

## O ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

*Débora Siqueira Campos*<sup>1</sup>

*Eveline do Amor Divino*<sup>2</sup>

*Eglivani Felisberta Miranda*<sup>3</sup>

*Àlefe Oliveira Bezerra do Nascimento*<sup>4</sup>

### RESUMO

*No Brasil, a morte materna configura-se como um problema de saúde pública com altas taxas de mortalidade materna compondo um quadro de violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças, atingindo desigualmente aquelas das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais. Este estudo teve por finalidade analisar a produção bibliográfica brasileira acerca das ações realizadas pelo Enfermeiro da Saúde da Família na redução da mortalidade materna. O Enfermeiro da Saúde da Família tem suas ações na contribuição da redução da mortalidade materna pautadas na atenção pré-natal, puerperal e no planejamento familiar, uma vez que é um profissional que possui além de capacidade técnica e respaldo legal, também o cuidar como objeto de trabalho, o que envolve visão holística, função educativa, administrativa e assistencial.*

### PALAVRAS-CHAVE

*mortalidade materna, saúde da família, enfermagem obstétrica*

- 1 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem e Coordenadora dos Cursos de Pós Graduação da área de Enfermagem da Universidade de Cuiabá (UNIC).
- 2 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato-Grosso (UFMT), Membro do Grupo de Pesquisa Projeto Argos da UFMT.
- 3 Enfermeira, pós-graduanda em Saúde Pública pela Universidade de Cuiabá (UNIC). Endereço: Rua Albertino de Paula Bento, 37. Quadra 37. Bairro Parque Nova Esperança I. Cuiabá-MT. CEP: 78098-547. E-mail: eglivani@yahoo.com.br
- 4 Enfermeira, pós-graduanda em Saúde Pública pela Universidade de Cuiabá (UNIC).

## THE ROLE OF THE NURSE IN THE HEALTH FAMILY CONTEXT FACING MATERNAL MORTALITY PREVENTION

### ABSTRACT

*In Brazil, the maternal death appears as a public health problem with high rates of maternal mortality composing a picture of violation of human rights of women and children, reaching those of unequal social classes with lower entry and access to social goods. This study aimed to analyze the bibliographic production in Brazil about the actions performed by nurses of Family Health to reduce maternal mortality. The Family Health Nurse's shares on the contribution of reducing maternal mortality ruled in prenatal, postpartum and family planning, since it is a professional who has besides the technical and legal support, as well as care for the object work, which involves holistic, educational function, and administrative assistance.*

### KEYWORDS

*maternal mortality, family health, obstetric nursing*

### Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a morte materna é aquela provocada por problemas ligados à gravidez ou por ela agravados, no período da gestação ou até 42 dias após o parto. No Brasil as mortes maternas por causas obstétricas diretas associam-se a problemas controláveis, como síndromes hipertensivas, hemorragias, complicações do aborto e infecções puerperais, e as causas indiretas estão relacionadas ao agravamento de problemas como as cardiopatias, epilepsias, diabetes, malária, dentre outros (MANDÚ, 2006).

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu Oito Objetivos do Milênio (ODM). Dentre eles está o 5º objetivo, que visa melhorar a Saúde das Gestantes tendo como meta a redução da

mortalidade materna em 75% até 2015 nos países em desenvolvimento (REDE BRASIL VOLUNTÁRIO, 2009).

No Brasil, a razão de mortalidade materna no país foi de 79,09/100.000 nascidos vivos, para o ano de 2004 (BRASIL, 2009). A OMS preconiza como aceitável uma razão de mortalidade materna de 0 a 20/100.000. Desta forma, a morte materna configura-se como um problema de saúde pública, onde, segundo o Ministério da Saúde, as altas taxas de mortalidade materna compõem um quadro de violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças, atingindo desigualmente aquelas das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais, nas várias regiões brasileiras (BRASIL, 2006).

Segundo Organização Panamericana de Saúde (2005), a mortalidade materna causa a falta da mulher e mãe no lar ocasionando, em geral, a desestruturação da família, e até mesmo de uma população que depende dela. As conseqüências, entre outras, são lares desfeitos, crianças órfãs que acabam vivendo com parentes, em instituições ou na rua, configurando-se como uma violência contra a mulher que pode gerar violência para os filhos. Assim, a mulher em idade reprodutiva está no auge da vida, e sua morte é inaceitável principalmente por que, hoje, dispõem-se de meios e tecnologias para evitá-la (SOARES e MARTINS, 2006; CECATTI, 2005).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2009).

