

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE - FANESE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E DA
FAMÍLIA**

DANIELLE CRISTINE DE BARROS RODRIGUES

**O CONCEITO DE SAÚDE INTEGRAL DA MULHER E AS
COMPLICAÇÕES GESTACIONAIS: A ATUAÇÃO DO
ENFERMEIRO DA SAÚDE PÚBLICA**

**Aracaju – SE
2015**

DANIELLE CRISTINE DE BARROS RODRIGUES

**CONCEITO DE SAÚDE INTEGRAL DA MULHER E AS
COMPLICAÇÕES GESTACIONAIS: A ATUAÇÃO DO
ENFERMEIRO DA SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Saúde Pública e da Família.

Nome completo do Avaliador

Nome completo do Coordenador de Curso

Daniele Cristine Barros Rodrigues

Aprovado (a) com média: _____

Aracaju (SE), ____ de _____ de 2015.

RESUMO

Este artigo versa sobre a integralidade da saúde da mulher diante das políticas públicas de saúde e o papel que tem o enfermeiro no desenvolvimento de tais políticas, com ênfase nas doenças que acontecem durante o período gestacional. O Sistema Único de Saúde é o responsável pelo desenvolvimento das políticas públicas de saúde para toda a população brasileira, em obediência a um dispositivo constitucional que universalizou o acesso à saúde. O que se percebe nas políticas do Estado voltadas para a saúde da mulher é uma preocupação maior com a procriação, seja através do planejamento familiar como a prevenção de doenças que podem acometer as grávidas ou as pré-existentes que ponham em perigo a sua vida e do feto. Foi feita uma revisão de literatura em revistas especializadas disponíveis na Internet e os números encontrados indicam que a pré-eclâmpsia ou eclâmpsia é a doença que mais causa danos à gestante e ao bebê. O papel do enfermeiro é muito importante nesse cenário, pois ele é o responsável pelo acompanhamento de gestantes e faz o primeiro atendimento, quando da consulta para o pré-natal e é responsável pela boa execução das prescrições médicas, quando há risco, quer a gestante esteja internada ou em domicílio. Apesar das políticas públicas de saúde, a medicina no Brasil ainda é curativa e não há registro, no período pesquisado, de prevenção através de palestras que esclareçam a importância de uma boa alimentação e exercícios físicos para a saúde da gestante.

Palavras-Chave: Enfermeiro; Gestação; Políticas Públicas em Saúde; Saúde Pública.

SUMÁRIO

RESUMO

1 INTRODUÇÃO.....	04
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	07
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	13
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
4.1 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	15
4.2 PRÉ-ECLÂMPsia E ECLÂMPsia.....	16
4.3 DIABETES MELITUS GESTACIONAL.....	20
4.4 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	22
5 APRECISAÇÕES CONCLUSIVAS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
ABSTRACT.....	29

1 INTRODUÇÃO

Este artigo discorre sobre as políticas públicas de atenção à saúde da mulher, com ênfase na gestante, e a função dos enfermeiros no desenvolvimento dessas políticas, principalmente quando o quadro gestacional passa a representar um risco para a gestação.

Conforme Freitas et al (2009, p. 425-426), a saúde da mulher começou a fazer parte das políticas públicas em saúde no início do século XX, mas ela era vista apenas como mãe e dona de casa, situação que mudou após o surgimento dos métodos contraceptivos, a partir da década de 1960. De 1970 em diante os programas de controle à natalidade ganharam força relegando a um plano secundário as reais necessidades da mulher em idade fértil. Contudo, a luta das mulheres pelo direito à saúde integral ganhou força e, atualmente, ampliou-se o conceito de saúde da mulher, incluindo-se nele o direito à cidadania, direitos humanos e atenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

A mudança do enfoque da saúde da mulher ocorreu quando em 1983 o Ministério da Saúde concebeu o “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher” (PAISM), implantado em 1984, e foi considerado um marco para as pesquisas em saúde da mulher, pois passou a elevá-la a um ser integral, não somente voltada para a procriação.

A modificação do paradigma de mulher dona de casa e mãe foi necessária, pois ela começou a compor a força de trabalho e adquiriu hábitos que eram próprios da população masculina, incluindo o tabagismo, a maior ingestão de álcool, liberdade sexual, dentre outros. Além disso, ela passou a ter uma vida sedentária e a alimentar-se mais em *fast-foods*, ou comprar alimentos semiprontos, quase sempre muito ricos em sódio. (POMPERMAYER, 2011, pp. 13-14).

O desenvolvimento das políticas públicas de saúde voltadas para a mulher é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi criado através da “Lei Orgânica da Saúde” (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990), concebida para regulamentar o direito universal à saúde preconizado no artigo 196 da Constituição Federal. A integralidade da saúde está prevista no art. 198, II, segundo o qual:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – [...]

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; [...] (BRASIL, 1988).

Dessa forma, a saúde vista de forma integral deixou o campo dos programas ministeriais para ganhar o status de garantia constitucional, envolvendo não somente o tratamento, mas, principalmente, a prevenção de doenças através de uma educação continuada em saúde realizada por uma equipe multidisciplinar.

Atualmente, além do Ministério da Saúde ter suas diretrizes para a saúde integral da mulher delineadas no documento intitulado “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres também se preocupa com o assunto, através do “Plano Nacional de Políticas para as Mulheres”, o qual contém um item voltado para a saúde.

Para a efetivação das políticas nacionais de saúde é necessário o envolvimento de vários profissionais, cada um desenvolvendo sua função de acordo com sua formação específica. Para este estudo, destaca-se a função do enfermeiro. Nesse sentido, desenvolveu-se esta pesquisa em saúde pública com o fito de responder ao seguinte questionamento: Considerando a saúde da mulher na perspectiva da integralidade, que fatores contribuem para a morbidade entre gestantes e puérperas devido a doenças gestacionais?

Tem-se como objetivo geral: Analisar, do ponto de vista da enfermagem em saúde pública, como vem sendo tratada a saúde das mulheres gestantes e puérperas considerando sua integralidade. Os objetivos específicos são: a) conceituar e descrever a evolução das políticas públicas em saúde da mulher no Brasil; b) determinar o conceito de saúde integral na área de saúde da mulher; c) apontar as principais doenças a que estão expostas as mulheres em idade gestacional e como elas podem evoluir na gravidez; d) analisar os fatores que influenciam as morbidades da gestação na rede de saúde pública; e) descrever a função desempenhada pelo enfermeiro nas políticas públicas de saúde da mulher.

