

Avaliação da Assistência ao Pré-Natal nas Equipes da Estratégia Saúde da Família no Município de Cassilândia-MS

Assessment of the Prenatal Care in the Family Health Strategy Teams in the City of Cassilândia-MS

Kamilla Candido de Assis¹
Adriana de Moraes Barbosa Ascoli¹

RESUMO

Objetivo: verificar a assistência de pré-natal no Município de Cassilândia-MS, a partir de pesquisa exploratória, descritiva e quantitativa com análise no banco de dados do SISprenatal. *Resultados:* Foram analisados 391 cadastros entre 2013 e 2014, sendo constatado que 74,4% das gestantes apresentaram a captação precoce (< 12 semanas), 94,1% tiveram de seis a mais consultas, 88,5% receberam a imunização antitetânica, porém a quantidade de gestantes com todos os exames básicos foi de 25%. Constatou-se, também, que a incidência de prematuridade e baixo peso ao nascer (< 2.500g) se manteve estável, o índice de mortalidade neonatal teve uma redução pequena, enquanto a incidência de sífilis congênita quadruplicou. *Conclusão:* o programa SISprenatal apresenta falhas que dificultam a sua avaliação, tornando-se necessário que se capacite os profissionais que alimentam tal sistema, assim como alertá-los sobre os baixos índices levantados, demonstrando falhas na assistência prestada.

DESCRIPTORIOS: Assistência ao pré-natal, Indicadores do SIS prenatal, Avaliação da assistência.

ABSTRACT

Objective: verify the assistance of prenatal care in the city of Cassilândia- MS, using an exploratory descriptive and quantitative research analyzing the database of the program SIS-prenatal. *Results:* 391 registers were analyzed from 2013 to 2014, and it was verified that 74,4% of pregnant women showed an early capture for appointment (< 12 weeks); 94,1% had six or more appointments; 88,5% received the anti-tetanus immunization, but the amount of pregnant women with all the basic examinations was 25%. It was also found that the incidence of prematurity and low weight at birth (< 2,500g) was stable, the neonatal mortality rate had a small reduction, while the congenital syphilis incidence quadrupled. *Conclusion:* the SISprenatal Program presents failures that interferes its assessment. It's necessary to train the professionals that nourish the system, as well as to warn them about the low indexes that show the mistakes in the assistance given.

DESCRIPTORIOS: Prenatal assistance, Indexes of SIS prenatal, Assistance assessment.

1 - Faculdades Integradas de Cassilândia, Cassilândia-MS, Brasil.

Para uma atenção obstétrica e neonatal adequada é necessário efetuar um acolhimento com classificação de risco eficaz durante o ciclo gravídico-puerperal, proporcionando ações humanizadas, qualificadas, holística, garantindo a privacidade, o acompanhante de sua escolha, a preservação de sua autonomia, a vinculação da gestante a maternidade e um sistema de vagas e transporte ágil, nas situações de risco, permitindo o nascimento de uma criança saudável, um período puerperal sem complicações, auxiliando assim a redução da morbimortalidade materno, infantil e fetal^{1,2,3}.

O Brasil tem registrado ao longo dos anos a redução da mortalidade materna e neonatal, através de programas instituídos pelo Ministério da Saúde, como Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha, cujas ações têm apoiado esta diminuição. Em 2007, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) era de 75 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. A meta proposta pelo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) era de uma RMM igual ou inferior a 35 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos até 2015, sendo essencial a implementação efetiva dos programas de saúde materna para que tal meta fosse atingida⁴.

No Estado de Mato Grosso do Sul, o número de óbitos infantis em menores de um ano por afecções originadas no período perinatal tem diminuído nos últimos anos, de 13,2 óbitos por mil nascidos vivos em 2000 para 7,7 em 2011. No entanto, a taxa de mortalidade neonatal de recém-nascidos de até 27 dias, continua alta com 9,4 óbitos por mil nascidos vivos em 2011. Outro dado relevante é a proporção de nascidos vivos com até 3 consultas pré-natais que apresentou uma redução de apenas 3,4% de 2000 para 2011⁵⁻⁶.

Nesse sentido, o objetivo do pré-natal é o de garantir o desenvolvimento da gestação e o parto de recém-natos saudáveis, estimulando a promoção, a prevenção, a detecção precoce e o tratamento efetivo, em tempo oportuno dos agravos maternos e fetais. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são consideradas a porta de entrada para o início do pré-natal e o PHPN e a Rede Cegonha foram instituídas para nortear as ações que devem ser implementadas para a qualidade da assistência, da qual persistem alguns déficits

como a dificuldade de acesso aos exames e os resultados em tempo oportuno e a qualificação dos profissionais de saúde.

Avaliar os indicadores de Atenção à Saúde é de grande importância para a detecção de falhas no sistema, assim como a organização de novos programas complementares.

A assistência ao pré-natal é realizada em conformidade com as determinações propostas pela Rede Cegonha e do Ministério da Saúde?

Considerando que o Município de Cassilândia tem o protocolo de atenção ao pré-natal baseado no PHPN e é aderido à Rede Cegonha, espera-se que todas as atividades estabelecidas por estes programas estejam sendo cumpridas, assim como o programa de informação esteja sendo alimentado adequadamente.

Este estudo teve como objetivo verificar a assistência de pré-natal no Município de Cassilândia, Mato Grosso do Sul, a partir dos indicadores de processo, de resultado e de impacto.

Metodologia

O presente estudo foi realizado por meio de pesquisa exploratória, descritiva e quantitativa, realizada de maneira transversal, com coleta de dados das gestantes do Município de Cassilândia-MS nos anos de 2013 e 2014. Para a concretização dos objetivos desta pesquisa foi necessário a utilização e integração de informações de outros setores e sistemas de informações existentes ao nível municipal.

