



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

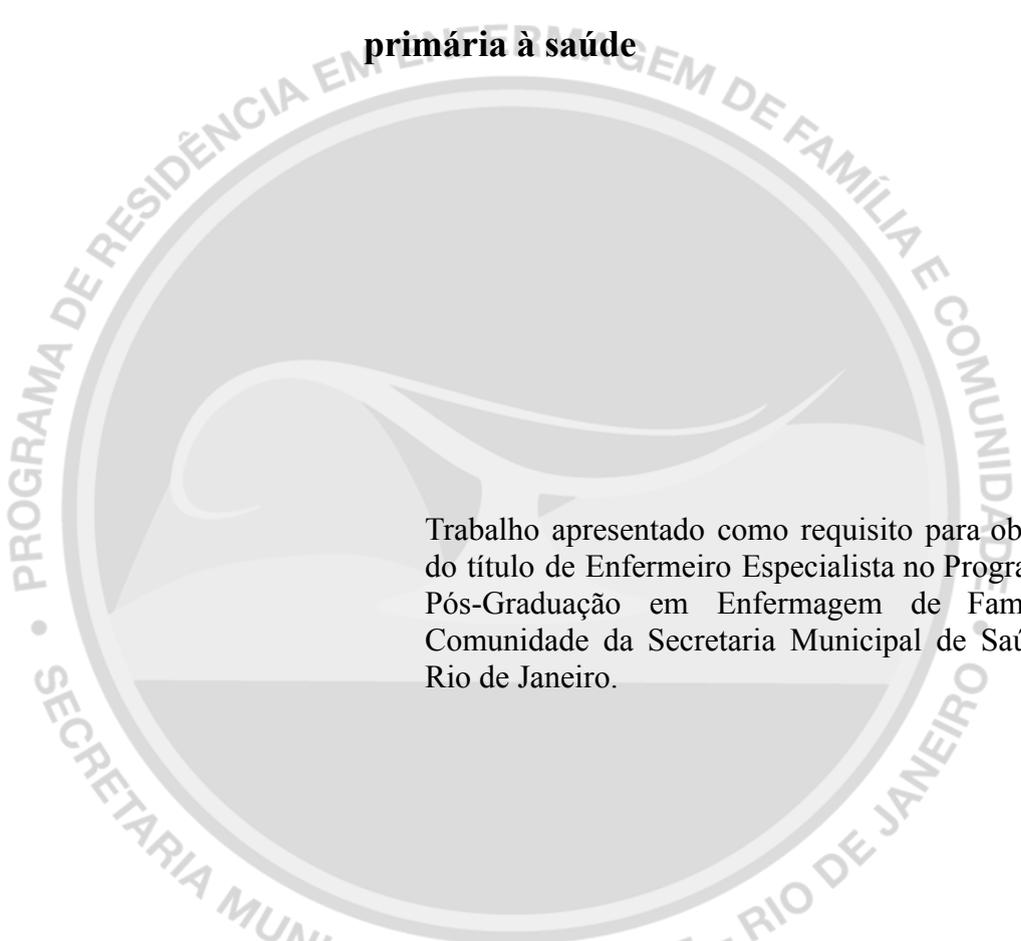
Mariana Salles Miranda Ribeiro

**A prevenção da morte materna através da assistência pré-natal na atenção
primária à saúde**

Rio de Janeiro

2023

**A prevenção da morte materna através da assistência pré-natal na atenção
primária à saúde**



Trabalho apresentado como requisito para obtenção do título de Enfermeiro Especialista no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Orientadora: Ma. Leticia Vieira Lourenço

Rio de Janeiro

2023

RESUMO

RIBEIRO, Mariana Salles Miranda. **A prevenção da morte materna através da assistência pré-natal na atenção primária à saúde.** 2023. 37 f. Trabalho de Conclusão de curso em Enfermagem de Família e Comunidade – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A mortalidade materna constitui-se como uma violação ao direito das mulheres, e, ainda hoje, apresenta números inaceitavelmente altos, chegando à marca de quase 300.000 mil mortes por ano, das quais 99% estão concentradas em países em desenvolvimento. No Brasil, entre os anos de 2010 a 2022, foram registrados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 21.529 óbitos maternos, sendo quase 14 mil desses óbitos apontados como causas obstétricas diretas. As mortes maternas obstétricas diretas são decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. Nesse contexto, torna-se necessário avaliar as práticas que vêm sendo implementadas tanto durante a gestação, quanto na assistência ao parto e nascimento. Entendendo como a assistência pré-natal pode ser um fator determinante para a redução do óbito materno, o presente trabalho teve como objetivo identificar a importância da assistência pré-natal para a prevenção dos óbitos maternos; caracterizar a importância do profissional de enfermagem na assistência pré-natal na atenção básica e analisar a produção científica sobre a assistência pré-natal na redução da mortalidade materna. A metodologia utilizada trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A pergunta norteadora foi elaborada através da estratégia PICO, chegando à seguinte questão: “A assistência pré-natal oferecida às gestantes na atenção básica pode contribuir para prevenção da mortalidade materna?”. A busca resultou na inclusão de 8 artigos, nas bases de dados BDENF, LILACS, MEDLINE e SciELO. Utilizando os seguintes descritores: “Assistência Pré-natal”, “Mortalidade Materna”, “Enfermagem de Família” e “Atenção Básica”. Com a leitura dos artigos na íntegra, emergiram três categorias: o perfil da mortalidade materna no Brasil, a importância da adesão e realização do pré-natal e o papel do enfermeiro no cuidado à gestante no pré-natal. Como considerações finais, a mortalidade materna é sempre um tema desafiador, seja pelo impacto na sociedade, pela sua possível evitabilidade, ou ainda pela dificuldade na redução da sua ocorrência em todo o mundo. A adesão e realização do pré-natal, bem como a qualificação e atendimento do profissional, são fatores essenciais para a mudança nos indicadores de saúde materna.

Palavras-chave: Assistência pré-natal. Mortalidade materna. Enfermagem. Atenção Básica.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PREFC	Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	4
3	JUSTIFICATIVA	5
4	REFERENCIAL TEÓRICO	6
4.1	O PANORAMA DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL E NO MUNDO	6
4.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL.....	8
4.3	A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	11
5	METODOLOGIA	13
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
8	REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é considerada um problema mundial e de grande incidência no cenário nacional, sendo um importante indicador da qualidade do atendimento à saúde da mulher e das distintas realidades sociais de um país.

A morte materna é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como:

A morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de até 42 dias após seu término, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação, excetuando-se, porém, as causas acidentais ou incidentais (OMS, 2000).

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas configuram-se não só como uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças, mas também como um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais (BRASIL, 2009).

Para entender as principais causas de mortes maternas, bem como os aspectos mais importantes para a sua prevenção, é necessário esclarecer que as mortes maternas por causas obstétricas podem ser divididas em dois tipos: as indiretas e as diretas, as quais 92% dos casos são considerados evitáveis (BRASIL, 2009).

É importante salientar que as mortes maternas diretas são aquelas que ocorrem por complicações obstétricas, durante gravidez, parto ou puerpério, decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores (BRASIL, 2007).

O presente trabalho tem o objetivo de estudar as mortes maternas obstétricas diretas, e o impacto que o pré-natal de qualidade realizado na atenção básica pode trazer para a sua redução.