Esta pesquisa tem uma significativa relevância em enfermagem na saúde pública uma vez que a saúde da mulher precisa ser considerada no seu todo, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde, em várias conferências internacionais, ao definir saúde como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. (Apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Justifica-se, ainda, esta pesquisa, uma vez que o enfermeiro, como parte da equipe multiprofissional capacitada para cuidar da saúde de forma integral, precisa estar capacitado para assumir uma postura profissional capaz de facilitar o diálogo, através da identificação da

realidade e das necessidades de cada mulher em particular, derrubando as barreiras que dificultam o diagnóstico da patologia.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A saúde pública no Brasil não funciona a contento, haja vista a falta de leitos, os escândalos envolvendo desvio de dinheiro público, doenças epidemiológicas como a dengue, entre outros. Todos esses fatores contribuem para que a saúde pública seja desacreditada pela população em geral, porém, existem políticas públicas de saúde. O grande problema é que elas não são executadas da maneira que efetivamente foram planejadas.

Considere-se, ainda, que os fatores socioeconômicos e culturais vêm aumentando bastante o número de doenças entre as gestantes. Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial de Saúde (OMS) associa a hipertensão arterial, diabetes e outros ao modo de vida das pessoas que não praticam atividade física e têm hábitos alimentares não saudáveis, ingerindo bastante comida pré-fabricada e de *fast-food*, inclusive as mulheres em idade gestacional e as próprias gestantes. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), 2006).

As políticas públicas em saúde são bem recentes no Brasil. Segundo dados da Escola Nacional de Saúde Pública (2015), a primeira ação governamental voltada para a saúde pública foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942; na década de 1950, destaca-se a criação da Escola Nacional de Saúde Pública (1952) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que começou a se interessar por discutir a saúde no Brasil. A década de 1960 se destaca pelo reconhecimento por parte da Organização dos Estados Americanos (OEA) que associou o baixo crescimento econômico da América do Sul às péssimas condições de saúde do continente. As conferências de saúde marcaram essa década. Em 1970 foi criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). No decorrer da década, foi aprovado o II Plano Nacional de Desenvolvimento, o qual contemplava na área de saúde a criação de dois ministérios: o Ministério da Saúde, de cunho normativo, com ação voltada de preferência para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo; e o Ministério da Assistência e Previdência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado. Através da Lei 6.229/1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde, o qual se preocupou em criar o programa de preparação de mão de obra que foi concretizado através do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), através de um acordo entre o Ministério da Saúde

e da Educação e Cultura e a Organização Pan-Americana de Saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015).

Todas as ações descritas eram ações setorizadas e voltadas para pequenas parcelas da população, sem grande impacto na saúde pública, pois o objetivo era voltado para a doença e não para a saúde e a população que não tinha emprego e não poderia receber o atendimento da Previdência Social ficava a mercê das Santas Casas de Misericórdia, onde elas existiam, ou da caridade alheia, sem assistência governamental. O avanço, entretanto, aconteceu através da universalização da saúde determinada pela Constituição Federal de 1988 (CF), segundo a qual:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Mais adiante, no inciso II, do art. 198, a CF determina que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I [...]

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

[...] (BRASIL, 1988).

Ao tornar a saúde um direito universal a ser prestada de forma integral, a Constituição de 1988 instituiu a principal política em saúde pública. Para colocar em prática as ações determinadas pela CF, foi editada a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde, a qual normatizou o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade da saúde pode ser percebida na redação dada ao art. 3º pela Lei 12.854 de 2013 que o modificou, passando a ter a seguinte redação:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Após a adoção do conceito de integralidade, as políticas públicas de saúde começaram a ser setorizadas para abranger partes distintas da população. Assim foram concebidas políticas públicas para a saúde da mulher, na sua integralidade.

A primeira vez que o Brasil se propôs a tratar a saúde da mulher de forma integral, foi em 1983 através de um programa denominado “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM) o qual foi publicado em 1984, porém numa análise do

documento percebe-se que a abordagem é parcial, pois se propôs ao atendimento da saúde reprodutiva da mulher, conforme proposta na sua introdução:

Em relação à atenção à mulher - objeto primordial desta proposta - os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984, p. 6).

Observa-se que o conceito de integralidade presente no plano de assistência restringia-se aos cuidados reprodutivos (colo do útero e mama), o que já é um pequeno avanço, porém deixava de lado os contextos psicológico, emocional e social da mulher. Nessa concepção, a função da mulher era conceber, parir e criar os filhos, sem uma preocupação com o seu bem estar geral.

Em 2004, o Ministério da Saúde aprofundou o tema e lançou a “Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher” a qual foi concebida com a integralidade sob o enfoque de gênero, como destaca o então ministro Humberto Costa na apresentação do documento:

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b, p. 5).

Conforme pode ser percebido na transcrição retro, embora se fale em integralidade da saúde, o enfoque ainda é de a mulher como ser reprodutivo, embora preveja o combate à violência doméstica e sexual. Num balanço feito pelo Ministério da Saúde sobre o PAISM de 1984 destaca que o mesmo tinha:

[...] várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b, p. 19).

Ainda em 2004, o governo federal elegeu como prioridade o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que:

As mortes materna e neonatal estão estreitamente condicionadas à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político; ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude; e à deficiência da qualidade

dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

As mulheres estão sujeitas a vários tipos de doenças, antes, durante e depois da gestação. As morbidades que afetam a mulher, na maioria das vezes, estão ligadas ao meio ambiente em que ela vive, ao tipo de vida que leva, isto é, são doenças decorrentes do contexto social, ligadas à falta de uma alimentação correta, a uma vida sedentária, à promiscuidade do parceiro, ou da própria mulher, indicando que falta uma educação voltada para a saúde, a qual é preconizada pelas políticas públicas de saúde da mulher, com destaque para o “Plano Nacional de Políticas par as Mulheres” que prevê:

[...] promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo território brasileiro; [...] (SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES, 2005, p. 17).