Para a obtenção dos resultados propostos, esta análise foi realizada em três etapas, sendo que na primeira etapa foi efetuada a busca de bibliografias sobre a temática abordada, por meio de pesquisas em bases de dados diversificadas para o embasamento teórico, através do SciELO - Scientific Electronic Library Online, BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, Google Acadêmica e a utilização de livros técnicos.

Na segunda etapa, para a obtenção de informações, foi encaminhado um ofício à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cassilândia-MS, solicitando a autorização institucional para a concretização deste estudo. Após a autorização municipal e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Cassilândia (FIC) foi iniciada a coleta de informações.

Para a identificação das gestantes cadastradas e acompanhadas no SISprenatal, entre os anos de 2013 e 2014, foi necessário o apoio da Coordenação Municipal da Saúde da Mulher, para o levantamento das gestantes cadastradas, entre todas as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) existentes no âmbito municipal, durante o período selecionado. Inicialmente, para a coleta de dados, as gestantes foram identificadas através dos seus números de SISprenatal, que são únicos em todo território nacional, gerados pelo próprio programa, que correspondem apenas a uma gestação e vinculados ao Cartão Nacional de Saúde (CNS), atenuando assim, a possibilidade de erros e duplicidade de informações.

Ao longo dos tempos, o software SISprenatal sofreu modificações e o sistema encontrado atualmente não dispõe de relatórios específicos dos indicadores estudados. Portanto, para a coleta de dados foi necessário acessar individualmente todos os cadastros das gestantes, entre os anos de 2013 e 2014, por meio de um instrumento elaborado especificamente para o estudo, foi possível coletar os resultados dos indicadores de processo. Foram utilizados alguns critérios de inclusão e exclusão para que fosse possível coletar os dados das gestantes cadastradas e acompanhadas neste sistema de informação.

Foram incluídas no estudo as gestantes que tiveram parto a termo (após 37 semanas) e realizaram as consultas de pré-natal somente no município de Cassilândia. Foram excluídas as gestantes que tiveram o fechamento automático pelo sistema de informação, apresentaram aborto no desenvolver da gestação, que optaram pelo convênio de saúde particular, mudaram de município durante o ciclo gestacional e as gestantes que foram identificadas em situação de abandono no SISprenatal.

Para a terceira etapa deste estudo, foram coletadas informações relativas aos Indicadores de Resultados e Indicadores de Impacto, sendo necessário o apoio de técnicos da SMS, responsáveis pelas informações dos bancos de dados do Sistema de Informação Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Para a obtenção de informações referentes aos Indicadores de Resultados, foram coletados dados do SINASC e os Indicadores de Impacto foram coletados por meio do SIM e SINAN.

Este estudo adotou todos os procedimentos éticos de pesquisa seguindo as técnicas adequadas descritas na literatura e não implicaram em qualquer risco físico, psicológico ou moral ou prejuízo aos participantes. O estudo foi desenvol-

vido de acordo com o que estabelece a Resolução CNS nº. 466/2012, a qual regulamenta as Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

Os dados coletados foram utilizados somente para fins de pesquisa, sendo resguardado a identidade dos sujeitos da pesquisa e arquivados os dados e termos de consentimentos durante 5 anos, de acordo com a autorização para o instrumento para a coleta de dados em prontuários. Após a obtenção dos dados, estes foram tabulados e submetidos à análise estatística, descritiva simples.

Resultados e Discussão

Para a realização desta pesquisa foi utilizado o sistema de informação SISprenatal para a avaliação de alguns indicadores que se referem a assistência prestada durante o pré-natal e o puerpério. Para a organização da assistência e avaliação da qualidade dos cuidados prestados ao binômio mãe e filho durante o ciclo gravídico puerperal é recomendado que os profissionais de saúde implementem a avaliação das ações prestadas por meio da análise dos indicadores de processo, resultado e impacto¹.

De acordo com relatórios obtidos pelo Sisprenatal, no ano de 2013, 331 gestantes foram cadastradas no município, seguindo os critérios de inclusão e exclusão, apenas 209 gestantes foram submetidas à aplicação do questionário. Observou-se que nos cadastros do ano de 2013 incluíam gestantes que iniciaram o pré-natal em 2012. Portanto, estes cadastros também foram incluídos na pesquisa já que o término do atendimento foi em 2013.

No ano de 2014, o número de gestantes cadastradas neste município foi de 375, seguindo os critérios de inclusão e exclusão foram analisados apenas 182 cadastros. Tal diferença de valores entre o total de cadastros e o total analisado se deve ao fato de que todas as gestações que apresentaram início em 2013 e término em 2014 estavam incluídas nos cadastros de 2014, gerando duplicidade de informações. Sendo assim, esses cadastros também foram excluídos da pesquisa.

Durante a análise dos cadastros individuais de cada gestante, pode-se observar que um mesmo cadastro estava presente em mais de uma unidade, verificou-se então, que o fato da gestante mudar de domicílio e procurar diferentes locais de atendimento fazia com que o seu cadastro fosse duplicado pelo sistema, alterando a quantidade real de cadastros do município ao findar um ano.

Os indicadores de processo correspondem a um importante instrumento para a organização

da assistência, sendo dever do profissional de saúde que realiza a assistência durante o pré-natal e puerperal executar a monitorização e a análise destes indicadores.¹

O primeiro indicador de processo relacionado a assistência pré-natal, refere-se à idade gestacional, em semanas, sendo identificado nesta avaliação o predomínio de gestantes que iniciaram as consultas de pré-natal, precocemente até 12 semanas, entre os anos de 2013, com 74% e 2014 com 75%, sendo que a média entre os anos foi de 74,5%. Outro fator relevante que pode ser notado, também, é a discreta redução do início tardio de pré-natal entre um ano e outro, demonstrando uma redução de 1%, de acordo com a figura 1.

