

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE MORBIDADES DO CICLO-GRAVÍDICO

Ana Luiza Freitas Oliveira¹, Frederico Antunes de Souza¹, Nathalia da Silva Barbosa¹, José Junior Ferrari de Oliveira Silva²

1- Acadêmicos do curso de Enfermagem da Faculdade Multivix de Nova Venécia

2- Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional. Especialista em Educação. Graduado em Letras e Pedagogia. Avaliador do INEP/MEC. Professor da Faculdade Multivix Nova Venécia.

RESUMO

O presente artigo busca uma discussão sobre a atuação do enfermeiro na prevenção de morbidades no ciclo-gravídico. O objetivo desse trabalho é identificar as possíveis intervenções de enfermagem na detecção e prevenção de morbidades no período gestacional. Em relação aos procedimentos metodológicos, o trabalho é caracterizado por ser uma pesquisa bibliográfica, de cunho exploratório, de natureza qualitativa e de coleta de dados em referências bibliográficas (livros, revistas, artigos, etc.). Conclui-se que, ao acompanhamento à gestante através do pré-natal é primordial como forma de prevenção, criação de vínculo entre profissional e paciente, esclarecimento de dúvidas e, conseqüentemente, redução da taxa de mortalidade materna por causas evitáveis.

Palavras Chave: Enfermeiro; morbidades; ciclo-gravídico; pré-natal; prevenção.

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo da atual pesquisa permeia as doenças que acometem a gestante durante o ciclo-gravídico, que se destacam no campo de saúde da mulher e merecem uma atenção especial do profissional de enfermagem, que atua na atenção primária. Observa-se, dessa forma, uma urgência na discussão das diversas metodologias de atuação da enfermagem, como o planejamento familiar e o pré-natal, e implementar políticas públicas de forma resoluta e sistematizada com o intuito de intervir de forma interdisciplinar, combater os óbitos maternos e reduzir os atuais indicadores.

Nesse sentido, torna-se necessário o seguinte questionamento: quais são os meios disponíveis para o enfermeiro intervir, de modo preventivo, nas morbidades que afetam a mulher no ciclo-gravídico?

Isso posto, justifica-se tal tema a partir dos altos índices de mortalidade materna decorrentes de complicações no período gravídico que assola o Brasil há décadas, visto que os casos de morbidade na gestação se apresentam como

uma tendência significativa em detrimento das formas de se aplicar medidas preventivas e efetivas para a redução dessa problemática.

Os profissionais da saúde precisam transcender o foco biomédico na atenção ao pré-natal, passando a considerar os aspectos multifatoriais que influenciam a vida da gestante em todo seu contexto ambiental. (HOFFMANN, 2008, p.38)

De acordo com o revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, idealmente, assim como ocorre em países desenvolvidos, os países em desenvolvimento deveriam ter condição de diagnosticar precocemente e tratar as urgências e emergências maternas, garantindo, com o menor risco possível, o processo natural da reprodução humana. (SOUSA, et, al, 2006)

Segundo Brasil (2018), em consonância com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, em 2015, o Brasil registrou 1.738 casos de morte materna que engloba óbitos causados por problemas relacionados à gravidez ou ao parto ou ocorridos até 42 dias depois.

A graduação de enfermagem vem com vários propósitos para quem escolhe essa profissão, portem o mais impactante e transformador é o câmbio da visão antes do contato com a profissão em si, que mostra o enfermeiro como um simples agente que atua na saúde, para um verdadeiro promotor, gerenciador e intervencionista nos processos saúde/doença, evidenciado dentro do curso.

Uma das mais importantes intervenções de enfermagem contra as complicações existentes na gravidez é a comunicação e a orientação antes, durante e após o pré-natal, porém têm havido falhas nos processos de cuidados que envolvem as vidas de mães e crianças, o que evidencia o tema como relevante e de grande preocupação. A maior motivação para o grupo em relação à profissão, assim como deste artigo, é contribuir para a otimização do atual cenário de saúde do Brasil e isso se torna verdade no presente artigo. Desse modo, é pertinente a estruturação de um modelo de intervenção eficaz e determinante na redução da morbimortalidade materna.

Nesse sentido, é notório que a atuação do enfermeiro na atenção primária se resume, principalmente a técnicas de prevenção que visam diminuir a sobrecarga persistente nos serviços públicos de saúde. Assim sendo, a presente

investigação científica tem como objetivo geral identificar como o enfermeiro pode atuar na prevenção das morbidades do ciclo gravídico.

Referencial teórico

A relevância da atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco

A nível de atenção primária, a equipe de profissionais de saúde é responsável por atender o público em seus respectivos grupos de risco, dentre eles estão as gestantes. A assistência de enfermagem à gestante inicia-se, preferencialmente, no pré-natal de captação precoce, quando o enfermeiro identifica as mulheres grávidas com o auxílio de sua equipe multiprofissional e as acolhe para as consultas.