O próprio Ministério da Saúde (2004) reconhece que: a mortalidade materna elevada decorre da precariedade das “[...] condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Em documento de 2010, o Ministério da Saúde reconhece que a saúde da mulher não vem sendo tratada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de forma ideal:

Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde. Vários países em desenvolvimento já conseguiram obter excelentes resultados na melhoria de seus indicadores por meio de ações organizadas, amplas, integradas e com cobertura abrangente, utilizando tecnologias simplificadas e economicamente viáveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Como se vê, há um reconhecimento do próprio Ministério da Saúde de que as políticas públicas brasileiras ainda não são efetivamente aplicadas em prol da saúde da mulher. Há intenções, mas falta efetividade.

Em um estudo de revisão de literatura, Souza et al (2015) constataram que devido às grandes modificações fisiológicas que acontecem no organismo da mulher para que uma nova vida seja gerada, todos os órgãos “[...] e sistemas corporais sofrem mudanças adaptativas [...]”, entretanto essas mudanças podem ser percebidas com mais intensidade nos sistemas uroginecológico, endócrino, respiratório, cardiovascular e sanguíneo. Todas as modificações ocorridas, algumas vezes desencadeiam doenças gestacionais ou potencializam as enfermidades já existentes, ocasionando problemas gestacionais que até podem levar à morte

da mãe, do filho, até mesmo de ambos. Por muito tempo, essa mortalidade era aceita como “normal” pelos órgãos de saúde, por serem “[...] inerentes à condição feminina.” Porém, novos estudos indicam que os cuidados com a gestação, assegurando a integralidade da saúde da mulher, podem diminuir em 98% os casos de mortalidade (SOUZA et al, 2009, p. 31). O enfermeiro tem um papel importante na implementação dos cuidados com a gestante e puérpera.

O Ministério da Saúde, através do “Manual Técnico de Gravidez de Alto Risco” (2010), destaca o profissional de enfermagem como um dos profissionais capacitados para prestar assistência adequada à gravidez, o qual tem como um dos principais objetivos de trabalho o cuidado com as gestantes. Este órgão ainda recomenda que já na primeira consulta de pré-natal, de qualquer gestante, seja feita uma anamnese que aborde tanto aspectos epidemiológicos quanto histórico dos antecedentes familiares e pessoais, ginecológicos e obstétricos e a atuação da gravidez atual. Além dessa anamnese, deverá proceder a um completo exame físico, avaliando cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspecionando pele e mucosas, seguidas por exame ginecológico e obstétrico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo recomenda que conste do plano de cuidados de enfermagem em pacientes acompanhadas em domicílio, a avaliação do ambiente domiciliar, se a mulher é capaz de assumir a responsabilidade pelo autocuidado, os sistemas de apoio, a linguagem, a idade, a cultura, as crenças, e os efeitos da doença, para determinar se o cuidado domiciliar é uma opção viável (SÃO PAULO, 2010).

Ainda em relação aos planos de cuidados para gestantes, em observação em domicílio, a Secretaria de Saúde de São Paulo recomenda que a mulher seja orientada a fazer uma autoavaliação dos sinais clínicos de pré-eclâmpsia, tais como qualquer aumento na pressão sanguínea, ganho de peso acima de 500g por semana, presença de edema e diminuição da atividade fetal (SÃO PAULO, 2010).

Como atribuições específicas do enfermeiro na rede do SUS, a Secretaria de Saúde de São Paulo lista o seguinte:

- Realiza consulta de pré-natal de baixo risco.
- Solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço.
- Registra seu atendimento no prontuário e no cartão da gestante a cada consulta.
- Encaminha gestantes classificadas como de risco para consulta com o(a) médico(a).
- Promove atividades educativas na unidade para as mulheres e seus familiares, reuniões de grupos de sala de espera, etc.
- Realiza coleta de exame colpocitológico.

Realiza visita domiciliar de acordo com a rotina da unidade. (SÃO PAULO, 2010, p. 20).

Como planos de cuidados da enfermagem, Borges e Inda (2010, p. 14) acrescentam que o ambiente em que a gestante está internada deve ser modificado para assegurar o repouso e a tranquilidade, a fim de que diminua a irritabilidade do sistema nervoso central, diminuindo barulho, luzes brilhantes, número de pessoas no quarto; as condutas devem ser explicadas de forma simples e clara; a diurese deve ser estimulada.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo consistiu em uma revisão de literatura, utilizando a pesquisa bibliográfica, quanto aos meios, a qual consiste em consulta de material já produzido sobre o tema (GIL, 2006, p. 44). Quanto aos seus fins, a pesquisa foi do tipo explicativa, a qual teve como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos (GIL, 2006, p. 42). Para alcançar os objetivos propostos, a pesquisa seguiu as seguintes etapas: escolha do tema; levantamento bibliográfico preliminar; formulação do problema; elaboração do plano de assunto; busca das fontes; leitura do material; organização lógica do assunto; elaboração do artigo.

Foram adotados como critério de inclusão os artigos entre os anos de 2009 e 2015 relativos ao tema, em periódicos nacionais, no idioma português, versando sobre saúde pública, saúde integral e gravidez. Foi utilizada a normatização federal, tanto do Ministério da Saúde quanto da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, além da legislação sobre o Serviço Único de Saúde (SUS) e de políticas públicas para a área de saúde. Como critério de exclusão: os artigos anteriores a 2009, os que não forem pertinentes ao tema e amostras em outros idiomas.

A amostra da pesquisa foi constituída de artigos publicados em revistas científicas, livros, dissertações e teses, pertinentes ao tema, a partir do ano de 2009. Foram utilizados 15 artigos científicos, um trabalho de graduação, uma dissertação, oito documentos institucionais, sendo seis diretrizes e programas do Ministério da Saúde, um da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, um da Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres e um da Organização Pan-Americana de Saúde, um site especializado em saúde pública e legislação pertinente.

A pesquisa via Internet foi feita em sites de busca especializados: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Utilizaram-se como descritores, conforme o Decs (Descritores em ciências da saúde): políticas públicas em saúde; saúde integral; saúde da mulher; enfermeiro da saúde pública; gestação; e gestação de risco.

As variáveis pesquisadas foram qualitativas, as quais se baseiam em qualidades e não podem ser mensuráveis numericamente (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 180). São elas: Saúde pública, políticas públicas em saúde da mulher; saúde integral da mulher; doenças gestacionais; o enfermeiro na saúde pública.

O método de abordagem utilizado foi o hipotético-dedutivo que obedeceu a uma série de etapas as quais variaram segundo os autores, porém contemplaram o problema, as

hipóteses preliminares, os fatos adicionais, a hipótese a dedução de consequências e a aplicação (MARCONI, LAKATOS, 2006, p. 78-79).