Inerente a idade gestacional, para o início do atendimento de pré-natal, foi possível verificar em estudo perpetrado por Preto⁷ sobre a assistência pré-natal no município de Gravataí – RS, que a maioria das gestantes (66%) iniciaram as consultas de pré-natal até 12ª semana de gravidez, demonstrando um resultado semelhante ao deste estudo. Em avaliação concretizada por Viellas *et.al.*⁸, referente a assistência pré-natal em âmbito nacional, foi possível identificar que 75,8% das gestantes iniciaram o pré-natal antes da 16ª semana, observando também um resultado similar ao desta análise.

Em análise feita por Gonçalves *et al.*⁹ em um município no Estado de São Paulo - SP, relativo a assistência de pré-natal, identificou que 82% das

gestantes iniciaram o atendimento pré-natal no 1º trimestre do ciclo gestacional, demonstrando um resultado análogo ao desta avaliação.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional de suma importância para a captação precoce de gestantes para o início do atendimento pré-natal, sendo de sua responsabilidade o encaminhamento desta, a unidade de saúde para a primeira consulta⁴.

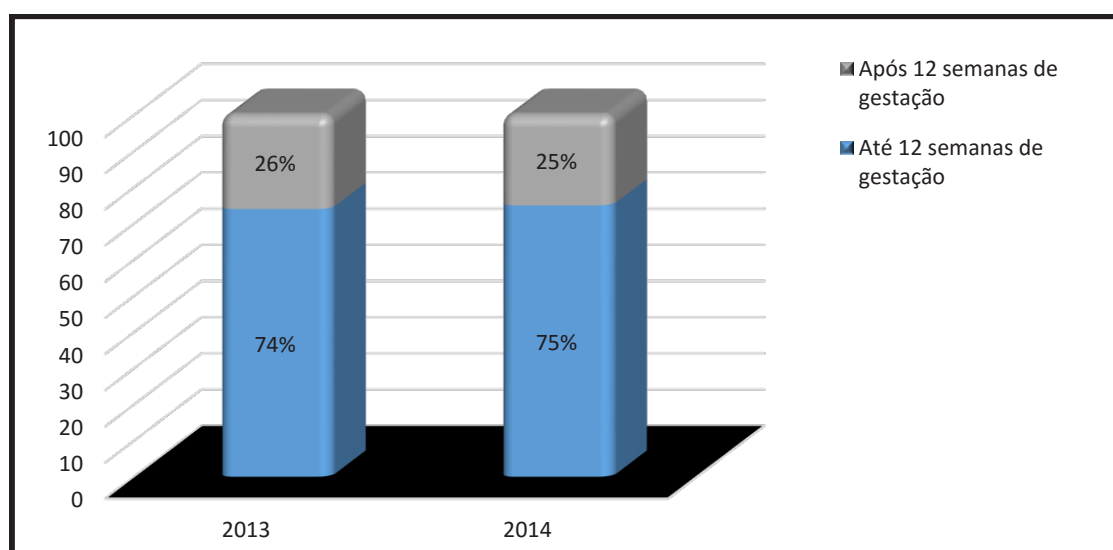
Em análise realizada por Miranda¹⁰ relacionado a assistência pré-natal no Município de Araguari – MG, pode-se averiguar que 63,9% das gestantes compareceram a primeira consulta de pré-natal por livre demanda e 32,7% foram encaminhadas pelo ACS.

Para Brasil³ o primeiro passo para um pré-natal qualificado na Atenção Primária à Saúde (APS) é o início precoce do atendimento a gestante até a 12ª semana, que possui a finalidade de realizar ações preventivas e intervenções adequadas dos agravos detectados, em tempo oportuno, evitando as complicações durante o ciclo gravídico-puerperal e os danos à saúde da mãe e do feto.

Para isso, a equipe de saúde deve ter atitudes acolhedoras, manter contato frequente com as famílias da área de abrangência em que atua e fortalecer o vínculo entre a gestante e a equipe de saúde.

A figura 2 apresenta outros indicadores de processo pertinentes a assistência pré-natal, sendo que sobre o número de consultas de pré-natal rea-

Figura 1- Percentual de gestantes em relação a idade gestacional para o início da assistência SISPRENATAL, nos anos de 2013 e 2014 em Cassilândia-MS.



Fonte: Própria (2013 e 2014)

lizadas, verificou-se que a maioria das partícipes realizaram de 06 a mais consultas no decorrer do período gestacional, demonstrando o percentual de 94% no ano de 2013 e de 95% no ano de 2014. A média obtida entre os anos foi de 94,5%.