Nesse sentido, é válido enfatizar, inicialmente, as razões que tornam o enfermeiro um profissional indispensável durante o ciclo-gravídico.

Logo, suas habilidades em gerenciar as ações da equipe da atenção primária são necessárias para, primeiramente, organizar e capacitar os agentes comunitários de saúde (ACS) e os técnicos de enfermagem com o intuito de identificar as gestantes cadastradas em sua microárea e iniciar o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez, como preconiza o Ministério da Saúde.

“O calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas e, que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos.” (BRASIL, 2012, p.62).

Por isso, a utilização de ações voltadas para a prevenção, como a educação continuada para os ACS, que fazem visitas domiciliares mensais e, assim, podem auxiliar na captação precoce dessas gestantes, têm como objetivo levar essas mulheres para a Unidade de Saúde e iniciar o seu pré-natal.

A saúde da mãe é uma determinante importante durante o período gestacional. É dela que depende o bem-estar do seu futuro filho. Por esse motivo, faz-se necessário que durante a gestação a mulher seja orientada e encorajada a buscar medidas que previnam qualquer intercorrência que possa prejudicar o crescimento e o desenvolvimento do bebê. (MOURA, *et al.*, 2015, p.2935)

À vista disso, é importante ressaltar que é durante o pré-natal que a gestante deve receber um atendimento adequado, a fim de garantir que suas necessidades de saúde (consultas, exames, ultrassonografias, medicamentos, etc.) sejam supridas durante esse processo de gestação e parturição. Esse cuidado deve ser promovido de forma humanizada para que assim, haja uma redução de morte materna e infantil.

De acordo com Shimizu; Lima (2009)

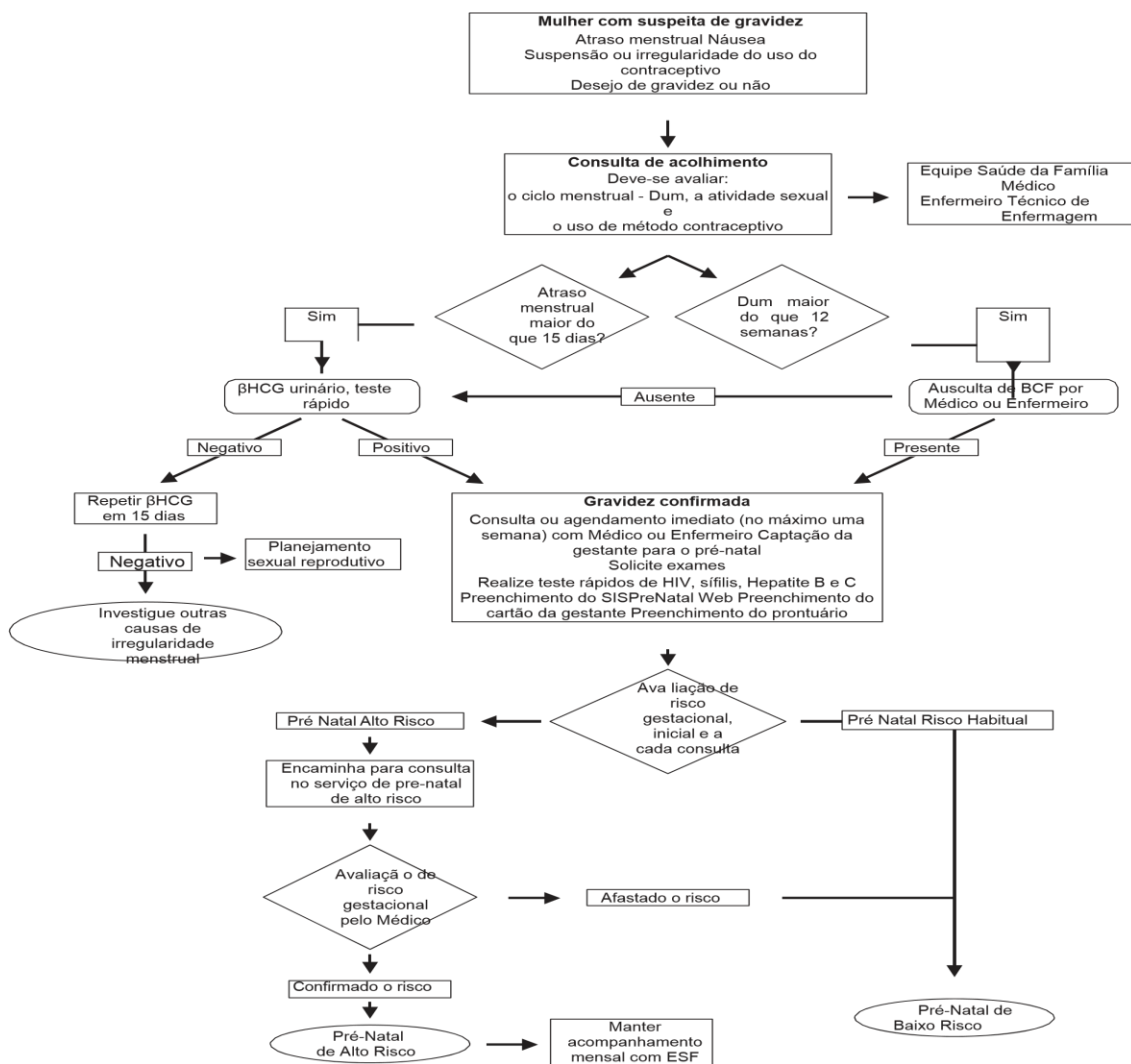
Na história da saúde pública, a atenção materno-infantil tem sido considerada uma área prioritária, principalmente no que diz respeito aos cuidados da mulher durante a gestação, que engloba: o pré-natal, o parto e o puerpério, a fim de manter um ciclo gravídico-puerperal com o menor risco possível para o binômio mãe-filho. (p.388)

