considerando que os mesmos operacionalizam as recomendações políticas e as normas protocolares dos serviços de saúde que atendem mulheres (Vieira, 2016).

2. Metodologia

Para a realização deste estudo, definimos como método de pesquisa a revisão integrativa de literatura, que segundo o autor (Souza, 2010) visa reunir um conjunto de obras sobre a temática pré-estabelecida a fim de auxiliar no embasamento para determinada ação ou pesquisa. O estudo em questão refere-se a uma abordagem qualitativa, descritiva, documental de epistemologia dialética.

A revisão integrativa é feita em seis fases, sendo elas: 1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora; 2ª Fase: busca ou amostragem na literatura; 3ª Fase: coleta de dados; 4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos; 5ª Fase: discussão dos resultados; e 6ª Fase: apresentação da revisão integrativa.

A questão norteadora que fomentou a realização do estudo em questão é: Quais as ações atribuídas ao enfermeiro na assistência da gestante e seus impactos nos índices de mortalidade materna? Para o levantamento bibliográfico foi feita a pesquisa dos descritores no site da Biblioteca Virtual em Saúde-BVS, indexada nas bases de dados *Medical e Literature, Analyzes and Retrieval System online (MEDLINE)*, *Literature Latino- América do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, *US National Library of Medicine National Institutes of Health Search data base Searchterm Search (PUBMED)* e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF).

O levantamento dos dados através das pesquisas foi realizado no período de Junho à Julho de 2021. Para o levantamento bibliográfico foi realizada a pesquisa no site dos Descritores em Ciências da Saúde- DeCs, sendo os descritores e seus cruzamentos booleanos: Enfermagem AND pré-natal AND puerpério AND mortalidade materna.

Na elegibilidade de inclusão dos artigos utilizados, foram analisados os seguintes pré-requisitos: Publicação no período que sucede os últimos cinco anos (2016 a 2021), em português e textos completos disponíveis online. Os critérios de exclusão foram: artigos não disponíveis gratuitamente, resumos, editoriais, artigos duplicados, teses e artigos fora do objeto de pesquisa e artigos que não compõem a base da Biblioteca Virtual em Saúde-BVS.

3. Resultados e Discussão

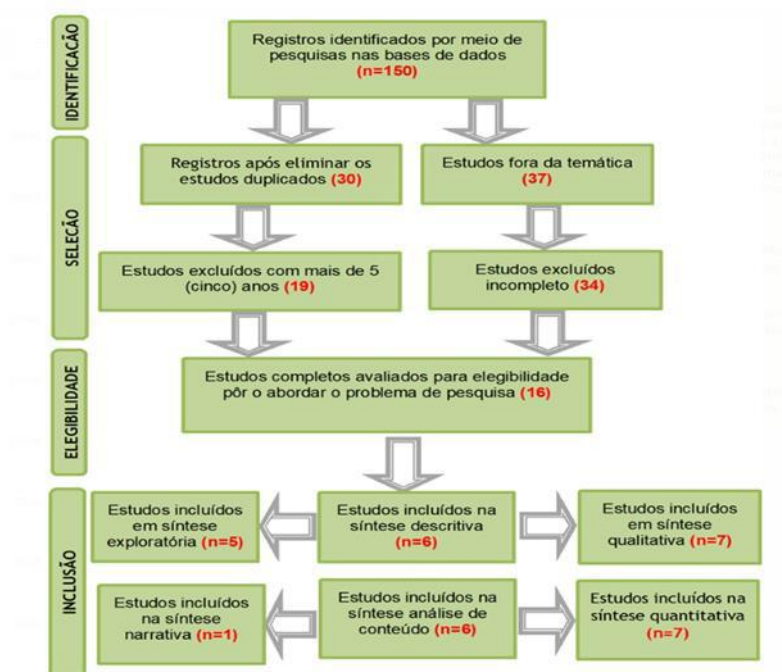
Foram identificados cento e cinquenta 150 artigos e destes, cento e trinta (130) estudo em português, dezenove (19)

com mais de cinco anos, trinta e quatro (34) estudos incompletos, trinta (30) estudos duplicados e 37 estudos fora da temática, restando dezesseis (16) artigos elegíveis para discussão e análise. Logo após, observou-se quanto às estruturas dos artigos selecionados com o objetivo de extrair informações. Categorizou-se através dos autores, periódico, ano, estado, país, método, nível de evidência e resultados.