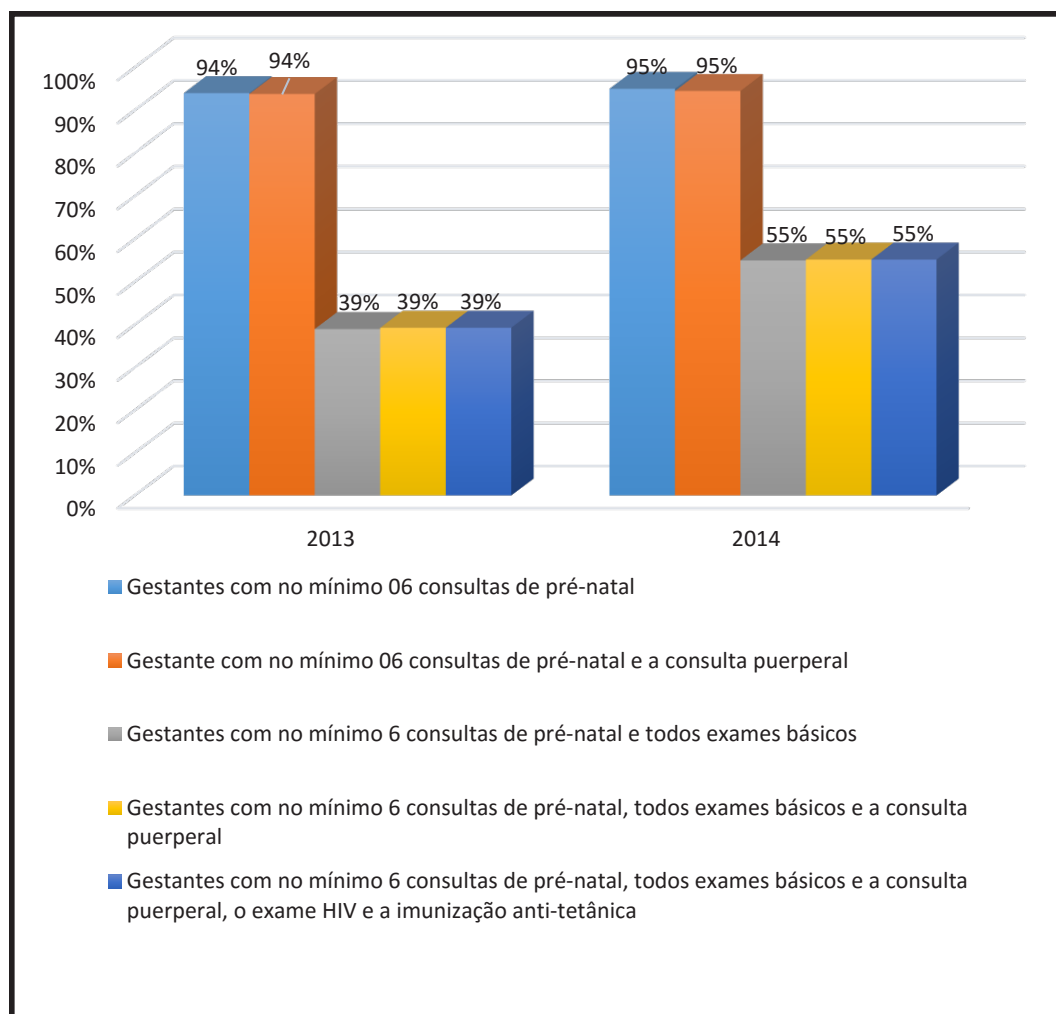
Quanto ao indicador de processo que representa o número de consultas de pré-natal e a realização da consulta puerperal, nota-se a prevalência de mulheres que concluíram o atendimento nestes quesitos de acordo com o preconizando, revelando um percentual de 94% para o ano de 2013 e de 95% para o ano de 2014, com a média entre os anos de 94,5%.

Referente aos demais indicadores que averigam os quesitos relativos ao número de

consultas de pré-natal de seis a mais e todos os exames básicos; realização de no mínimo de seis consultas no ciclo gestacional, todos os exames básicos e a consulta de puerperal e sobre o terceiro indicador que retrata o número de consultas de pré-natal de seis a mais, consulta de puerpério, todos os exames básicos, incluindo o HIV e a vacinação antitetânica, verifica-se que foram obtidos resultados iguais, após a análise dos três indicadores, sendo que no ano de 2013 o percentual para cada item foi de 39% e para o ano de 2014 foi de respectivamente 55%, representando uma média de 47% entre os anos pesquisados, de acordo com a ilustração da figura 2.

Relativo ao indicador número de consultas

Figura 2 - Indicadores de processo originados através do acompanhamento das gestantes no SISprenatal web, referente aos anos de 2013 e 2014 no município de Cassilândia – MS.



Fonte: Própria (2013 e 2014)

de pré-natal, em análise feita por Viellas et al.⁸ sobre o cuidado de pré-natal no território nacional, identificou que 73,1% das gestantes tiveram as 06 consultas, estabelecidas como critério mínimo indicado pelo Ministério da Saúde, constatando um resultado divergente ao desta análise, devido ao percentual ser inferior ao resultado deste estudo.

Em avaliação realizada por Pavanatto e Alves¹¹ sobre os indicadores do PHPN em um município do Rio Grande do Sul foi identificado um resultado distinto ao deste estudo em que apenas 44,8% das gestantes analisadas no SISprenatal tiveram de 06 a mais consultas.

Em estudo feito por Siqueira¹² foi avaliado a assistência pré-natal no Município de Sobral - CE, entre os anos de 2005 a 2009, sendo observado que a média de mulheres que realizaram o mínimo de seis consultas entre os anos pesquisados foi de 82,3%, demonstrando um resultado similar ao desta análise.

Quanto ao indicador de processo que se refere ao número mínimo de 06 consultas de pré-natal e a consulta puerperal, verificou-se em análise concretizada por Andreucci et al.¹³ sobre a avaliação do SISprenatal no Município de São Carlos - SP que apenas 35,9% das gestantes concluíram esta etapa, demonstrando um resultado distinto ao deste estudo. Em avaliação realizada por Pavanatto e Alves¹¹ identificou-se, em relação a assistência pré-natal, que apenas 38,3% das gestantes concluíram este quesito, evidenciando assim, um resultado diferenciado ao desta avaliação.

Preto⁷ realizou um estudo sobre a qualidade do acompanhamento pré-natal em um município do Sul, tendo verificado em relação a consulta puerperal que 58,9% das participantes não realizaram este atendimento ao final da gestação, evidenciando a necessidade de busca ativa da mulher para a avaliação do puerpério, uma vez que neste período podem ocorrer complicações tanto maternas como neonatais, podendo ser evitadas através da assistência qualificada em todos os períodos do ciclo gravídico puerperal.