Embora a Estratégia de Saúde da Família não possa ter total resolutividade da mortalidade materna, face à sua complexidade, certamente se constitui em um projeto técnico-político que pode favorecer a sua superação. Isto, certamente, não de forma isolada, mas se reconfigurando como modelo assistencial e traduzindo concretamente o desafio da atenção integral, em torno

da qual os profissionais da saúde devem eticamente se articular (MANDÚ, ANTIQUEIRA e LANZA, 2009).

Barbastefano e Vargens (2009) afirmam que o Enfermeiro, enquanto profissional da saúde, abrangendo, sobretudo, competências nos aspectos de promoção e prevenção à saúde, se caracteriza como cuidador de indivíduos, famílias e comunidades, atuando na prevenção da morte materna e promoção da saúde da mulher. Sua participação neste contexto é reconhecida através dos programas de saúde estabelecidos pelo Ministério da Saúde e conforme Lei de Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº 94.406/87 –, Portarias GM/MS nº 569 e 570, de 1º de junho de 2000, que estabelece o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento; e reforçado pelo Manual de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde em 2006 (SPÍNDOLA, PENNA e PROGIANTI, 2006).

Este estudo teve por finalidade analisar a produção bibliográfica acerca das ações que são realizadas pelo enfermeiro da Saúde da Família na redução da mortalidade materna, no período de 2005 a 2009, promovendo uma discussão sobre o tema.

### **Revisão de literatura**

Uma retrospectiva histórica no que se refere à saúde materno-infantil, ainda na primeira metade do século XX, constatou a consolidação do conhecimento e da prática médica obstétrica e neonatal, que culminaram com uma redução significativa da mortalidade materna e perinatal, em particular nos países desenvolvidos. Entretanto, nos outros países persiste a preocupação com a frequência com que ainda ocorrem mortes de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez e do parto, a maioria destas, evitáveis por meio de uma adequada assistência pré-natal (NOGUEIRA, 2001).

Na década de 90, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) definiu a saúde da mulher como prioritária e sistematizou ações com o objetivo de melhorar a saúde reprodutiva e reduzir a mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis. Ressalta-se

que, apesar de ser um processo fisiológico, a gravidez provoca modificações no organismo feminino que o colocam no limite do patológico. Desse modo, se a gestante não for adequadamente acompanhada, o processo reprodutivo pode transformar-se em situação de risco, para a mãe e para o feto (BRASIL, 2006).

Entre as ações de enfermagem a serem realizadas na Estratégia de Saúde da Família para a redução da mortalidade materna, encontram-se as consultas de pré-natal e pós-parto, as ações de Planejamento Familiar para a mulher e seu companheiro, e as práticas de visita domiciliar, entre outras (MANDÚ; ANTIQUEIRA e LANZA, 2009).

Durante o pré-natal poderá ser identificados como fatores de risco, a idade inferior a 15 e maior de 35 anos, estado conjugal de solteira, renda familiar baixa, menos de três consultas até 36 semanas de gestação, tabagismo, recém-nascido anterior de baixo peso ou pré-termo, abortamento, multiparidade, nuliparidade, síndromes hipertensivas, ameaça de trabalho de parto prematuro e intercorrências clínicas como: anemia, ginecopatias e cardiopatias, entre outras doenças maternas graves (BRASIL, 2005). As gestantes de baixo risco necessitam de procedimentos simples para contarem com um final de gravidez e parto satisfatório (KRUSE e ABEICHE, 1992; BUCHABQUI, 1997).

No Sistema de Saúde vigente, as consultas para gestantes de baixo risco devem ser feitas em nível primário de atenção e, às gestantes de alto risco deve ser reservado atendimento em nível complexo de atenção. O MS recomenda o calendário de consultas pré-natais com intervalo de quatro semanas; após 36 semanas, a gestante deverá receber acompanhamento semanal, para avaliação da pressão arterial presença de edemas, dos movimentos do feto, batimentos cardíco-fetais, entre outros (BRASIL, 2006).

De acordo com o MS (2006), o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o princípio da gestação, assegurando, no término desta, o nascimento de uma criança saudável e garantia do bem-estar da mãe e recém-nascido.