Em concordância com o autor, esse cuidado no decorrer da gestação se torna essencial, pois a execução do pré-natal é indispensável para que haja a prevenção e/ou descoberta precedente de doenças da mãe e do bebê, diminuindo os riscos de ambos.

A gestação é considerada de baixo risco, quando a gestante e o bebê não indicam complicações e, conseqüentemente, não precisam de maiores intervenções.

Faz-se necessário o conhecimento científico e clínico da equipe transdisciplinar (enfermeiros, dentistas, médicos, etc.) dentro da atenção primária à saúde, visto que, para a identificação e classificação de risco da gestante, o profissional será capaz de elaborar um plano de ação com o intuito de acompanhar cada gestante atendendo a cada uma de suas peculiaridades.

Tabela 1 - Fluxograma de Pré-Natal



Garanta o atendimento no ambulatório de pré-natal de alto risco.
Mantenha acompanhamento da equipe da área de abrangência. Visitas domiciliares mensais pelos ACS e se necessários pela equipe.
Identifique e informe a gestante o hospital de referência de alto risco para o parto.
Agende consulta de puerpério para a primeira semana pós-parto.

Atendimento pela equipe da área de abrangência. Consultas com médico e enfermeiro.
Inclua o companheiro da gestante nas consultas.
Monitore os retornos.
Visitas domiciliares mensais pelos ACS e se necessários pela equipe.
Identifique e informe hospital de emergência de baixo risco para o parto. Agende consulta de puerpério (para a mãe e o RN) para a primeira semana pós-parto.

Fonte: SOARES, Dra. Cássia Elena (p. 02)

O enfermeiro é inteiramente capacitado para atuar no pré-natal de baixo risco, o qual se faz possível a detecção de qualquer desvio relativo à normalidade tanto da mãe, quanto do bebê, garantindo, assim, um desenvolvimento saudável da criança e amenizando os riscos gestantes. Além de ações educativas para a gestante e sua família, a fim de esclarecer dúvidas sobre os cuidados na gestação, com recém-nascido e amamentação.

O pré-natal de baixo risco realizado pelo enfermeiro objetiva monitorar e dar seguimento as gestantes de baixo risco, bem como, identificar adequada e precocemente as pacientes com potencial para evolução desfavorável, devendo ser encaminhadas para o acompanhamento de alto risco que é realizado pelo médico ginecologista. (RAMOS, *et al.*, 2017, p.04)

Dito isso, faz-se valer a premissa de que o profissional de enfermagem atua na porta de entrada da Atenção Básica, isto é, tem o primeiro contato com todas as pessoas que buscam esse serviço e, conseqüentemente, constrói uma sólida e prévia confiança com esse público, em especial as mulheres.

(...) Colocam o enfermeiro como vínculo existente entre a gestante e o seu acompanhamento de pré-natal, com a escuta qualificada, criação do vínculo profissional – paciente.
Mostra a gestante como um ser biopsicossocial que precisa de um olhar mais amplo do enfermeiro, da família e da sociedade. (DUARTE; ALMEIDA, 2014, p. 1034)

A partir disso, o enfermeiro conseguirá moldar essa confiança e usá-la no momento do acolhimento, no pré-natal, a fim de transmitir segurança e tranquilidade à gestante.

A Política Nacional de Humanização toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, o que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde.