Mesmo que a gestante já tenha comparecido a primeira semana pós-parto na unidade, é necessário que haja reavaliações de sua condição de saúde, assim como, do recém-nascido, realizando registro de alterações, auxílio na amamentação, ações educativas e contracepção durante a amamentação⁴.

Para a avaliação referente ao indicador de processo relacionado a no mínimo 06 consultas de pré-natal e todos os exames básicos, foram contabilizados neste estudo os exames preconizados pelo PHPN, através da Portaria nº 569/00¹⁴.

Em análise concluída por Siqueira et al.¹² sobre os cuidados pré-natais, em que foram avaliados esses indicadores, pode-se notar que houve variação nos dados coletados, conforme o ano pesquisado, o qual apresentou a média de 78,1% entre as partícipes que concluíram este quesito, demonstrando um resultado diferenciado ao desta avaliação.

Em pesquisa efetuada por Grangeiro, Diógenes, Moura¹⁵ no Município de Quixadá - CE, sobre a realização de consultas e dos exames básicos no SISprenatal, verificou-se, também variação dos dados ao longo dos anos de forma irregular, com períodos em decréscimo e outros de ascensão, demonstrando uma média de 28,5% das usuárias avaliadas que concluíram estas etapas, evidenciando assim, resultados inferiores ao encontrados neste estudo. Os referidos autores ainda mencionam sobre a relevância dos exames laboratoriais durante a gestação, pois auxiliam na detecção de agravos e a avaliação clínica e obstétrica durante o período gestacional.

O outro indicador de processo, refere-se as gestantes com no mínimo seis consultas de pré-natal, todos os exames básicos e a consulta puerperal. Em estudo perpetrado por Almeida et al.¹⁶ no Município de Garanhuns - PE, foi avaliado um total de 4.131 gestantes cadastradas no SISprenatal, sendo verificado em relação a este indicador que apenas 11,1% das gestantes concluíram este indicador, demonstrando também, um resultado distinto ao desta análise. O estudo realizado por Grangeiro, Diógenes, Moura¹⁵ também verificou um resultado diferente, em que a média de gestantes que concluíram este tópico foi de 15,68%.

Relativo ao percentual de gestantes com no mínimo seis consultas de pré-natal, consulta puerperal, todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a imunização antitetânica, foi possível averiguar em estudo desenvolvido por Andreucci et al.¹³ no município de São Carlos - SP que apenas 19,2% das participantes que realizaram o SISprenatal concluíram este indicador de processo, demonstrando um resultado diferenciado ao desta avaliação. Em avaliação feita por Siqueira et al.¹² no Município de Sobral - CE sobre a assistência pré-natal, pode-se observar, uma média de 64,4% mulheres que concluíram este item em relação ao SISprenatal, evidenciando um resultado desigual ao desta análise.

Almeida et al.¹⁶ identificaram em seu estudo algumas questões críticas em relação a assistência pré-natal, que proporcionam a redução dos percentuais encontrados nesses indicadores de processo, tendo sido referido por ele como a falta de preparo dos profissionais para a captura

precoce da gestante, a falta de conscientização e sensibilização das pessoas, sobre a necessidade de iniciar o atendimento pré-natal até a 12ª semana de gravidez, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, principalmente, em relação aos exames diagnósticos, em tempo oportuno.

Referente a imunização antitetânica, também, faz parte do indicador de processo. Para Brasil⁴ as vacinações na gestação objetivam a proteção do feto e da mãe, sendo preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) as vacinas: vacina dupla do tipo adulto (difteria e tétano), vacina influenza, vacina hepatite B. A vacina dupla adulto é de grande importância, pois está relacionada a prevenção do tétano neonatal e tétano acidental em gestantes. Recentemente, foi introduzida a vacina difteria, tétano e coqueluche acelular (dTpa) para gestantes, com o objetivo de garantir proteção contra a coqueluche em recém-nascido através da transferência transplacentária de anticorpos.¹⁷

Neste estudo, pode-se verificar que a maioria das gestantes atendidas no SIS prenatal neste município, foram vacinadas durante o ciclo gravídico puerperal, demonstrando um percentual de 84% no ano de 2013 e de 92% no ano de 2014, revelando uma média de 88%. Nota-se também neste quesito, que ocorreu uma elevação de 8% no percentual de gestantes imunizadas entre os anos pesquisados, de acordo com a ilustração da figura 3.

Relativo à imunização das gestantes, em estudo desenvolvido por Silva, Maciel e Rodrigues¹⁸ no Município de Sanharó - PE, verificou-se

que 84% das gestantes foram imunizadas com vacina antitetânica durante o ciclo gestacional, evidenciando um resultado semelhante ao desta análise. Enquanto, em estudo realizado por Almeida et al.¹⁶ em Garanhuns - PE, constatou-se que 60,3% das gestantes foram vacinadas ou estavam imunes durante a gravidez, demonstrando assim, um resultado diferente ao desta avaliação.

Pavanatto, Alves¹¹ identificaram no estudo relacionado a humanização da assistência pré-natal, realizado no Município de Santa Cruz do Sul – RS, que 39,8% das gestantes avaliadas receberam a dose imunizante da vacina ou a dose de reforço, demonstrando um resultado distinto ao deste estudo.