Quanto ao método de procedimento, foi utilizado o comparativo que permitiu analisar o “[...] dado concreto, deduzindo do mesmo os elementos constantes, abstratos e gerais” (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 92).

Por se tratar de um estudo bibliográfico, não foi necessário submetê-lo ao Comitê de Ética e Pesquisa, entretanto a pesquisadora compromete-se em resguardar os direitos autorais dos dados pesquisados.

A pesquisa apresentou riscos mínimos, por ser uma pesquisa bibliográfica, porém, por envolver pesquisas na Internet, foi preciso muito critério para seleção do material, a fim de não ser usada literatura sem comprovação científica.

Quanto aos benefícios, espera-se que esta pesquisa contribua para que os enfermeiros conheçam as políticas públicas em saúde considerando a mulher de forma integral, e, principalmente, conheçam a sua função na prevenção e tratamento de doenças no período gestacional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados resultados de algumas pesquisas sobre a saúde da mulher em relação a morbidades da gestação na rede pública de saúde. O maior número de estudos se concentra na pré-eclâmpsia, embora os mesmos sejam sempre estudos regionais, mas podem mostrar um pouco da realidade da saúde da mulher, considerado na sua integralidade.

A maioria dos estudos tem como enfoque os fatores socioeconômicos e culturais que contribuem para o surgimento de doenças em grávidas, alguns apresentam um componente genético e outros acidentes imprevisíveis.

Nos fatores socioeconômicos e sociais agrupam-se a pré-eclâmpsia, diabetes, DSTs, gravidez na adolescência, sendo que a maior prevalência de pesquisas é em pré-eclâmpsia.

4.1 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Como já foi abordado nesta pesquisa, a adolescência torna-se um risco para a gravidez, devido ao fato de esta ser uma idade em que ocorrem mudanças físicas e psicológicas, pois a menina vira mulher e não sabe muito bem como lidar com esta situação. Uma gravidez não planejada é um complicador, daí a necessidade de atenção para as gestantes adolescentes.

Belarmino et al (2010) fizeram um estudo entre 40 gestantes adolescentes, na faixa etária de 12 a 19 anos, atendidas no Centro de Desenvolvimento Familiar, em Fortaleza (CE) para determinar os riscos que uma deficiência nutricional traz para essas mulheres. Segundo as autoras, devido aos seus maus hábitos alimentares, as adolescentes são consideradas grávidas de alto risco nutricional, haja vista a substituição de uma refeição saudável por lanches de baixo valor nutritivo, além da prática de dietas para emagrecer.

A pesquisa de Belarmino et al (2010, p. 171) revelou que 87,5% (35) das gestantes tinham entre 16 e 19 anos e 12,5% (5) entre 12 e 15 anos. A renda familiar predominante (57,5%) foi de dois a três salários mínimos; quanto à ocupação, 45% eram estudantes, 32,5% exerciam atividades do lar e 23% trabalhavam. O intervalo entre a menarca e a primeira gestação dessas adolescentes variou entre dois e nove anos, sendo que 60% variou entre dois e cinco anos. As adolescentes começaram a ter atividade sexual entre 12 a 19 anos, e 75% tiveram a primeira relação sexual entre 12 e 15 anos. A maioria (70%) era primigesta.

Conforme o Ministério da Saúde (2010, p. 11) são muitos os fatores que contribuem para uma gestação de risco, e alguns deles existem mesmo antes que a gravidez ocorra, daí a necessidade de uma educação voltada para o planejamento familiar e orientações quanto a

sintomas pré-existentes ou que poderão ocorrer durante o período gestacional. Conclui o documento que:

[...] é importante que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estar bem informadas e na melhor condição física possível antes de engravidar. (BRASIL, 2010, p. 11).

Além das doenças pré-existentes ou aquelas que ocorrem na gestação, o Ministério da Saúde (2010, p. 12) considera a adolescência como um fator de risco gestacional, devido à presença de problemas de ordem psicossocial de não aceitação da gravidez que levam a adolescente a desobedecer ordens médicas, sendo, por vezes, necessário indicar um acompanhamento psicológico.

4.2 PRÉ-ECLÂMPسيا E ECLÂMPسيا

Um fator preponderante nas gestações de risco é a pré-eclâmpسيا que é uma doença surgida na gestação em decorrência da hipertensão arterial e é a maior responsável pela morte de gestantes e puérperas, conforme estudos de Soares et al (2009); Souza et al (2015); Cecconello e Ferraz (2010); Faria et al (2012) e outros. Esta também é a posição do Ministério da Saúde (2006) o qual acrescenta que ela contribui para um aumento significativo de neonatos com sequelas quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral.

Conforme o Ministério da Saúde existem duas as formas de hipertensão que podem complicar a gestação: a preexistente e aquela que é induzida pela gestação (pré-eclâmpسيا/eclâmpسيا); elas tanto ocorrem de forma isolada como podem se associar, sendo que a pré-eclâmpسيا/eclâmpسيا surge através do desenvolvimento gradual de hipertensão e proteinúria. Mulheres com hipertensão arterial progressiva, por mais de quatro anos têm aumento de risco de desenvolver pré-eclâmpسيا de 25%. Outro fator de risco é a hereditariedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em estudo realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital da cidade de Fortaleza (CE), na região Nordeste, no período de janeiro a setembro de 2012, através da análise de 36 prontuários de mulheres com complicações na gravidez, Souza et al (2015, p. 33) constataram que “[...] 29 (80,54%) pacientes foram admitidas durante o puerpério, cinco (13,9%) na gestação e duas (5,56%) pós-abortamento.” A causa principal da internação foi a doença hipertensiva exclusiva da gestação com 41,67% dos casos.

Soares et al. (2009, p. 567) expõem estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde em todo o mundo, e os compara com dados dos comitês de prevenção da mortalidade materna do Paraná e comprovam que a pré-eclâmpسيا ocorre com maior frequência em

mulheres nulíparas, porém nelas a doença geralmente é leve, e 75% dos casos surgem próximo ao termo ou no período intraparto e apresentam um risco pequeno quanto ao prognóstico desfavorável da gestação. Já quando se trata de gestações múltiplas ocorre o contrário, pois aumentam a frequência da patologia e a sua gravidade, o mesmo ocorrendo quando há hipertensão crônica, gestação anterior com pré-eclâmpsia, *diabetes mellitus* e trombofilias preexistentes.