O pré-natal não deve ser somente um momento técnico centrado em um fenômeno biológico, visto que tal conduta não estabelece vínculo de acolhimento, confiança e segurança, dificultan-

do a relação enfermeiro/gestante. O enfermeiro deve considerar que a abordagem emocional é fundamental para a relação profissional/cliente, estabelecendo um vínculo que estimula a utilização da sensibilidade para “olhar” a cliente como um ser biopsicossocial, alguém que possui uma história particular antes da história clínica. Assim, o enfermeiro exercita os princípios que norteiam os profissionais da saúde da família e não centra a atenção somente em atos prescritivos (DUARTE, PAULA e ACIOLY, 1999).

Em relação à assistência puerperal, esta é de suma importância visto que grande parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal ocorre na primeira semana após o parto. Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para assistir a mulher e o recém-nascido na primeira semana após o parto e para implementar todo o cuidado previsto para a “Primeira Semana de Saúde Integral” (BRASIL, 2006).

Dentre as ações previstas na Primeira Semana de Saúde Integral estão, acolhimento, anamnese, avaliação do aleitamento materno, avaliação clínico-ginecológica, atenção ao estado psíquico da mulher, atenção para complicações orgânicas que podem se apresentar neste período; como infecção, hemorragia, distúrbios do trato urinário, e realização de orientações relacionadas aos cuidados com higiene, alimentação, atividade sexual, cuidado com as mamas, direitos entre outros (BRASIL, 2006; MANDÚ, 2006).

Quanto ao planejamento familiar, este deve ter como objetivos reduzir a alta paridade, a gravidez precoce e indesejada, o curto intervalo entre as gestações, o aborto em condições inseguras, os quais aumentam o risco ao óbito materno, sendo o aborto uma das principais causas da mortalidade materna (MANDÚ, ANTIQUEIRA E LANZA, 2009). Ressaltamos que o planejamento familiar é de suma importância também na redução das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) com destaque para o HIV, que representa a segunda principal causa de morte em mulheres em idade fértil. (LAURENTI, JORGE e GOYLIEB, 2009).

Sabendo-se que pelo menos metade das gestações não são inicialmente planejadas, embora possam ser desejadas, em muitas ocasiões, o não planejamento deve-se à falta de orien-

tação ou de oportunidade para a aquisição de um método anti-concepcional. Faz-se necessário, portanto, a implementação do planejamento familiar nas consultas de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação (BRASIL, 2006).

O estudo da mortalidade materna tem desafios que superam análises individuais dos casos e remetem a uma dimensão maior que é a população e suas questões de vida, saúde e doença, em uma sociedade onde não existe consenso sobre a igualdade de gênero e direitos reprodutivos (MARTINS, 2006).

Muitos são os desafios quando se assume a responsabilidade de lidar com o ser humano, ficando evidente que tão importante quanto os resultados alcançados é todo o processo que envolve a saúde reprodutiva. A enfermagem tem se tornado uma profissão empenhada num despertar social para além das práticas curativas e consolida sua relevância na colaboração para a reversão de indicadores de saúde, em especial os da mortalidade materna (DUARTE e ANDRADE, 2006).

### **Material e métodos**

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica do tipo exploratória, realizada de acordo com Lakatos e Marconi (2007) e Gil (2007).

As fontes bibliográficas foram os artigos disponíveis no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde - Sistema Bireme, nas bases de dados Lilacs, Bedenf e Cidsaúde. Os descritores utilizados para o levantamento do material foram: Enfermagem obstétrica; saúde da mulher; mortalidade materna e Saúde da família. Utilizamos como critérios de inclusão os artigos publicados no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009. Nesta empreitada localizamos a princípio um número grande de títulos, contudo, após cruzamento dos dados e consulta, deparamos com 29 publicações referentes ao assunto, contudo, 11 foram excluídos por não se tratarem de ações de enfermagem na área estudada. Assim, nossa amostra resultou em 18 fontes. Estas foram impressas e lidas na íntegra.

## **Resultados e discussão**

Os artigos em suma ressaltam a importância do Enfermeiro na assistência pré-natal, planejamento familiar e atenção puerperal, e traz ações que devem ser realizadas objetivando a redução da mortalidade materna.

