



revista científica

LINKSCIENCEPLACE
interdisciplinar

Revista Científica Interdisciplinar. ISSN: 2358-8411

Nº 1, volume 1, artigo nº 4, Julho/Setembro 2014

D.O.I: 10.17115/2358-8411/v1n1a4

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

Marilucia Alves Silva de Souza¹

Graduanda em Enfermagem

Nubia Aparecida Ribeiro Lopes²

Graduanda em Enfermagem

Franz Viana Borges³

Professor-Orientador

Doutor em Ciências Naturais

Resumo

A Estratégia Saúde da Família foi elencada pelo Ministério da Saúde como um meio de reorientar a assistência prestada tendo não só o indivíduo, mas sua família e comunidade como foco de ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação humanizando as práticas de saúde com ênfase na educação em saúde. O governo propõe a assistência à saúde da mulher por representarem aproximadamente 50 % da população. São as mulheres que mais utilizam o SUS não só para si, mas acompanham familiares e vizinhos. O Ministério da saúde altera o Programa de Saúde da Mulher, que anteriormente era voltado para o período gestacional e incorpora os princípios de integralidade ampliando suas ações. Ainda assim o Brasil não alcançará a meta de redução de mortalidade materna acordada no “Pacto do Milênio” para 2015 que é de 35 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Mesmo com uma redução de 43% o Brasil ainda apresenta 68 óbitos por 100.000 nascidos vivos, enquanto países desenvolvidos apresentam 9 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Pesquisas revelam que a mortalidade materna no Brasil se dá pela má qualidade da assistência prestada na atenção básica como pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar, hemorragias, abortos incompletos e doenças hipertensivas. Em sua grande maioria por causas evitáveis. Este artigo objetiva

¹Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana - RJ,
marilucia.alvessilva@yahoo.com.br

² Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana - RJ,
nubiabji2006@hotmail.com

³ Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana - RJ,
franzborges@gmail.com

descrever, através de uma revisão da literatura, as ações do profissional Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família que podem contribuir para a redução dos índices de mortalidade materna no Brasil.

Palavra-chave: Enfermeiro, Mortalidade Materna, Estratégia Saúde da Família

Abstract

Family Health Strategy was planned by Health's Ministry as a way to refocus assistance not only in the individual level, but their family and community as the focus of prevention, promotion, curative and rehabilitative humanizing health practices with emphasis on health education. The government proposes assistance to women's health because they represent approximately 50% of the population. Women are majority in use of SUS, not only for themselves, but accompanying family members and neighbors. Health's Ministry changes the Women's Health Program, which was previously facing the gestational period and incorporates the principles of comprehensiveness, enhancing their actions. Brazil does not yet reach the goal of reducing maternal mortality agreed on "Millennium Summit" in 2015 which is 35 deaths per 100 000 live births. Even with a 43% reduction in Brazil still has 68 deaths per 100,000 live births, while developed countries have 9 deaths per 100,000 live births. Research shows that maternal mortality in Brazil is due to the poor quality of care in primary care such as prenatal, childbirth and postpartum, family planning, bleeding, incomplete abortions and hypertensive diseases. Being mostly of them preventable causes. We analyzed through a literature review the actions of the professional nurse in the Family Health Strategy that can contribute to the reduction of maternal mortality in Brazil.

Keywords: Nurse, Maternal Mortality, Family Health Strategy

Introdução

Em 7 de Maio de 2014 foi divulgado no *web site* da ONU (Organização das Nações Unidas) uma nota bastante otimista: "Cai a mortalidade materna no mundo, informa a OMS (Organização Mundial de Saúde), redução no Brasil chega a 43%." Apesar da ONU/Brasil reconhecer que o País conquistou avanços significativos na redução de morte relacionados à gravidez, parto e puerpério desde 1990, ainda estamos longe de atingir a meta pactuada. É uma das menores taxas entre os países relacionados. Para se ter uma ideia, o Peru teve uma taxa de redução de 64%, Bolívia e Honduras de 61%, e o Equador 44%. O Brasil se igualou ao Haiti com 43%, perdendo para El Salvador com 39% e Nicarágua 38% (ONU, 2014).

CORREIA (2006) considera a mortalidade materna como um dos índices de desenvolvimento humano e sócio-econômico de um país. Reflete as ações de políticas públicas e cita países como Chile, Cuba e Costa Rica como exemplos onde apresentam 40 óbitos maternos por cada 100.000 nascidos vivos e países desenvolvidos como Canadá e Estados Unidos da América com menos de 9 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos.

A mortalidade materna no Brasil se dá pela falta de acesso aos serviços de planejamento familiar, qualidade na assistência prestada no ciclo gravídico puerperal e no abortamento incompleto (SERRUYA, 2004).

