

PERFIL DE GESTANTES ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UMA CIDADE DO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Marisa Garcia Nicésio¹

Graduada em Enfermagem.

Iácara Santos Barbosa Oliveira²

Mestre em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –USP. Docente do curso de Enfermagem Libertas Faculdades Integradas.

Mônica Isabel Alves³

Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Franca.

Andréa Cristina Alves⁴

Doutoranda em Enfermagem psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Docente do Instituto Federal do Sul de Minas – Campus Passos.

Viviane Vieiras Carvalho⁵

Mestre em Biotecnologia. Docente do Curso de Enfermagem Libertas Faculdades Integradas.

Nariman de Felício Bortucan Lenza⁶

Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –USP. Docente do Curso de Enfermagem Libertas Faculdades Integradas

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil das gestantes, em seguimento de pré-natal, atendidas na atenção primária de saúde em uma cidade do interior de Minas Gerais. Metodologia: Pesquisa descritiva, exploratória, quantitativa, que utilizou as fichas alimentadas pelo SisPreNatal de quatro Unidades de Saúde da Família e de um Centro de Saúde da cidade. A amostra foi constituída de 231 fichas referentes ao período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Os dados foram coletados e posteriormente lançados em planilhas do Excel para análise. Resultados: A faixa etária das gestantes variou de 14 a 47 anos, predominando de 20 a 39 anos; a maioria era branca; cursou o ensino médio completo; realizou mais de seis consultas de pré-natal; estavam com a situação vacinal em dia e a maioria realizou todos os exames laboratoriais.

¹ e-mail: marisagarcianicesio@hotmail.com

² e-mail: iacara.oliveira@yahoo.com.br

³ e-mail: monicaisabelalves@yahoo.com.br

⁴ e-mail: andrea.alves@ifsuldeminas.edu.br

⁵ e-mail: vivianevcarvalhosp@gmail.com

⁶ e-mail: narimanlenza@gmail.com



Quanto aos antecedentes clínicos houve aumento das gestantes com hipertensão, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia. Em 2015, 92,98% dos bebês foram nascidos vivos e em 2016 foram 91,45%. Conclusão: Muitas fichas não foram preenchidas completamente, mostrando que a cidade não segue as orientações do Ministério da Saúde para completo preenchimento, trazendo lacunas para avaliação correta dos programas e indicadores de saúde, e que muitas gestantes tiveram mais de seis consultas no pré-natal, um número elevado que pode estar intimamente relacionado com patologias durante a gestação, necessitando de maior atenção a estas gestantes.

Palavra-chave: Gestante. Cuidados Pré-Natal. Atenção Primária à saúde.

1. INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal tem como objetivo prestar assistência humanizada, acolhendo a mulher desde o início da sua gestação, visando a promoção da saúde da gestante e do feto; além de oferecer exames clínicos e laboratoriais durante as consultas de pré-natal; fazer orientações, identificar situações de risco e agir precocemente realizando intervenções oportunas, garantindo o fim da gestação com o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno (BRASIL, 2006a; CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

O acompanhamento do pré-natal constitui uma etapa fundamental para a evolução adequada do ciclo gravídico-puerperal e para o futuro desenvolvimento físico, psíquico e neurológico do recém-nascido e assim, tendo papel fundamental em termos de prevenção e detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos à saúde da gestante (BRASIL, 2000; CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

As políticas de saúde no Brasil nos últimos anos, em busca de uma assistência mais especializada à saúde da mulher, em especial no período gestacional, devido aos problemas relacionados à saúde reprodutiva, destacando-se o risco de morte materna em decorrência da gravidez, parto ou puerpério e em reconhecimento à relevância e ao impacto do processo de nascimento, vem adotando estratégias através da expansão da assistência pré-natal e da atenção básica (BRASIL 2006a; CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

Dentre as orientações políticas nacionais de atenção à saúde da mulher, em 2004 o Ministério da Saúde (MS) propôs diretrizes para a humanização e qualidade do atendimento através da implementação da Política Nacional de Humanização, com valorização de todas as práticas de atenção à saúde e gestão, estímulo a promoção da saúde, fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional e atuação em rede de alta complexidade (BRASIL, 2004).



Em 2011 o MS traz uma série de diretrizes e objetivos gerais e específicos, através da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher e traz como estratégia de atenção à saúde, a Rede Cegonha que visa programar uma rede de cuidados para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizado durante a gravidez, parto e puerpério, bem como ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável das crianças (BRASIL, 2011b).

Diante dos atuais avanços das Políticas de Saúde Pública voltadas para atenção à saúde da mulher e da importância do Pré-natal para a Saúde do binômio mãe-bebê, torna-se de importante descrever o perfil da gestante em Pré-Natal, atendida na atenção primária, afim de, compreender as principais características dessas gestantes e como futura ferramenta para melhoria da assistência dos serviços de saúde e assistência de enfermagem, auxiliando também na elaboração de novas políticas de saúde pública direcionada a essa clientela.

Portanto, o objetivo deste trabalho foi descrever o perfil das gestantes atendidas na atenção primária de saúde em uma cidade do interior de Minas Gerais, durante o ano de 2015 e 2016, utilizando-se as fichas de acompanhamento do SisPreNatal.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O Programa de Saúde da Família (PSF) vem sendo interpretado como uma estratégia de atenção à saúde, favorecendo aspectos que poderiam inibir o atendimento, como a territorialização e o acesso a grande massa populacional. O PSF tem grande importância ao captar precocemente a gestante e iniciar as ações voltadas para o pré-natal seguro. Dentre as responsabilidades da equipe de saúde e ações estratégicas mínimas de atenção básica à gestante no pré-natal, orientadas pelo MS, estão: captar a gestante no primeiro trimestre de gestação, realizando o diagnóstico da gravidez, agendando as consultas médicas e de enfermagem, além de solicitar exames laboratoriais e garantir os medicamentos básicos. Essa gestante deve passar por uma classificação de risco gestacional na primeira consulta, deve ser monitorada quando for de alto risco, além de serem feitas atividades educativas, viabilizando a visita da gestante à maternidade, além da equipe ser responsável por alimentar e analisar os sistemas de informação do SUS (BRASIL, 2006b).