O acolhimento da gestante na atenção primária implica na responsabilização pela integridade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidade de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados. (BRASIL, 2012, p.39)

Desse modo, é essencial que o enfermeiro use a gama de informações e técnicas que possui para orientar a gestante sobre todos os processos de sua

gravidez, desde as mudanças fisiológicas que ocorrem em seu corpo até a avaliação e queixas e receios que a gestante possa ter, esclarecimentos sobre medicamentos e suplementação, meios para aprimorar a alimentação, assim como o que não deve ser consumido durante a gestação, instruções que devem ser dadas sobre a importância e o manejo correto da amamentação exclusiva, orientações à cerca dos seus direitos como gestante e apresentação do local no qual o parto vai ocorrer, assim como da equipe que irá acompanhá-la.

Ramos *et al.* (2017) ressalta que a consulta de pré-natal é um momento especial para o enfermeiro, no qual o profissional pode desenvolver diversas ações inerentes a essa atividade com autonomia. Dentre as inúmeras atribuições do enfermeiro destaca-se a documentação em prontuário da história clínica e obstétrica, avaliação do risco gestacional, orientação aos cuidados com a pele, ausculta dos batimentos cardíacos, e ainda identificar e guiar sobre as queixas mais frequentes.

O profissional de enfermagem deve estar preparado para atender a gestante em sua integralidade, evidenciando os seus direitos e aspectos biopsicossociais, além de se utilizar de conhecimento técnico-científico para elevar o pré-natal ao seu nível preventivo, não apenas à uma consulta de rotina. Em suma, a partir de uma abordagem profissional e humanizada, a gestante, mesmo classificada como baixo risco, vai se sentir mais segura durante o ciclo-gravídico, resultando em uma gravidez tranquila e melhor aproveitada.

A importância da realização do pré-natal de baixo risco

Segundo Cardoso *et al.* (2019), o pré-natal consiste em um acompanhamento à gestante do início ao fim da gravidez. O mesmo trabalha com prevenções de patologias para diminuir os agravos na saúde da mulher. Sabendo que nessa fase é desencadeado diversas doenças, uma vez que ocorre no corpo da mulher transformações tanto físicas como psicológicas.

Brasil (2012) afirma, conforme publicado no Caderno de Atenção Básica – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, o profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de

acordo com o Ministério da Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

Toda gestante tem o direito de ter o pré-natal de qualidade conduzido por profissionais capacitados com a mesma visão de mostrar que o pré-natal é uma excelente medida preventiva.

De acordo com Andrade; Castro; Silva (2016), foi criado o programa de Humanização no pré-natal e nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 569 de 01/06/200, que tem prioridades e objetivos, entre eles, estudar possíveis medidas para a melhoria de atendimento a gestantes e um bom acompanhamento pré-natal. Um pré-natal bem realizado não só traz benefícios para a gestação como também para os profissionais que realizarão o parto.

É válido ressaltar a instituição da Rede Cegonha pelo Ministério da Saúde, dentro da atenção primária, cujo principal objetivo é reduzir o índice de morbimortalidade materna no Brasil, de forma a estruturar e consolidar uma rede de cuidados para a gestante e, desse modo, afirmar o compromisso que o SUS tem com esse público em específico.

Segundo Brasil (2012), a estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional.

O enfermeiro deve realizar as consultas de pré-natal desde que a classificação de risco feita no início de cada consulta, considerando a evolução da gestante nos períodos entre as consultas como uma variável individual, sempre apresente um escore de baixo risco, intercalando as consultas com o médico.

Em consonância com Soares (2015), o somatório de até 4 pontos, na classificação de risco, deve receber atendimento intercalado de Pré-Natal, na Atenção Básica, pelo enfermeiro e pelo médico.

O Caderno de Atenção Básica – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco cita os 10 passos para a realização de um pré-natal seguro e resolutivo na atenção primária:

- 1º Passo: Iniciar o Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).
- 2º Passo: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
- 3º Passo: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultados dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
- 4º Passo: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente o cuidado biológico: “rodas de gestantes”.
- 5º Passo: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
- 6º Passo: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: “pré-natal do(a) parceiro(a)”.
- 7º Passo: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
- 8º Passo: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do “Plano de Parto”.
- 9º Passo: Toda gestante tem o direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
- 10º Passo: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal. (BRASIL, 2012, p.38)

E ainda cita as atribuições do enfermeiro no pré-natal:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para o tratamento das DST, conforme protocolo de abordagem síndrômica);
- Orientar a vacinação das gestante (contra tétano e hepatite B);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para a consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldades para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência.
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu parceiro sobre o planejamento familiar. (BRASIL, 2012, p.47)

Portanto, pela análise do exposto, faz-se entender a responsabilidade do enfermeiro durante toda a dinâmica do pré-natal, visto que o acompanhamento no processo de desenvolvimento da criança, além das mudanças fisiológicas, psíquicas e sociais compartilhadas pelo binômio mãe/bebê pode ser capaz de prevenir riscos e, conseqüentemente, a morbimortalidade materna.