A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços e profissionais de saúde. Por ocorrer em um corpo feminino em um contexto social impregnado por questões de gênero, fatores econômicos capazes de interferir no processo saúde-doença, a gravidez embora não seja considerada uma doença, pode levar ao adoecimento e morte. Conhecer o que as mulheres pensam sobre o pré-natal, (principalmente as que não aderem) assim como os aspectos biopsicossociais envolvidos é de fundamental importância para a qualidade de vida da gestante (ANVERSA, 2012). O Ministério da Saúde, com o objetivo de reduzir estas taxas, elege a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o modelo assistencial de reorganização da atenção primária a saúde e juntamente com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) visa à redução da mortalidade materna no Brasil e o alcance das metas do Pacto do Milênio (BRASIL, 2004).

A Enfermagem tem a saúde pública como base para a construção de sua história profissional. Na Estratégia Saúde da Família são os Enfermeiros quem fazem o primeiro contato com o usuário; coordena as ações do Agente Comunitário de Saúde e Auxiliares de Enfermagem, acompanha e supervisiona os trabalhos; promove capacitações e educação continuada, atua na assistência e promoção da saúde, além de ser o elo entre a equipe multidisciplinar e o usuário, sua família e comunidade (ITABORAHY,2012). Diante desse cenário, podemos levantara seguinte questão: **Com tal perfil, como o Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família pode contribuir para a redução da mortalidade materna?** Para tentar responder a esta questão este trabalho buscou na literatura disponível a importância das ações do profissional Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família que, de alguma forma,

visam contribuir para a redução dos índices de mortalidade e aumento da qualidade de vida materna no Brasil.

Estratégia Saúde da Família e a Saúde da Mulher

Nos anos 70 a medicina curativa era financiada em 80% pelo Estado. O sistema previdenciário e os serviços públicos de saúde não eram resolutivos, portanto não respondiam às necessidades da população. Neste íterim, em Alma Ata ocorreu a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde propondo a atenção primária como estratégia que prioriza a promoção e prevenção da saúde com profissionais não só com conhecimentos clínicos, mas com olhar epidemiológico e social do indivíduo, família e comunidade. A Organização Mundial declara a saúde não só como ausência de doenças, mas um completo bem estar físico, mental e social (BAPTISTA, 2009).

Com a Reforma Sanitária em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde unifica os serviços de cuidados médicos junto ao Ministério da Saúde. Em 1988 a Constituição Federal Brasileira estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado garantindo a todo o brasileiro acesso aos serviços de prevenção, proteção e recuperação da saúde. A Lei Orgânica da Saúde nº 8. 080/90 regulamenta o SUS– Sistema Único de Saúde, incluindo a alimentação, meio ambiente, trabalho, educação, lazer, saneamento básico, moradia entre outros, como fatores determinantes da saúde e a lei 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS. (LABATE, 2005).

Em 1993 tem início o Programa Saúde da Família sendo regulamentada em 1994 como estratégia eleita pelo Ministério da Saúde para a reorientação da assistência tendo a família como campo de ações de prevenção, promoção, cura, reabilitação e humanizando as práticas de saúde por identificar e intervir nos fatores de risco aos quais aquela comunidade está exposta (OLIVEIRA, 2011). Os processos de trabalho das equipes se estruturam a partir do conceito de delimitação de território, mapeamento de áreas e micro áreas onde residem em torno de 3.000 a 4.500 pessoas e a micro área de atuação do Agente Comunitário de Saúde com cerca de 400 a 750 moradores, cadastramento familiar e a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). As equipes devem ter a composição mínima de um Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e seis agentes Comunitários de

Saúde. É importante que se integrem à comunidade, compreendam seu papel psicossocial e espiritual buscando interpretar a realidade vivida individual e coletivamente (BRASIL, 2006).

A Portaria nº 339 de 22/2/06 divulgada através do Pacto pela Saúde 2006 aprovou as diretrizes operacionais, a saber: Saúde do Idoso, Câncer de colo uterino e de mama, combate a mortalidade infantil e materna, Dengue, Tuberculose, Malária, Influenzas, doenças emergentes e endemias, Hanseníase, Promoção da Saúde e Atenção Básica de Saúde. A equipe utiliza como técnica a Visita Domiciliar, reunião com profissionais e comunidade, grupos definidos, ações administrativas de supervisão e educação continuada. (MARTINS, 2008). É um modo diferenciado de cuidar da família permitindo maior proximidade e desenvolvimento de ações de promoção e prevenção sendo então uma excelente oportunidade de compreender e intervir no modo de vida do indivíduo e seus problemas sociais e emocionais (ARAUJO, 2011).

Em 28 de março de 2006 a portaria nº 648 altera o Programa Saúde da Família (PSF) para Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda desenvolvendo ações preventivas abrangendo o atendimento domiciliar e com uma nova conformação de equipe multiprofissional composta por um médico generalista, um enfermeiro, um odontólogo, um auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal para acompanhamento de no máximo 4.000 habitantes e 750 pessoas para cada agente comunitário de saúde. O Sistema Único de Saúde propõe a assistência à Saúde da Mulher desde o setor primário ao terciário de saúde, pois reconhece a contribuição da mulher para sua consolidação. Representam 50% da população brasileira e são as que mais utilizam o SUS. Buscam atendimento não só para si, mas também para acompanhar outros membros da família e comunidade. Ainda assim é possível encontrar locais onde as mulheres não conseguem acessar os serviços básicos de saúde (BARCELOS, 2013).