Ainda na região Sul do Brasil, os estudos de Cecconello e Ferraz (2010, p. 42) analisaram o perfil sociodemográfico de nove parturientes (100%) que deram entrada na Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital do oeste catarinense, entre maio de 2006 e maio de 2007, e obtiveram os seguintes resultados: 44% estavam na faixa etária dos 16 aos 18 anos, portanto eram adolescentes; numa análise quanto ao nível de estudos predominou a baixa escolaridade, pois entre as participantes do estudo, somente uma tinha o ensino médio incompleto, sete mulheres tinham um companheiro e duas se apresentavam como solteiras. Todas tinham baixo nível socioeconômico.

A pesquisa de Soares et al. (2009, p. 567) também foi realizada no Sul do Brasil, no Estado do Paraná, utilizando os dados dos estudos de caso elaborados pelos Comitês de Mortalidade Materna. Os pesquisadores constataram que entre 2003 e 2005 ocorreram 190 mortes no Paraná em decorrência da pré-eclâmpsia/eclâmpsia, número que representou o maior percentual de óbitos entre gestantes/parturientes no Estado (18%); a faixa etária predominante (48,2%) foi de 20 a 29 anos. O risco relativo era de 5,6 vezes maior para mulheres com 40 anos ou mais, enquanto para as adolescentes o risco ficou em 0,8%. O estudo também considerou a escolaridade e a renda das mulheres que morreram de pré-eclâmpsia/eclâmpsia e constatou que elas tinham baixa renda e baixa escolaridade, sendo que 66,1% delas até oito anos de estudo incompletos e 59% tinham renda familiar inferior a três salários mínimos; as pesquisadoras constataram ainda que a morte materna foi 22 vezes maior para as mulheres sem nenhuma escolaridade. Evidenciou-se, também uma proporção maior de óbitos entre as primigestas, 22 óbitos (39,3%), seguidas das multigestas (≥ 4) com 15 (26,8%).

Faria et al. (2012, p. 4031) fizeram um estudo num Hospital de Taubaté (SP) examinando 115 prontuários, num total de 100% dos casos de pré-eclâmpsia ocorridos entre 2009 e 2010. Com relação ao perfil sociodemográfico das mulheres com pré-eclâmpsia, durante a pesquisa constatou-se que a faixa etária dominante foi de 21 a 35 anos (61%); houve um predomínio das mulheres casadas (41%); etnia branca (73%); 70,43% não eram fumantes; 80,87% não eram etilistas; quanto à profissão, a maioria, 33,04%, se identificou como “do lar”; o tempo gestacional de 37 semanas prevaleceu em 42,61% das gestantes; edema em

membros superiores e inferiores foi o sintoma mais comum para 29,57%; cesariana foi o parto de maior ocorrência com 53%.

Os dados apresentados quanto ao perfil sociodemográfico das mulheres salientam a ocorrência da morbidade entre a faixa com menor poder aquisitivo e menor escolaridade, isto é, as mulheres que mais carecem da implementação das medidas socioeducativas previstas nas políticas públicas em saúde.

Os estudos de Cavalli et al. (2009, p. 2) analisaram a influência da genética na pré-eclâmpsia e constataram que entre as filhas de mulheres com pré-eclâmpsia, de 25 a 31% desenvolvem a doença. Relativamente às filhas de mulheres sem o antecedente, os valores oscilam entre 5 a 10%. Considerando esse aspecto, existem fortes evidências do componente genético na etiologia da pré-eclâmpsia, justificando os estudos baseados na predição genética e proteômica.

Soares et al. (2009, p. 570) estudaram as complicações da gravidez em um hospital de referência no Sul do Brasil e comparando os números obtidos com casos em outros hospitais de referência, constataram que mesmo esses hospitais se deparam com dificuldades quando existem complicações obstétricas na gravidez de alto risco, principalmente as relacionadas à pré-eclâmpsia, daí a necessidade de capacitar os profissionais e seguir o protocolo recomendado para a doença pelo Ministério da Saúde.

Devido às características especiais da pré-eclâmpsia, o pré-natal de mulheres com histórico de hipertensão familiar deve ser acompanhado com maior rigor, pois, conforme Cavalli et al. (2009, p. 2), atualmente se aceita no meio científico que seu surgimento está ligado à isquemia da placenta. Isto ocorre no decorrer do segundo trimestre da gestação, quando surge um processo chamado "pseudovasculogênese", cuja característica é a migração dos citotrofblastos em direção às arteríolas uterinas espiraladas, nas quais sofrem diferenciação em células com fenótipo endotelial, entretanto é provável que haja diversas etiologias ou predisposições da doença com efeitos que resultam num grupo comum de sinais e sintomas que a caracteriza.

Para os cuidados de gestantes com pré-eclâmpsia em tratamento domiciliar ou internada, a enfermagem tem um papel fundamental. Dessa forma é muito importante que a equipe de enfermagem esteja atenta a qualquer tipo de intercorrência relacionada a ela.

Devido a todas as complicações que envolvem a pré-eclâmpsia, a assistência de enfermagem à gestante, propensa ou portadora da morbidade, tem uma importância essencial tanto no diagnóstico precoce da doença como no tratamento dos sintomas; a responsabilidade vai além, pois cabe ao serviço de enfermagem instruir a gestante quanto ao estilo de vida a ser adotado, envolvendo alimentação, exercício físico, assiduidade aos exames, sinais de alerta,

proporcionando um atendimento humanizado como uma oportunidade de promover o cuidado e contribuir para um melhor nível assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O Ministério da Saúde apresenta aos profissionais encarregados de cuidar de gestantes um calendário que deve ser seguido de forma rigorosa para o atendimento do pré-natal. A programação obedece aos períodos gestacionais que determinam com o maior risco materno e perinatal. Sabe-se que as complicações da hipertensão gestacional são passíveis de prevenção com a ampliação da cobertura pré-natal, a preparação do pessoal de assistência; incluindo atenção primária, diagnóstico precoce de pacientes de alto risco. Para a gestante com pré-eclâmpsia leve, ou com tendência a desenvolvê-la, mas não está internada, o Ministério da Saúde recomenda cuidados domiciliares com vigilância constante para qualquer sinal de agravamento do quadro tomando todos os cuidados que devem ser tomados quando internadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Paula (2010, pp. 25-26) adverte para a necessidade de um plano de manejo obstétrico nas gestações complicadas pela presença da pré-eclâmpsia e eclâmpsia, principalmente no que diz respeito à decisão de fazer o parto quando a gravidez ainda não está a termo. É preciso que a equipe de saúde faça uma avaliação para pesar todas as consequências para a gestante e o bebê e aja levando em consideração os riscos e benefícios advindos de uma intervenção. Para que a equipe de saúde tenha segurança neste processo de exceção, a autora ressalta a necessidade de marcadores clínicos e laboratoriais que definam o risco da interrupção da gravidez, quando ainda não há maturidade fetal. Quando já existe essa maturação, a interrupção da gestação é a alternativa a ser seguida.

