

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

LOW RISK PRENATAL ATTENTION

EVELINE CABRAL DE LIRA CARVALHO **SOARES**¹, GABRIELA JORDÃO **FERREIRA**¹, LUIZA MOURA **CARRARO**¹, LUIZA NACIF **EMERY**¹, MARINA DE SENNA **CARLI**¹, LAMARA LAGUARDIA VALENTE **ROCHA**²

1. Discente do curso de Medicina pelo Centro Universitário de Caratinga – UNEC; 2. Graduada em Ciências biológicas pela UFMG; Mestre em Biologia Celular pela UFMG; Doutora em Biologia Celular e Estrutural pela UFV; docente titular do Centro Universitário de Caratinga – UNEC;

* Vila Onze, N. 36, Centro, Caratinga, Minas Geais, Brasil. CEP:35300-100. lamara.laguardia@gmail.com

Recebido em 16/02/2016. Aceito para publicação em 19/04/2016

RESUMO

Este é um estudo descritivo de abordagem qualitativa, cujo objetivo foi descrever o perfil do atendimento pré-natal considerando as variáveis: número de consultas, mortalidade materna e neonatal e óbitos fetais em suas regiões. Para a coleta de informações foi utilizado dados do DATASUS e utilizou-se como referência o ano de 2000, quando foi implantado no Brasil o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo foi ampliar o acesso ao pré-natal, considerando este como ferramenta fundamental para o acompanhamento e estabelecimento de procedimentos e ações essenciais na gravidez. Os resultados sugerem que foi observado um crescente número na realização de sete ou mais consultas de pré-natal, houve também uma diminuição das taxas de mortalidade fetal, mortalidade neonatal e mortalidade materna. Apesar da diminuição nas taxas de mortalidade neonatal e materna, esses índices ainda permanecem altos, como a taxa de mortalidade materna que em 2011 foi de 64,8 óbitos/ 100 mil nascidos vivos e apesar de ter reduzido desde 2000, não foi alcançada a Meta do Milênio estabelecidas pela a ONU que previa a redução da mortalidade materna para 35 óbitos/ 100 mil nascidos vivos até 2015. Estes resultados evidenciam a necessidade de ampliação ou de melhoria da assistência pré-natal da rede pública no país, além da implantação de estratégias e políticas públicas que favoreçam o acesso ao acompanhamento pré-natal para todas as mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-natal, atendimento, baixo risco.

ABSTRACT

This article is a descriptive study with a qualitative approach, accomplished with the intent of describing the prenatal medical care profile considering the variables: consultation number, maternal and neonatal mortality and fetal death in their regions. The data was collected from DATASUS. After the implementation of Prenatal and Childbirth Humanization Program (PHPN) in 2000, that includes the need of expanded access to prenatal care, considering it as a key tool to monitoring and setting the procedures and essential care to pregnant women, it was noted an increasing number of prenatal consultations, around seven or more, there was also a drop in fetal, neonatal and maternal mortality rates. Yet, these rates remain high, like the maternal mortality that in 2011 is 64,8 deaths/ 100 thousand live

births and despite the decrease since 2000, the Goals of the Millennium established by ONU in 2000, aims the reduction of maternal death to 35 deaths/ 100 thousand live births up to 2015, which highlights the need of expansion and improvement of prenatal assistance in public health system in this country, beyond the implementation of strategies and public politics that benefit the access to prenatal care for all women.

KEYWORDS: Prenatal, medical care, low risk.

1. INTRODUÇÃO

Na história da saúde pública, principalmente nas últimas décadas, a atenção materno-infantil tem sido reconhecida como prioritária. No Brasil, no ano de 1983, a introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) ampliou ações de saúde destinadas ao público feminino, destacando-se a atenção pré-natal que está diretamente envolvida na melhoria do resultado perinatal e materna¹. Para Tanaka (1995)¹ a preocupação e os cuidados com os eventos que ocorrem durante a gravidez revelam o respeito à cidadania feminina, refletindo assim o grau de desenvolvimento de uma sociedade.

O PAISM, na sua forma mais abrangente preconiza assistir à mulher em todas as fases de sua vida, nos aspectos clínico-ginecológicos e educativos, voltados a melhora do controle pré-natal, do parto e puerpério². Isso é de fundamental importância para que o índice de mortalidade neonatal precoce (0-6 dias)², mortalidade neonatal tardia (7-27 dias)³, mortalidade fetal – morte do produto da concepção antes da expulsão ou minutos/ horas após o parto⁴ e mortalidade materna diminua.