Apesar de nas últimas duas décadas a taxa de mortalidade materna ter sofrido considerável declínio mundial, dados apontam que o número de óbitos maternos continua elevado, principalmente em países em desenvolvimento, os quais representam 99% de todas as mortes maternas (OPAS, 2018).

O Brasil em 2000, na Cúpula do Milênio das Nações Unidas, assinou junto com mais 189 países o compromisso de cumprir até 2015 os chamados Oito Objetivos do Milênio, sendo um deles melhorar a saúde materna (ONU, 2000).

Em 2004, diante dos crescentes números de mortalidade no país, o Governo Federal estabeleceu como prioridade no Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004).

Assim, a mortalidade materna é uma questão que tem sido discutida em diversas esferas da sociedade, uma vez que é grande o impacto social, bem como sua relevância na saúde pública. Nesse contexto, um dos aspectos que se apresenta como mais importante para a prevenção da mortalidade materna é a realização e o cuidado com o pré-natal, como sugere, inclusive, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2000).

O acompanhamento pré-natal é fundamental para a saúde da mulher gestante e do seu recém-nascido, e tem como propósito realizar ações de prevenção e promoção à saúde, além da identificação e tratamento de problemas que ocorram durante o período. Com este acompanhamento pretende-se assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto negativo para a saúde materna, abordando, inclusive, os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

Segundo Primo et. al (2008), visando a ampliação do acesso aos meios de promoção, prevenção a saúde e redução dos números da mortalidade das gestantes no país, a atuação do enfermeiro e de toda a equipe multidisciplinar é de extrema importância, tanto para a realização de um bom pré-natal quanto para a detecção precoce de fatores de risco. Os autores ainda complementam que o pré-natal é considerado fundamental para a detecção de complicações e conseqüentemente evitar a mortalidade materna.

Tais considerações iniciais permitem uma primeira reflexão sobre a importância do atendimento de qualidade à mulher gestante, com um pré-natal bem realizado e toda uma política de saúde pública voltada para a saúde da mulher, sendo de extrema importância a atuação do profissional de enfermagem.

Segundo Ruas et. al (2020), as mulheres mais acometidas pela mortalidade materna são as de baixo nível socioeconômico, e o principal local de atendimento dessas mulheres é dentro da APS, diante do exposto, é fundamental pensar no acesso dessa mulher gestante aos serviços de saúde e a qualidade do serviço oferecido. É imprescindível pensar no processo de atendimento dessa mulher dentro do pré-natal, avaliando a qualidade desse atendimento e a qualificação do profissional prestador do atendimento.

Como brevemente exposto nesse primeiro momento, a mortalidade materna é um dos principais problemas de saúde pública enfrentados pelo Brasil, principalmente nas regiões mais pobres do país. A atuação sistemática e multidisciplinar das equipes de saúde e do governo, assim como uma maior atenção dos enfermeiros para a capacitação profissional na

obstetrícia e o desenvolvimento de ações educativas que atendam à complexidade do ciclo gravídico-puerperal, se fazem de extrema importância para a redução das comorbidades gestacionais e consequentemente dos óbitos maternos (MELO et al, 2018).

Desse modo, torna-se importante entender os fatores que interferem no acesso da gestante aos serviços de assistência à saúde e ao parto bem como as limitações do sistema ainda existentes para vislumbrar estratégias para o seu enfrentamento.

Assim, o estudo tem o propósito de identificar de que forma um acesso de qualidade ao serviço de atenção básica de saúde durante a gestação, mais especificamente durante as consultas de pré-natal realizadas pelo profissional enfermeiro e pela equipe multiprofissional, poderiam influir em uma diminuição dos óbitos maternos evitáveis.

2. OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo geral:

Analisar de que forma a qualidade da assistência prestada pelo profissional enfermeiro na consulta de pré-natal no cenário da Atenção Primária à Saúde pode influenciar a diminuição dos óbitos maternos evitáveis.

E como objetivos específicos:

Identificar as causas mais prevalentes da mortalidade materna no Brasil nos últimos dez anos.

Destacar as práticas de cuidado do profissional enfermeiro de família e comunidade que visem a melhoria da qualidade da consulta de pré-natal oferecida.

3. JUSTIFICATIVA

A mortalidade materna constitui-se como uma violação ao direito das mulheres, e, ainda hoje, apresenta números inaceitavelmente altos, chegando à marca de quase 300.000 mil mortes por ano, - das quais 99% estão concentradas em países em desenvolvimento (OPAS, 2018).

Considerando que a maior causa de mortalidade materna advém de causas diretas, torna-se necessário avaliar as práticas que vêm sendo implementadas na assistência pré-natal, parto e nascimento (BRASIL, 2012).

As mortes por causas obstétricas diretas são responsáveis por 66% das mortes maternas em nosso país. As principais causas de morte materna obstétrica diretas, são: as síndromes hipertensivas e as hemorragias. As causas obstétricas diretas são mais evitáveis que as indiretas, pois dependem fundamentalmente da qualidade da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2020).

As síndromes hipertensivas são responsáveis por quase um quarto das mortes maternas no Brasil, refletindo o quão grande são os problemas na qualidade da assistência pré-natal ou mesmo a sua falta (FIOCRUZ, 2020).

Entendendo que a maior parte das síndromes hipertensivas podem e devem ser precocemente detectadas e tratadas no pré-natal, me inquieta enquanto profissional enfermeira e residente de enfermagem de saúde da família e comunidade, o quanto o papel do enfermeiro é fundamental para um pré-natal de qualidade, e o quanto podemos fazer mais dentro da atenção primária à saúde e da estratégia de saúde da família para a mudança do panorama brasileiro.

A disposição em aprofundar o estudo sobre o tema também se deu por acreditar que o caso as políticas públicas de saúde, a compreensão da importância da realização de um atendimento de qualidade, a qualificação profissional e o acesso e adesão à realização das consultas de pré-natal na atenção básica fossem mais efetivos o número de mortes maternas poderia ser consideravelmente menor.

Além disso, é importante ressaltar que o profissional enfermeiro pode influir de forma fundamental para a mudança desse cenário, já que este desenvolve um trabalho essencial na promoção de saúde, por meio da orientação e educação à gestante, bem como no diagnóstico e a detecção precoce de problemas que possam ocorrer durante o período pré-natal.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. O PANORAMA DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL E NO MUNDO

A mortalidade materna não é considerada apenas uma questão de saúde, mas sim um problema social em todo mundo, já que a taxa de mortalidade materna é mais elevada em áreas subdesenvolvidas, devido principalmente às características socioeconômicas. Nesse contexto, países da América Latina apresentam taxas muito mais elevadas de mortalidade materna em relação aos países desenvolvidos, como Estados Unidos e Canadá (OPAS, 2018).

Ainda de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, a taxa de mortalidade materna nos países em desenvolvimento no ano de 2015 foi de 239 por 100 mil nascidos vivos, contra 12 por 100 mil nascidos vivos em países desenvolvidos. É preciso levar em consideração a existência de grandes disparidades entre os países e dentro dos próprios países, entre mulheres com baixas e altas rendas e entre a população rural e a população urbana. As mulheres nos países em desenvolvimento têm, em média, muito mais gestações do que as mulheres nos países desenvolvidos, e, por isso, sofrem um maior risco de morte relacionada à gestação ao longo da vida. Nesse contexto, países da América Latina apresentam taxas muito mais elevadas de mortalidade materna em relação aos países desenvolvidos, como Estados Unidos e Canadá (OPAS, 2018).