As principais morbidades do ciclo-gravídico

Os altos índices de mortalidade materna se configuram como um problema de saúde pública no Brasil, a partir do fato de que os óbitos acontecerem, majoritariamente, por causas evitáveis. Por isso, nota-se que a maior parte desses números poderiam ser reduzidos caso houvesse mudanças eficazes no atendimento pelo enfermeiro à gestante durante o pré-natal.

De acordo com Brasil (2009), a mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma estratégia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento.

Segundo Silva *et al.*, (2016, p.492):

Para que o Brasil fosse capaz de atingir o quinto “objetivo de desenvolvimento do milênio”, ou seja, redução de três quartos da mortalidade materna no período de 1990 a 2015, correspondendo a uma taxa de 35 mortes maternas a cada 100 mil nascidos, precisaria reduzir quase pela metade a taxa anual de 64.83 óbitos por 100 mil nascidos vivos de 2012. Infelizmente, o desafio de reduzir significativamente os níveis de mortalidade materna no país permanece.

Os cuidados durante a gestação e após o parto, podem salvar a vida de mulheres que muitas vezes, por falta de informação sobre a importância da realização do pré-natal com profissional capacitado, acabam não procurando e/ou não tendo acesso aos serviços de saúde. As complicações que podem ocorrer no período gestacional e puerperal, podem ser prevenidas e/ou tratadas para que não se tornem fatais.

A mortalidade materna derivada de complicações durante o ciclo-gravídico é um fato que traz um peso significativo para uma família que espera ansiosamente pela chegada do novo membro.

A morte materna é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), como: morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

As causas da mortalidade materna, segundo definição da CID-10. Dividem-se em:

- Causas obstétricas diretas: são resultantes de complicações da gravidez, parto ou puerpério devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou à cadeia de eventos resultante de qualquer uma dessas causas mencionadas. As causas mais frequentes são as doenças hipertensivas (incluindo eclampsia, síndrome HELLP), hemorragias e infecção puerperal;
- Causas obstétricas indiretas: são as que resultam de doença prévia da mãe ou desenvolvida durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. As causas mais frequentes são: diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. (DIAS *et al.*, 2015, p.174)

Em alinhamento com o autor supracitado, existem patologias que são comuns na gestação e são através delas que a gestante recebe a classificação de risco. Segundo SILVA (2018), os principais distúrbios apresentados foram os hipertensivos, hemorrágicos e infecciosos.

Nesse sentido, faz-se necessário classificar as diferentes morbidades que acometem a mulher durante a gravidez.

Segundo Brasil (2012), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal.

Sabe-se que a gravidez pode induzir hipertensão arterial em mulher previamente normotensa ou agravar uma hipertensão preexistente. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a HAS na gestação é classificada nas seguintes categorias principais:

- Hipertensão crônica: estado hipertensivo registrado antes do início da gestação no período que precede a 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto. Esta condição não está associada a edema e proteinúria (salvo se houver dano renal antes da gravidez) e persiste depois de 12 semanas após o parto.
- Hipertensão gestacional: aumento da pressão arterial que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria. Normalmente a PA se normaliza nas primeiras 12 semanas de puerpério, podendo, por isso, ser definida como “transitória”, embora a condição geralmente recorra em 80% das gestações subsequentes. Acredita-se que tais mulheres são propensas a desenvolver hipertensão arterial essencial no futuro. Quando a hipertensão persiste, ela é denominada como “crônica”. É um diagnóstico bastante retrospectivo, pois as complicações das pacientes que no momento da avaliação se apresentam sem proteinúria podem evoluir com pré-eclâmpsia;
- Pré-eclâmpsia: aparecimento de hipertensão e proteinúria (300mg ou mais de proteína na urina de 24h), após 20ª semana de gestação, em gestante previamente normotensa. É uma desordem multissistêmica, idiopática, específica da gravidez humana e do puerpério, relacionada a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstricção aumentada e redução da perfusão. O edema atualmente não faz mais parte dos critérios diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompanhe o quadro clínico;
- Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;
- Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: é definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática em gestantes portadoras de HAS crônica, com idade gestacional superior a 20 semanas. (BRASIL, 2012, p. 178-180)

De acordo com Brasil (2012), uma complicação grave, que acomete 4% a 12% de gestantes com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia e que se relaciona a altos índices de morbiletalidade materno-fetal, é a síndrome *HELLP*. O acrônimo *HELLP* significa hemólise (*hemolysis*), aumento de enzimas hepáticas (*elevated liver enzymes*) e plaquetopenia (*low platelets*). A síndrome está relacionada ao vasoespasmismo no fígado materno. A sintomatologia é, em geral, pobre, podendo-se encontrar mal-estar epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos, perda de apetite e cefaleia.