No início do século XX os Programas voltados para as mulheres eram limitados ao período gestacional; ou melhor, garantiam a gravidez e o parto seguro. Em 1983 as ações programáticas apresentadas na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) pelo Ministério da Saúde baseavam-se no controle da natalidade. Através de movimentos e organizações feministas ocorre uma ruptura de paradigma materno infantil onde a mulher era vista como reprodutora e produtora de força de

trabalho incorporando o conceito de integralidade à saúde da mulher (BRASIL, 2006). São consideradas as relações de gênero, raça, cor, classe e geração no processo saúde e de adoecimento das mulheres. Em 1984 o Ministério da Saúde elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) incorporando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, bem como as propostas de ações educativas e preventivas voltados ao público feminino em ginecologia, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, Câncer de colo uterino e de mama, entre outros.

Dados obtidos após estudos e pesquisas promovidos pela área Técnica da Saúde da Mulher, movimentos de mulheres negras e trabalhadoras rurais, gestores, cientistas entre o período de 1998 a 2002 serviram de base para a elaboração de um plano de ação. Avaliaram o Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento, centros de parto normal e distribuição de anticoncepção. (Brasil, portal saúde, 2013) e após análise dos resultados em 2004 é lançada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher para o enfrentamento das principais causas de morbimortalidade feminina que são as doenças cardiovasculares, neoplasias (de mama e colo uterino), doenças do aparelho respiratório, diabetes, entre outras. É também priorizada a problemática como mortalidade materna, precariedade da assistência obstétrica e da anticoncepção, abortamentos, DST/AIDS, violência doméstica e sexual, questões de gênero, entre outros (TAVARES, 2011).

A Estratégia Saúde da Família, portanto, tem a família como foco de sua atuação o que favorece a acessibilidade e ainda a busca ativa como instrumentos valiosos, pois a equipe vai à casa das pessoas, podendo observar de perto a realidade em que estão inseridas e assim traçar planos objetivando a cura da doença e a orientação para uma vida melhor. Para atender ao público feminino oferece pré-natal, planejamento familiar, prevenção do câncer de mama e colo uterino, prevenção das DST /AIDS, além de educação em saúde (ARAUJO, 2014).

Assistência de Enfermagem no Pré Natal

Segundo o Ministério da Saúde o pré-natal compreende um conjunto de procedimentos clínicos e educativos que tem por objetivo promover a saúde e identificar precocemente problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A gestação pode ser considerada como uma experiência social, individual com transformações

psicológicas, fisiológicas, socioculturais e econômicas necessitando, assim, de cuidados para a promoção da saúde e qualidade de vida. “Tais cuidados têm por objetivo monitorar e acompanhar a gestação para identificar e intervir nas situações e riscos à saúde materno-infantil.” (COSTA, 2013). Garantir a assistência pré-natal de qualidade com direitos das gestantes e da criança respeitados ainda tem sido um grande desafio gerencial e assistencial. Com este intuito o Ministério da Saúde tem lançado e implantado programas de incentivo que favoreçam os serviços prestados pelos municípios desde 1998 (MENDES, 2013).

Em 2011 o Ministério da Saúde lança a Rede Cegonha objetivando ampliar a rede de atendimento a gestante e ao recém nascido com ações de qualificação do pré-natal, parto e puerpério e acompanhando a criança do nascimento até o 2º ano de vida. Na rede hospitalar deve sempre haver vaga para a gestante, os postos de saúde devem oferecer testes rápidos de gravidez, sífilis e HIV; será garantido o mínimo de consultas, exames clínicos e laboratoriais, vale transporte para as consultas e deslocamento até à maternidade. Tudo isso deverá ser informada a gestante durante o pré-natal (DOMINGUEZ, 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) através da atuação do agente comunitário de saúde (ACS) em visita domiciliar possibilita identificação de mulheres com atraso menstrual e assim encaminha para um atendimento adequado contribuindo para a captação precoce da gestante (ainda no primeiro trimestre). Este vínculo do ACS deve ser fortalecido e abrange não só a gestante, mas seus familiares e até comunidade e qualquer situação de risco deve ser comunicada à equipe multidisciplinar da ESF que traçará um plano de intervenção. É importante o profissional de saúde conhecer a fisiologia da gravidez, fisiologia das intercorrências clínicas e as modificações emocionais do ciclo gravídico puerperal (BALDASSARIS, 2011).

A formação do Enfermeiro historicamente sempre esteve voltada para o atendimento integral do indivíduo e também do coletivo. A atuação do Enfermeiro no pré-natal implica em preparo clínico possibilitando o manejo correto quando da identificação de problemas reais e potenciais da gestante. A Consulta de enfermagem tem por finalidade garantir a cobertura a melhoria da qualidade da assistência pré-natal por competência técnica do profissional e sensibilidade e compreender o ser humano como um todo. Propicia a orientação de medidas que

atenda às necessidades peculiares da gestante e desta forma a comunicação se torna um recurso indispensável (DUARTE, 2006).