No Brasil, o foco na assistência à gestante cresceu nas últimas décadas. As políticas públicas no nosso país durante anos foram guiadas para melhorar os indicadores relativos à mortalidade infantil. No entanto, nos últimos anos percebeu-se uma mudança nesse paradigma, onde a situação da mulher gestante, principalmente em relação à mortalidade materna, passou a ser alvo de discussões.

Em 1994 iniciou-se o desenvolvimento de estratégias e propostas para a redução da mortalidade materna. Nesse ano foi instituído o Comitê Nacional de Estudo de Morte Materna. Esse Comitê tinha como um dos objetivos incentivar a criação de comitês em âmbitos locais e assim passar a identificar e investigar os óbitos maternos (BRASIL, 2000).

A fim de avaliar a quantidade de mortes maternas computadas em nosso país, foi instituída a determinação da Razão de Mortalidade Materna (RMM), sendo de extrema importância para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde voltados para as mulheres gestantes (BRASIL, 2009).

Outra ação em âmbito nacional que vem auxiliando na redução da mortalidade materna é a Rede Cegonha, estratégia lançada em 24 de junho de 2011 pela Portaria nº 1.459 do

governo federal. Esse projeto propõe uma rede integrada de cuidados à gravidez, ao parto e à criança. O objetivo da Rede Cegonha é a implementação de uma rede de assistência e qualidade à saúde da mulher e da criança, inclusive com o intuito de reduzir as altas taxas de mortalidade materna no país (BRASIL, 2012).

Em relação à mortalidade materna, cabe salientar que essa está classificada em dois grupos, as mortes por causas diretas e as mortes por causas indiretas. As causas diretas são os óbitos maternos resultantes de complicações da gravidez, parto e o período de puerpério. As mortes obstétricas indiretas são decorrentes de doenças previamente existentes ou que foram desenvolvidas no período da gestação, porém que não possuem ligação com as causas obstétricas diretas, mas que são agravadas pelos efeitos fisiológicos do organismo da mulher na época da gravidez ou puerpério, como por exemplo os acidentes vasculares ou acidentes anestésicos.(BRASIL, 2009).

Já dentro das mortes obstétricas diretas estão inseridas as mortes por intervenções, omissões, tratamento incorreto, sendo essas mortes resultantes de infecções, hemorragias, doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), sendo 92% dessas mortes são consideradas evitáveis (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, vale ressaltar que entre as principais causas de mortalidade materna direta estão a hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), hemorragias graves (principalmente após o parto) e infecções (OPAS, 2018).

Além disso, semelhante ao que acontece no âmbito mundial, nota-se no Brasil que os índices mais altos de mortalidade estão concentrados em regiões periféricas, já que nessas regiões o acesso às redes de saúde é mais precário (RUAS et. al, 2020).

Assim, percebe-se que o enfrentamento da mortalidade materna deve observar as grandes diferenças na frequência e na forma em que se apresenta no país.

Deve-se levar em conta, além das diferenças socioeconômicas, o acesso à saúde da população e as causas dessa mortalidade materna (PNUD, 2015).

Um problema que também dificulta o enfrentamento da mortalidade materna, é a dificuldade em concentrar todos os dados sobre o assunto. O elevado índice de sub-informação, sub-registro e a não investigação de óbitos de muitas mulheres são barreiras ainda enfrentadas na realidade atual (LAURENTI, 2004).

Entender os fatores relacionados a essa situação se faz fundamental para a formulação de estratégias de gestão e planejamento, já que o número de mortes maternas de um país estabelece um excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano. Conforme indica Alencar (2012), esse fato retrata o

nível socioeconômico, a qualidade da assistência e a política de promoção da saúde pública existente.

4.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, apresentando como base atender às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas traziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Ou seja, as primeiras políticas de atenção à mulher não a olhavam em todo o seu ciclo vital, elas visavam apenas cuidar da mulher progenitora e de suas funções fisiológicas enquanto gestante e parturiente (BRASIL, 2011).

Porém, esses programas foram fortemente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem uma maior assistência em grande parte de sua vida.

Foi então que em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), não voltado apenas ao binômio mãe-filho, mas à atenção à saúde da mulher em sua totalidade.

Nessa perspectiva, a proposta do PAISM considerava a necessidade de articulação das ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério, além da prevenção ao câncer e doenças sexualmente transmissíveis, assistência a adolescente, a menopausa e a anticoncepção (ALMEIDA, 2005).

Mesmo diante das iniciativas do governo, ainda existiam discussões sobre a qualidade da assistência prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção, o acesso à saúde em algumas regiões e áreas do país e especialmente o impacto nos indicadores de saúde, como por exemplo a mortalidade materna e infantil que ainda se mostrava muito alta no país.

Em 1994 iniciou-se o desenvolvimento de estratégias e propostas para a redução da mortalidade materna. Nesse ano foi instituído o Comitê Nacional de Estudo de Morte Materna. Esse Comitê tinha como um dos objetivos incentivar a criação de comitês em âmbitos locais e assim passar a identificar e investigar os óbitos maternos (BRASIL, 2004).

Diante esses questionamentos e a necessidade de se propor mudanças no modelo assistencial, o Ministério da Saúde, instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado e implantado através da Portaria nº 569 de 1/6/2000, a qual compreende que “o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania” entende a necessidade principalmente de: ampliar os esforços a fim de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país, adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto, por meio da organização adequada dos serviços de saúde, assegurando a integralidade da assistência e com investimentos e custeios necessários. (BRASIL, 2000).

As principais linhas de ação do PHPN são:

- realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
- garantir a realização dos seguintes procedimentos:
 - o no mínimo 6 consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
 - o uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
 - o exames laboratoriais: tipagem sanguínea e fator Rh na primeira consulta; VDRL: um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; urina rotina: um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; glicemia de jejum: um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; hemoglobina/hematócrito na primeira consulta;
 - o oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta nos municípios com população acima de 50 mil habitantes;
 - o aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
 - o atividades educativas;
 - o classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes;

- o atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e o acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

No ano de 2004 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a partir da situação da saúde da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem as políticas de Saúde da Mulher. A PNAISM teve como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), elaborado em 1984, no contexto da redemocratização do país, e com a participação dos movimentos sociais e de mulheres, em especial o movimento feminista (BRASIL, 2004).

A PNAISM consolidou os avanços do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que ampliava a visão sobre a integralidade do cuidado à saúde da mulher, onde até então, as ações eram focadas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, passaram a incluir outros aspectos relevantes da saúde da população feminina, tais como a assistência às doenças ginecológicas prevalentes, a prevenção, a detecção e o tratamento do câncer de colo uterino e de mama, a assistência ao climatério, a assistência à mulher vítima de violência doméstica e sexual, os direitos sexuais e reprodutivos e a promoção da atenção à saúde de segmentos específicos da população feminina, entre outros (BRASIL, 2004).

Outra ação em âmbito nacional com o intuito de implementar uma rede de assistência e qualidade à saúde da mulher e da criança, com o objetivo de reduzir as altas taxas de mortalidade materna, é a Rede Cegonha. Estratégia lançada em 24 de junho de 2011 pela Portaria nº 1.459 do Governo Federal. Esse projeto propõe uma rede integrada de cuidados à gravidez, ao parto e à criança (BRASIL, 2013).

Dessa forma, percebe-se que o pré-natal se torna de extrema importância no cenário da assistência obstétrica, já que busca o acolhimento da mulher logo ao iniciar a gestação. Possuindo um papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Possibilitando com isso uma redução dos indicadores de morbimortalidade materno-infantil.