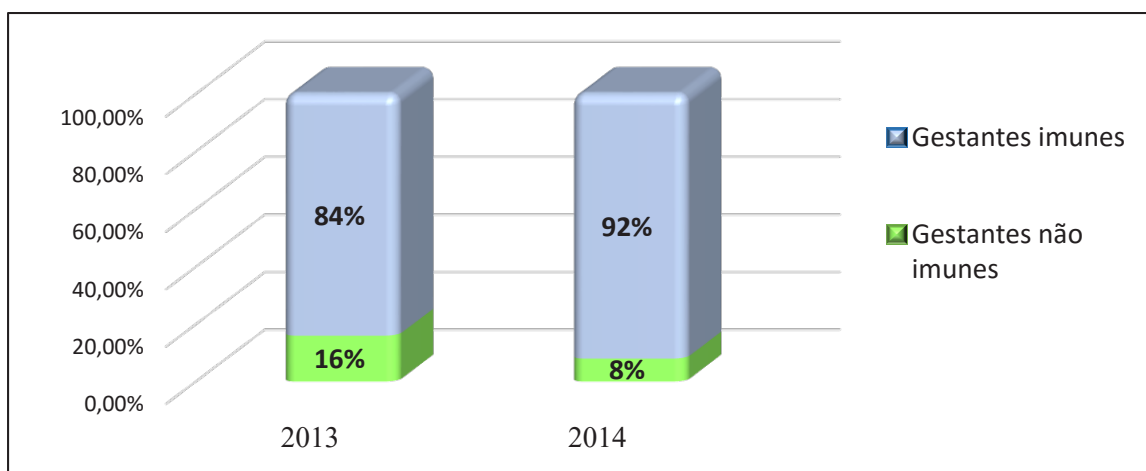
Para a obtenção dos indicadores de resultado e impacto foi necessário adquirir dados do SINASC, SIM e SINAN fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Cassilândia-MS.

Os indicadores de resultados sobre recém-nascidos com baixo peso e prematuros, em relação ao total de nascidos vivos entre os anos de 2013 e 2014, pode-se verificar um percentual igualitário entre os anos, em que 8% dos recém-natos, apresentaram baixo peso ao nascer, de acordo com a figura 4.

Referente ao baixo peso ao nascer, em avaliação realizada por Siqueira et al.¹² relacionado a assistência durante a gestação, no Município de Sobral – CE, foi possível identificar a média de 7,63% de nascimentos prematuros entre os anos de 2005 a 2009, demonstrando um resultado similar ao deste estudo.

Em estudo conduzido por Ferrari et al.¹⁹

Figura 3- Percentual de gestantes com imunização antitetânica e gestantes não imunes, segundo SISPRENATAL, nos anos de 2013 e 2014 em Cassilândia-MS.



Fonte: Própria (2013 e 2014)

relacionado a assistência pré-natal e as mortes infantis em Londrina – PR, no período de 2000 a 2009, identificou que 84,5% das crianças nasceram com peso baixo (> que 2500g) e as genitoras realizaram menos de 06 consultas, evidenciando assim, um resultado distinto ao desta análise. Em avaliação desenvolvida por Rangei²⁰, sobre a assistência pré-natal em Itajaí – SC, foi possível averiguar que 32% dos recém-natos nasceram com peso inferior a 3000 g demonstrando, também, um resultado diferenciado ao deste estudo.

De acordo com Faria et al.²¹ os fatores determinantes de baixo peso em nascidos a termo são: gestações gemelares, mulheres com mais de 34 anos, escolaridade materna abaixo de 7 anos, menos de sete consultas de pré-natal.

Quanto ao indicador de resultado que avalia a prematuridade ao nascimento, pode-se averiguar neste estudo um valor igualitário entre os anos de 2013 e 2014 em relação ao nascimento antes da 37ª semana gestacional, demonstrando um percentual de 12%, de acordo com a figura 5.

Em avaliação feita por Pizzani²², relacionada ao pré-natal e aos desfechos neonatais em Florianópolis – SC, pode-se detectar que 30,6% dos nascimentos ocorreram entre a 20ª e a 36ª semana gestacional, demonstrando um resultado diferenciado ao deste estudo. Moraes et al. (1998) observaram em seu estudo relacionado ao pré-natal e aos nascimentos pré-termos que 18,1% da amostra estudada tiveram o nascimento de seus filhos entre a 28ª a 36ª semana de gestação, resultado similar ao deste trabalho. Em estudo realizado

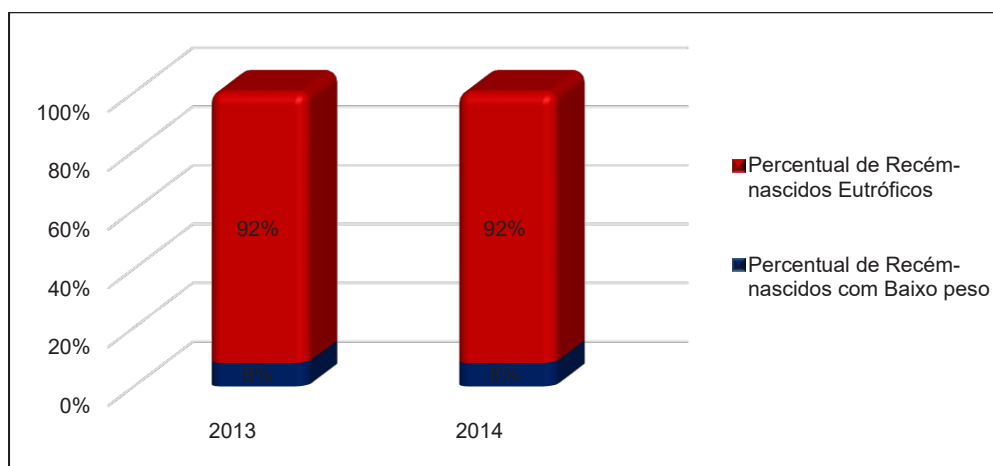
em Londrina-PR por Ferrari et al.¹⁹ entre os anos de 2000 a 2009, observou que das gestantes que realizaram 6 consultas a menos, tiveram parto antes das 32 semanas, representando um percentual de prematuridade de 65,9%, evidenciando um resultado diferenciado ao desta avaliação.