O método utilizado para categorizar o nível de evidência dos estudos selecionados foi baseado no Centro de Medicina de Oxford, onde a evidência classificada neste estudo utiliza números crescentes correspondentes, 1A, 1B, 1C, 2A, 2B, 2C, 3 e 4, de acordo com a qualidade dos estudos e utilizando as letras “N/E” representando o termo nível de evidência. Baseando-se nestes dados podemos categorizar o estudo realizado como grau de recomendação A e nível de evidência 2A, pelos artigos encontrados.

Observa-se que após a aplicação dos critérios aos artigos sobre a temática nos últimos cinco anos, os dezesseis (16) artigos selecionados para discussão, em sua maioria apresentaram alto nível de evidência científica, entre eles com mais de um método de pesquisa.

Figura 1 - Fluxograma dos artigos encontrados e selecionados para o estudo adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2009). Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2021.



Fonte: Autores (2022).

Quadro 1 - Categorização estrutural dos artigos elegíveis, através dos autores, periódico, ano, e estado, país, método e nível de evidência, RJ, Brasil, 2021.

Artigo	Autor	Periódico	Ano/Estado/País	Método/NE
Perda hemática e sinais ou sintomas durante avaliação puerperal: implicações para a assistência de enfermagem.	Ruiz, et al.	Rev. enferm. UERJ	2017, RJ, Brasil.	Revisão Sistemática de Ensaio Clínico / 1A
A magnitude da mortalidade materna na Bahia nos últimos 10 anos.	Barreto, et al.	Rev. enferm. UFPI	2017, PI, Brasil	Revisão sistemática de estudo de Coortes/ 2B
Perfil epidemiológico de mortalidade materna	Martins, et al	Rev. Bras. Enferm	2018, Brasil	Pesquisa quantitativa, descritiva e retrospectiva / 3B
Aspectos relacionados às internações por intercorrências gestacionais	Medeiros, et al.	Enfer. foco	2020, PI, Brasil	Pesquisa quantitativa, retrospectivo/ 3B
Estratégias de cuidado às gestantes e puérperas usuárias de substâncias psicoativas: revisão integrativa	Lopes, et al	REUERJ	2020, RJ, Brasil	Revisão integrativa de literatura/ 2B
Contentamentos de puérperas assistidas por enfermeiros obstetras	Ribeiro JF, et al.	REUOL	2018, PE, Brasil	Estudo quantitativo, descritivo e exploratório/ 2A
Identificação de Sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes	Castilho, et al.	Rev. Ele. Enf	2016, Brasil	Estudo observacional, descritivo e transversal/ 2B
A formação em enfermagem no ciclo gravídico- puerperal	Silva EAL, et al.	REUOL	2017, RE, Brasil	Estudo qualitativo, descritivo, tipo relato de experiência/ 4C
Maternidade em regime prisional: desfechos maternos e neonatais	Andrade, et al	REUOL	2018, RE, Brasil	Revisão integrativa de artigos/ 3A
Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública	Inagaki, et al.	REUOL	2018, RE, Brasil	Estudo quanti-qualitativo, transversal, descritivo/ 2B
Gestantes e puérperas soropositivas para o HIV e suas interfaces de cuidado	Rahim, et al.	REUOL	2017, PE, Brasil	Estudo qualitativo, descritivo-exploratório/ 1B
Abordagem da equipe de enfermagem acerca do parto humanizado no pré-natal: uma revisão narrativa	Ragagnin, et al.	Rev. Cuid. Fund	2017, RJ, Brasil	Revisão narrativa/ 3A
O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização	Dodou, et al	Rev. Cuid. Fund	2017, PE, Brasil	Estudo descritivo/ 2B
Percepção de enfermeiros sobre diagnóstico e acompanhamento de mulheres com depressão pós-parto	Santos, et al	Rev. Nursing	2020, Brasil	Estudo qualitativo, descritivo/ 2B
Assistência pré-natal segundo registros profissionais presentes na caderneta da gestante	LLS et al	REUFMS	2020, RS, Brasil	Estudo quantitativo
Análise de práticas na assistência ao parto e pós-parto hospitalar	Moura LNS et al.	Rev Rene	2020, FO, Brasil	Estudo de corte transversal

Fonte: Autores (2022).