4.3. A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O pré-natal de baixo risco configura-se como uma das principais ações programáticas realizadas na atenção básica. Entre as ações indispensáveis para melhoria da qualidade assistencial no pré-natal está o trabalho em equipe. O qual implica compartilhar o planejamento e a divisão de tarefas, cooperar, colaborar e interagir democraticamente, integrando os diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades (NAVARRO, 2012).

Nesse sentido, uma equipe eficiente também é fundamental para resultados favoráveis ao se tentar evitar recorrências de eventos adversos, como o óbito materno, por exemplo. Um trabalho coordenado entre diferentes profissionais proporciona uma melhor identificação de problemas e soluções.

No Brasil o acompanhamento pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), deve ser realizado em consultas intercaladas entre os profissionais enfermeiro e médico (BRASIL, 2000).

Entretanto, de acordo com a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, afirma que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela(o) enfermeira(o), cabendo-lhe à realização da consulta e prescrição da assistência de enfermagem (BRASIL, 2000).

Segundo recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a assistência pré-natal deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras; do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco.

Nesse contexto, cabe ao enfermeiro da atenção básica realizar consulta de enfermagem no pré-natal, prescrição de assistência de enfermagem, prescrever medicamentos segundo protocolos dos serviços de saúde pública, prestar assistência à parturiente, puérpera e realizar educação em saúde (BRASIL, 2013). As contribuições do enfermeiro, principalmente na identificação dos riscos no momento da gestação, são indispensáveis no que tange aos cuidados relativos à saúde materna. Sua atuação, principalmente no momento do pré-natal, é fundamental para que se possa detectar de forma precoce fatores de risco e formas de tratamento e/ou acompanhamento adequadas, e com isso, proporcionar uma redução do quadro de morbimortalidade materna no Brasil (CALDERON, 2006).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) reconhece a atuação do profissional de enfermagem como importante fator de mudança e de prevenção da mortalidade materna. E ainda aponta para a necessidade de reciclagem, atualização e capacitação de enfermeiros e de toda a equipe de enfermagem, com o objetivo de ampliar o conhecimento e informação do profissional, melhorando assim o serviço desempenhado.

5. METODOLOGIA

5.1. O MODELO DE PESQUISA PROPOSTO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa, acerca da assistência pré-natal prestada na atenção básica para prevenção da mortalidade materna.

A abordagem qualitativa, segundo Gil (2002), é uma análise menos formal, podendo ser executada de maneira relativamente simples, definindo o processo como uma sequência de atividades, que envolve a redução dos dados, a categorização desses dados, sua interpretação e a redação do relatório.

A revisão integrativa da literatura consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores (MATTOS, 2015).

Essa abordagem é fundamental, pois considerando o objetivo de relacionar o pré-natal e a mortalidade materna, torna-se imprescindível expor o que os autores vem discutindo sobre a temática. Por esse motivo, se justifica o método da revisão de literatura do tipo integrativa.

O método de revisão integrativa permite a combinação de dados da literatura empírica e teórica que podem ser direcionados à definição de conceitos, identificação de lacunas nas áreas de estudos, revisão de teorias e análise metodológica dos estudos sobre um determinado tópico. A combinação de pesquisas com diferentes métodos combinados na revisão integrativa amplia as possibilidades de análise da literatura (MATTOS, 2015).

Tal qual Mendes, Silveira e Galvão (2008) a revisão integrativa possibilita aos profissionais de diversas áreas de atuação na saúde, o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas, fundamentando as condutas ou a tomada de decisão e proporcionando um saber crítico.

5.2. ETAPAS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

No geral, a construção da revisão integrativa é constituída por seis etapas distintas, descritas a seguir:

Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa

Essa etapa tem início com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese, ou questão de pesquisa, que apresente relevância para a saúde e enfermagem.

O tema deve ser definido de maneira clara e específica, com conclusões de fácil identificação e aplicabilidade. Sendo a questão de pesquisa bem delimitada pelo revisor, os descritores ou palavras-chave são facilmente identificados para a execução da busca dos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Posteriormente à definição do tema, sucedeu-se a formulação da pergunta norteadora. Para isso, buscou-se atender a critérios para a Prática Baseada em Evidências (PBE).

A PBE visa a melhoria do cuidado, por meio da identificação e promoção de práticas que funcionem e eliminação das ineficientes ou prejudiciais e minimização da lacuna entre a geração da evidência e sua aplicação no cuidado ao paciente (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

A PBE propõe que seja utilizada a estratégia PICO, a qual representa um acrônimo P de população/paciente, I de intervenção/interesse, C de controle e O de “outcomes”/desfecho/resultado esperado.

Dentro da PBE esses quatro componentes são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a busca bibliográfica de evidências. E, diante do objeto de estudo “Prevenção da morte materna através da assistência pré-natal na atenção básica”, se faz extremamente oportuno o uso da estratégia PICO, a qual auxilia na construção acertada da pergunta de pesquisa, possibilitando a definição adequada de informações necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa, maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, foca o escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Desta forma, utilizou-se a estratégia PICO da seguinte forma: o acrônimo P de população/paciente (gestantes) I de intervenção/interesse (assistência pré-natal), C de controle (não se aplica) e O de “outcomes”/desfecho/resultado esperado (prevenção da mortalidade

materna), delimitando-se então a seguinte pergunta norteadora: “A assistência pré-natal oferecida às gestantes na atenção básica pode contribuir para prevenção da mortalidade materna?”.

Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura

Após a escolha do tema e a formulação da questão de pesquisa, iniciou-se a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que foram incluídos na revisão.

Foram utilizados para realização da busca dos artigos nas bases de dados, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH): “Assistência Pré-natal”, “Mortalidade Materna”, “Enfermagem de Família” e “Atenção Básica”.

A busca dos artigos ocorreu por levantamento da literatura através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos bancos de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem no Brasil (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Utilizando os descritores supracitados, foram encontradas 233.278 publicações, como descrito no Quadro 1.

Quadro 1: Quantitativo de publicações encontradas a partir da simples busca pelos descritores nas bases de dados. Niterói, 2022.

DESCRITORES	MEDLINE	LILACS	BDENF	SciELO	
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	30.944	3.271	861	1.017	
MORTALIDADE MATERNA	18.733	3.506	254	671	
ENFERMAGEM DE FAMÍLIA	29.412	7.685	7.108	5.575	
ATENÇÃO BÁSICA	98.841	17.478	4.143	3.779	
TOTAL	177.930	31.940	12.366	11.042	233.278

A fim de refinar a busca e a seleção das publicações relacionadas à temática, foram definidos critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos publicados em língua portuguesa, com texto completo disponível, país/região de assunto Brasil e recorte temporal de 2012 a 2022.

Como critérios de exclusão, foram determinadas publicações duplicadas nas bases de dados diferentes, cujos links de acesso aos textos completos são redirecionados a sites que exigem pagamento prévio, além de publicações que correspondam à experiência, teses, dissertações ou artigos de reflexão.

Após a aplicação dos filtros de critérios de inclusão e exclusão, foram encontrados 8.312 artigos, como mostrado no Quadro 2.

Quadro 2: Quantitativo de artigos encontrados após aplicação dos filtros. Niterói, 2022.