Além de elaborar um plano de assistência adequado à realidade e as necessidades da gestante O Enfermeiro a afere a pressão arterial, calcula a idade gestacional (IG), ausculta os batimentos cardíacos fetais (BCF); mede a altura uterina (AU), realiza o peso e medida antropométrica para cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC) possibilitando uma avaliação nutricional. Solicita também de exames laboratoriais como hemograma completo, tipo sanguíneo e fator Rh; Toxoplasmose, Sífilis, HIV, Hepatite B. Ainda o exame de urina EAS, Elementos Anormais e Sedimentados e o Parasitológico de fezes. Também é possível realizar exame ginecológico para identificação de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e até mesmo o Papanicolau (preventivo do câncer uterino). Verificar a situação vacinal e complementar quando necessário a ATT (Antitetânica) e a gripe H1N1 (CAMARGO,2008). O Agente Comunitário, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro, cadastra a gestante na ficha B-GES e visitas mensais passam a ser feitas e na ocorrência de fatores de risco a equipe multidisciplinar da ESF é acionada.

Baldassaris (2011) afirma que a Estratégia obteve melhores resultados do que os Centros de Atenção Materno-Infantil, com impactos positivos na queda da mortalidade materno-infantil no Brasil de 1991 a 2002. Sendo assim, ações educacionais e comportamentais aumentam a consciência sobre os riscos e a importância da adoção de hábitos saudáveis e seguro.

Educação em Saúde

A Educação em Saúde vai além da assistência curativa, pois reconhece os saberes do sujeito e o incentiva a lutar por melhores condições de vida. Tem como objetivo garantir a dignidade da pessoa humana por promover a saúde e direitos humanos fundamentais transformando o homem em um ser crítico, social e histórico capaz de modificar a realidade ao seu redor (OLIVEIRA, 2011). Os programas públicos de saúde que abordam a educação e promoção da saúde são recentes. No início do século XX eram voltados para incorporação de práticas de hábitos de higiene de forma autoritária, sempre enfocando o controle do processo saúde-doença. Os conhecimentos eram transmitidos e desconsideravam a percepção da população. Hoje se considera o indivíduo em seu contexto social objetivando não só

a cura da doença, mas também a promoção dos cuidados em saúde (ARAÚJO, 2014).

Para a prática da educação em saúde no processo saúde-doença é necessário conhecer a realidade dos indivíduos, o contexto social econômico e cultural em que estão inseridos, bem como suas potencialidades e suscetibilidades (ROECKER, 2012). Na Estratégia de Saúde da Família a assistência deve atender ao princípio da integralidade por também praticar ações que visam à promoção da saúde e desta forma a habilidade em educação deve ser inerente a todos os profissionais que nela atuam (RODRIGUES, 2010).

Articular saberes objetivando a qualificação da assistência é fundamental para ir ao encontro das necessidades e anseios da comunidade. Embora muitas unidades não possuam espaços físicos ou recursos materiais adequados, ainda é possível a realização de palestras, rodas de conversas, distribuição de folders e folhetos. Outro recurso que é também utilizado é a sala de espera, que tem por finalidade garantir um cuidado humanizado por permitir a interação entre a população e os profissionais de saúde. O Enfermeiro gerencia, coordena, cuida e apesar do acúmulo de funções, ainda é o profissional mais envolvido com a função de educar o auxiliar de enfermagem, os agentes comunitários e principalmente a comunidade (AMARAL, 2011).

Durante o pré-natal é possível criar um espaço de educação em saúde preparando a mulher para a gestação, parto e puerpério. São momentos em que os conhecimentos devem ser voltados para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas. É direito, enquanto cidadã, receber informações sobre os cuidados de saúde e participar das decisões que vão influenciar suas vidas e sua saúde. O acesso ao pré-natal ocorre em praticamente todo o território nacional, mas o mesmo não ocorre com o planejamento familiar. Uma pesquisa realizada em São Paulo, em 2012, com 22 mil mulheres, revela que 45% não queriam engravidar. No Brasil há diversos métodos disponíveis, mas a parte educativa, assim como o aconselhamento, não chega às mulheres, homens e/ou casais o que contribui para complicações na gestação e abortos inseguros (CARDOSO, 2012).

Um estudo realizado em São Paulo nos anos 1997 e 1998 identificaram 260 óbitos maternos, sendo 21 destes causados por abortos. Eram mulheres jovens, solteiras, residentes na periferia, trabalhadoras com baixa escolaridade e com pouca informação ou foram atendidas em serviços de saúde não resolutivos, o que justifica

ações educacionais mais efetivas e eficazes em Planejamento Familiar como forma de redução da morbimortalidade materna (DOMINGOS, 2010).