Para Soares, Schor e Tavares (2008), na assistência pré-natal deve-se minimamente realizar: anamnese em cada consulta do pré-natal, abordando os seguintes aspectos: antecedentes familiares, antecedentes pessoais, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos, data da última menstruação, data provável do parto, realizar exame clínico e obstétrico. Este exame deverá ser realizado com atenção a presença de anemia, infecção do trato urinário e DSTs, avaliação da idade gestacional, altura uterina, batimentos cardíaco-fetais, aferir níveis pressóricos, reforçar e estimular a suplementação de ferro e ácido fólico, instruir sobre sinais e locais de atendimento de emergência, preencher o cartão de pré-natal de maneira adequada em todas as consultas.

Ainda os mesmos autores acrescentam na primeira consulta o exame ginecológico completo, cálculo da relação peso/altura, solicitação de exames básicos mínimos (hemograma, VDRL, urina, tipagem sanguínea) e realizar 1ª dose da vacina AIT com realização da 2ª e 3ª doses em consultas subsequentes. Avaliação de peso materno em todas as consultas, principalmente nas gestantes de baixo peso. Deve-se avaliar o nível de proteinúria em nulíparas ou portadoras de pré-eclâmpsia prévia a partir da 24ª semana de gestação. No terceiro trimestre: repetir hemograma e vacinação, orientar planejamento do parto, lactação e anticoncepção, diagnosticar apresentação pélvica para encaminhamento.

Podemos ver que há uma ênfase na realização dos procedimentos técnicos por parte dos artigos estudados, procedimentos estes que se encontram de acordo com o Manual de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (2006), cujo objetivo é assegurar a qualidade da assistência pré-natal e investigar o risco obstétrico.

Considerando que a maioria das complicações decorrentes da gravidez e do parto pode ser evitável por meio de uma ade-

quada assistência pré-natal. É neste momento em que podem ser identificados os fatores de risco e complicações, que passam a ser acompanhadas de maneira a evitar um desfecho trágico tanto para mulher como criança e família. A ausência da mulher poderá causar a desestruturação da família, levando a lares desfeitos, crianças órfãs que acabam vivendo com parentes, em instituições ou na rua, configurando-se como uma violência contra a mulher que pode gerar violência para os filhos (NOGUEIRA, 2001; SOARES e MARTINS, 2006).

Porém, a atenção pré-natal não se resume apenas aos procedimentos técnicos. É importante que se desenvolva o vínculo, que possibilitará uma adesão dessa mulher ao pré-natal para que ela seja também a agente do processo, e não uma mera expectadora. Para atingir este objetivo é importante a captação precoce, o incentivo ao parto normal, o fornecimento de informações a respeito da importância do pré-natal, a facilitação do acesso a marcação das consultas e preparo para o parto. Além de considerar fatores socioeconômico e culturais, respeitando a história de vida de cada mulher, desmistificando construções errôneas associadas a pontos negativos do ciclo gravídico puerperal. Escutar ativamente as gestantes transmitindo apoio e confiança para que possam conduzir com autonomia suas gestações e partos (GOMES, 2006).

A enfermagem é, em geral, o primeiro contato da mulher com o serviço de saúde em todos os níveis, trabalhando com aspectos muito íntimos da mulher. Assim devem estar preparados para um atendimento integral, levando em consideração toda a história da inserção social, desvalorização e subordinação a que a mulher foi submetida. Para isso é importante que o profissional exerça sua competência e compromisso social, sendo definidas respectivamente como capacidade de relacionamento humano com pessoas e grupos, e responsabilização pelos direitos de cidadania da população e a prestação de serviços como acolhimento, qualidade e resolutividade (LIMA e MOURA, 2008; REIS e ANDRADE, 2008).

Segundo Souza, Monticelli e Ferreira (2008), a assistência prestada pelo enfermeiro deve ser um apoio para que a mulher viva, exercite seus direitos e supere seus limites, e não se cons-

titua em mais um obstáculo, além daqueles que ela convive na sociedade, como a falta de oportunidades para o ingresso na escola e a superação de suas dificuldades de aprendizagem e de aplicação prática dos ensinamentos em sua vida diária.

Diante deste aspecto, Barbastefano e Vargens (2009), afirmam que o Enfermeiro possui alguns dogmas e dentre estes podem ser destacados a visão holística da clientela e a separação entre tecnologia e o ser humano, distinguindo números de nomes, resultando na individualização do cliente no processo global do seu atendimento. Em termos de políticas públicas de saúde, essa questão é claramente tratada no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) criado pelo Ministério da Saúde no ano 2000, onde tem entre seus fundamentos o direito a humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o acompanhamento adequado a mulheres e recém-nascidos (SPÍNDOLA, PENNA e PROGIANTI, 2006).