Em conformidade com os autores citados acima, é essencial que a gestante esteja em alerta quanto aos sintomas que podem indicar o início de um

distúrbio hipertensivo, pois é requerido que a mulher seja orientada quanto à alimentação balanceada no período gestacional, assim como a quantidade adequada de ingestão hídrica diária conforme a sua necessidade e à prática de exercícios físicos indicados pelo médico.

Além as síndromes hipertensivas existem, também, as síndromes hemorrágicas, que podem ser classificadas como:

Na primeira metade da gestação: abortamento, deslocamento cório-amniótico, gravidez ectópica e neoplasia trofoblástica benigna (mola hidatiforme);

Na segunda metade da gestação: placenta prévia (PP) e deslocamento prematuro de placenta (DPP). (BRASIL, 2012, p. 159-160)

As infecções do trato urinário são, segundo Brasil (2012), as mais comuns em mulheres jovens, que representa a classificação clínica mais frequente na gestação, ocorrendo em 17% a 20% das mulheres nesse período. Está associada à rotura prematura de membranas, ao aborto, ao trabalho de parto prematuro, a corioamnionite, ao baixo peso ao nascer, à infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia na gravidez.

Perante o exposto, Rezende e Montenegro (2012) esclarecem sobre a importância de a mulher focar nos cuidados voltados à prevenção de infecções, como manter a higiene adequada das partes íntimas, ingerir líquidos ao longo do dia, sempre higienizar a vagina após relações sexuais, dentre outros.

Caso seja diagnosticada com infecção do trato urinário (ITU), fazer o uso correto das medicações prescritas pelo médico, respeitando os horários, para que a infecção seja tratada de forma adequada e não necessite de maiores investigações (internação hospitalar), sendo assim, contar com uma gestação tranquila e segura.

Em virtude dos fatos mencionados, acredita-se que é necessário um aperfeiçoamento no atendimento prestado à gestante em seu corpo, sobre as doenças que podem ser desenvolvidas nesse período, noções sobre o aleitamento materno exclusivo, medidas de prevenção de doenças, bem como a detecção precoce das mesmas.

É primordial a capacitação das gestantes quanto aos cuidados no período gestacional para a melhoria da qualidade de vida, a fim de que haja uma diminuição da taxa de mortalidade materna por causas evitáveis.

A educação em saúde como um mecanismo preventivo relacionado às morbidades gestacionais

Durante a gestação existe a possibilidade de haver intercorrências, geralmente associadas ao ciclo gravídico ou a comorbidades já vivenciadas pela mulher antes do início da gravidez.

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentarem maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. (BRASIL, 2012, p.09)

Após o diagnóstico de gravidez ser confirmado, já na primeira consulta, seguindo o fluxograma de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), o enfermeiro deve realizar a classificação de risco gestacional, assim como em todas as consultas subsequentes, a fim de identificar fatores que possam indicar possíveis complicações e, conseqüentemente, encaminhar a gestante para o serviço de referência.

Portanto, é indispensável que a avaliação de risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. Em contrapartida, quando são identificados fatores associados a um pior diagnóstico materno e perinatal, a gravidez é identificada como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica. (BRASIL, 2012, p. 57)

O enfermeiro é responsável por acolher e acompanhar as mulheres que chegam à unidade de saúde procurando atendimento pré-natal e, por ser respaldado para realizar a consulta da gestante classificada como baixo risco, esse profissional deve estar preparado para reconhecer as possíveis intercorrências que acometem a gestante, suas principais causas e os diferentes

modos de encaminhamento para os serviços de alta complexidade, se necessário.

Desse modo, é pertinente que o profissional de enfermagem saiba reconhecer, identificar e agir de modo preventivo sobre as morbidades relacionadas à gestação. Visto que, muitas delas, podem ser evitadas antes da gravidez se iniciar, desde que haja um planejamento e uma organização dentro da atenção primária.

Conhecer a prevalência, os principais tipos de doenças ou agravos e as características sociodemográficas de mulheres com intercorrência na gestação pode favorecer o manejo e a prevenção de desfechos indesejáveis para a mãe e para o seu filho. (VARELLA, 2017, p. 02)

Assim, é necessário colocar em prática todas as técnicas e metodologias para evitar tais morbidades e assumir um compromisso com as gestantes e com as futuras gestantes.