DESCRITORES	MEDLINE	LILACS	BDENF	SciELO	
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	488	215	128	260	
MORTALIDADE MATERNA	177	85	26	132	
ENFERMAGEM DE FAMÍLIA	456	386	88	1.244	
ATENÇÃO BÁSICA	2.043	912	318	1.354	
TOTAL	3.164	1.598	560	2.990	8.312

Para Mendes, Silveira e Galvão (2008), "esse procedimento de inclusão e exclusão de artigos deve ser conduzido de maneira criteriosa e transparente, uma vez que a representatividade da amostra é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão."

Com interesse de obter resultados ainda mais confiáveis e próximos da temática abordada, os descritores "Assistência Pré-natal", "Mortalidade Materna", "Enfermagem de Família" e "Atenção Básica", foram agrupados utilizando os operadores booleanos AND e OR associados entre si, como descritos no Quadro 3.

Quadro 3: Quantitativo de artigos encontrados a partir da associação dos descritores nas bases de dados. Niterói, 2022.

DESCRITORES	MEDLINE	LILACS	BDENF	SciELO
"ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL" AND "MORTALIDADE MATERNA"	16	51	6	19

“ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL” AND “MORTALIDADE MATERNA” AND “ENFERMAGEM DE FAMÍLIA” AND “ATENÇÃO BÁSICA”	0	1	0	0	
“ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL” AND “ENFERMAGEM DE FAMÍLIA”	0	16	15	9	
“MORTALIDADE MATERNA” AND “ENFERMAGEM DE FAMÍLIA” OR “ATENÇÃO BÁSICA”	85	177	26	132	
TOTAL	101	245	47	160	553

A partir da associação dos descritores foram encontrados um total de 553 artigos nas bases de dados. Ao final dessa etapa, após a realização da estratégia de busca, procedeu-se à leitura dos títulos de cada publicação obtida, onde foram excluídos os estudos que apresentavam-se incompatíveis com o tema, restando um quantitativo de 81 artigos.

Em seguida, a fim de aproximar ainda mais da resposta para a questão norteadora, foi realizada uma nova seleção, com a exclusão dos artigos repetidos, totalizando a escolha de 44 artigos. Posteriormente a leitura dos resumos desses artigos, foram selecionados 8 artigos para leitura na íntegra e inclusão na análise.

Para auxiliar na organização da escolha dos artigos, foi utilizado um modelo adaptado do fluxograma PRISMA. O objetivo do PRISMA é ajudar os autores a melhorarem o relato de diversos tipos de pesquisa, em especial sistemáticas e meta-análises. Ele consiste em 4 etapas, a identificação, elegibilidade, seleção e inclusão dos artigos (Liberati, 2015). Como apresentado na figura 1.

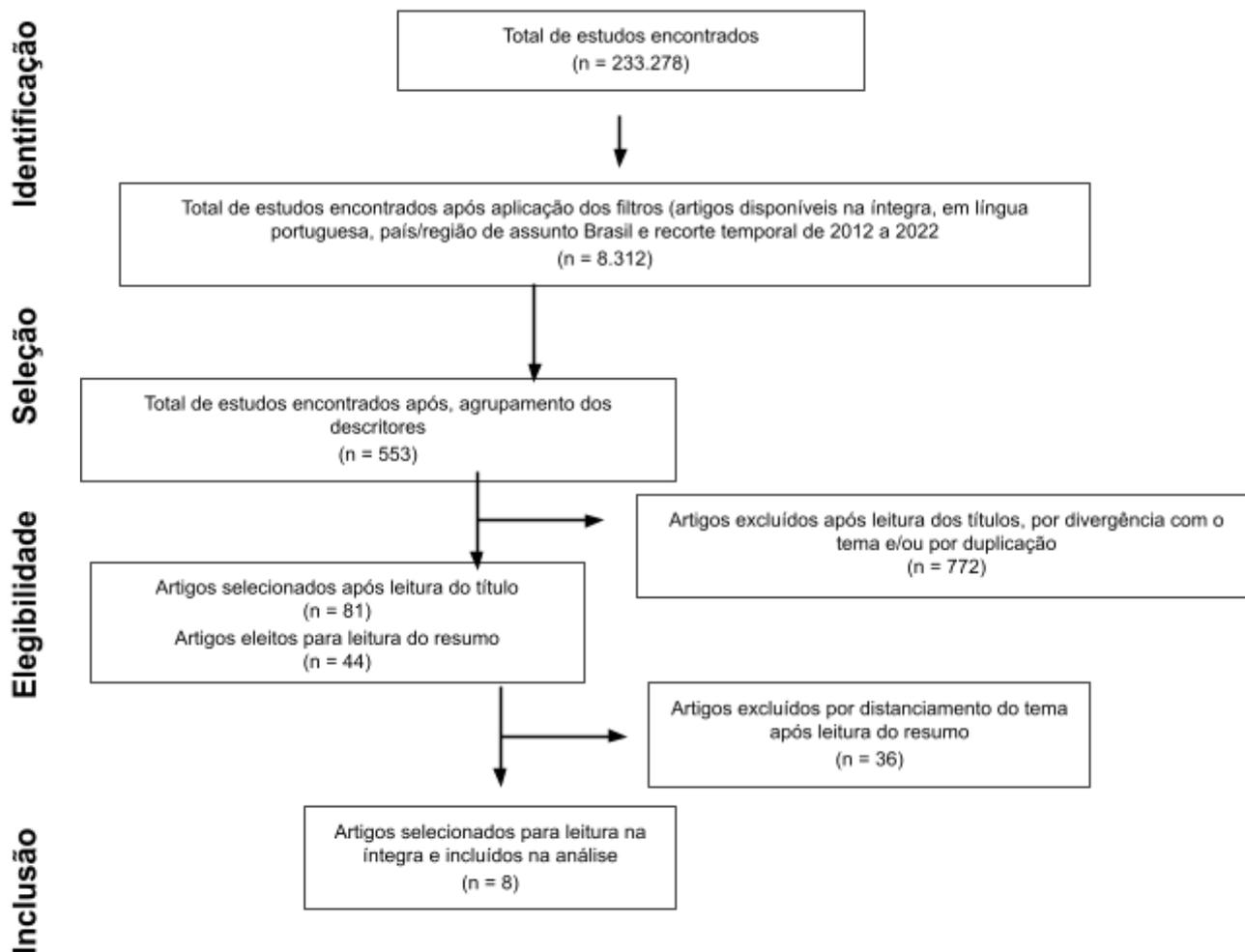


Figura 1: Fluxograma do processo de identificação, elegibilidade, seleção e inclusão dos artigos, baseado no modelo PRISMA.

Fonte: adaptado de PRISMA flow diagram, 2009.

Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados

Nesta etapa, foi elaborado um instrumento para a realização da extração de dados de cada publicação selecionada, a fim de reunir e sintetizar as informações-chave. O instrumento, construído pela própria pesquisadora, contém: Título, Autores, Objetivos, Principais Resultados, Ano e Base de dados. Como demonstrado abaixo no quadro 4.