O pré-natal consiste no acompanhamento da gestante durante gravidez por um médico e equipe de saúde, deve começar tão logo a mulher descubra que está grávida e seguir com no mínimo seis consultas durante a gestação,

o objetivo principal é baseado na adequada preparação para o parto e puerpério. Acompanhar, orientar, educar, rastrear possíveis situações de risco e tratar intercorrências que possam interferir no bem-estar do bebê, da gestante e de sua família correspondem a ações prioritárias de um pré-natal adequado. O acompanhamento da gestante nas consultas de pré-natal é fundamental para identificação dos Fatores de Risco, onde haverá uma maior preparação da equipe de saúde para garantir o melhor estado possível para a mãe e o bebê no momento do parto⁵.

Em junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Esse definiu como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade de acompanhamento a fim de alcançar o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal⁶.

Em sua estrutura o PHPN traz como principal proposta a ampliação ao acesso pré-natal e o estabelecimento de procedimentos e ações que são fundamentais para esse acompanhamento. Os critérios recomendados foram: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo, seis consultas de pré-natal e uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; exames laboratoriais⁷.

A relevância do artigo consiste em descrever a situação das gestantes e o acesso ao acompanhamento do pré-natal em um estudo transversal, que poderá contribuir para se identificar a eficiência dos serviços de saúde públicos a fim de se planejar ações que possam minimizar intercorrências durante o período gestacional e puerpério. Além disso, o trabalho ilustra a atividade da atenção básica no decorrer dos anos segundo dados do DATASUS³, evidenciando a sua importância para com a melhoria da qualidade de vida materna e neonatal.

Por tudo isso, o trabalho tem como objetivo analisar o impacto do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no atendimento pré-natal de baixo risco em âmbito nacional e regional, a fim de revelar o êxito atingido pelos mesmos através da melhoria do serviço prestado e na longitudinalidade oferecida.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento do Estudo:

Trata-se de um estudo descritivo de caráter quantitativo, que visa analisar aspectos referentes a assistência ao pré-natal de baixo risco e pu-

erpério. O estudo descritivo observa, analisa e correlaciona fenômenos sem manipulá-los. Busca descobrir, com a maior exatidão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação com outros fatores, sua natureza e suas características, a fim de analisar variáveis de maneira a determinar os efeitos⁸.

Coleta de dados:

Para a coleta de informações foi utilizado dados do DATASUS de maneira avaliar o número de consultas pré-natais realizadas e óbitos fetais por região nos períodos de 2001, 2006 e 2013; além do número de mortalidade materna e mortalidade neonatal; considerando o ano 2000 como o ano de criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), afim de produzir um prognóstico da realidade brasileira, no que tange a atenção de baixo risco, realizada pelo sistema único de saúde (SUS).

Foram coletadas as informações relativas a número de consultas pré-natal, a taxa de mortalidade neonatal precoce e tardia, mortalidade materna e óbitos fetais.

3. RESULTADOS

Tabela 1. Número de consultas pré-natal por região no período: 2013, 2006 e 2001 no Brasil.