A Adesão e Realização do Pré-Natal

Como podemos ver em Martins (2018), apesar de existir uma oferta de assistência pré-natal no Brasil universal, a qualidade de assistência segundo as recomendações do PHPN é ainda baixa, considerando que a maioria das mulheres inicia o pré-natal até tardiamente e não completam o número mínimo de consultas previstas para a idade gestacional no momento do parto.

A saúde materna está diretamente ligada ao número mínimo de consultas de pré-natal, como estabelecimento de promoção, prevenção e com o diagnóstico e tratamento de doenças intercorrentes da gestação, que podem evitar os números de mortalidade materna. Conforme citado por (Barreto, 2017), é necessária uma maior vigilância em mulheres no terceiro trimestre de gestações consideradas com risco aumentado para as principais complicações obstétricas, ressaltando a

importância de um intervalo reduzido entre as consultas. Vale destacar que o número de consultas pré-natal realizadas está diretamente ligado ao aumento do número de chances relacionado à incidência de óbitos na gravidez, parto e puerpério.

Castilho, (2016), mostra que quando comparadas às outras idades, as mães adolescentes vivem em situação de menor renda econômica, não ter parceiro e ter menores níveis de escolaridade e maior vulnerabilidade, associada à falta de adesão ao pré-natal e aumenta as chances de depressão na gravidez.

Lopes, (2020), cita que uma das barreiras à adesão ao pré-natal é o despreparo de profissionais que realizam os cuidados ao binômio mãe-bebê e estratégias de cuidado às gestantes e puérperas em vulnerabilidade. Dentre elas, há a captação precoce na atenção pré-natal com acolhimento sensível às demandas e especificidades das usuárias.

Segundo Ruiz, (2017) a assistência ao puerpério deve ser tão importante quanto o pré-natal por concentrar um momento de risco aos problemas hemorrágicos que aumentam a mortalidade materna.

O Ministério da Saúde (2013) preconiza que haja a captação precoce da gestante (até 12ª semana gestacional) e que sejam realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal. De acordo com (Martins, 2018) e (Barreto, 2017), a maior parte das mulheres iniciou o pré-natal no segundo trimestre, contribuindo para redução do período da assistência.

Contudo é importante ratificar que o aumento do número de consultas isoladamente não é suficiente para prevenir a mortalidade materna, sendo necessário avaliar a qualidade do serviço prestado a essas gestantes, a fim de prevenir as mortes maternas evitáveis, em especial às doenças hipertensivas. A qualidade e a qualificação dos profissionais responsáveis pelo pré-natal são tão importantes quanto o número de consultas realizadas (Martins, 2018).

O Ministério da Saúde (2013) ressalta a importância do vínculo das mulheres com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o objetivo de fortalecer a assistência ao pré-natal, por meio da qualificação dos profissionais, com consultas mais humanizadas, interprofissionais e menostecnicistas, levando a uma maior garantia e aumento das chances dessas mulheres darem continuidade as consultas pré-natais.

Outro ponto importante encontrado no estudo que prejudica tanto a assistência quanto à adesão ao pré-natal é a gestante em sistema prisional. No Brasil, a penitenciária é um ambiente inadequado para o desenvolvimento de uma gestação, uma vez que a assistência oferecida está longe do preconizado pelas políticas públicas de saúde. A violência e exposição, às quais estas gestantes estão expostas ao adentrarem em unidades de saúde em busca de assistência, é tópico que merece a atenção e discussões na sociedade em geral, pois fere diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (Andrade, 2018).

A assistência segura, baseada nas melhores evidências e que respeita as etapas do parto, é um direito das mulheres, independente das suas particularidades clínicas, sociais ou demográficas. Entretanto, demonstrou que algumas dessas características podem estar associadas a não adoção de práticas consideradas humanizadas na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento (Inagaki, 2018).

Perfil da Mortalidade Materna

Martins, (2018) aborda o perfil do óbito materno no Brasil, onde trazem que a faixa etária mais acometida é de mulheres entre 20 e 41 anos, de raça parda, solteiras e com baixa escolaridade. É notório e impossível negar que as influências socioeconômicas e o acesso a serviços de qualidade impactam diretamente na atenção à saúde da mulher gestante. Tal informação é confirmada por (Barreto, 2017), o qual mostra que barreiras diversas para a não realização do pré-natal ou para início precoce do acompanhamento foram identificadas, evidenciando as desigualdades sociais que persistem no país, com menor acesso das mulheres indígenas e pretas, daquelas com menor escolaridade, com maior número de gestações.