Quadro 4: Instrumento de organização dos artigos incluídos na revisão

Nº	Título	Autores	Objetivos	Principais Resultados	Ano	Base de dados	Nível de Evidência
1	Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família	Soares de Lima, Suzinara	Descrever a experiência das mulheres grávidas no atendimento pré-natal e de baixo risco na consulta de enfermagem, residentes na área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, em uma cidade do Rio Grande do Sul (Brasil), por meio da interação e do fortalecimento do vínculo das mulheres gestantes com o serviço.	Neste experimento, demonstra-se que a inclusão de um serviço de saúde em uma comunidade realiza-se somente mediante a formação de vínculos, nos quais a união com as pessoas não fortalece unicamente a autonomia dos beneficiários, mas também toda a equipe de saúde.	2013	BDENF	2
2	Assistência pré-natal no Brasil	Viellas, <i>et al</i>	Analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados utilizando dados da pesquisa: Nascer no Brasil, realizada em 2011 e 2012.	Os resultados mostram cobertura elevada da assistência pré-natal (98,7%) tendo 75,8% das mulheres iniciado o pré-natal antes da 16ª semana gestacional e 73,1% compareceram a seis ou mais consultas. O pré-natal foi realizado, sobretudo, em unidades básicas (89,6%), públicas (74,6%), pelo mesmo profissional (88,4%), em sua maioria médicos (75,6%), e 96% receberam o cartão de pré-natal. Um quarto das gestantes foi considerado de risco.	2014	MEDLINE	2
3	Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa	Carvalho, <i>et al</i>	Avaliar as evidências disponíveis sobre a prevenção da mortalidade materna no pré-natal.	A atenção pré-natal deficiente é a principal causa da ocorrência de mortes por doenças hipertensivas (24% das mortes maternas), hemorragias, sepsis e por outras causas diretas. A assistência pré-natal pode não evitar as principais complicações do parto e puerpério, causas importantes da mortalidade materna, mas uma atenção pré-natal qualificada neste período poderá alterar e favorecer o prognóstico materno prevenindo tais causas e evitando possíveis complicações.	2015	SciELO	2

4	Avaliação das consultas de pré-natal: adesão do pré-natal e complicações na saúde materno-infantil	Pereira, <i>et al</i>	Avaliar a correlação entre adesão do pré-natal e complicações na saúde materno-infantil.	Das mães que aderiram ao pré-natal, 86% não complicaram, ao passo que 13% das grávidas tiveram complicação na gestação, tendo como causas sangramento, convulsão, infecção urinária, diabetes e hipertensão arterial.	2017	LILACS	4
5	Abordagem de necessidades de saúde pelo enfermeiro na consulta pré-natal	Miranda, Eglivani Felisberta; Silva, Ana Maria Nunes da; Mandú, Edir Nei Teixeira	Distinguir as necessidades de saúde priorizadas pelo enfermeiro na consulta pré-natal, e caracterizar a especificidade e abrangência das mesmas.	Nas consultas, os enfermeiros privilegiam a abordagem de necessidades físicas obstétricas. Eventualmente levantam aspectos sociais e psicoemocionais, mas não os abordam como necessidades a serem satisfeitas. Entretanto, as gestantes expressam necessidades sociais, psicoemocionais, de informação, de acesso a tecnologias e de participação familiar na consulta. Apesar do potencial mobilizador destas últimas necessidades, elas não chegam a modificar o que recebe atenção na consulta.	2018	LILACS	3
6	Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros	Sehnm, <i>et al</i>	Conhecer as fragilidades e potencialidades da intervenção do enfermeiro na consulta de pré-natal.	Como fragilidades, a morosidade na entrega dos exames solicitados no pré-natal, o déficit de profissionais para compor as equipes multiprofissionais e a dificuldade no entendimento das gestantes acerca da importância do pré-natal. Como potencialidades, a variedade de intervenções clínicas, o vínculo entre o profissional e a gestante e o uso de protocolos municipais.	2020	BDEF	2
7	Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde	Marques, <i>et al</i>	Analisar a associação entre a adequação das orientações recebidas durante o pré-natal e o profissional que atendeu a gestante na maioria das consultas na Atenção Primária à Saúde.	As orientações mais frequentes foram os sinais de riscos na gestação (80,3%) e riscos de automedicação (76,9%). Observaram-se prevalências abaixo de 50% nas orientações sobre manejo adequado da amamentação (45,9%) e possibilidade de visitar a maternidade antes do parto (38,2%); ter recebido todas as orientações ao menos uma vez durante o pré-natal foi de 18,4%. Gestantes atendidas na maioria das consultas pelos profissionais médico e enfermeiro apresentaram chance 41,0% maior de adequação às orientações, em comparação com aquelas atendidas exclusivamente por médicos.	2020	SciELO	2

8	Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde	Amorim, <i>et al</i>	Compreender o significado da gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na visão de enfermeiras da Atenção Primária à Saúde.	o fenômeno central “Promovendo a gestão do cuidado de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde” evidenciou que a gestão do cuidado de Enfermagem realizada pelas enfermeiras contribui para promover a autonomia das gestantes, a qualidade dos cuidados, o protagonismo e o empoderamento maternos no processo de gestar, parir, nascer e amamentar, envolvendo a participação da família/rede de apoio nos cuidados.	2021	SciELO	2
---	---	----------------------	---	--	------	--------	---

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), “o revisor tem como objetivo nesta etapa organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo.”

Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Nessa etapa, os artigos selecionados devem ser analisados detalhadamente. Portanto, foi realizada a leitura na íntegra e análise dos principais pontos dos 8 artigos apresentados no quadro 4.

“A análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Quinta etapa: interpretação dos resultados

Após a interpretação e síntese dos resultados dos estudos supracitados, nesta etapa, segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), foi realizada a comparação dos estudos incluídos com o referencial teórico. Devido a ampla revisão conduzida, foi possível identificar fatores

que afetam a política e os cuidados de enfermagem na prática clínica. Estes resultados serão trazidos no item 6 deste estudo.

Ainda de acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008) “a identificação de lacunas permite que o revisor aponte sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da assistência à saúde.”

Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento

A revisão integrativa traz como proposta a reunião e síntese das evidências disponíveis na literatura, deve incluir informações suficientes que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tópico abordado e o detalhamento dos estudos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A síntese do conhecimento, elaborada a partir da leitura dos artigos selecionados, foi construída à luz dos manuais do Ministério da Saúde, instrumentos norteadores da política de atenção à saúde da mulher.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a leitura dos artigos selecionados sobre a temática, emergiram três categorias: O perfil da mortalidade materna no Brasil; A importância da adesão e realização do pré-natal; e O papel do enfermeiro no cuidado à gestante no pré-natal na atenção básica.

A seguir serão apresentados os achados dos artigos que compõem esta revisão e que elucidaram a pergunta de pesquisa.

O PERFIL DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

Através da busca dos artigos, notou-se que um relevante tópico a ser debatido, trata-se do perfil das mulheres acometidas pelo óbito materno. É importante entender esse delineamento, para que sejam pensadas políticas públicas voltadas a esses grupos, além de traçar estratégias de ação em saúde, sendo o pré-natal uma delas.

Os artigos abordam o perfil do óbito materno no Brasil, onde trazem que a faixa etária mais acometida é de mulheres entre 20 a 34 anos, de raça parda, solteiras e com baixa escolaridade.

É notório e impossível, negar que as influências socioeconômicas e o acesso a serviços de qualidade impactam diretamente na atenção à saúde da mulher gestante.

Tal informação é corroborada por Viellas (2014), o qual mostra que barreiras diversas para a não realização do pré-natal ou para início precoce do acompanhamento foram identificadas, evidenciando as desigualdades sociais que persistem no país, com menor acesso das mulheres indígenas e pretas, daquelas com menor escolaridade, com maior número de gestações, e residentes nas regiões Norte e Nordeste.

Trevisan (2002), reforça que, para que haja uma assistência adequada de enfermagem no âmbito da saúde da mulher é necessário identificar todos os fatores capazes de aumentar a mortalidade materna, possibilitando assim, uma atuação correta e precoce, evitando o óbito.