Além das atribuições do PSF, o MS traz como diretrizes que os Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção Pré-natal e Puerperal buscando a captação precoce dessas gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal com até 120 dias do início da gestação. Traz também que devem ser realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo,



preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2006b).

O pré-natal deve buscar sempre a humanização do atendimento, acolhimento e resolutividade; com escuta ativa da mulher e de seus acompanhantes, buscando sempre esclarecer dúvidas e fornecer informações sobre os próximos passos a serem seguidos, sobre as consultas e condutas a serem tomadas (BRASIL, 2006b).

O MS através da lei n. 7498 de 1986 regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, traz que pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado inteiramente pela enfermeira, cabendo a ela a realização da consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem, desde que a sua formação acadêmica seja voltada para promoção de conhecimentos na área da saúde de assistência ao pré-natal e deve ter sensibilidade em oferecer uma escuta aberta, com diálogo claro e a compreensão de cada gestante atendida (BRASIL, 2005).

A consulta de enfermagem oferece orientações de medidas favoráveis que visa a abordagem necessária as necessidades peculiares das gestantes durante as consultas de pré-natal. Lembrando que o contato frequente nas consultas com enfermeira possibilita melhor monitoramento do bem-estar da gestante e do desenvolvimento fetal e detecção precoce de quaisquer problemas, além de cuidados sob a perspectiva da humanização (BRANDEN, 2000).

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal, tendo a enfermagem papel de destaque nas ações que tangem este período, importante ainda para a inclusão de medidas de prevenção e promoção da saúde.

3.1 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo do tipo descritivo, exploratório, documental de abordagem quantitativa, através da análise de dados alimentados das fichas de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal) das Unidades de Saúde da Família e do Centro de Saúde em uma cidade do Interior de Minas Gerais. A pesquisa utilizou as fichas alimentadas pelo SisPreNatal, de quatro Unidades de Saúde da Família (I, II, III e IV) e no Centro de Saúde da cidade e foram incluídos todos os cadastros de gestantes cadastradas no SisPreNatal no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016.



Os dados foram coletados no período de março a abril de 2017 e foram analisados em maio e junho de 2017.

3.2 Aspectos éticos e Instrumentos de coleta de dados

Após Autorização da Secretaria de Saúde da cidade, iniciou-se a coleta de dados, através de um formulário que continha informações sobre idade, escolaridade, número de consultas, raça/ cor, situação demográfica, antecedentes obstétricos, vacinação e nascidos vivos, que foram alimentados no sistema.

Para análise dos dados utilizou-se a análise estatística descritiva simples. Os dados foram coletados e posteriormente lançados em planilhas eletrônicas no Excel para análises estatísticas dos dados, com dupla digitação e com cálculo dos percentuais para cada indicador. Em seguida foram elaboradas figuras descritivas para discussão dos dados.

4. ANÁLISE DOS DADOS

A amostra foi constituída de 231 cadastros de gestantes em pré-natal na atenção primária de saúde, referentes ao período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016.

A faixa etária das gestantes no ano de 2015 variou de 14 a 47 anos, sendo que 2,63% das gestantes não tiveram a idade lançada no SisPreNatal e no ano de 2016, a idade variou de 14 a 39 anos e 2,56% não tiveram a idade lançada no sistema SisPreNatal, conforme apresentado no Gráfico 1.

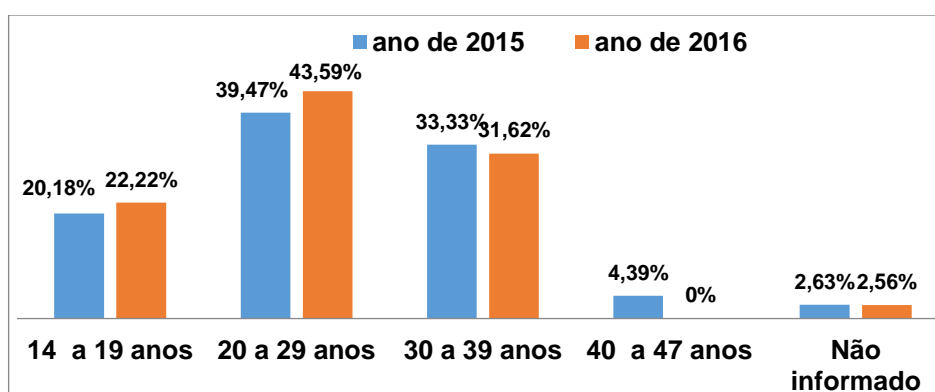


Gráfico 1- Percentual da Faixa Etária das gestantes cadastradas nos anos de 2015 e 2016.
Fonte: Cadastros do SisPreNatal dos anos de 2015 e 2016.

A idade revela as condições de vida e saúde das gestantes, principalmente a qualidade de assistência obstétrica no pré-natal, sendo, portanto, este um dado de grande importância para se avaliar a assistência de pré-natal prestada (AZEVEDO, 2002; CEOLIN; CASARIN; HECK, 2008).

Nota-se que há uma grande porcentagem de gestantes que têm idade entre 20 e 29 anos, e que nos dois anos consecutivos a idade predominante das gestantes foi de 20 a 39 anos. No ano de 2015, 4,39%

das gestantes tinha idade entre 40 a 47 anos e no ano de 2016 não houve nenhuma gestante com essa idade. Isso mostra uma tendência muito atual que as mulheres estão tendo cada vez mais tardiamente filhos devido à maior inserção da mulher no mercado de trabalho e maior tempo de formação profissional. Observa-se nas últimas décadas que um número crescente de mulheres tem vivido a experiência da gravidez mais tardiamente, ao contrário de alguns anos atrás, que tinham filhos bem mais cedo (OLIVEIRA et al., 2011).

Um estudo realizado na Maternidade da Irmandade da Santa Casa de São Paulo com 2577 prontuários, mostrou que o número de gestantes com idade superior ou igual a 35 anos era de 18,2%, dados bem acima dos encontrados em nosso estudo (TAKAGI et al., 2010).

O MS considera que idade acima dos 35 anos seja um fator de risco gestacional, devidos as complicações como hipertensão arterial, diabetes, maior número de partos operatórios, trabalho de parto prematuro e placenta previa, exigindo atenção especial durante a realização do pré-natal. Assim, levando em consideração a idade materna maior que 35 anos é um fator de risco muito importante, pois considera as chamadas gestações de alto risco, esta merece uma atenção em destaque para a assistência durante a gestação (BRASIL 2000).