| | | Nenhuma | 1-3 | 4-6 | 7 ou mais | Total |
|----------|---------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------|
| Ano 2001 | Região Norte | 21.158 | 51.614 | 121.618 | 71.881 | 266.271 |
| | Região Nordeste | 60.698 | 128.597 | 339.174 | 274.154 | 802.623 |
| | Região Sudeste | 24.064 | 77.024 | 335.333 | 590.810 | 1.027.231 |
| | Região Sul | 6.693 | 28.592 | 117.692 | 201.885 | 354.862 |
| | Região Centro-Oeste | 4.884 | 19.963 | 67.009 | 111.560 | 203.416 |
| | Total | 117.497 | 305.790 | 980.826 | 1.250.290 | 2.654.403 |
| Ano 2006 | Região Norte | 14.915 | 46.930 | 137.396 | 85.940 | 285.181 |
| | Região Nordeste | 20.799 | 92.480 | 358.205 | 303.758 | 775.242 |
| | Região Sudeste | 12.541 | 50.957 | 244.661 | 662.130 | 970.289 |
| | Região Sul | 3.575 | 16.401 | 74.869 | 227.676 | 322.521 |
| | Região Centro-Oeste | 2.864 | 13.594 | 61.921 | 117.319 | 195.698 |
| | Total | 54.694 | 220.362 | 877.052 | 1.396.823 | 2.548.931 |
| Ano 2013 | Região Norte | 13.196 | 39.921 | 105.525 | 115.674 | 274.316 |
| | Região Nordeste | 26.422 | 70.495 | 249.587 | 360.826 | 707.330 |
| | Região Sudeste | 15.131 | 46.828 | 201.472 | 686.714 | 950.145 |
| | Região Sul | 4.031 | 15.443 | 63.395 | 240.553 | 323.422 |
| | Região Centro-Oeste | 6.006 | 13.355 | 52.938 | 130.088 | 202.387 |
| | Total | 64.786 | 186.042 | 672.917 | 1.533.855 | 2.457.600 |

Este estudo descritivo baseou-se em dados secundários considerando que a gravidez de baixo risco envolve o acompanhamento frequente da gestante pela equipe multiprofissional e tal procedimento deverá refletir na diminuição de eventos como a morte materna e do neonato. Desta maneira, os dados disponíveis no DATASUS foram selecionados e analisados nas tabelas que compõem os resultados do presente estudo.

Tabela 2. Número de óbitos fetais em 2001, 2006 e 2013 no Brasil por 100.000 nascidos vivos.

| Ano do óbito | Região Norte | Região Nordeste | Região Sudeste | Região Sul | Região Centro-Oeste | Total |
|--------------|---------------|-----------------|----------------|---------------|---------------------|----------------|
| TOTAL | 10.896 | 35.108 | 39.692 | 11.273 | 7.205 | 104.174 |
| 2001 | 3.681 | 12.148 | 15.773 | 4.483 | 2.674 | 38.759 |
| 2006 | 3.654 | 11.887 | 12.172 | 3.502 | 2.219 | 33.434 |
| 2013 | 3.561 | 11.073 | 11.747 | 3.288 | 2.312 | 31.981 |

Segundo dados do DataSUS³, houve diminuição do percentual de 4,42% para 2,14%, de gestantes com nenhuma consulta feita até o nascimento no período de 2001 a 2006; no entanto, esse percentual apresentou um ligeiro crescimento no ano de 2013.

Tabela 3. Mortalidade neonatal precoce e tardia, Brasil 2000 – 2011 por 1.000 nascidos vivos.

| | Região Norte | Região Nordeste | Região Sudeste | Região Sul | Região Centro-Oeste |
|--|--------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|
| Taxa de mortalidade neonatal precoce em 2000 | 16,9 | 17,1 | 10,6 | 8,5 | 11,3 |
| Taxa de mortalidade neonatal precoce em 2011 | 10,4 | 10 | 6,6 | 5,8 | 8,1 |
| Taxa de mortalidade neonatal tardia em 2000 | 4,4 | 4,2 | 3,1 | 2,3 | 3,7 |
| Taxa de mortalidade neonatal tardia em 2011 | 3 | 2,7 | 2,3 | 2,1 | 2,8 |

Foi observado um crescente número na realização de sete ou mais consultas de pré-natal, o percentual em 2001 era de apenas 47,01% e em 2006 é de 54,8%. Esse percentual subiu para 62,41% no ano de 2013. Esses dados demonstram que devido ao maior acesso a informação por parte das mulheres e aos programas assistencialistas do governo houve aumento do número de sete consultas pré-natais por gestação.

Há consistente tendência de redução da mortalidade fetal nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. A região centro-

oeste traz um resultado que envolve pequeno aumento entre os anos de 2006 e 2013. Apesar de pouco expressiva, a região Norte também teve redução nos números. Em geral, a mortalidade diminuiu cerca de 17,5% ao longo dos anos 2001-2013.

A redução da mortalidade neonatal precoce entre 2000 e 2011 no Brasil decorre, principalmente, do decréscimo mais acentuado ocorrido nas regiões norte e nordeste, apesar destes valores observados nessas regiões estarem ainda elevados. A mortalidade neonatal tardia também apresentou um declínio no período de 2000 a 2011, principalmente na região Nordeste.