Ainda segundo os artigos supracitados, eles confirmam a maior ocorrência de óbito materno por causas diretas, sendo as síndromes hipertensivas na gestação a causa primordial.

De acordo com o **artigo 3**, a atenção pré-natal deficiente é a principal causa da ocorrência de mortes por doenças hipertensivas (24% das mortes maternas), hemorragias, sepsis e por outras causas diretas. A assistência pré-natal pode não evitar as principais complicações do parto e puerpério, causas importantes da mortalidade materna, mas uma

atenção pré-natal qualificada neste período poderá alterar e favorecer o prognóstico materno prevenindo tais causas e evitando possíveis complicações

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

A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO E REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL

Como Viellas (2014) aponta no **artigo 2**, a cobertura da assistência pré-natal no Brasil é praticamente universal, com valores elevados em todas as regiões do país e em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas. Contudo, a adequação dessa assistência tendo em vista as recomendações do PHPN, ainda é baixa, 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal até a 16ª semana gestacional e apenas 73,1% tiveram o número mínimo de consultas previstas para a idade gestacional no momento do parto.

Segundo Cecatti (2005), a promoção da saúde materna está intimamente ligada com o número ideal de consultas de pré-natal, com o estabelecimento de programas de conscientização e prevenção e com o diagnóstico e tratamento de doenças intercorrentes da gestação; que podem evitar os números de mortalidade materna.

O Ministério da Saúde (2013) preconiza que haja a captação precoce da gestante (até 12ª semana gestacional) e que sejam realizadas no mínimo 6 consultas de pré-natal, sendo mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais até o parto.

De acordo com Bassels (2018), a maior parte das mulheres do estudo iniciou o pré-natal no segundo trimestre, contribuindo para redução do período da assistência e consequente aumento da morbimortalidade materna e infantil.

Conforme levantado por Carvalho (2015), é necessária uma vigilância mais assídua em mulheres no terceiro trimestre de gestação consideradas com risco aumentado para as principais complicações obstétricas, ressaltando-se a importância de um intervalo entre as consultas reduzido, independente das condições fetais e maternas.

Ainda segundo o **artigo 3**, vale ressaltar que o número de consultas pré-natal realizadas está intimamente ligado ao aumento do número de chances de a mulher morrer durante a gravidez, parto e puerpério, visto que quando analisados a distribuição dos óbitos

maternos segundo o número de consultas pré-natal realizadas, o maior número de mortes ocorreu no grupo de mulheres que não realizou nenhuma consulta ou menos do que quatro.

Porém, é importante reforçar que o aumento do número de consultas por si só não é suficiente para prevenir a mortalidade materna, sendo necessário avaliar a qualidade do serviço prestado a essas gestantes, a fim de prevenir as mortes maternas evitáveis, em especial as doenças hipertensivas.

Carvalho (2015) complementa informações abordadas por Viellas (2014) no **artigo 2**, visto que traz ainda que a qualidade e também a qualificação dos profissionais responsáveis pela realização da assistência pré-natal é tão importante quanto o número de consultas realizadas, sendo observada como medida básica fundamental para a não ocorrência do óbito materno, pois como os estudos evidenciam, uma equipe habilitada, consegue reconhecer precocemente os sinais/sintomas de complicações obstétricas e intervir em momento mais oportuno possível, para um melhor prognóstico da gestante.

O Ministério da Saúde (2013), ressalta a importância do vínculo das mulheres com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o objetivo de fortalecer a assistência ao pré-natal, por meio da qualificação dos profissionais, com consultas mais humanizadas, interprofissionais e menos tecnicistas, levando a uma maior garantia e aumento das chances dessas mulheres darem continuidade às consultas pré-natal, como discutido por Assis (2019).

Ademais do vínculo da gestante com a unidade, é de suma importância a criação do vínculo também por parte do profissional, pois além de uma consulta de qualidade, o cuidado humanizado, com escuta qualificada, traz à gestante uma maior sensação de confiança e segurança, proporcionando um atendimento mais positivo e com mais chance de sucesso em relação a continuidade das consultas de pré-natal, proporcionando uma maior chance de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças intercorrentes da gestação, promovendo assim uma redução dos números de mortalidade materna.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À GESTANTE NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Sehnen (2020), destaca que os enfermeiros são os primeiros profissionais a terem contato com a gestante no cuidado pré-natal, portanto, é essencial que a assistência de enfermagem seja pautada em evidências científicas atualizadas.

Segundo o Ministério da Saúde, fazem parte da assistência, a coleta de dados detalhada, o exame físico criterioso e atento aos valores pressóricos e a outros sinais de pré-eclâmpsia; a detecção precoce dos casos; a coleta e o acompanhamento dos exames laboratoriais pertinentes, principalmente a proteinúria de 24h e a avaliação fetal; a promoção e o estímulo ao seguimento das consultas pré-natal; a educação em saúde durante todo o ciclo gravídico-puerperal e na alta hospitalar são ações que, se realizadas, garantem uma assistência de excelência e a redução da morbimortalidade materno-fetal (BRASIL, 2006).

Como Viellas (2014) revela em seu artigo, a assistência pré-natal realizada por profissionais enfermeiros ainda é restrita no país, com maior concentração no Norte e Nordeste e entre mulheres indígenas, provavelmente pela menor disponibilidade de médicos nessas regiões, mais notoriamente nas cidades do interior.

De acordo com o Decreto nº 94.406/1987 30 sobre a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o pré-natal de baixo risco na gravidez pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro no âmbito da Atenção Primária à Saúde, cabendo ao profissional realizar atividades de educação em saúde à gestante e à puérpera, prestando, a partir da consulta de enfermagem, a prescrição e a assistência de enfermagem. Além disso, uma das diretrizes para atenção pré-natal estabelecida pelo PHPN e pela Rede Cegonha é a participação do enfermeiro como membro da equipe de saúde que presta assistência direta à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

Em relação às orientações recebidas durante o pré-natal, Marques (2020) abordou no **artigo 7**, que mulheres que realizaram o pré-natal conjuntamente com o profissional médico e enfermeiro receberam mais informações do que aquelas que realizaram com somente um profissional. Vista que aquelas atendidas somente pelo profissional médico apresentaram as menores proporções de orientações para visita à maternidade, acompanhante durante o parto, sinais de risco na gestação, risco do fumo, risco do álcool, riscos de automedicação e amamentação exclusiva até os seis meses de idade da criança, já nas gestantes atendidas apenas pelo profissional enfermeiro, observou-se maior proporção de orientações sobre os sinais de risco na gestação, riscos do fumo, álcool e riscos de automedicação.

O Ministério da Saúde define que, na primeira consulta de pré-natal, devem ser dadas à gestante todas as orientações necessárias para uma gestação saudável, de modo a facilitar sua adesão às condutas e intervenções prescritas, sendo que o sucesso nas orientações é primordial para a adesão da gestante às próximas consultas de pré-natal (BRASIL, 2013).

Dentre as recomendações essenciais no cuidado à saúde da mulher e da criança no âmbito da Atenção Primária à Saúde, o Ministério da Saúde (2013) destaca a importância e a

efetividade dos cuidados prestados por mais de um profissional de saúde, como enfermeiros e médicos, na atenção ao pré-natal, perinatal e puerpério, somando-se às contribuições de cada profissão para uma melhor assistência no pré-natal.