Em seguida, a faixa etária de gestantes de maior incidência foi de 14 a 19 anos. A Gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública devido a sua complexidade. Quanto mais jovem, mais tardiamente as adolescentes identificam a sua gravidez e por isso mais tardiamente procuram os serviços de saúde, além do aborto, que geralmente acontece mais tarde gerando riscos e complicações. A gestação na adolescência traz maior risco de prematuridade do recém-nascido; baixo peso (duas vezes maior entre filhos de mães adolescentes), mortalidade infantil (sendo este diretamente proporcional ao peso ao nascer) e mortalidade neonatal (três vezes maior entre filhos de adolescente quando comparado aos de mulher adulta). Importante destacar também que a gravidez na adolescência aumenta os riscos de mortalidade dessa adolescente durante a gestação e aumento da mortalidade neonatal e das crianças, filhos de adolescentes, nos primeiros dois anos de vida (BRASIL, 2012).

É importante que a enfermagem faça um trabalho de educação em saúde com os adolescentes para prevenção da gravidez precoce, devido aos vários fatores de risco e suas consequências. Muitos são os trabalhos que podem ser feitos pela enfermagem, desde atuação nas escolas, com palestras e educação em saúde, até grupos de adolescente nas unidades (BRASIL, 2006a).

Com relação à escolaridade, em 2015 e 2016 a maioria cursaram o ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) e um número elevado, 26,32% em 2015 e 25,64% em 2016, não tiveram seus dados sobre escolaridade lançados no SisPreNatal, conforme apresentado no gráfico 2.



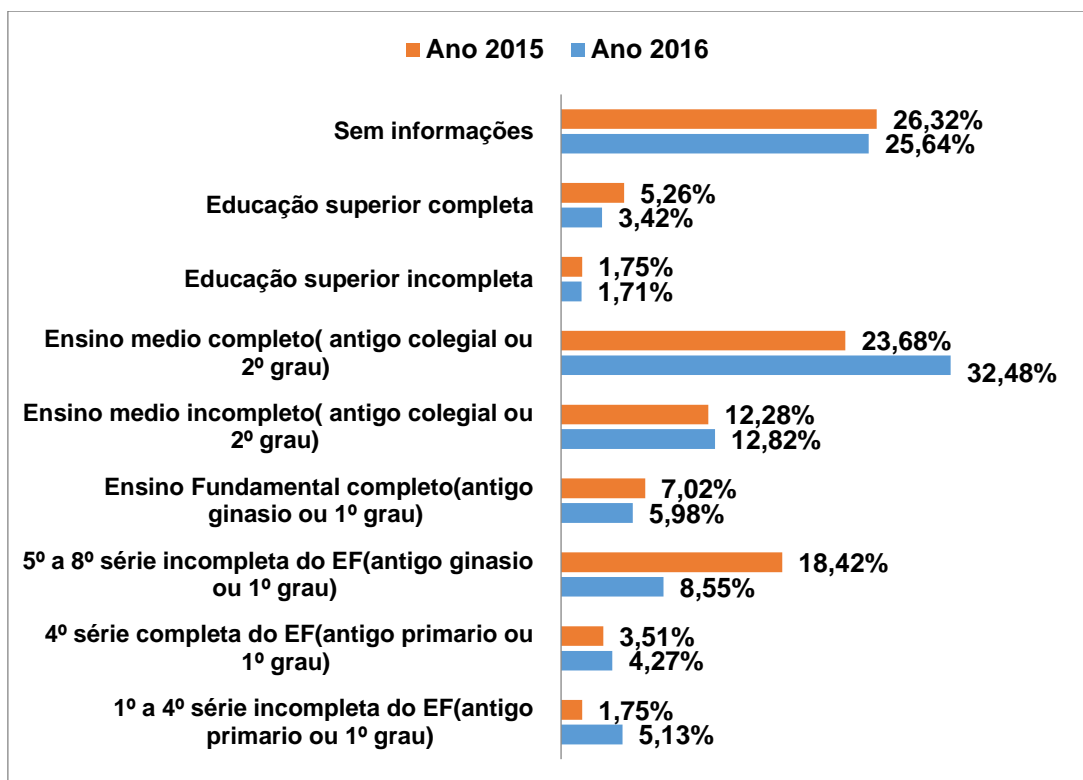


Gráfico 2 - Percentual da Escolaridade das gestantes cadastradas nos anos de 2015 e 2016.

Fonte: Cadastros do SisPreNatal dos anos de 2015 e 2016.

A educação é de extrema importância para a saúde da população, pois uma das motivações que levam as pessoas a procurar o serviço de saúde vem do grau de conhecimento que ela tem, vem do seu grau de instrução. A educação é essencial para redução das desigualdades sociais econômicas, além de aspecto fundamental para a qualidade profissional de atender as necessidades das novas tecnologias (BOSSATO et al., 2010).

A baixa escolaridade é considerada um fator de risco obstétrico para o MS, e o nível de instrução deve ser analisado durante a consulta pré-natal, pois pode influenciar na compreensão das informações fornecidas durante o atendimento (BRASIL, 2006a). Notamos nos dois anos consecutivos que uma grande porcentagem das informações sobre escolaridade (26,32% no ano de 2015 e 25,64% no ano de 2016) não foram lançadas no sistema, demonstrando o despreparo que a equipe apresenta diante da relevância de tais dados para saúde da população. Sem as adequadas informações sobre escolaridade, o atendimento também é prejudicado, pois não há direcionamento da educação em saúde, além de que a baixa escolaridade influencia em razões de mortalidade materna elevadas, e indicativos de déficit de crescimento e nutrição infantil, e é considerado pelo Ministério da Saúde como um fator de risco obstétrico (PARADA, 2008; BRASIL, 2012).

Com relação à raça/cor das gestantes, em 2015, 64,91% eram de cor branca; 23,68% de cor parda; 6% de cor preta e 5,26% não havia informações nos cadastros, e no ano de 2016, 52,99% era de cor branca; 12,82% de cor parda; 0,85% de cor preta e 33,33% não havia informações nos cadastros, conforme o Gráfico 3.