Para Moraes et al.²³ os números de nascidos vivos prematuros tendem a diminuir de acordo com a captação precoce das gestantes, sendo que este estudo identificou que 37% das puérperas que tiveram parto pré-termo realizaram a primeira consulta de pré-natal após a 20ª semana e, este resultado, se reduziu para 6%, à medida que iniciaram o pré-natal precoce até a 12ª semana gestação.

De acordo com a pesquisa de Duarte et al.²⁴ a prematuridade e o baixo peso ao nascer podem ter um fator determinante em comum, a infecção do trato urinário, que é diagnosticada através dos exames básicos preconizados pelo PHPN. Brasil⁴ destaca que nascer com baixo peso ou prematuro é um dos principais fatores de risco para o recém-nascido. O fato é que quanto menor o peso e/ou a idade gestacional, maior a perspectiva de adoecer, elevando o maior risco de mortalidade.

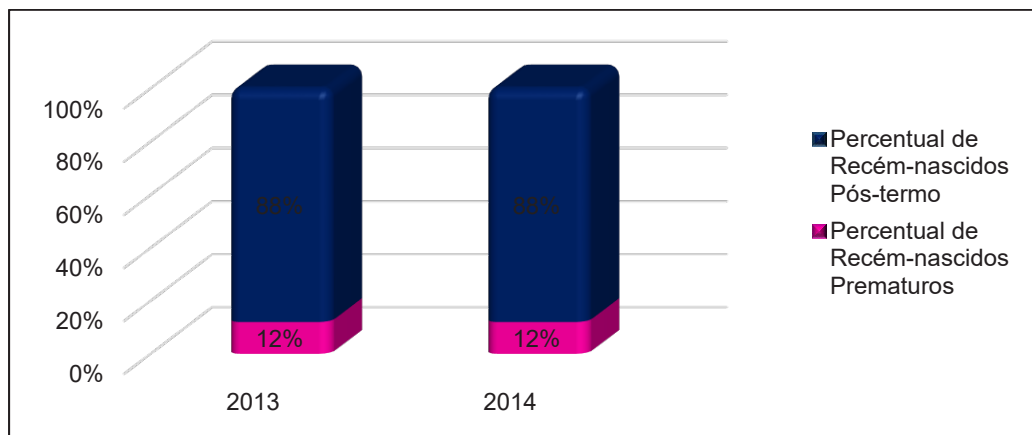
Os indicadores de impacto, referem-se à incidência da sífilis congênita, tétano neonatal, razão de mortalidade materna e mortalidade neonatal que estão representados na tabela 1. No Município de Cassilândia no ano de 2013 ocorreu o nascimento de 298 nascidos vivos e, em 2014, existiram 320 nascimentos de neonatos, de acordo com dados do SINASC. Todas as porcentagens

Figura 4 - Proporção de recém-nascidos vivos com baixo peso (< 2.500gr) em relação ao total de nascidos vivos no município de Cassilândia - MS, nos anos de 2013 e 2014.



Fonte: SMS/SINASC (2013 e 2014)

Figura 5- Proporção de recém-nascidos vivos prematuros em relação ao total de nascidos vivos no município de Cassilândia - MS, relativo aos anos de 2013 e 2014.



Fonte: SMS/SINASC (2013 e 2014).

apresentadas foram fundamentadas no total de nascidos vivos correspondente ao ano estudado.

Sobre a incidência de sífilis congênita entre os anos de 2013 para 2014 a quantidade quadruplicou, de 1 para 4 casos, números estes que demonstram o aumento da incidência de sífilis em gestantes, e/ou sugere falha na detecção precoce e de tratamento adequado. As taxas de tétano neonatal e RMM permaneceram nulas, no período estudado.

A mortalidade neonatal pode ser dividida em neonatal precoce (do nascimento ao 6º dia de vida) e neonatal tardio (do 7º dia ao 27º dia de vida).²⁵

Neste município, o índice de mortalidade neonatal precoce foi de 0,67% em 2013 e 0,93% em 2014, revelando um aumento entre um ano e o outro. No entanto, em relação ao índice de mortalidade neonatal tardio foi de 0,3% em 2013 e nulo em 2014, demonstrando redução deste índice. Em relação a mortalidade neonatal total, o índice diminuiu de 1% em 2013 para 0,93% em 2014, de acordo com a tabela 1.

Referente as causas de mortalidade neonatal deste município, foi verificado no SIM as principais causas entre os anos de 2013 e 2014, as quais se relacionavam a prematuridade, infecções do trato respiratório e malformação congênita.

Em relação à sífilis congênita, Preto⁷ avaliou a qualidade do acompanhamento de pré-natal em Gravataí-RS entre os anos de 2009 e 2012 e identificou um aumento de casos de sífilis congênita de 01 para 12, verificando um resultado diferenciado ao desta análise.

Em avaliação realizada por Lima et al.²⁶ em Belo Horizonte – MG, entre os anos de 2001 a 2008, sobre a incidência e os fatores de risco para sífilis congênita, houve aumento de 78% (0,9 para 1,6 casos por 1000 nascidos vivos). Sobre os nascidos vivos com sífilis congênita observou-se que 57% das gestantes tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gestação; 14% foram tratadas da forma adequada e, apenas, 11% dos parceiros receberam tratamento. Assim podemos observar que esse aumento não é isolado para o Município de Cassilândia.