Segundo Soares de Lima (2013), **no artigo 1**, é fundamental a criação do vínculo entre a gestante e o/a enfermeira(o) da ESF para a construção de um pré-natal de qualidade. Estimulando a criação de grupos e/ou outras atividades que permitam uma maior aproximação da comunidade, corroborando o papel e a importância do enfermeiro, além de trazer um maior acolhimento e valorização da autonomia das gestantes.

Na vivência enquanto residente, foi possível notar que na maior parte das Unidades Básicas de Saúde o atendimento médico era priorizado por parte das gestantes que estavam iniciando o atendimento pré-natal. Porém esse quadro modifica entre aquelas que já realizavam as consultas, onde havia uma predileção entre o profissional enfermeiro, devido principalmente ao atendimento mais humanizado, com uma escuta qualificada, o que leva a gestante a ter mais confiança e segurança durante essa fase tão singular em sua vida.

Isso revela a importância da atenção à satisfação da gestante no seu atendimento, a fim de objetivar uma maior adesão às consultas, além de uma maior absorção das orientações concedidas. Além disso, por meio da união de profissionais com conhecimentos distintos e que se complementam, os benefícios são observados na assistência a esse público, contribuindo também na melhoria dos indicadores de saúde da mulher e da criança.

Assim, conforme apontam os estudos sobre o tema, a assistência e a qualidade na área de saúde da mulher, incluindo aqui profissionais qualificados e em número necessário para a atuação na área de saúde são de extrema importância para a redução dos números de óbitos maternos. E nessa conjuntura, destacamos a importância do profissional que atua na área de enfermagem (AMORIM, 2021).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade materna ainda é um problema de saúde pública mundial, principalmente quando observados dados de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil.

Falhas nas diretrizes políticas, no atendimento qualificado dos profissionais de saúde e nas disparidades sociais, contribuem para o alto número de mortes maternas ainda prevalentes no Brasil. Nesse sentido, nota-se que ainda há um longo caminho a seguir, na busca da mudança dos indicadores de saúde materna.

Diante dos resultados obtidos, pode-se alcançar que apesar da satisfatória cobertura da assistência pré-natal no país, o início tardio do pré-natal e a realização inadequada do número de consultas contribuem, dentre outros fatores, para um desfecho desfavorável.

Para isso, torna-se ainda muito necessária a melhoria da qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério. É importante priorizar a atenção primária, tendo o profissional de enfermagem um papel de suma importância nesse cenário. Já que esse profissional tem capacidade e respaldo legal para realização integral do pré-natal de baixo risco.

A assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro, configura-se como um momento de vital importância para identificação precoce de diferentes riscos obstétricos, bem como a intervenção e o encaminhamento em tempo oportuno.

Para a realização de um pré-natal de qualidade na atenção básica, é fundamental pensar na captação e adesão das gestantes, entendendo os motivos que levam essa mulher a não realizar o acompanhamento, sejam as barreiras no acesso, seja a falta de vínculo, ou mesmo o desconhecimento da importância do cuidado.

Nesse contexto, é indispensável o papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família (ESF) buscando ações e iniciativas para garantir o atendimento de qualidade das gestantes, tais como, captação e atendimento precoce, vigilância dos agentes comunitários de saúde, realização de grupos, realização do planejamento familiar (orientando e garantindo seus direitos sexuais e reprodutivos), estímulo à participação do parceiro nas consultas e do pré-natal do parceiro, conversar e entender sobre a sua rede de apoio e seu vínculo trabalhista, intervindo quando necessário para que essa mulher tenha o seu atendimento garantido.

Outra ação do enfermeiro da ESF é estar atento às linhas de cuidado das mulheres em idade fértil e gestantes, sendo esse um trabalho inerente a toda equipe, possibilitando um olhar mais atento a essas mulheres, a fim de estabelecer um cuidado mais próximo.

Assim exposto, de forma a responder a questão norteadora desse trabalho, a assistência pré-natal às gestantes prestada através da atenção básica, pode de fato contribuir para prevenção da mortalidade materna, almejando a redução do número de óbitos, com grande impacto nos indicadores de saúde nacionais.

8. REFERÊNCIAS:

ALENCAR, J. C. A. Editorial. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. *Rev Bras Ginecol Obstet.* jul; 28(7):377-9, 2006.

ALMEIDA, C. M. O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica, In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA - 20 ANOS DE PARCERIAS NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO, 6., 2005. Belo Horizonte. Anais do VI Congresso da Rede UNIDA, Belo Horizonte: Rede UNIDA, 2005. p. 25-32.

AMORIM, TS, Backes MTS, Carvalho KM, Santos EKA, Dorosz PAE, Backes DS. Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. *Escola Anna Nery* 26, 2022.

ASSIS, T. R. et al. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.* 2019 out.-dez.;13(4):843-53

BALSELLS, Marianne Maia Dutra et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. *Acta paul. enferm., São Paulo* , v. 31, n. 3, p. 247-254, June 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual Técnico. 3ª ed., Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Morte Materna. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia de Vigilância Epidemiológica do óbito materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico N° 20. Volume 51. Maio/2020.

CALDERON, J. M. P. et al. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Revista Brasileira Ginecologia Obstet. v. 28, n. 5. p. 310- 315, 2006.

CARVALHO, M. L. et al. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. R. Interd. v. 8, n. 2, p. 178-184, abr. mai. jun. 2015.

CECATTI, J. G., CALDERON, I. M.P. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v. 27, n. 6, p. 357-365, jun. 2005.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Mortalidade Materna no Brasil - Boletim Epidemiológico n.º 20/MS (Maio, 2020). Rio de Janeiro, 17 jun. 2020. 22 p.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MATTOS, P. C. Tipos de revisão de literatura. Faculdade de ciências agrônomas, UNESP, Botucatu, 2015.

MARQUES, Bruna Leticia et al . Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, e20200098, 2021.

MELO, Priscila Santos Alves et al. Assistência pré-natal realizada por enfermeiro: prevenção de comorbidades evitáveis na gestação. In: Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Campo Grande (MS) CCARGC, 2018.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008 .

MIRANDA, EF; Silva AMN; Mandú ENT. Approaching health needs by nurse in prenatal consultation. Rev Fund Care Online. 2018 abr/jun; 10(2):524-533.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. *Revista Mineira de Enfermagem (REME)*. Minas Gerais, Fev. 2012.

ONU, Organização das Nações Unidas Brasil. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, 2000.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Folha informativa - Mortalidade materna, 2018.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima Revisão (CID-10). 8.^a ed. São Paulo: Edusp; 2000.

PEREIRA, Dídia de Oliveira et al. Avaliação das consultas de pré-natal: adesão do pré-natal e complicações na saúde materno-infantil. *Rev. Ciência Plural*. 2017.

PRIMO, C.C. et al. Atuação do Enfermeiro no atendimento à mulher no Programa Saúde da família. *Rev. Enf UERJ Rio de Janeiro*, v.16, n.1, p. 76-82, jan - mar, 2008.

RUAS, Carla Alaíde Machado et al . Perfil e distribuição espacial da mortalidade materna. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife , v. 20, n. 2, p. 385-396, June 2020.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, 2007.

SEHNEM, Graciela Dutra et al . Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra , v. serV, n. 1, p. e19050-e190050, jan. 2020 .

SOARES DE LIMA, Suzinara. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. *Aquichan*, Bogotá , v. 13, n. 2, p. 261-269, Aug. 2013

TREVISAN, M. R. et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 24, n. 5, p. 293-299, jun 2002.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al . Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.