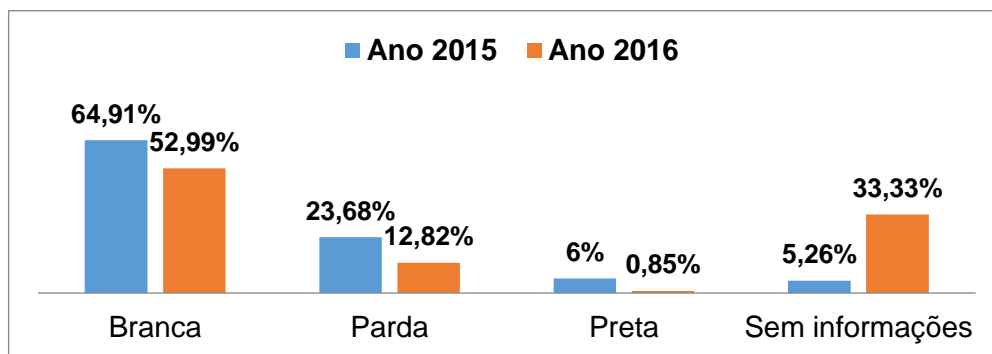


Gráfico 3- Percentual de Raça/Cor das gestantes cadastradas nos anos de 2015 e 2016.
Fonte: Cadastros do SisPreNatal dos anos de 2015 e 2016.

Um estudo realizado no sudeste do Brasil mostrou que mulheres brancas tinham mais acesso aos planos de saúde privado, maior número de consultas e maior idade, enquanto as mulheres de cor pretas tiveram menor número de consultas, cuidados de pré-natal considerado inadequado, maiores paridades, destacando assim a situação de dificuldade socioeconômica durante a gestação. Historicamente no Brasil os indicadores de cor/ raça mostram um quadro desfavorável às mulheres pretas e pardas e estas iniciam a vida reprodutiva mais precocemente e tem mais filhos, frequentemente não planejados (DINIZ et al, 2016).

Com relação a situação demográfica, 87,72% das gestantes residiam na área urbana em 2015 e 12,28% na área rural e em 2016, 76,92% das gestantes residiam na área urbana e 23,08% na área rural, de acordo com o Gráfico 4.

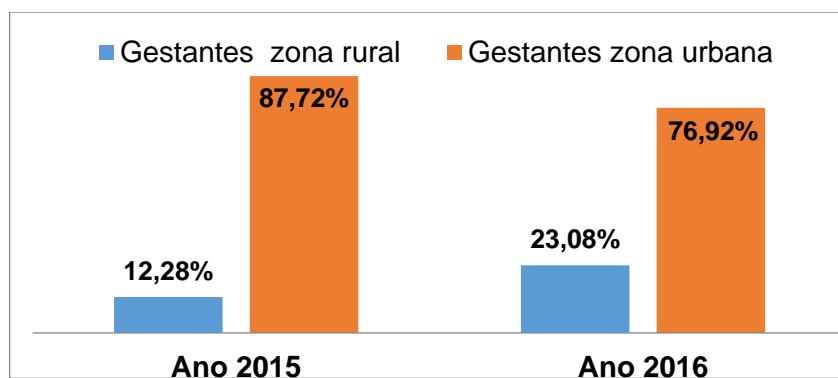


Gráfico 4 - Percentual da Situação Demográfica das gestantes cadastradas nos anos de 2015 e 2016.
Fonte: Cadastros do SisPreNatal dos anos de 2015 e 2016.

Uma pesquisa realizada com 106 gestantes em acompanhamento de pré-natal em Guarapuava-PR mostrou que quanto à localização da moradia, 20% residiam em zona rural, onde o acesso aos bens e

serviços de saúde é restrito e 80% residiam na zona urbana. Os fatores ambientais podem ser determinantes para a taxa de mortalidade infantil. A pesquisa também trouxe que as crianças nascidas no meio urbano apresentaram menor coeficiente de mortalidade infantil em relação às que nasceram no meio rural. A ausência de saneamento básico pode ser o responsável pelo aumento dessa taxa (PARKER; SCHOENDORF; KIELY, 2001).

A respeito dos antecedentes clínicos e obstétricos em 2015, 3,51% das gestantes tiveram hipertensão durante a gestação; 0,88% tiveram pré-eclâmpsia/ eclâmpsia durante a gestação; 1,75% ficaram cardiopatas durante a gestação; 0,88% tiveram crise convulsiva durante a gestação; 1,75% desenvolveram diabetes na gravidez e 91,23% não havia informações nos cadastros e em 2016, 6,84% das gestantes tiveram hipertensão durante a gestação; 1,71% tiveram pré-eclâmpsia/eclâmpsia durante a gestação; 2,56% desenvolveram diabetes na gravidez; 0,85% trombose cerebral; 2,56% eram tabagistas durante a gestação; 0,85% tiveram tromboembolismo durante a gestação; 0,85% apresentou nódulo na garganta e 83,76% não havia informações nos cadastros, conforme Gráfico 5.