4.3 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Massucatti, Pereira e Maili (2012, p. 71) definem o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) como “[...] qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação.” Explicasse a fisiologia do DMG devido a uma “[...] elevação de hormônios contrarreguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e por fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais).” Na gravidez há um aumento estrógeno e progesterona produzidos pela placenta resultando no hormônio lactogênico placentário ao qual a insulina tem resistência, mas a responsabilidade por “[...] defeitos na secreção de insulina, em sua ação ou em ambas, com consequente hiperglicemia[...].” também pode ser de outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina.

Oliveira et al (2009, p. 28-33) apresentam um estudo feito com 51 mulheres que desenvolveram diabetes gestacional numa maternidade escola de Fortaleza e constaram que 60,7% delas tinham mais de 30 anos e 21,5% delas tiveram parto prematuro. Quanto às patologias detectadas, verificou-se que 15,6% também apresentavam hipertensão arterial, 29,5% acresciam ao diabetes a infecção urinária e 35,3% apresentaram histórico de diabetes na família. Um dado que chamou a atenção dos pesquisadores foi a ocorrência de partos prematuros, num total de 21,5%. Outro número que se destacou foi a realização de cesarianas, pois isto ocorreu em 89,2% dos partos. Quanto ao acompanhamento pré-natal, somente 82,3% fizeram mais de seis consultas.

Em relação aos recém-nascidos, 33,3% manifestaram desconforto respiratório; 9,8% apresentaram hipoglicemia; 25,5% tinham peso acima de quatro quilos; 47,0% apresentaram icterícia; 5,9% eram portadores de malformação fetal e somente 25,4% não apresentaram problemas, porém 74,6% foram levados para as unidades neonatais (UTI), pois necessitaram de assistência especializada. (OLIVEIRA et al, 2009, p. 32).

Massucatti, Pereira e Maioli (2012, p. 70) realizaram um estudo, descritivo-transversal, avaliou a prevalência de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), analisando 396 prontuários de gestantes que fizeram acompanhamento pré-natal nas unidades básica de saúde de Vitória-ES, entre janeiro e outubro de 2011. Os resultados obtidos foram os seguintes: 23 (5,8%) apresentaram o DMG com valores superiores a 92 mg/dL de Glicemia de Jejum e 373 (94,2%), valores abaixo de 92 mg/dL.

Na pesquisa de Massucatti, Pereira e Maioli (2012, p. 76) os estudiosos encontraram uma relação entre a ocorrência do DMG e o número de gestações, pois foi observado que o maior número de gestações implica a prevalência do risco da patologia, levando à inferência de que a multiparidade é um dos fatores de riscos para o seu surgimento.

Francisco, Trindade e Zugaib (2011) fizeram um estudo para demonstrar a importância do diagnóstico do diabetes mellitus em gestantes, uma vez que essa morbidade é muito frequente na gestação e a falta de tratamento pode resultar em sérios riscos perinatais para a mãe e o recém-nascido com destaque para: “[...] macrosomia fetal, toco-traumas, aumento do número de cesáreas, hipoglicemia neonatal, hiperbilirrubinemia neonatal, síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido, hipocalcemia, prematuridade e óbito fetal.” (FRANCISCO; TRINDADE. ZUGAIB, 2012, p. 171).

O que a pesquisa destaca é a importância de um diagnóstico nas primeiras semanas de gestação. Em um consenso publicado em 2009 pela *International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups* (IADPSG) foi recomendado que, independente dos fatores de risco, as gestantes sejam submetidas a uma dosagem de glicemia de jejum, na primeira

consulta pré-natal, para que se identifiquem possíveis pacientes portadoras de diabetes não diagnosticado anteriormente à gravidez. (FRANCISCO; TRINDADE. ZUGAIB, 2012, p. 172).

Weinert et al (2011) recomendam que o acompanhamento médico com controle glicêmico para as mulheres que não são submetidas a tratamento farmacológico e não tenham outras indicações obstétricas

[...] podem ser avaliadas a cada duas semanas até a 36^a semana de gestação, quando o controle obstétrico passa a ser semanal. As mulheres em uso de insulina ou de antidiabéticos orais são avaliadas a cada semana, eventualmente a intervalos de duas semanas até a 32^a semana e, então, semanalmente até o parto. (WEINERT et al, 2011, p. 441).

Quanto ao perfil socioeconômico das mulheres gestantes portadoras de diabetes gestacional, Silva et al fizeram um levantamento com 11 mulheres que fazem acompanhamento obstétrico numa unidade de saúde da família em Montes Claros (MG) e constataram que a maioria delas (54,5%) é de casadas; em relação ao nível socioeconômico, 63,6% delas têm renda de até dois salários mínimos e trabalham em casa. Os autores constataram que a baixa renda pode levar a uma alimentação inadequada, na qual a gestante não teria acesso à diversidade de alimentos exigidos para uma dieta de controle dos níveis glicêmicos. Isso se reflete numa prevalência de sobrepeso ou baixo peso, ambos com 36,4% de prevalência, o que significa dizer que 72,4% das gestantes não têm uma nutrição adequada. No que se refere à educação, a maioria (45,5%) tinha ensino médio, 9,1% não havia completado o ensino fundamental, e o mesmo número tinha curso superior, enquanto 35,4% tinham o ensino fundamental completo (SILVA et al, 2012, p. 2).

Conforme Destch et al (2011, p. 390), há uma preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) quanto ao controle do diabetes gestacional, pois ambos os órgãos recomendam que sejam rastreadas todas as gestantes com vistas a detecção da morbidade, mesmo que não haja a presença de fatores de risco. O diagnóstico deve ser feito através de exame de glicemia de jejum, na primeira consulta pré-natal. Foi estabelecido o ponto da glicemia de jejum em 85mg/dl, independente do período de gravidez.