Planejamento Familiar

Os direitos sexuais e reprodutivos devem ser entendidos como parte integrante da garantia dos direitos humanos. A Declaração Universal dos Direitos Humanos por meio da ONU e em muitas conferências focalizou o desenvolvimento humano definindo os direitos sexuais como parte dos direitos humanos. No Brasil, programas voltados para o planejamento familiar no início do século XX possuíam caráter de controle demográfico. Em 1996 a lei nº 9.263, art. 226 da Constituição Federal entende o planejamento familiar como ações que visam garantir direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem e casal proibindo qualquer uso para fins de controle demográfico. Nos últimos anos observa-se que houve uma redução significativa na taxa de fecundidade no Brasil, mas o índice de gravidez indesejada ainda é grande em camadas socioeconômicas desfavoráveis. Este fato contribui para os abortamentos inseguros, depressão pós-parto, gravidez na adolescência com consequentes impactos negativos nos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil (VIEIRA, 2010)

O Planejamento Familiar também garante o “direito” a informação, a assistência especializada e aos recursos necessários para a opção de ter ou não ter filhos de forma consciente. Trata-se de um conjunto de ações que integram a atenção à saúde da mulher, homem ou casal dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Difere do controle da natalidade que visa estipular metas de crescimento da população através de ações governamentais. Já os métodos de planejamento são as formas utilizadas para evitar ou promover uma gravidez (ANACLETO, 2010). A atenção em planejamento familiar contribui para a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil, pois diminui a gravidez não desejada e abortamentos provocados, o número de cesarianas com a intenção de laqueadura tubária, o número de ligadura por falta de opção e o acesso a outros métodos, aumenta o intervalo entre os partos, previne a gravidez na adolescência ou com doenças crônicas (BARCELOS, 2013). A Consulta de Enfermagem é um forte aliado, pois se trata de uma boa oportunidade de orientação individualizada, assim como a consulta de retorno, por propiciar uma avaliação junto ao usuário sobre complicações, efeitos colaterais e dificuldades de uso. Assuntos como religião,

sexualidade, aspectos culturais, gênero e acolhimento devem ser considerados já que interferem na adesão ao uso dos métodos.

Muitos profissionais cobram investimentos em ações voltadas para a educação continuada dos Enfermeiros como capacitações e a implementação de protocolos, possibilitando uma maior e melhor discussão sobre a qualidade das informações e o acesso que as mulheres usuárias têm a elas e também de propiciar incentivos no sentido de garantir a disponibilidade de métodos contraceptivos nas unidades de Estratégia da Família para que a escolha seja realmente livre e informada. A qualidade da assistência prestada está relacionada a intervenções que podem salvar vidas. O Enfermeiro devidamente capacitado está apto a atender as diretrizes do Ministério da Saúde no atendimento ao pré-natal e puerpério e a orientar os Agentes Comunitários de Saúde quanto a identificação de indicações de riscos para a gestação e assim encaminhar para atendimento na ESF. Esta classificação de risco deve ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes (NOGUEIRA, 2010).

O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco diz que toda gravidez em que ocorrem fatores que ameacem a vida e/ou a saúde da gestante, feto ou recém-nascido é considerada gravidez de alto risco (BRASIL, 2000). Ao ser identificada esta gestante deverá ser atendida pelo Médico da ESF e encaminhada para atendimento especializado. O acompanhamento do Agente Comunitário e do Enfermeiro deverá ser rigoroso. Cerca de 20% das gestações apresentam algum tipo de risco, sendo 10% delas acometidas por complicações hipertensivas. Em média 24% da mortalidade materna ocorrem como consequência da hipertensão arterial e suas complicações. “Conhecer os aspectos que envolvem este fator é de suma importância para a redução da mortalidade materna”. (RÉCHE, 2013)

A Gravidez e a Hipertensão Arterial

De todas as complicações do ciclo gravídico puerperal a hipertensão é a mais comum, ocorrendo em cerca de 7% de todas as gestações. São agravantes fatores como o diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, antecedentes pessoais e familiares, raça negra e fatores sociais, econômicos e culturais

Freire, 2009 afirma que 37% dos óbitos maternos no Brasil têm como principal causa a hipertensão. A Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de

Ginecologia e Obstetrícia) classifica a doença hipertensiva na gestação como: Hipertensão gestacional, Hipertensão Crônica, Pré-eclampsia/Eclampsia, Pré-eclampsia superposta à hipertensão crônica.

Hipertensão Gestacional ou Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) ocorre quando a pressão arterial se eleva após a 20ª semana de gestação ou nas primeiras 24 horas após, o parto sem outros sinais de pré-eclampsia ou hipertensão pré-existente. A Hipertensão Crônica é aquela que está presente antes da gravidez, ou antes, da 20ª semana de gestação e cuja pressão arterial seja igual ou superior a 140 x 90mmhg. A Pré-eclampsia é uma síndrome cujos achados clínicos maternos são a hipertensão, proteinúria e outros sintomas. Fatores como idade gestacional, raça, hereditariedade, estilo de vida, obesidade, doenças prévias e qualidade do atendimento interferem diretamente no resultado. Na eclampsia propriamente dita surgem convulsões que levam à hemorragia cerebral, insuficiência renal e morte. A Pré-eclampsia superposta à hipertensão crônica ocorre quando há proteinúria após a 20ª semana de gestação em portadoras de hipertensão crônica ou aumento adicional da proteinúria em quem já apresentava, ou ainda aumento súbito da pressão arterial em quem apresentava níveis controlados previamente (RECHÉ,2013).