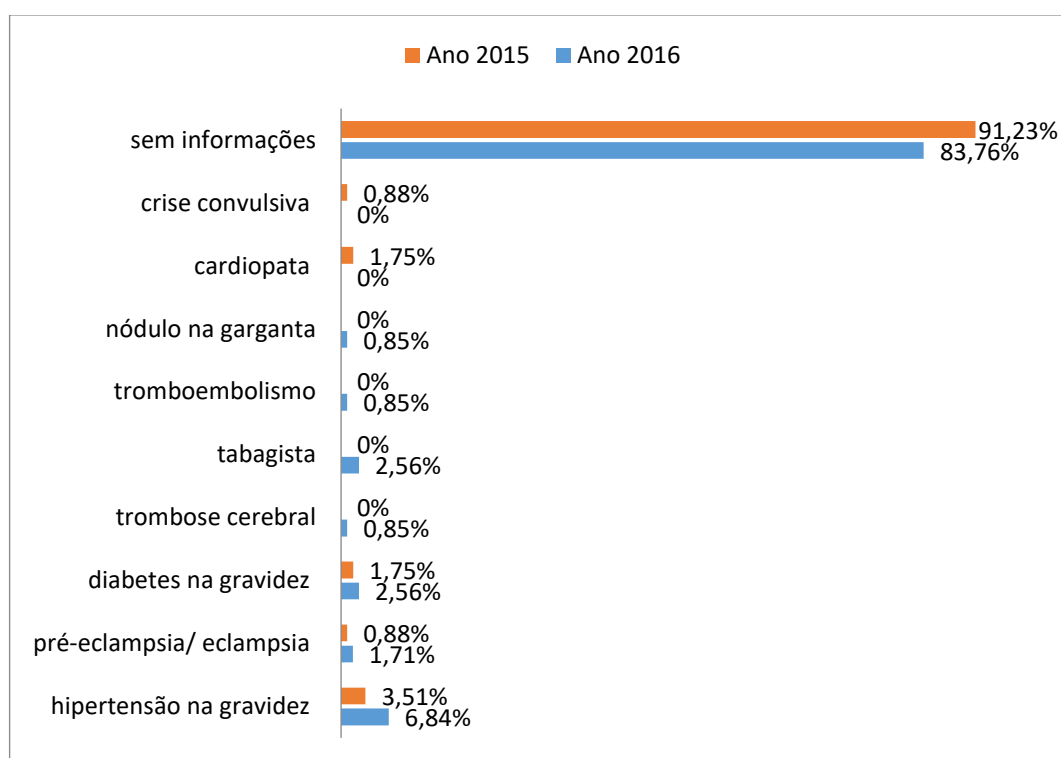


Gráfico 5 - Percentual de Antecedentes Clínicos e Obstétricos nos anos de 2015 e 2016.

Fonte: Cadastros do SisPreNatal dos anos de 2015 e 2016.

Quando comparamos os anos de 2015 e 2016 observamos que em 2016 a porcentagem de gestantes com hipertensão, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia aumentou, sendo de suma importância a assistência de pré-natal de qualidade para saúde do binômio mãe-bebê. Destaca-se também a importância do papel

da enfermagem nas ações de educação em saúde para um melhor esclarecimento sobre as doenças de maior prevalência na gestação, os cuidados durante a gestação e meios para promoção da saúde dessas gestantes, como atividades físicas, visando uma maior adesão ao pré-natal e melhora da qualidade de vida (BRASIL, 2006a).

É importante também captar o mais precocemente essa gestante para iniciar o pré-natal e evitar danos maiores a saúde ou agravamento da patologia. Um estudo realizado no sudeste do Brasil trouxe dados demonstrando que a anemia, hipertensão arterial e o diabetes são as patologias mais frequentes na gestação e abordou a importância de oferecer serviços de orientações específicas e esclarecedoras de modo a evitar outras doenças associadas, como por exemplo a pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (DINIZ et al., 2016). Notamos também os elevados números de números de antecedentes clínicos que não foram registrados no sistema, sendo 91,23% em 2015 e 83,76% em 2016. Isso mais uma vez nos faz a questionar o quanto os profissionais não valorizam a importância desses dados. Saber as patologias mais incidentes durante a gestação nos permite realizar ações em saúde para prevenção de vários agravos durante a gestação.

É de grande importância que a gestante vá periodicamente às consultas de pré-natal. O MS orienta que devem ser realizadas no mínimo 06 consultas durante o pré-natal, sendo a primeira até a 12ª semana de gravidez (BRASIL, 2006a). No local de pesquisa, em 2015, 3,51% das gestantes foram somente a uma consulta de pré-natal; 4,39% somente a duas consultas; 2,63% foram a três consultas; não tiveram gestantes que foram a quatro consultas; 2,63% foram a cinco consultas; 7,02% foram a seis consultas; 10,53% foram a sete consultas; 10,53% foram a oito consultas; 14,04% foram a nove consultas; 20,18% foram a dez consultas; 14,91% foram a onze consultas; 4,39% foram a doze consultas; 0,88% foram a quatorze consultas; 0,88% foram a quinze consultas e houve 3,51% dos cadastros que não haviam informações sobre o número de consultas.

Em 2016, 3,42% das gestantes foram a somente à uma consulta de pré-natal; 6,84% somente duas consultas; 4,27% forma a três consultas; 1,71% foram a quatro consultas; 6,84% foram a cinco consultas; 7,69% foram a seis consultas; 5,98% foram a sete consultas; 14,53% foram a oito consultas; 10,26% foram a nove consultas; 8,55% foram a dez consultas; 3,42% foram a onze consultas; 1,71% foram a doze consultas; não houveram gestantes que foram a quatorze consultas; 0,85% foram a quinze consultas e houve 23,93% dos cadastros que não haviam informações sobre o número de consultas, conforme Gráfico 6.