Uma das formas para o enfermeiro usar a prevenção na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é realizar a educação continuada, também conhecida como educação permanente, com a equipe, visto que, principalmente os ACS e os técnicos de enfermagem são uma extensão da atuação do enfermeiro para que este alcance todos os usuários de sua microárea.

De acordo com Silva, Conceição e Leite (2008), a educação permanente em saúde é um dos meios para se propagar o conhecimento dentro de uma equipe e deve ser utilizado pelo enfermeiro a fim de que haja uma otimização na comunicação e os serviços sejam efetivados de forma concreta.

Outra abordagem vinculada à vertente da educação é conhecida como educação em saúde, destinada ao público, ou seja, aos usuários dos serviços de saúde que precisam estar munidos de informações sobre como evitar o desenvolvimento e a progressão de doenças.

Sendo o pré-natal um espaço adequado para que a mulher prepare-se para viver o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz, entendemos que o processo educativo (educação em saúde) é fundamental não só para a aquisição de conhecimento sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser cidadã. (RIOS; VIEIRA, 2007, p. 479)

Nesse contexto a educação em saúde deve ser usada pela equipe de enfermagem como um instrumento de informação, de forma fidedigna, com o intuito de minimizar as intercorrências clínicas do ciclo-gravídico, bem como prevenir precocemente o desenvolvimento de patologias.

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimento é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. (BRASIL, 2012, p. 57)

Realizar palestras sobre temas variados, assim como rodas de conversas e reuniões individuais com as gestantes, a fim de dar informações sobre assuntos pertinentes ao ciclo gravídico puerperal, como a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade da criança, orientar sobre a necessidade do uso de sulfato ferroso e ácido fólico prescrito pelo médico ou pelo enfermeiro, incentivar a ingestão de líquidos e o compartilhamento de experiências entre o grupo, são meios que contribuem para a diminuição da ansiedade da gestante, evita a propagação de informações de cunho duvidoso e sem base científica e previne comportamentos que podem levar a complicações na gravidez.

Além da possibilidade de contribuir para o parto vaginal, o exercício físico, durante a gestação, parece proporcionar outras vantagens, como: efeito protetor contra parto prematuro, aumento do índice do líquido amniótico e redução do edema das gestantes e redução do risco de desenvolver diabetes gestacional. (SILVEIRA; SEGRE, 2012, p. 410)

Trabalhar com a população sobre hábitos saudáveis, como a prática de atividades físicas e alimentação balanceada, requer atenção especial voltada para as gestantes e futuras gestantes, visto que algumas doenças podem se desenvolver a partir da má alimentação e do sedentarismo.

Segundo a UNICEF (2015), o 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, que tinha como intuito reduzir a mortalidade materna em 75% até 2015 não foi atingido. Desse modo, para haver uma efetiva redução nesses indicadores, é necessário, primeiramente, que haja uma mudança nas bases do cuidado, ou seja, no planejamento familiar e na consulta de pré-natal.

Portanto, conclui-se que a prevenção permeia todas as ações voltadas para a redução de riscos e promoção à saúde e quando, ao se tratar da gestante, é imperioso a aplicação desse conceito, a fim de assegurar os seus direitos e mantê-la segura por toda a experiência da gravidez, parto e puerpério.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A proposta de pesquisa atual se insere na área de ciências da saúde e tem como finalidade a pesquisa básica que tem como propósito a identificação de uma problematização que poderá ser alvo de pesquisas futuras e, segundo Gerhardt e Silveira (2009), objetiva gerar conhecimentos novos, úteis para o avanço da ciência, sem aplicação prática prevista. Envolve verdade e interesses universais.

Trata-se de uma pesquisa exploratória que, segundo Gil (2017), possui o intuito de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses.

A natureza dos dados escolhida para a pesquisa é qualitativa. A abordagem qualitativa orienta-se de forma a explicar os fatos. A pesquisa qualitativa não se preocupa com a representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. (GOLDENBERG, 1997)

A técnica para a coleta de dados se baseia em pesquisa bibliográfica, que, de acordo com Gil (2017), é elaborada com base em material já publicado. Tradicionalmente, essa modalidade de pesquisa inclui material impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs, segundo o seu objetivo geral, discutir os principais mecanismos disponíveis para o enfermeiro intervir, de modo preventivo, nas morbidades que afetam a mulher no ciclo-gravídico. É evidente

a magnitude do desafio apresentado, porém tornou-se claro, ao longo do artigo, a importância de mitigar tal imbróglio.

Com isso, percebe-se quais áreas são as mais vulneráveis e que necessitam da atuação do enfermeiro com mais urgência, como as regiões afetadas por doenças prevalente na gestação. O pré-natal e o planejamento familiar, configuram-se como os instrumentos de maior possibilidade de intervenção do enfermeiro.