Dentro do processo de humanização da assistência os artigos trazem a educação em saúde como uma ferramenta utilizada pelos enfermeiros para facilitar a compreensão do processo gestacional pelas mulheres e familiares. Uma vez que realizada em grupos promove a troca de saberes e experiências entre a população como um todo, incluindo usuários e profissionais da saúde. Cada pessoa é valorizada como dono de um saber, um aprendiz e um educador. Esta prática visa à prevenção de doenças, a promoção da saúde e promove a autonomia dos sujeitos envolvidos, tornando-os sujeitos ativos e transformadores de sua própria vida ou até mesmo da sua sociedade (SPÍNDOLA, PENNA e PROGIANTI, 2006).

Os estudos lembram a importância da incorporação de protocolos assistenciais com finalidade de estabelecer padrões de qualidade da assistência, que possibilita a utilização de uma linguagem padronizada para melhor comunicar os fenômenos de interesse da prática da enfermagem, além de nortear a tomada de decisão, seleção de intervenções individualizadas, documentação e avaliação do cuidado (PEREIRA e BACHION, 2005; CUNHA, DOTTO e MAMEDE, 2009).

O enfermeiro deve também durante o pré-natal abordar o assunto do planejamento familiar nas últimas consultas a fim da mulher planejar gestações futuras e no puerpério reforçar as orientações já realizadas no pré-natal, tendo em vista a inclusão do homem, considerando sua participação na produção da saúde feminina, uma vez que na Lei do planejamento familiar e também nas políticas públicas de saúde há alternativas de contracepção tanto para homens quanto para mulheres, e uma vez que o direito de ter ou não filhos é de ambos (CALDERON, CECATTI e VEGA, 2006).

Em relação ao planejamento familiar os artigos ressaltam sua importância para a redução do número de gravidezes indesejadas e conseqüentemente o aborto, o qual é um problema de saúde pública. Países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, cerca de 30% das gestações terminam em abortamento, onde de 10 a 15% das mortes maternas tem a sua causa as complicações do abortamento (SOUZA, MONTICELLI, FERREIRA, 2008).

Conforme Souza, Almeida e Soares (2008), a prática de ações educativas devem ser realizadas através de orientações a fim de fornecer informações confiáveis e solidárias a respeito dos riscos de procedimentos inadequados para a realização do aborto, evitando que o mesmo aconteça, não deixando de abordar os riscos da alta paridade, gravidez precoce, gravidez indesejada e em intervalos curtos, reduzir o número absoluto de gestações, aumentar o intervalo entre as gestações, evitar gestações nas faixas etárias de maior risco e a prevenção de DSTs, pois esta encontra-se relacionada a doença inflamatória pélvica, infertilidade, dor crônica e gravidez ectópica, as quais se relacionam com causas indiretas da mortalidade materna.

Na consulta de enfermagem, Parada e Tonete (2008), ressaltam que deve-se proporcionar a acessibilidade aos métodos contraceptivos, através de ações educativas e informativas que incentivem decisões e práticas autônomas, conscientes e responsáveis, e promover o envolvimento de mulheres e homens, através do vínculo, acolhimento e apoio, atendendo as necessidades de cada um, em relação aos métodos contraceptivos. Portanto vimos que o planejamento familiar não deve se restringir à dis-

tribuição de preservativos e outros contraceptivos e bem como na responsabilização exclusiva da mulher, deve desmistificar a educação e a cultura da relação de gênero, onde o homem é o mantenedor e aquele que decide e a mulher é o ator que “serve” e “obedece” (LIMA e LIMA, 2008).

Quanto à atenção puerperal Riquinho e Correia (2006), enfatizam apenas a consideração dos fatores sócio-econômicos e culturais, uma vez que os mesmos influenciam no desenvolvimento dos cuidados no período pós-parto, e a realização de no mínimo uma consulta evitando-se avaliações sumárias.

É de suma importância, porém os artigos não trazem, a realização das ações da Primeira Semana de Saúde Integral conforme preconizadas pelo Manual de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (2006), onde envolve os cuidados indispensáveis a serem realizados na primeira semana de pós-parto, à puérpera e ao recém-nascido.