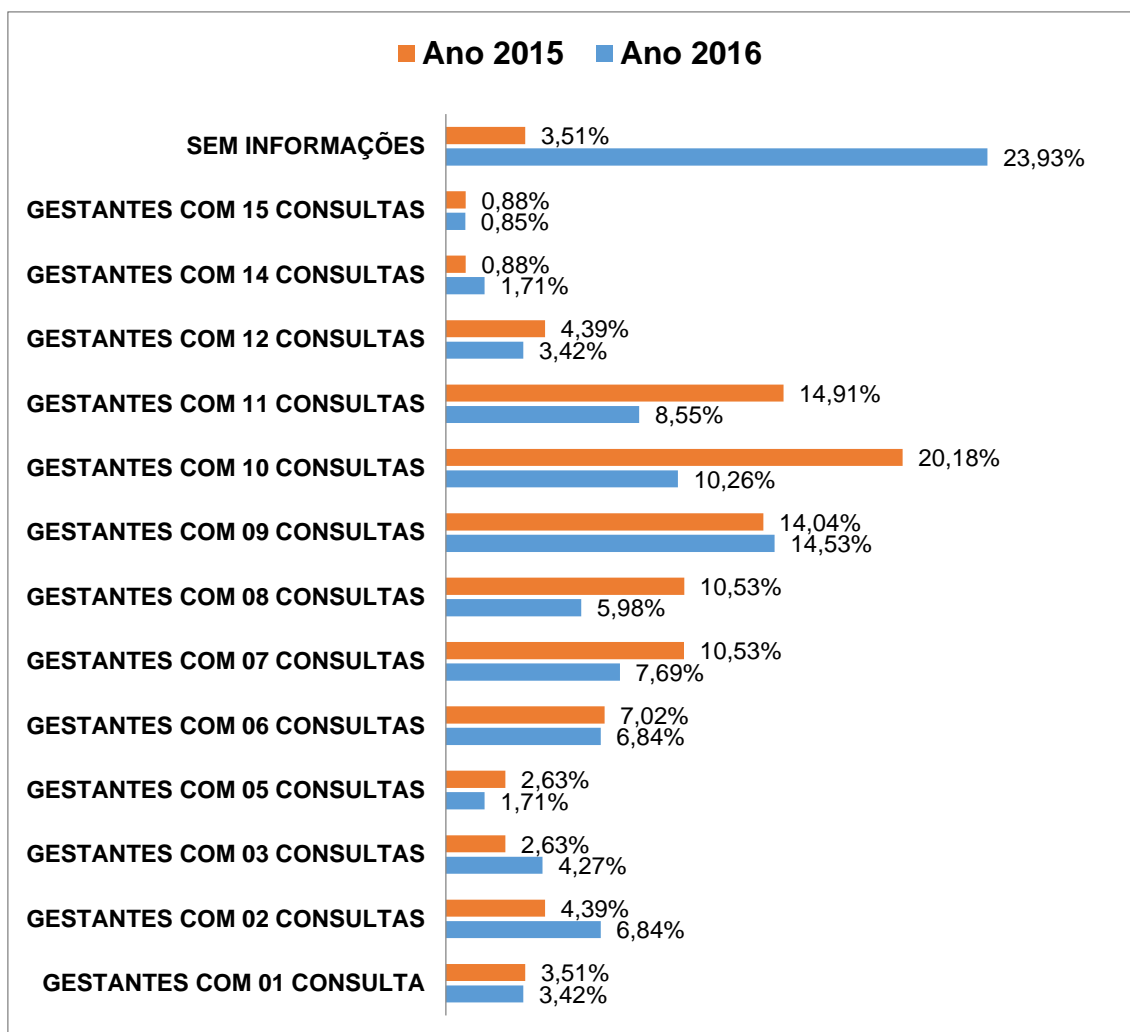


Gráfico 6 - Percentual de Consultas das gestantes cadastradas nos anos de 2015 e 2016.
Fonte: Cadastros do SisPreNatal dos anos de 2015 e 2016.

A grande maioria das gestantes realizou mais de seis consultas de pré-natal, sendo que 72,83% em 2015 e 47,01% realizaram de seis a quinze consultas. São dados bem importantes para saúde do binômio mãe-bebê, demonstrando um bom acompanhamento no pré-natal, com conseqüente diminuição de mortes maternas e perinatais. Há uma diferença importante entre um ano e outro (25,82%), isso se deve possivelmente ao grande número de consultas que não foram lançadas no sistema (23,93%).

Mas não podemos deixar de lembrar que a maioria dos dados sobre antecedentes clínicos e obstétricos das gestantes não foi lançado no sistema, sendo o valor de 91,23% em 2015 e 83,76% em 2016, e que o número de mulheres que tiveram mais de seis consultas é muito elevado, 72,83% em 2015 e 47,01% em 2016 e isto pode estar intimamente relacionado com gestantes com patologias na gestação e, portanto, há necessidade de maior número de consultas. Uma vez que o MS orienta seis consultas em uma gravidez sem risco, um número tão elevado de consultas demonstra maior necessidade de atenção a

esta gestante, que pode estar com alguma patologia e necessita de mais cuidados. Então ressaltamos mais uma vez a importância do correto lançamento de dados no sistema.

Em um estudo realizado em um município da região Sul do Brasil por Sassi et al. (2011) mostrou que 78% das mulheres atendidas nas unidades de saúde realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Um estudo realizado no município de Guarapuava-PR, com 101 gestantes, demonstrou que 32% realizaram sete ou mais consultas durante a gestação, 51% realizaram de 4 a 6 consultas, 14% realizaram de 1 a 3 consultas e 3% não realizaram nenhuma consulta, demonstrando que apesar da padronização no serviço de saúde para a realização do acompanhamento do pré-natal, ainda há baixa adesão das gestantes (RAMOS; CUMAN, 2009).

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) constitui importante estratégia para o controle das doenças transmissíveis que podem ser prevenidas pela vacinação em gestantes que protege a criança por meio da passagem de anticorpos pela placenta, pelo colostro e leite materno. O principal objetivo da vacinação durante a gestação é a proteção da mulher grávida, livrando-a de doenças e complicações e a proteção do feto, recém-nascido e/ou lactente, favorecendo-o com anticorpos para que possa resistir a infecções devido à baixa resistência do sistema imunológico (MORAES et al., 2003).

Neste contexto, a equipe da enfermagem realiza a verificação da caderneta e a situação vacinal e encaminha a gestante à unidade de saúde para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme o calendário de vacinação. É fundamental que haja integração entre a equipe da sala de vacinação e as demais equipes de saúde. O PNI recomenda quatro vacinas neste período: influenza; hepatite B; dupla adulta (difteria e tétano-dT); e a difteria, tétano e coqueluche (dTpa) (BRASIL, 2011a).

A situação vacinal das gestantes do estudo é monitorada principalmente pela busca ativa dessas gestantes, que é facilitada por ser uma cidade de pequeno porte. Em 2015, 82,56% das gestantes estavam com a situação vacinal em dia e em 2016, 89,74% (Gráfico 7) estavam com a situação vacinal em dia, o que mostra bons resultados, mas ainda podem ser melhoradas, objetivando-se a meta de 100% da cobertura vacinal.