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública, a razão de mortalidade materna no Brasil situou-se, no período de 2000 a 2011, entre 73,3 e 64,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Dentre os estados citados na tabela, o estado do Mato Grosso do Sul foi o que apresentou maior oscilação, principalmente de 2000 a 2002. No período de 2000 a 2011 houve um ligeiro decréscimo do número de morte materna a nível nacional.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo revela o aumento significativo da atenção pré-natal no Brasil, da diminuição de óbitos maternos, fetais e neonatais e ressalta a importância da valorização desse programa. Os resultados observados⁹ em diferentes regiões do Brasil mostraram que existem desigualdades no atendimento oferecido à essas mulheres. As gestantes que manifestam maior risco gestacional apresentam maior proporção de pré-natal classificado como inadequado ou intermediário, quando comparadas com as de menor risco. Aquelas que não receberam nenhum atendimento relativo ao pré-natal eram de condições econômicas mais baixas, adolescentes ou com idade superior aos quarenta anos e tiveram uma incidência de baixo peso ao nascer superior ao grupo de mães que realizaram um atendimento antes do parto de cinco ou mais consultas. Hoje, apesar de ter havido uma queda de 2001 para 2006, é de extrema importância notar que o aumento, significativo, de 2006 a 2013, está relacionado, principalmente, com a valorização da atenção básica e do pré-natal para evitar danos à saúde materna e fetal.

O número de óbitos fetais apresentou uma redução em todas as regiões brasileiras. Essa diminuição evidencia uma melhoria nas condições de vida, diminuição do número de filhos e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento e educação da mãe, entre outros aspectos¹⁰. Apesar dessa redução, as desigualdades dos números mostrados na tabela referente às regiões nordeste e sudeste em relação às demais regiões persistiram, evidenciando a necessidade um acompanhamento de profissionais da saúde com orientações, ensinamentos mais detalhados com as famílias, principalmente de pouca renda, para que haja maior redução de óbitos.

A taxa de mortalidade neonatal tem alta relação com

causas endógenas e à qualidade do atendimento médico. As características econômicas que chamam mais atenção são escolaridade, número de cômodos e localização do domicílio¹¹. Dessa forma, observa-se uma redução na taxa de mortalidade neonatal entre 2001 e 2011, decorridas de uma atenção desde um pré-natal adequado até uma atenção médico-hospitalar satisfatória. Essa redução tornou-se bem visível principalmente na região norte e nordeste, em que os índices de mortalidade neonatal eram mais expressivos¹².

Tabela 4. Número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos segundo região e UF Brasil, 2000-2011.

| Região | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Brasil | 73,3 | 70,9 | 75,9 | 73,0 | 76,1 | 74,7 | 77,2 | 77,0 | 68,7 | 72,0 | 68,2 | 64,8 |
| Região Norte | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Região Nordeste | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Região Sudeste | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Minas Gerais | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Espírito Santo | 44,5 | 24,5 | 43,6 | 37,4 | 65,7 | 53,4 | 64,1 | 41,2 | 54,0 | 85,5 | 65,6 | 60,3 |
| Rio de Janeiro | 76,0 | 71,4 | 74,1 | 68,0 | 69,6 | 63,2 | 75,1 | 79,3 | 69,5 | 93,7 | 83,6 | 74,3 |
| São Paulo | 40,1 | 40,6 | 40,1 | 34,2 | 34,8 | 35,4 | 40,8 | 42,3 | 40,9 | 56,6 | 45,1 | 40,8 |
| Região Sul | 53,4 | 52,7 | 57,6 | 51,6 | 59,0 | 55,1 | 56,7 | 52,9 | 54,4 | 54,9 | 52,2 | 44,4 |
| Paraná | 68,5 | 65,2 | 57,5 | 42,6 | 69,5 | 66,1 | 61,9 | 59,6 | 58,2 | 71,7 | 59,2 | 51,7 |
| Santa Catarina | 36,9 | 42,0 | 45,5 | 52,9 | 43,3 | 33,1 | 42,8 | 41,5 | 37,5 | 22,8 | 28,4 | 25,2 |
| Rio Grande do Sul | 47,0 | 45,5 | 64,4 | 60,3 | 56,8 | 55,7 | 59,4 | 52,5 | 60,7 | 56,1 | 59,3 | 48,7 |
| Região Centro-Oeste | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Mato Grosso do Sul | 37,1 | 82,4 | 87,7 | 79,0 | 84,2 | 70,0 | 83,5 | 57,0 | 82,5 | 89,4 | 74,8 | 68,8 |
| Mato Grosso | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Goiás | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Distrito Federal | 35,4 | 29,9 | 34,9 | 21,7 | 43,9 | 41,4 | 46,5 | 38,6 | 58,9 | 54,6 | 45,2 | 43,7 |