Considerando a leitura dos artigos, temos a comprovação de que a atenção puerperal não é valorizada pelos serviços de saúde. Pois, a preocupação maior é com a saúde do recém-nascido (vacinação, crescimento e desenvolvimento), e a mulher é deixada de lado, o que demonstra que tanto os profissionais de saúde como as puérperas não compreendem a importância da consulta puerperal (BRASIL, 2006).

A avaliação puerperal deve abordar aspectos físicos, emocionais e sócio-culturais a fim de identificar alterações que possam levar a uma morte materna. Dentro dos aspectos físicos, principalmente na primeira semana pós-parto, podemos identificar através de visita domiciliar ou consulta na unidade: hemorragia puerperal, infecção puerperal e da cicatriz de cesariana, lacerações vaginais, perineais e cervicais, distúrbios do trato urinário e, na segunda e terceira semanas após o parto a mastite puerperal, a qual se inicia como um processo inflamatório e pode progredir para uma infecção bacteriana e sepse (MANDÚ, 2006; OMS, 2005).

Sendo o puerpério um momento de transição psicossocial da gestação e parto para uma nova condição, onde a mulher se vê em um novo momento das relações sociais, familiares e con-

sigo mesma, o enfermeiro deve observar e analisar as reações e comportamentos psicoemocionais, a fim de identificar comportamentos de regressão e labilidades de humor, como blues puerperal, diferenciando-o da depressão pós-parto e esta da psicose puerperal (MANDÚ, 2006).

Apesar dos artigos não enfatizarem a atenção puerperal, a literatura nos mostra que nesse período podem ocorrer várias complicações as quais podem levar a um óbito materno, e o enfermeiro da unidade de saúde tem capacidade para prevenir, identificar e se necessário intervir a fim de evitar um desfecho trágico.

### **Considerações finais**

A maioria das mulheres vítimas de complicações do período gravídico-puerperal pertence à classe social menos favorecida em termos de renda, escolaridade e acesso a serviços de saúde de qualidade, e estando a Saúde da Família implantada nessas áreas de concentração de população menos favorecida, tem nas suas ações a promoção, prevenção, recuperação da saúde, sendo responsável pela manutenção da saúde da população adstrita.

A mortalidade materna é um problema de saúde pública e, em sua maioria desencadeada por causas obstétricas diretas, as quais podem ser prevenidas ou identificadas precocemente pelo Enfermeiro da Saúde da Família, durante a assistência pré-natal e puerperal, e também desenvolvendo as ações de planejamento familiar as quais contribuem para a redução da gravidez indesejada.

Observamos que através dos artigos trabalhados a maioria das ações possíveis para reduzir a mortalidade materna está voltada para o pré-natal, o que reforça o objetivo desta assistência a qual é identificar adequada e precocemente as mulheres com maior chance de apresentar uma evolução desfavorável, e acolher-la desde o início de sua gravidez.

Porém, a assistência pré-natal de qualidade é fator imprescindível para consolidação da atenção puerperal, e talvez seja o motivo da ênfase dos artigos na atenção pré-natal, uma vez que esta precisa ser efetuada de forma a criar vínculo entre o enfer-

meiro e mulher, para que entenda sua importância e retorne ao serviço para consulta puerperal.

Sendo assim, o enfermeiro da saúde da família tem suas ações na contribuição da redução da mortalidade materna pautadas na atenção pré-natal, puerperal e no planejamento familiar, uma vez que é um profissional que possui além de capacidade técnica e respaldo legal, também o cuidar como objeto de trabalho, o que envolve visão holística, função educativa, administrativa e assistencial.

### Referências

BARBASTEFANO, P. S.; VARGEN, O. M. da C. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. *Revista brasileira de enfermagem*. vol.62 no.2 Brasília. Mar./Apr. 2009

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN*. Brasília: SPS/MS, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico*/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada* – Manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher – Brasília: 2006.

BRASIL, 2009. *Portal Saúde Cidadão*. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149). Acesso em 19/10/2009.

BUCHABQUI, J. A. Assistência pré-natal. In: FREITAS, F. e col. *Rotinas em obstetrícia*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap. 2, p. 23-36.

CALDERON, I. de M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Revista brasileira ginecologia obstetrícia*, 2006; 28 (5):310-5.

CECATTI, J. G. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para

a prevenção da morbidade e mortalidade materna *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 5 (1): 9-11, jan. / mar., 2005.

CHOR, Dora. Mulheres brasileiras... mortes invisíveis In: *RADIS*. n. 57. maio 2007.p. 19.

CUNHA, M. de A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por Enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2009, jan-mar.; 13 (1):00-00.