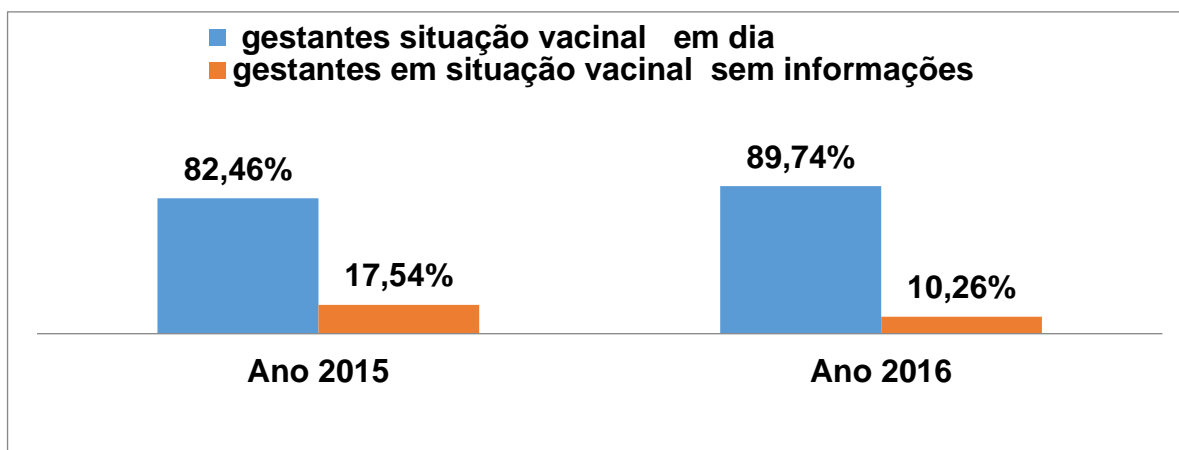


Gráfico 7 - Percentual da Situação Vacinal das gestantes cadastradas nos anos de 2015 e 2016.

Fonte: Cadastros do SisPreNatal dos anos de 2015 e 2016.

Pacheco (2011) mostra que existem vários fatores para a baixa cobertura vacinal, destacando fatores socioeconômicos, rotatividade de profissionais nas unidades de saúde, havendo assim dificuldade de vínculo com os profissionais, consultas inadequadas e o não preenchimento adequado dos relatórios, levando a dados que demonstram uma baixa cobertura vacinal. O objetivo é que haja melhoria da qualidade dos serviços de saúde e ao compromisso do profissional.

Através do lançamento de dados sobre mortalidade e natalidade neonatal, o MS consegue realizar uma avaliação da situação de saúde nacional e de programas básicos de saúde para que ações de planejamento, execução e avaliação das ações básicas de Saúde sejam realizadas (BRASIL, 2006c).

Na cidade o acompanhamento de pré-natal vem se fortalecendo e com isso o número de nascidos vivos se mantém como maioria e o número de abortos na cidade é relativamente baixo. Em 2015, 92,98% foram nascidos vivos e 6,14% sofreram aborto e 0,88% foram natimorto. Em 2016, 91,45% foram nascidos vivos e 8,55% foram abortos e não ocorreram casos de natimorto, conforme o Gráfico 8.

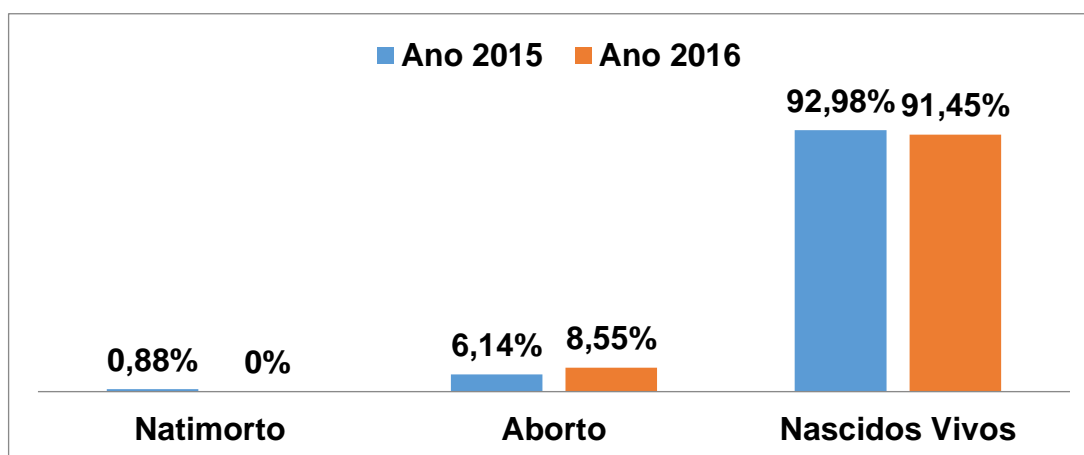


Gráfico 8 - Percentual de Nascidos Vivos nos anos de 2015 e 2016.

Fonte: Cadastros do SisPreNatal dos anos de 2015 e 2016.

Uma pesquisa realizada em todo Brasil sobre mortalidade perinatal mostrou que foram identificados 24.061 nascidos vivos e 268 óbitos neonatais, resultando em uma taxa de mortalidade neonatal ponderada de 11,1 óbitos por mil nascidos vivos. Os óbitos se concentraram nas regiões Nordeste (38,3%) e Sudeste (30,5%) do Brasil, sendo recém-nascidos prematuros e com baixo peso ao nascer (81,7% e 82%) (DATASUS, 2017).

Com o presente estudo podemos descrever o perfil da gestante em pré-natal, atendida na atenção primária de saúde em uma cidade do interior de Minas Gerais, afim de compreender as principais características dessas gestantes e como futura ferramenta para melhoria da assistência dos serviços de saúde e assistência de enfermagem, auxiliando também na elaboração de novas políticas de saúde pública direcionadas a essa clientela.

Contudo os serviços de saúde e a equipe multiprofissional devem ficar atentos ao acompanhamento do pré-natal de uma maneira mais eficaz de prever riscos da gestação para mãe e bebê, proporcionando uma gravidez mais segura, como também no parto e puerpério, promovendo a saúde durante esta etapa tão importante da vida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Ministério da Saúde implantou do SisPreNatal com o objetivo de acompanhar as gestantes em todo o território nacional, de modo a planejar ações de saúde, executar e posteriormente avaliá-las de modo a subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e do bebê para todos os níveis do Sistema Único de Saúde. Para que isso seja possível, é importante que haja disponibilização da informação em saúde, com a criação de estratégias para evitar perda dos dados e investimentos para que os dados sejam corretamente lançados no sistema, pois a correta utilização das informações disponíveis permitirá que programas de saúde sejam desenvolvidos com percepção de diferenças locais e regionais, garantindo maior resolutividade e tomados de decisões.