Os maiores valores são encontrados no período de 2000 a 2011 em relação à mortalidade materna segundo o DATASUS foi no ano de 2006, na qual apresentou 77,2

óbitos para 100.000 nascidos vivos (NV). Sendo que o valor máximo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera razoável para as mortes maternas é de 20 óbitos para cada 100.000 NV. Países desenvolvidos, como Suécia, Dinamarca e Estados Unidos da América (EUA), já apresentavam coeficientes menores que 10/100.000 NV ao final da década de 1970. Atualmente, na maior parte dos países desenvolvidos, as taxas se situam entre 3 e 12/100.000 NV².

O Ministério da Saúde do Brasil cita que as principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto. Todos es-

ses fatores, com a realização de uma pré-natal de qualidade, podem, na maioria das vezes, ser evitado. O que ressalta a importância da realização do pré-natal para assegurar maior segurança e qualidade de vida a gestante, puérpera e ao feto/neonato. O diagnóstico, com realização de procedimentos e condutas corretas durante a consulta, permitiria salvar muitas mulheres^{13, 14}

5. CONCLUSÃO

A partir do descrito pode-se concluir que é preciso reconhecer que os programas de assistência ao pré-natal, criados pelo governo a fim de enfrentar a problemática da mortalidade materna e perinatal tem se mostrado eficientes. Todavia, ainda existe a necessidade de ampliação e melhoria da assistência pré-natal da rede pública no país, além da implantação de estratégias que favoreçam o acesso à saúde, não só durante a gravidez, mas em todo o puerpério, para todas as mulheres.

É fundamental a construção de uma ação que tenha foco na melhoria e no

aumento de informações adquiridas pela mãe, pois como dito, a escolaridade interfere diretamente no índice de morte neonatal, além de limitar o aparecimento de situações que podem oferecer risco para mãe e para o recém-

nascido. Ainda se faz necessário a implementação de uma gestão participativa e campanhas que possam contribuir para a promoção da saúde das mulheres evitando assim que maiores intercorrências ocorram e gerando êxito no controle da qualidade da saúde da materna e neonatal.

REFERÊNCIAS

- [1] Tanaka AC d'A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. 1ª ed. São Paulo: Hucitec/ Abrasco; 1995.
- [2] Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher. Brasília – DF . 2004. 1º ed.
- [3] Taxa de mortalidade neonatal tardia, DATASUS. Brasília 2000.
- [4] Afonso DCC, Barêa VR. Vigilância Epidemiológica de óbitos infantis e fetais. Nota técnica. Ministério da saúde. 2009
- [5] Fescina RH, Mucio BD, Díaz Rossello JL, Martínez G, Abreu M, Camacho V, et al. Saude sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Montevideo: CLAP/SMR; 2007.
- [6] Neto FRGTX. JL Leite, Fuly PSC, Cunha ICKO, Clemente AS, Dias MAS, Pontes MAC. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008; 61(5).
- [7] Domingues MRSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012; 23(3).
- [8] Texto retirado na íntegra de Cervo AL, Bervian PA, da Silva R. Metodologia Científica. 6ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006; 60-64.
- [9] Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad. Saúde Pública. 2001; 17(1).
- [10] Ferraz L, Bordignon M. Mortalidade materna no brasil: uma realidade que precisa melhorar. Revista Baiana de Saúde Pública. 2012; 36(2).
- [11] Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SLD. Estatísticas de saúde. rev. e atual. São Paulo-SP: Editora Pedagógica e Universitária; 1987. 2º ed.
- [12] Trevisan MR, de Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Ver. Bras. Ginecol. Obstet. 2002; 24(5).
- [13] Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'Avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. Rev. Bras. Enferm. 2008; 61(3).
- [14] Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5).