DUARTE, S. J. H. ; ANDRADE, S. M. O. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. *Esc. Anna Nery*. vol.10, no.1. Rio de Janeiro, Apr. 2006.

DUARTE, M. do C. A.; PAULA, N. M. C.; ACIOLY, C. M. C. Perfil das usuárias de um serviço de assistência pré-natal. *Rev. Nursing*, Brasil, n. 12, ano 2, p. 32-34, 1999.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas?. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos de metodologia: um guia para iniciação científica*. 6° ed. São paulo: Atlas, 2007.

GOMES, F. A. et al. Mortalidade materna na perspectiva do familiar. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2006; 40(1): 50-6.

KRUSE, W.; ABEICHE, A. M. *Assistência pré-natal*. Porto Alegre: Editora da Universidade, 1992.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de M.; GOYLIEB, S. L. D. Mortes por doenças infecciosas em mulheres: ocorrências no ciclo gravídico-puerperal. *Revista da associação médica brasileira*, 2009; 55 (1):64-9.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos de metodologia científica*. 6 ed. São Paulo: Ed. Atlas SA, 2007.

LIMA, M. A. R. de O.; LIMA, L. de O. Planejamento Familiar: Conflitos e Soluções. Reprodução; Maternidade; Planejamento Familiar: Feminismos e maternidade: diálogos (im)pertinentes. *Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder* Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008.

LIMA, Y. M. S.; MOURA, M. A. V. A percepção da enfermeiras sobre a competência social do desenvolvimento da assistência pré-natal. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2009, dez.; 12(4):672-78.

MANDÚ, E. N. T.; ANTIQUEIRA, V. M. A.; LANZA, R. A. C. Mortalidade Materna: Implicações para o Programa Saúde da Família. *Revista de Enfermagem*. UERJ, Rio de Janeiro,; 17(2):278-84. Abr/jun., 2009.

MANDÚ, E. N., org. *Saúde reprodutiva: Propostas práticas para o trabalho de enfermeiros (as) em atenção básica*. Cuiabá: EdUFMT; 2006.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. vol.22 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2006.

MOULIN, N. de M, DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, [online]. Ribeirão Preto, v.14, n.5, 2006.

NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S. ; RODRIGUES, Q. P. Avaliação da cobertura e indicadores do programa de humanização do pré-natal e nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, 7 (2): 191-197, abr-jun, 2007.

NOGUEIRA, M. I. *Assistência pré-natal: práticas de saúde a serviço da vida*. São Paulo: HUCITEC. V. 22, n. 2, p. 122-140, jul. 2001.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Educação para uma maternidade segura: módulos de educação*. Sepsis. Manual para professores de enfermagem obstétrica. 2ed. Portugal, maio, 2005.

OPAS (Organización Panamericana de la Salud), OMS (Organización Mundial de la Salud). *Género, salud y desarrollo en las Américas*. Ind básicos 2005.

PEREIRA, S.V.M.; BACHION, M. M. Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. *Revista Brasileira Enfermagem*. Nov-dez; 58(6):559-64, 2005.

REDE BRASIL VOLUNTÁRIO: Objetivos do milênio. <http://www.objetivosdomilenio.org.br/> acesso em 12/10/2009.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O. Representações sociais das enfermeiras sobre integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008. 13(1) 61-70.

PARADA, C. M. G. de L. e TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços pú-

blicos. *Interface – Comunicação, saúde, educação*, v.12, n.24, p.35-46, jan./mar.2008.

RIQUINHO, D. L. e CORREIA, S. G. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2008, maio-jun;59(3):303-7.

SOARES, V. M. N.; MARTINS, A. L. A trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. *Rev. Bras. Saúde Materna Infantil*. Recife, 6 (4): 453-460, out. / dez., 2006.

SOARES, V. M. N.; SCHOR, N.; TAVARES, C. M. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 2008, 18(3):254-263.

SOUZA, K. V. de; ALMEIDA, M. R. de C. B. de; SOARES, V. M. N. Perfil da mortalidade materna por aborto no Paraná: 2003-2005. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, dez, 12(4): 741-49.

SOUZA, M. de L. de; MONTICELLI, M.; FERREIRA, L. A. P. et al. Mortalidade por aborto no estado de Santa Catarina- 1996 a 2005. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2008, dez, 12(4): 735-40.

SPÍNDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2006; 40(3): 381-8.