No estudo realizado por Destch et al (2011, p. 392) abrangendo o período de 2001 a 2009, com 916 gestantes, no estado do Paraná, os pesquisadores constataram que a maior presença do diabetes gestacional está na faixa de 25 anos ou mais, com 83,1% da prevalência. A presença de histórico de diabetes na família (37,5%) – com predomínio do diabetes materno -, obesidade (25,4%), hipertensão arterial (19,4%), ganho de peso excessivo na gestação

(16,8%) foram alguns dos fatores associados à morbidade constatados pela pesquisa. Também ficou constatado que a maioria (53,6%) tinha diabetes anterior à gestação.

No que diz respeito às complicações para o feto, o estudo de Detsch et al (2011, p. 394) encontrou como predominante as má formações fetais:

[...] braquicefalia – 1, pielectasia bilateral – 1, hidrocefalia – 5, hidronefrose com rins multicísticos e ausência de bexiga – 3, hidronefrose com megabexiga – 1, hidronefrose com malformação renal – 2, fenda palatina – 1, malformação cardíaca – 3, comunicação intraventricular (CIV) – 1, microcefalia e encefalocele – 1. (DETSCH et al, 2011, p. 394).

Weineert et al (2011, p. 444) explicam que a maioria das gestantes diagnosticadas com diabetes não possuía uma alimentação equilibrada, daí a primeira orientação precisa ser direcionada para uma mudança de hábitos alimentares, depois para a prática de atividades físicas, o que exige uma equipe multidisciplinar para o tratamento da patogênese.

4.3 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As doenças sexualmente transmissíveis, de forma geral, trazem prejuízos para a gravidez, tanto para a gestante quanto para o feto. Nestes casos, o melhor tratamento é a prevenção, através de uma educação sexual conforme previsto no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (2005) que tem como uma das prioridades:

[...] estimular a implantação, na Atenção Integral à Saúde da Mulher, de ações que atendam as necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases de seu ciclo vital, abrangendo as mulheres negras, as com deficiência, as índias, as encarceradas, as trabalhadoras rurais e urbanas e as de diferentes orientações sexuais, contemplando questões ligadas às relações de gênero; [...] (SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES, 2005).

Costa et al (2010, p. 768) explicam que a gravidez não dá proteção à mãe e ao feto contra as doenças sexualmente transmissíveis, pelo contrário, ela pode agravar, pois a imunidade é mais baixa, o que dificulta combater essas doenças.

Por fim, observa-se que resultados diferentes das outras pesquisas trouxeram a pesquisa realizada por Souza et al (2013) em uma Unidade de Atenção Básica de Saúde, no Pará, através da análise em 85 prontuários constatou que o maior número de diagnósticos é de anemia (23,5%), em segundo lugar, com 15,2% as vaginoses e, por último a obesidade (9,4%). Conforme os pesquisadores 48,2% das mulheres não tiveram as seis consultas mínimas exigidas, e as que fizeram as consultas exigidas, 51,8% estavam enfermas,

apresentando diabetes, verminoses, gastrites, dentre outras enfermidades, o que mostra a ineficiência das consultas.

5 APRECIACÕES CONCLUSIVAS

Da análise dos resultados encontrados nesta pesquisa, o que fica claro é que o maior responsável pelas doenças gestacionais ainda é a falta de esclarecimentos, ou seja, as políticas públicas que preconizam a integralidade da saúde da mulher não foram efetivamente implantadas, pois o que se percebe é que quanto mais baixa a escolaridade e a faixa socioeconômica maior é a prevalência de doenças gestacionais e até de mortes entre gestantes e puérperas.

O meio ambiente em que vive a gestante contribui para o surgimento das doenças, pois a alimentação é deficiente em nutrientes e, geralmente, rica em gorduras, açúcares e

outros daninhos à saúde, principalmente na gestação, podendo levar ao surgimento de pré-eclâmpsia, eclâmpsia, diabetes; o sedentarismo também leva a essas doenças e, mais ainda, ao risco de ocorrer uma trombofilia. Ademais, com o surgimento de várias doenças transmissíveis através do sexo e a multiplicidade de parceiros e parceiras muitas vezes existentes há um maior risco de a gestante ter uma dessas doenças ou adquiri-las durante a gestação.

Cabe, neste contexto, destacar o papel do enfermeiro em saúde pública, uma vez que os atendimentos iniciais de gestantes são feitos por esses profissionais, bem como o primeiro exame quando a gestante procura o posto de saúde para fazer o acompanhamento do pré-natal. As atribuições dos enfermeiros se tornam mais importante uma vez que cabe a ele dar a orientação às gestantes saudáveis e fazer cumprir as prescrições médicas para as que apresentam morbidade estando internadas ou em tratamento domiciliar. Isso implica dizer que sua atuação é imprescindível para que haja a adesão das gestantes ao acompanhamento do pré-natal, fator primordial para reduzir os índices de mortalidade materna e perinatal.

Vale registrar que, no período pesquisado, não foi encontrado qualquer estudo sobre a prevenção das doenças gestacionais, através de palestras nas comunidades sobre a importância de uma alimentação saudável, prevenção de doenças, programas de exercícios físicos e outras ações que poderiam resultar num menor índice de doenças gestacionais.

REFERÊNCIAS

BELARMINO, G. O.; MOURA, E. R. F.; OLIVEIRA, N. C.; FREITAS, G. L.. Riscos nutricionais entre gestantes adolescentes. **Acta Paul Enferm**, V. 22; n. 2; PP. 169-75. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apc/v22n2/a09v22n2>> .Acesso em: 09 jun.2015.

BORGES, J. D. M.; INDA, L. F. **Compreensão de gestantes acerca da pré-eclâmpsia/eclâmpsia e a adesão ao tratamento**. 2010. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Pampa. Uruguaiana (RS), 2010.

BRASIL. **Lei 6.279** de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a Organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6229.htm>. Acesso em: 09 jun.2015.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 09 jun.2015.

_____. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.sindsaudepr.org.br/docs/saude/lei8080.pdf>>. Acesso em: 09 jun.2015.

CAVALLI, R. C. et al. Predição de pré-eclâmpsia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. 2009, vol.31, n.1, pp. 1-4. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000100001>>. Acesso em: 09 jun. 2015.