Os fatores de risco podem estar presentes no período pré-gestacional ou devido às condições/complicações que

podem surgir durante a gestação. Aqueles anteriores à gestação incluem características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis como idade (menor que 15 e maior que 35 anos), baixa escolaridade, uso de drogas lícitas e ilícitas, hábitos de vida e histórico obstétrico adverso, caracterizado por abortamentos, intercorrências clínicas crônicas como cardiopatias, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Infecções de Trato Urinário (ITU), dentre outras condições. Os decorrentes da gestação atual manifestam-se por meio de enfermidades próprias do ciclo gravídico, a exemplo da pré-eclâmpsia/eclâmpsia. As intercorrências mais comuns na gravidez, relatadas na literatura, estão representadas por desvio quanto ao crescimento fetal intrauterino (macrossomia fetal e crescimento intrauterino restrito), número de fetos, alterações do volume de líquido amniótico, amniorrexe prematura, Trabalho de Parto Prematuro (TPP), gravidez prolongada, Pré-eclâmpsia Grave (PEG), Eclâmpsia, Diabetes Gestacional (DG), hemorragias da gestação, insuficiência istmocervical, aloimunização e óbito fetal (Medeiros, 2020).

Segundo Lopes, (2020) a utilização contínua e progressiva de substâncias psicoativas provocam em grande parte o surgimento de patologias como abortamento, deslocamento prematuro da placenta, restrição de crescimento intrauterino, prematuridade, baixo peso ao nascer, síndrome de abstinência neonatal e problemas respiratórios fetais, culminando em elevados índices de mortalidade materna e neonatal.

De acordo com Ruiz, (2017) o aumento na mortalidade materna acontece no período morte puerperal, sendo a maior parte a hemorragia pós-parto caracterizada pela perda de sangue acima de 500 ml no parto vaginal e 1000 ml nos partos cesáreos. Este quadro transmite uma necessidade de avaliação mais cautelosa da puérpera e esse acompanhamento não pode ser interrompido após o parto, deve prosseguir durante o pós-parto até o reestabelecimento da mulher.

Nesse contexto, é imprescindível a importância da atenção à saúde da mulher gestante, visto que as causas obstétricas diretas são responsáveis por dois terços dos óbitos maternos, sendo quase que em sua totalidade, considerados evitáveis (Brasil, 2009). Denotando a baixa qualidade da atenção obstétrica e do planejamento familiar prestado às mulheres brasileiras e, para mudança desse quadro, é vital a adesão a um pré-natal de qualidade.

O Enfermeiro na Assistência ao Pré-Natal

Martins, (2018) destacam que planejamento reprodutivo, o monitoramento, o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz das complicações que ocorrem durante a gestação, o parto e pós-parto contribuem para redução dos óbitos, possibilitando o direito à vida. Condutas que visam a melhorias nas condições de vida das gestantes e puérperas devem ser prioridades para minimizar a mortalidade materna, considerando o ocorrido não apenas como um problema de saúde de difícil resolução, mas avaliando indicadores socioeconômicos e rastreando grupos de vulnerabilidade social.

Nesse contexto, (Barreto, 2017) ratificam que, com a capacitação de vida, o enfermeiro pode atuar na atenção básica, rede ambulatorial e hospitalar, nos quais é possível a detecção de agravos que possam existir durante a gravidez e o puerpério, levando o enfermeiro a prestar cuidados à saúde materna por meio de uma assistência de qualidade, contribuindo de tal forma para a redução da mortalidade materna.

O enfermeiro deve promover ações preventivas envolvendo ações em seu cuidar, e essa medida é avaliada pelo Ministério da Saúde como fator de mudança importante desse quadro. Assim como ações educativas visando à redução da mortalidade materna e garantindo o direito à vida e saúde da mulher, tendo com aliadas às políticas públicas existentes. Tal prática do enfermeiro voltada para a prevenção da mortalidade materna.