A Estratégia de Saúde da Família por estar próxima a realidade e ao cotidiano destas gestantes é de fundamental ajuda. A identificação precoce e o encaminhamento para atendimento adequado são ações que podem salvar vidas. Ocorrências como retenção hídrica, alteração da pressão arterial, trombose, gestantes com idade gestacional menor que 20 semanas e pressão arterial maior que 150 x 100mmhg na posição sentada ou maior que 140 x 90mmhg em decúbito lateral, sem cefaleia ou distúrbios visuais, dor epigástrica devem ser comunicadas a equipe de ESF. Visitas domiciliares frequentes e a disponibilidade de aparelho de pressão para monitoramento diário são imprescindíveis (RÉCHE, 2013).

Segundo Paschoal, 2002, a hipertensão pode continuar dias até mesmo semanas após o parto. Em alguns casos a pressão arterial pode ser até mais elevada na primeira semana do puerpério do que no período da gestação. A ocorrência de infecções puerperais leva, muitas vezes, à incontinência urinária, infecção das feridas localizadas, endometrite, salpingite, mastite, hemorragia puerperal e depressão pós-parto contribuindo para os altos índices de mortalidade

materna o que justifica a continuidade das ações de enfermagem no puerpério (BOLONHA, 2008).

Assistência de Enfermagem no Puerpério.

Rezende e Montenegro (2006) conceituam puerpério, sobre parto ou pós-parto como, o período cronologicamente variável de âmbito impreciso quando ocorrem todas as manifestações involutivas de recuperação da genitália materna logo após o parto e modificações gerais que perduram até o retorno do organismo às condições vigentes antes da prenhez. Esta involução dura no máximo 6 semanas e compreende o pós-parto imediato (do 1º ao 10º dia), pós-parto tardio (10º ao 45º dia) e o pós-parto remoto (após o 45º dia). Também podemos encontrar a conceituação de puerpério como sendo o período pós-parto que dura aproximadamente até 3 meses (BRASIL, 2006).

Na primeira semana é imprescindível a intervenção da saúde, de forma a avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido, orientar e apoiar a família, estimular a amamentação, assim como os cuidados básicos com o recém-nascido e avaliar interação entre mãe e bebê; identificar situações de risco ou intercorrência e conduzi-la ao planejamento familiar. Neste período a mulher se adapta a modificações físicas e emocionais tornando-se especialmente sensível, confusa, muitas vezes acompanhada por ansiedade e depressão. Com os conflitos da vida moderna onde a mulher desvincula sexo de procriação, se insere no mercado de trabalho e ainda se encontra atrelada a valores tradicionais como ser mãe, educadora, organizadora do lar, esposa e o ritmo acelerado do dia a dia, o individualismo, o suporte social diminuído e o distanciamento dos familiares e vizinhos (SOUZA, 2013).

Neste período a mulher deixa de ser o foco das atenções que são voltadas para o recém-nascido e a consulta puerperal acaba sendo negligenciada. A ESF deve realizar visita domiciliar ainda na primeira semana e se a gestação foi classificada como de alto risco a visita deverá ser nos primeiros 3 dias após a alta. Olhar a puerpera além do sistema reprodutor ou hormonal é imprescindível. Aspectos psicológicos, sentimentos em relação a esta nova fase de sua vida, opiniões, queixas e dúvidas devem ser abordados. Seu retorno a UBS (Unidade Básica de Saúde) deve ocorrer de cinco a dez dias após o parto. Nas unidades de ESF o Enfermeiro deverá verificar e orientar sobre a vacinação do recém-nascido,

encaminhar para o teste do pezinho, avaliar mamas e aleitamento materno, observar relação entre mãe, filho e família. Além disso, devem ser reforçadas as orientações quanto a importância do aleitamento materno, cuidados básicos com o recém-nascido e higiene. Investigar intercorrências durante a gestação e parto, tipo de parto, sangramentos, verificar pressão arterial e temperatura. Também certificar se a puerpera recebeu informações sobre HIV e Sífilis e demais DST e encaminhar para o planejamento familiar. A forma de como a assistência de enfermagem é prestada contribui, de forma clara, para a redução da morbimortalidade materna (GOMES, 2011).

Bases Legais da Atuação do Enfermeiro

Em sua formação acadêmica o Enfermeiro já dispõe de instrumentos necessários para a realização de consultas, diagnósticos e prescrição de enfermagem, solucionar problemas de saúde e intervir no processo saúde-doença, reabilitando a saúde em uma perspectiva de integralidade, o que o habilita atuar junto a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Estes estão previstos na Resolução do Conselho Nacional de Educação CNE/CES nº3 /2001 e expressos na Resolução COFEN nº 271/2002.