Portanto, conclui-se que o enfermeiro, como um protagonista de atuação direta nos processos de saúde, principalmente em seu tratando de prevenção na atenção primária, utilizando-se de estratégias efetivas contra as principais morbidades que acometem a gestante, tem o dever de reduzir os índices de complicações e, sobretudo, óbitos evitáveis de mulheres grávidas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Fabiana Maria de; CASTRO, José Flávio de Lima; SILVA, Antonio Viana da. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Bonito, v. 6, n. 3, p. 1-12, jul. 2016. Disponível em: file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/1015-6070-3-PB.pdf. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Saúde. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna**. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 17 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2012. p.320. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 17 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2009. 9 p.

CARDOSO, Soraya Lopes *et al.* **AÇÕES DE PROMOÇÃO PARA SAÚDE DA GESTANTE COM ÊNFASE NO PRÉ-NATAL**. 2019. Disponível em: file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/654-1374-1-PB.pdf. Acesso em: 28 set. 2021.

DIAS, Júlia Maria Gonçalves *et al.* Mortalidade Materna. **Revista Médica de Minas Gerais**, Aracajú, v. 25, n. 2, p. 173-179, jun. 2015. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>. Acesso em: 07 set. 2021.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ALMEIDA, Eliane Pereira de. O PAPEL DO ENFERMEIRO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João Del-Rei, v. 4, n. 1, p. 1029-1035, abr. 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/137/577>. Acesso em: 29 out. 2021.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). **Métodos de Pesquisa**. Rio Grande do Sul: Ufrgs, 2009. 120 p. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 01 out. 2021.

GIL, Antônio Carlos. **COMO ELABORAR PROJETOS DE PESQUISA**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017. p.33

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

HOFFMANN, Izabel Cristina. **A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal**. 2008. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria - Rs, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7309/IZABELCRISTINAHOFFMANN.pdf?sequence=1>. Acesso em: 01 nov. 2021.

MOURA, Samilla Gonçalves de *et al.*, **Assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro (a): um olhar da mulher gestante**. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**. Rio de Janeiro, 2015, v. 7, p 2935. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750947020.pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.

RAMOS, *et al.*, **Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária**. Maranhão, 2017, 04 p. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/433/719>. Acesso em: 17 out 2021.

REZENDE, J; MONTENEGRO, L.U. **Obstetrícia**. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2012.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 12, p. 477-486, maio 2007.

SHIMIZU, Helena Eri; LIMA, Maria Goreti. **As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem**. Ed, 3, vol. 62, 388 p., 2009.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/CRj6fLyrcGmSTrdLmR8gPwf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 set. 2021.

SILVA, Bruna Gonçalves Cordeiro da *et al.*, **Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012**. Revista Brasileira de Epidemiologia, Pelotas - RS, v. 19, n. 3, p. 484-493, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

SILVA, *et al.*, **Conceitos, prevalência e características da morbidade materna grave, near miss, no Brasil: revisão sistemática**. Recife. 2018. 47 p. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/38drPBWQyCgYbbrL7zX3fLw/?lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2021.

SILVA, Milena Froes; CONCEIÇÃO, Fabiana Alves; LEITE, Maria Madalena Januário. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 47-55, 5 set. 2008.

SILVEIRA, Lílian Cristina da; SEGRE, Conceição Aparecida de Mattos. Physical exercise during pregnancy and its influence in the type of birth. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 409-414, 2012.

SOARES, Dra. Cássia Elena. **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA**. 2015. Disponível em:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/rede-cegonha/eventos-2/oficina-de-fortalecimento-do-pre-natal/modulo-ii/9306-1-dra-cassia-elena-soares/file#:~:text=M%C3%A9dio%20Risco%3A%20Somat%C3%B3rio%20de%205,pelo%20enfermeiro%20e%20pelo%20m%C3%A9dico..> Acesso em: 09 set. 2021.

SOUSA, Maria Helena de *et al* (org.). Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 2, p. 167, jun. 2006.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 set. 2021.

UNICEF. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by who, unicef, unfpa, world bank group and the united nations population division**. Geneva: Who Library Cataloguing-In-Publication Data, 2015. p. 89. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf?jsessionid=72CA3E6678923764B1E3E5D513BD034A?sequence=1. Acesso em: 05 out. 2021.

VARELA, Patrícia Louise Rodrigues *et al.* Intercorrências na gravidez em puérperas brasileiras atendidas nos sistemas público e privado de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 8, p. 1-8, 8 jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/3WbJTVrSTWsvnbSzvndnHXk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 set. 2021.