A pesquisa mostrou que nesta cidade do interior de Minas Gerais as orientações recomendadas pelo MS para completo preenchimento da ficha no sistema não são cumpridas, trazendo lacunas para avaliação correta dos programas e indicadores de saúde. É preciso que haja investimentos em recursos humanos, com capacitação técnica da equipe de saúde e ações de conscientização para que os dados sejam corretamente coletados e preenchidos no sistema e as medidas de saúde possam ser avaliadas de modo, a saber, se os objetivos e metas propostos estão sendo cumpridos.

O MS saúde orienta seis consultas de pré-natal e segundo outras literaturas, uma gravidez sem risco, a média de consultas é de 7,4 por gestante. Destacamos então que na cidade o número de mulheres



que tiveram mais de seis consultas é muito elevado, 72,83% em 2015 e 47,01% em 2016 e isto pode estar intimamente relacionado com alguma patologia durante a gestação, necessitando de maior número de consultas. Quando relacionamos o número de consultas elevado com o elevado número de antecedentes clínicos e obstétricos das gestantes que não foi lançado no sistema, sendo o valor de 91,23% em 2015 e 83,76% em 2016, isso pode ser um indicativo importante que muitas gestantes estão com patologias durante a gestação. Então, mais uma vez ressaltamos a importância do correto lançamento de dados no sistema para uma melhor avaliação da saúde no município.

Mesmo com muitos dados faltando nas fichas do SisPreNatal, foi possível descrever o perfil das gestantes atendidas na atenção primária de saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais, no ano de 2015 e 2016. Assim, concluímos que a atenção à saúde da mulher na gestação ainda é um desafio e há muito ainda a ser melhorado e implementado, mas temos muitas ferramentas favoráveis à nossa disposição e precisamos utilizá-las da melhor forma possível, melhorando a humanização no atendimento, realizando a busca ativa das gestantes faltosas; realizando orientações e educação em saúde, seguindo todas as diretrizes do MS para atendimento no pré-natal e com preenchimento adequado das fichas lançadas no SisPreNatal, para acompanhamento e monitoramento de indicadores de saúde, melhora da qualidade das ações em saúde e levantamento de possíveis problemas para que possam ser realizadas medidas adequadas e direcionadas a esta clientela.

A enfermagem tem grande responsabilidade nesse processo, pois ela está em contato direto com essas gestantes e a ela cabe grande parte das ações de saúde orientadas pelo PHPN.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza. A comunicação como instrumento do processo de cuidar. Visão do aluno de graduação. **Rev. Nursing**, n.º 45, p. 19–23. 2002. Disponível em: <www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_1/revisao_04.htm>. Acesso em: 11 de março de 2017.

BOSSATO, Hércules Rigoni et al. O acolhimento de familiares no serviço de emergência: contribuições a partir da política nacional de humanização **Rev. Enferm. UFPE online**, v.4, n1, p.430-439, jan/mar.2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/788/pdf_341>. Acesso em: 19 de abril de 2017.

BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materno-infantil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. 524 p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/1447/UNIDADE_01.pdf> . Acesso em: 12 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. **Programa de Humanização do Parto**: humanização no



pré-natal e nascimento. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 427/GM, de 18 de março de 2004. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. **Diário Oficial da União**. 2004; 22 mar.

BRASIL. 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, 2005. 163 p.

BRASIL. 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**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas- Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: **uma análise da situação de saúde no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 620p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011a. 240p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011b. **Institui no âmbito do sistema único de saúde sus a rede cegonha**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação** / Ministério da Saúde. Secretaria Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 28p.

CEOLIN, Teila et al. Factors associated to failure of the family planning. **Rev. Enferm UFPE**, v.2, n.4, p.329-34, 2008. Disponível em: <<<http://www.efdeportes.com/efd162/perfil-socioeconomico-das-gestantes-atendidas.htm>>. Acesso em: 11 de agosto de 2017.

CRUZ, Barreto Luna Callou; CAMINHA, Maria de Fátima Costa; BATISTA FILHO, Malaquias. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **R. Bras. ci Saúde**. v.18,n.1,p.87-94, 2014. Disponível em: <www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/download/15780/11722>. Acesso em: 23 de julho de 2017.

DATASUS - **Departamento de Informática do SUS, Sistema de Cadastros Nacionais, 2017**. Disponível em:<<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em 02 de junho de 2017.



DINIZ, Carmem Simone Grilo et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde soc. [online]**, v.25, n.3, p.561-572, 2016. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300561&script>. Acesso em: 23 de julho de 2017.

MORAES, José Cassio et al. Qual é a cobertura vacinal real? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 147-153. 2003. Disponível em: <www.scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n3/v12n3a05.pdf>. Acesso em: 61 de abril de 2017.

OLIVEIRA, Renata Bastos et al. Gravidez após os 35: uma visão de mulheres que viveram essa experiência. **Corpus et Scientia**, ano 7, vol. 7, n. 2, novembro, 2011. Disponível em: <<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/134>>. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

PACHECO, Alexandre José. **Vacinação da gestante no pré-natal - revisão integrativa da literatura**. 2011. 56f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2011. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo>>. Acesso em: 09 de junho de 2017.

PARADA, Cristina Maria Garcia Lima. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.8, n. 1, p. 113-124. 2008. Disponível em: <<http://scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 26 de agosto de 2017.

PARKER, Jennifer D.; SCHOENDORF, Kenneth C.; KIELY, John L. A comparison of recent trends in infant mortality among twins and singletons. **Pediatr Perin Epidemiol**, v.1, n.15, p.12-18, 2001. Disponível em: <<https://periodicosonline.uems.br/index.php/interfaces/article/view/1646>>. Acesso em: 09 de setembro de 2017.

RAMOS, Helena Ângela de Camargo; CUMAN Roberto Kenji Nakamura. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental, **Esc. Anna Nery**. v.13 n.2, p.297-304, Apr/June, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000200009&script=sci...tln>. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

SASSI, Raul Mendoza et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.4, Abril, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400018>. Acesso em: 04 de setembro de 2017.

TAKAGI, Maira Maiko et al. Resultados perinatais em gestantes acima de 35 anos. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**. V.55,n.3, p. 108-14, 2010. Disponível em: <www.fcmscp.edu.br/files/AO13_-_resultados_perinatais.pdf>. Acesso em: 23 de julho de 2017