Ruiz, (2017) verifica a importância da avaliação de enfermagem aos riscos gestacionais e puerperais, dando exemplos como a responsabilidade de quantificar a perda sanguínea no puerpério, estar atento aos sinais e sintomas de hemorragia, melhorar a comunicação interdisciplinar e mobilizar uma resposta rápida e adequada da equipe. Nessa perspectiva, o enfermeiro deve estar atento aos sinais e sintomas de risco e instituir o tratamento o mais precoce possível a fim de

uma resposta e reversão adequada. Nesse sentido, ele é responsável pela execução do tratamento prescrito, a monitorização da paciente, prevenção de complicações e promoção de conforto, sendo sua atuação essencial para o tratamento adequado e melhor prognóstico da gestante e puérpera.

Sabe-se que a Enfermagem é um importante componente da equipe multidisciplinar de saúde que presta assistência a pacientes internados em instituições hospitalares, uma vez que ela realiza cuidados 24 horas por dia e que mantém maior contato com o paciente. No entanto, nota-se que a equipe, muitas vezes, não se envolve emocionalmente no cuidado do paciente, até como forma de barreira para se proteger do sofrimento psíquico.

Castilho, (2016), exemplifica a importância do acompanhamento pré-natal individualizado, onde seja possível conhecer as gestantes vulneráveis, os aspectos psicossociais, pessoais e familiares, incluir o rastreamento de sintomas depressivos na anamnese e ter dentro da rede de atenção, um fluxo que destaca a enfermagem como profissional de maior amplitude de visão na atenção básica.

Em relação ao atendimento hospitalar, (Ribeiro, 2018) destaca que, quando ocorre um bom relacionamento entre a equipe de Enfermagem e a parturiente, há maior receptividade, entendimento, estima, paciência e afago, o que propicia melhor estabilidade da mulher durante o parto, o que reduz intercorrências. Em destaque os profissionais de Enfermagem exercem um papel importante no cuidado à parturiente devendo prestar orientações, elucidar dúvidas, acolher e auxiliar durante o trabalho de pré-parto, parto e no puerpério.

De acordo com Rahim (2017), o enfermeiro precisa atentar para as necessidades biopsicossociais das gestantes em vulnerabilidades, exemplo mulheres soropositivas, considerando o medo que elas possuem de contaminar outras pessoas da família e a criança, isolando-se e se culpabilizando, além do conflito mental e das questões reprodutivas envolvidas, buscando conferir qualidade à assistência. Nesse contexto, reforça-se o papel da educação em saúde como forma de contrapor os mitos e o preconceito.

4. Conclusão

A mortalidade materna ainda é um problema de saúde pública, principalmente no Brasil. Falhas no atendimento dos profissionais de saúde e as vulnerabilidades sociais contribuem para o alto número de mortes materna ainda prevalente no Brasil. Nesse sentido, nota-se que ainda há um longo caminho a seguir, na busca da mudança dos indicadores de saúde materna. Diante dos resultados obtidos, pode-se observar a importância de maiores e melhores publicações sobre o assunto.

O início tardio do pré-natal e a realização inadequada do número de consultas contribuem, dentre outros fatores, para aumento da mortalidade. Para isso, torna-se importante a melhoria da qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério. É importante priorizar a atenção primária, tendo o profissional de enfermagem um papel protagonista nesse cenário. Já que esse profissional tem capacidade e respaldo legal para realização integral do pré-natal de baixo risco.

A assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro é um momento de importância para identificação precoce de riscos obstétricos, bem como a intervenção e o encaminhamento. Conclui-se que a assistência pré-natal às gestantes pode de fato contribuir para prevenção da mortalidade materna, almejando a redução do número de óbitos com grande impacto nos indicadores de saúde nacionais.

A reflexão tem por sua finalidade, trazer a importância vinculada a novas pesquisas e estudos com a temática A importância da Atuação do enfermeiro nas unidades básicas de saúde e seu impacto na redução da mortalidade materna. Tendo por seu papel principal, estratégias e medidas traçadas acerca da necessidade de um plano e ações de cuidados diferenciados, colocando em pauta a adequação e complexidade do paciente. Relevando também um bom conhecimento e as potenciais complicações no decorrer do tratamento, abordando da melhor forma com qualidade e agilidade, mantendo-se sempre como base o bem estar.