O Ministério da Saúde, através da Lei nº7. 498 de 25 de junho de 1986, regulamenta o exercício de enfermagem e o decreto nº 94.406 de 8 de junho de 1987 que vem regulamentar a Lei nº 7.498 e COFEN nº 271/2002 reafirmam que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo Enfermeiro. A resolução COFEN nº 271/2002 em seu artigo 1º diz ser prática do Enfermeiro a prescrição de medicamentos enquanto integrante da equipe de saúde. No artigo 2º assinala como limites legais os programas de Saúde Pública e rotinas aprovadas em instituições de saúde pública ou privadas. Em seu 4º artigo afirma que o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares. No artigo 8º diz que o Enfermeiro também pode prestar assistência a puérpera e ao recém nascido. O Enfermeiro está apto a no planejamento familiar fazer orientações individuais, consulta com prescrições de métodos, inserção de DIU, prevenção do câncer do colo uterino e de mama, atender a retornos e revisões de DIU, laqueadura, além de outros métodos (SILVA, 2009).

Conclusão

A participação do Enfermeiro é fundamental para o fortalecimento da assistência proposta pelo PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher) principalmente na Estratégia Saúde da Família, cujo objetivo principal é levar à família ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação e educação em saúde com princípios da integralidade. Entretanto são necessários investimentos em recursos materiais, físicos e também na formação de pessoal como capacitações e especializações para que as competências e normas ditadas pelas Normas Técnicas para a Assistência Integral à Saúde da Mulher (pré-natal, parto, puerpério, planejamento familiar, prevenção do câncer do colo e mama, climatério e educação em saúde) possam ser minimamente executadas.

Apesar de a legislação brasileira garantir, através de decretos, portarias e protocolos, as ações do Enfermeiro no PAISM ainda percebe-se o modelo biomédico “monopolizando” e detendo o espaço de poder limitando o cumprimento das recomendações do Ministério da Saúde. Cabe aos profissionais de enfermagem buscar aprimoramento de seus conhecimentos e habilidades, embasamento legal e ao governo fornecer meios para que as atribuições e competências do Enfermeiro possam ser efetivamente executadas com reflexos positivos na redução da morbimortalidade materna no Brasil.

Referências

ANACLETO, José et al. **Planejamento Familiar**. Artigo de revisão: vol 9. Sep.1 48º Congresso do HUPE “Saúde de Homem”. Publicado em 2010. Disponível em: revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo. Acesso em 15/8/14.

ARAUJO, Denise B. Araujo et al. O Cuidado à mulher no âmbito da ESF. **Revista digital**. EF Desportes.com. Buenos Aires. Ano18 nº188 Jan/2014 Disponível em: WWW.efdesportes.com. Acesso em 15/8/14.

AMARAL, Lorena R. et al. **Atuação do Enfermeiro como educador do Programa Saúde da Família**: Importância para uma abordagem integral na atuação primária. Disponível em: www.portalfg.com.br/revista/artigos. Jul/2011. Acesso em 22/8/14.

ANVERSA, Elenir Terezinha. **Qualidade do Processo de Assistência Pré natal**: unidades básicas de saúde e unidades de estratégias saúde de família em município do sul do Brasil. CAD saúde publica vol. 28 nº 4 Rio de Janeiro, Abril 2012. A

Estratégia Saúde da Família como objetivo de educação em saúde. BECEN. Disponível em :www.scielo.br .Acesso em 27/8/14.

ARAUJO, Aniele Fernanda. **A Visita Domiciliar com ênfase na Educação em saúde.** Ver. Eletrônica saúde Pesquisa e reflexões. Disponível em: WWW.uninove.br/marketing/sites.revista eletrônica saúde: pesquisa e reflexões vol. 1 nº 1 2011.

BRASIL, **Pais avança na melhoria da saúde da mulher.** Portal Brasil. Disponível em: WWW.brasil.gov/Brasil/2011. Acesso em 9/9/14.

BRASIL, 2012. **Plano Nacional de Políticas Públicas.** www.brasil.gov.br.portalbrasil. Publicado em 16/2/12. Acesso em 9/9/14.

BRASIL, 2004. **Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2004: Um Análise de Situação de Saúde.** Brasília (DF) 2004.

BARCELOS, Ana Candida Ferreira. **Gravidez Indesejada em Area da Estratégia de Saúde da Família: Perfil e Fatores Associados.** 2013. Disponível em: WWW.nescon.mediana.ufmg.br/biblioteca. 12/8/14

BALDASSARIS, M.L.R.M. **A Importância do Pre natal Realizado na Estratégia Saúde da Família.** 2011. Disponível em WWW.nescon.medicina.ufmg.br. Acesso em 2/9/14.

COSTA. **Características do Atendimento Pre natal na Rede Básica de Saúde.** 2013. Disponível em: [WWW.fen.ufg.br/fen_revista/vol_15 nº 2](http://WWW.fen.ufg.br/fen_revista/vol_15_nº_2).

CAMARGO, Juliana S.O. **Avaliação da Qualidade de Assistência de Enfermagem no Pre natal: Perfil e Perspectiva dos Enfermeiros da Região Leste de Goiânia.** 2008 .Disponível em: WWW.sbpnet.org.br. Acesso em 28/9/14.