CECCONELLO, F.; FERRAZ, L.. O perfil sócio-demográfico e patológico de gestantes e puérperas admitidas na unidade de terapia intensiva de um hospital do oeste catarinense. **Revista Àgora**, 2010. 17 (1): 35-49. Disponível em: < <http://www.periodicos.unc.br/index.php/agora/article/view/44>>. Acesso em 09 jun.2015.

COSTA, M. C. et al. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **Anais Brasileiro de Dermatologia** [online]. 2010, vol.85, n.6, pp. 767-785. ISSN 0365-0596. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962010000600002>> . Acesso em: 17 jun. 2015.

DETSCH, J. C. M.; ALMEIDA, A. C. R.; BORTOLINI, L. G. C.; NASCIMENTO, D.J.; OLIVEIRA JUNIOR, F. C. ; RÉA. R.R.. Marcadores para o diagnóstico e tratamento de 924 gestações com diabetes melito gestacional. **Arq Bras Endocrinol Metab.** V. 55, n. 6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n6/a05v55n6.pdf>>. Acesso em 09 jun.2015.

FARIA, A. L. et al. Perfil sociodemográfico e patológico de gestantes com pré-eclâmpsia internadas em um hospital de Taubaté-SP. 2011. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade de Taubaté/UNITAU. Taubaté (SP), 2011. **Revista de Enfermagem UFPE**. 2012, jan. 06(08): 4592-4618.

FRANCISCO, R. P. V.; TRINDADE, T. C.; ZUGAIB, M.. Diabetes gestacional, o que mudou nos critérios de diagnóstico? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. 2011, vol.33, n.8, pp. 171-173. ISSN 0100-7203. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000800001>. Acesso em: 09 jun. 2015.

FREITAS G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO A.K.B.. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009; 11(2):424-8. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11n2/v11n2a26.htm>. >. Acesso em: 09 jun.2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública. **Histórico da Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/historico-da-saude/>>. Acesso em: 09 jun.2015.

GIL, A.C.. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MASSUCATTI, L. A.; PEREIRA, R. A.; MAIOLI, T. U.. Prevalência de diabetes gestacional em unidades de saúde básica. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. V. 01, n. 01, julho de 2012. Disponível em: < <http://proens.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/issue/view/34>> . Acesso em: 09 jun.2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral á saúde da mulher**: bases de ação programática I. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf> . Acesso em: 09 jun.2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. (Versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 18/03/04). Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: < http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf> Acesso em: 17 jun. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 09 jun.2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2015.

OLIVEIRA, M. I. V.; BEZERRA, M. G. A.; BEZERRA FILHO, J. G.; VERAS, M.A.C.; BEZERRA, J. P. Perfil de mães e recém-nascidos na presença do *diabetes mellitus* gestacional. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 4, p. 28-36, out./dez.2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/567/pdf>>. Acesso em 09 jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2006. Disponível no site: <www.opas.org.br>. Acesso em: 17 jun. 2015.

PAULA, L. G.. **Eclâmpsia e pré-eclâmpsia**: Estudo comparativo e experiência no Hospital São Lucas da PUCRS. 2010 Tese (Doutorado em Enfermagem. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

POMPERMEYER, T. C. L.. **Saúde da mulher**: Mortalidade materna, fatores de risco e visão profissional. (2011). Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local). Vitória. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, 2011. Disponível em: < http://www.emescam.br/arquivo/pos/scricto/dissertacoes/200902_Raquel_Coutinho_L_Pompermayer.pdf> Acesso em: 17 jun. 2015.

SÃO PAULO (Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP|: 2010. Disponível em: < <http://www.portaldadenfermagem.com.br/downloads/manual-tecnico-prenatal-puerperio-sus.pdf>> Acesso em: 09 jul. 2015.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Plano Nacional de Políticas par as Mulheres**. Brasília, 2005. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf>. Acesso em: 09 jun.2015.

SILVA, A. P. M. M. et al. Perfil nutricional e alimentar de gestantes adultas atendidas na Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Maracanã do município de Montes Claros, MG. **Revista Digital**. Buenos Aires, ano 17, n. 171, agosto de 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd171/perfil-nutricional-e-alimentar-de-gestantes.htm>> Acesso em: 17 jun. 2015.

SOARES, V. M. N. et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2009; n° 31 v.11, pp. 566-73. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n11/v31n11a07.pdf>> Acesso em 09 jun. 2015.

SOUZA, L. E. A.; ROSA, R. C. R.; DIAS, R.S.; SILVA, J. A. C. Principais agravos em gestantes na atenção básica de saúde. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Universidade do Estado do Pará - UEPA. In: **Biblioteca Virtual de Saúde**. Publicado em: 07.05.2013. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n2/a3677.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2015.

SOUZA. C. F.; OKUBO; B. M. R.; PONTES; D. S. SILVA; D. H. M.; VIANA; M. C. C.; CORREIA, J. W.. Perfil clínico-demográfico de pacientes em ciclo grávido-puerperal admitidas em uma unidade de terapia intensiva em Fortaleza. **Rev. Saúde Públ**. Santa Cat., Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 30-42, jan./abr. 2015. Disponível em: < <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/272/288>> Acesso em: 17 jun. 2015.

ABSTRACT

This paper is about the integrity of women's health front of public health policies and what the nurse's role in the development of such policies, with emphasis on diseases that occur during pregnancy. The Sistema Único de Saúde (SUS) is responsible for the development of public health policies for the entire Brazilian population, in obedience to the constitutional provision that ensured universal access to healthcare. Rather we now see in state policies for women's health is a major concern with procreation, either through family planning and the prevention of diseases that can affect pregnant or pre-existing conditions that endanger their lives and fetus. A literature review was carried out in specialized magazines available on the Internet and found the numbers indicate that preeclampsia or eclampsia is a disease that causes more harm to the mother and baby. The nurse's role is very important in this scenario, because it is responsible for the monitoring of pregnant women and is the first visit, when the consultation for prenatal and is responsible for the proper implementation of medical prescriptions when there risk, whether the pregnant woman is hospitalized or at home. Spite of the public health policies, medicine in Brazil is still healing and there is no record in the period surveyed,

prevention through talks to clarify the importance of good nutrition and exercise for the health of pregnant women.

Keywords: Nurse; pregnancy; Public Policies in Health; Public Health.