Referências

- Akobeng, A. K. (2005). Principles of evidence based medicine. *Archives of disease in childhood*, 90(8), 837-840.
- Brazil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2009). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Editora MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2000). *Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasil. Ministério da Saúde.
- Brasil, & Ministério da Saúde. (2012). Política nacional de atenção básica.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 0516/2016. Conselho Federal de Enfermagem. Brasil, DF, 2016. <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html>.
- De Enfermagem, C. F. (2009). Resolução COFEN-358/2009. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]*. Brasília: COFEN.
- de Freitas, G. L. (2009). Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Revista eletrônica de enfermagem*, 11(2).
- Felix, L. G., Soares, M. J. G. O., & Nóbrega, M. M. L. D. (2012). Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65, 83-91.
- Goulart, C. S., Mariano, V. T., Castilho, W. R. F., do Nascimento Segura, J. S., & Mota, W. H. (2018). Percepção do enfermeiro da atenção básica acerca do atendimento à gestante soropositiva. *Journal of Health & Biological Sciences*, 6(3), 286-292.
- Humanizada, A. Q. E. (2005). Pré-natal e puerpério.
- Jacobi, E. R. T., Gomes, C. M., & Jacobi, L. F. (2018). Análise dos indicadores relativos à saúde da gestante de um município do sul do Brasil. *Saúde (Santa Maria)*, 3(44).
- Leal, R. C., Santos, C. N. C., Lima, M. J. V., Moura, S. K. S., Pedrosa, A. O., & Costa, A. C. M. (2017). Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11(4), 1641-1649.
- Martins, A. C. S., & Silva, L. S. (2018). Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 677-683.
- Martins, A. L. (2006). Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 2473-2479.
- Moll, M. F., Goulart, M. B., Caprio, A. P., & Ventura, C. A. A. (2018). Enfermeiros no fortalecimento da rede de saúde numa cidade do triângulo Sul/Minas Gerais. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 8.
- Moura, E. R. F., & Silva, R. M. D. (2004). Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 9, 1023-1032.
- PARECERCOREN-SP008/2016 – CT. Ementa: Pré-natal realizado por Enfermeiro em caso de gestação gemelar sem outros fatores de risco. Processo nº 651/2016.
- Pasqual, K. K., Carvalhaes, M. A. D. B. L., & Parada, C. M. G. D. L. (2015). Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 21-27.
- Paz, A. P. B., & Salvaro, G. I. J. (2011). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: propostas educativas em foco. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*.
- Pessoa, I. N., de Menezes, E. D., de Freitas Ferreira, T., Dotto, L. M. G., & Bessa, L. F. (2009). Percepção de puérperas sobre assistência de enfermagem na gravidez. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 236-241.
- Santos, N. L. D., & Garcia, E. (2019). O planejamento familiar e a mortalidade materna por aborto. *Rev. baiana saúde pública*, 241-256.
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., ... & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet global health*, 2(6), e323-e333.
- Scarton, J., Thurow, M. R. B., Ventura, J., da Silva, D. N., Perim, L. F., & de Siqueira, H. C. H. (2020). Mortalidade materna: causas e estratégias de prevenção. *Research, Society and Development*, 9(5), e67953081-e67953081.
- Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. (2002). Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento.
- Silva, A. M. D., Santos, M. C. S. D., Silva, S. R. D. M., Ferreira, F. Â., Freitas, R. D. S. C., Santos, R. E. A. D., & Gouveia, M. T. (2018). Aleitamento materno exclusivo: empecilhos apresentados por primíparas. *Rev. Enferm. UFPE on line*, 3205-3211.
- Silva, R. D. N. D. (2020). A agenda 2030, os ODS, o perfil dos (as) comandantes e as boas práticas das guardas municipais das capitais.
- Souza, J. P. (2015). A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37, 549-551.
- Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8, 102-106.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2018). *Estratégia Regional para Redução da Mortalidade e Morbidade Materna*. 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana. 54ª Sessão do Comitê Regional. Washington DC, USA.

Vieira, L. J. E. D. S., Silva, A. C. F. D., Moreira, G. A. R., Cavalcanti, L. F., & Silva, R. M. D. (2016). Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 3957-3965.

World Health Organization. (2019). *Preventing unsafe abortion: evidence brief* (No. WHO/RHR/19.21). World Health Organization.