CARDOSO, Ranilto et al. -**"No Brasil o planejamento familiar é precário"**. Disponível em www.cesed.br/medicina/blog. Acesso em 28/8/14.

DOMINGUEZ, Bruno. Rede Cegonha: **Desafio de um Novo Modelo de Atenção.** Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/conteudo/rede_cegonha_desafio_de_um_novo_Modelo_de 2012.

DUARTE, Sebastião J.H, ANDRADE, Sônia M.O. **Assistência Pré natal no Programa Saúde da Família.** Esc. Anna Nery. Vol. 10. N1. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em WWW.scielo.br

FREIRE, Claudia Maria Vila. **Hipertensão Arterial na Gestação.** Disponível em: Arquivo brasileiro de cardiologia. Vol 93. Nº 6. S.P/Dez de 2009. :WWW.scielo.br . Acesso em :02/09/2014.

ITABORAHY, L.S. **O Papel do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura nacional.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no curso de Especialização em Saúde da Família da UFMG, Belo Horizonte em 4/2/12. Disponível em: WWW.nescon.medicina.ufmg.br-LILAC

LABATE, R.C. e ROSA, W.A.G. **Programa Saúde da Família: A Construção de um Novo Modelo de Assistência.** Rev.latino-americana de Enfermagem 2005. Nov/Dez. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 2/7/14

MARTINS, Julieta de Souza. **Estratégia Saúde da Família: População Participativa, Saúde Ativa.** Disponível em: www.unilestemg.br/enfermagem-integrada/artigo.

MENDES, **Pre natal de Baixo Risco e a Qualidade Proposta de Implantação de um Protocolo de Enfermagem.** Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg

MORAIS, Eduardo Oliveira. **A atuação do enfermeiro na estratégia Saúde da família na redução do índice de mortalidade infantil e materna. rev.enf.integrada.** Disponível em: www.unilestemig.br/enfermagem-integrada/artigo-dez-2008. Ipatinga/unileste MG.V1 nº 1 nov/dez 2008.

NOGUEIRA, Liliam D.P. **Caracterização da Assistência Pre natal prestada por profissionais de enfermagem na atenção qualificada ao ciclo gravídico puerperal no Município de Ribeirão Preto/SP.**Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública apresentado a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo.2010.Disponível em: www.teses.usp.br/teses. Acesso em 2/9/14.

ONU, **Organização das Nações Unidas.** www.onu.org.br/cai-a-mortalidade-materna-no-mundo-aponta-oms-reducao-no-brasil-chega-a-43/7/5/2014. Disponível em: www.onu.org.br. Acesso em 2/7/2014.

OLIVEIRA, Regina Lopes. **Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: Conhecimentos e Práticas do Enfermeiro.** Revista Brasileira de Enfermagem Integrada. Ipatinga: unileste.M.G..v4 nº 2-nov/dez 2011. Disponível em: www.unilestemg.br.Acesso em:27/8/14.

-**"País Avança na Melhoria de Saúde da Mulher"**. Reportagem publicada no Portal Brasil. www.brasil.gov.br/saude/2011. Acesso em;27/8/14.

PASCOAL, Istênio F. Hipertensão e Gravidez. **Revista Bras.Hipertensão** 9 256-261/2002. Disponível em : www.departamentos.cardiol.br.

RECHÉ,Patricia W. Ladeira,FRETAS,Rejane M. S. **Riscos e Agravos da Hipertensão Arterial nas Gestantes na Estratégia Saúde da Família.** Disponível em: www.redentor.inf.br/arquivos/pos-publicacoes.2011. Acesso em 6/9/14.

ROECKER, Simone,et al. **Trabalho Educativo do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças.** Revista enfermagem USP. Vol 46 nº 3 SP. Jun/2012. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 27/8/14.

RODRIGUES, Davi. SANTOS, Vilmar E. **A Educação em Saúde na ESF: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil.** 2010. Disponível em www.unip.br/comunicação.

RIQUINHO, D.L. e CORREIA, S.G. Mortalidade Materna: perfil sócio-demográfico e causal. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Vol. 59 nº 3. Brasília. Maio/Jun 2006. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 3/9/14.

SOUZA, Ana Beatriz. **Implantação de uma Diretriz de Assistência de Enfermagem no Puerpério na Atenção Primária de Saúde**. Dissertação de Mestrado disponível em: www.uff.br

SILVA, Ana Paula A.D et al. **As Lacunas do Cuidado de Enfermagem no Planejamento Familiar**. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Portal Aben. Disponível em: www.abeneventos.com.br/anais_61_aben/arquivo_2.pdf.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília. M.S. 2006.

TAVARES, A.S. **Do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher à Políticas Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: Breve Histórico**. Disponível em: www.uff.br/promocaodasaude/PAISM. Acesso em 7/7/14.

VIEIRA, Sidney Marques. **Planejamento Familiar na Estratégia Saúde da Família**. TCC apresentado na Universidade Federal de Minas Gerais no curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família. 2010. Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca_virtual. Acesso em 27/8/14.