A sífilis é uma doença bacteriana (*Treponema pallidum*) com via de transmissão sexual e perinatal, dividida em 3 estágios. No primeiro estágio os sinais e sintomas: lesão indolor (cancro). No segundo estágio: exantema em tronco, membros, palma das mãos e planta dos pés, linfadenopatia, artrite, meningite, queda dos cabelos, febre, mal-estar e perda de peso. No terceiro estágio: lesões cutâneas, artralgiás, artrites, sinovites, aortite sífilítica, estenose de coronárias, neurosífilis, demência, psicose, paresia, acidente vascular encefálico ou meningite. O diagnóstico da doença é clínico e por meio de exames. O tratamento é com Penicilina G Benzatina e pode durar de 1 a 3 semanas dependendo do estágio da doença.²

A ocorrência de sífilis em gestantes demonstra falhas do serviço de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento são relativamente simples. A transmissão para o feto ocorre via placenta, cordão umbilical, líquido amniótico ou lesão genital materna podendo ocorrer em qualquer fase da

Tabela 1- Indicadores de impacto originados através dos relatórios SINASC, SINAN e SIM referente aos anos de 2013 e 2014, no município de Cassilândia – MS.

Indicadores de Impacto	2013		2014	
	N	%	N	%
Total de Nascidos Vivos	298	-	320	-
Incidência de sífilis congênita no município, (recomenda-se < 1/1000 NV)	1	0,3	4	1,25
Incidência de tétano neonatal no município.	0	0	0	0
Razão de mortalidade materna no município.	0	0	0	0
Mortalidade neonatal precoce no município.	2	0,67	3	0,93
Mortalidade neonatal tardio no município.	1	0,3	0	0
Mortalidade neonatal total no município.	3	1	3	0,93

Fonte: INASC/SINAN/SIM (2013 e 2014)

gestação, porém quanto mais recente a infecção, mais gravemente o feto será atingido^{2,27}.

Para a detecção precoce, a gestante realiza um teste rápido de sífilis, já na primeira consulta, oferecida pela rede cegonha através da Portaria nº77/GM/MS, de 12 janeiro de 2012, que também oferece esse teste para o parceiro e o exame sorológico não treponêmico (VDRL) no 1º e 3º trimestre de gestação e na admissão no hospital para o parto^{14,3}.

De acordo com Branden²⁸ os efeitos possíveis da sífilis em gestantes são: abortamento espontâneo, natimorto, parto pré-termo (antes das 37 semanas), infecção congênita e anomalias. Sendo de extrema importância a detecção e o tratamento precoce.

Para Brasil² a sífilis congênita pode ser classificada em recente e tardia. Sendo a recente os sinais e sintomas surgem logo após o nascimento ou até os 2 anos de vida: baixo peso, prematuridade, icterícia, anemia, lesões cutâneas, condiloma plano, pseudoparalisia de membros, pneumonia, hepatoesplenomegalia, rinite com coriza serosanguinolenta, obstrução nasal, osteíte.

E a sífilis congênita tardia os sinais e sintomas surgem depois do 2º ano de vida, demonstrando alterações na tíbia, na fronte, na região nasal, além de deformações nos dentes, mandíbula, arco palatino, podendo desencadear cegueira, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado e retardo mental.

O referido autor ainda cita que o tratamento medicamentoso para sífilis congênita é similar ao da gestante promovendo a remissão dos sintomas, mas as lesões tardias já instaladas, dificilmente serão revertidas. Por ser uma doença de alta letalidade e morbidade, a sífilis congênita é de notificação compulsória e por isso a sua incidência é considerada como um indicador de impacto de assistência no pré-natal.

Quanto ao indicador de impacto referente a incidência do tétano neonatal, foi evidenciado em avaliação concretizada por Siqueira¹² no Município de Sobral - CE e por Gonçalves et al.⁹ no Município de São Paulo – SP, informações negativas para este agravo, demonstrando resultados idênticos ao desta análise, fato este, que pode ser explicado pelos altos índices de imunização antitetânica

tanto em jovens nulíparas, quanto em mulheres grávidas.

Relativo ao indicador que representa a Razão de Mortalidade Materna (RMM), foi constatado no estudo de Siqueira¹² uma redução do coeficiente desta mortalidade entre os anos de 2005 a 2009 de 147,1 para 31,5 por 100.000 Nascidos Vivos (NV), demonstrando um resultado distinto ao deste estudo. Em avaliação realizada por Jannotti, Silva, Perillo²⁵ a RMM por causas obstétricas diretas e indiretas vem apresentando declínio ao longo dos anos, no âmbito nacional. Sendo que em 2000 apresentava 81,4 óbitos maternos por 100.000 NV para 66,6 casos por 100.000 NV no ano de 2010, evidenciando também um resultado diferente desta avaliação em que este indicador mantém-se nulo entre os anos pesquisados.

Referente aos indicadores que retratam sobre a mortalidade neonatal precoce e tardia em estudo realizado por Ferrari et al.¹⁹ correlacionando a assistência pré-natal as mortes neonatais em Londrina-PR entre os anos de 2000 a 2009, foi identificado que 72,6% dos óbitos ocorreram no período neonatal precoce e 27,4% ocorreram no período neonatal tardio, constatando um resultado diferenciado ao deste trabalho. Em estudo feito por Siqueira¹² sobre o cuidado na gestação, no Município de Sobral – CE, foi observado que a incidência de mortalidade neonatal precoce representou 1,16% e a mortalidade neonatal tardia de 0,3%, demonstrando um resultado parecido ao deste estudo.

Para Jannotti, Silva, Perillo²⁵ índices elevados de mortalidade infantil estão relacionados à deficiência no saneamento básico, ausência de monitoramento nutricional infantil, baixo grau de instrução materna, dificuldade no acesso aos serviços de saúde, assim como, falta de qualidade dos serviços prestados à criança, sendo as principais causas de mortalidade neonatal: a prematuridade, infecções, malformações congênitas e asfixia/hipóxia.

Conclusão

Pela análise dos dados obtidos através do programa SISprenatal, encontrou-se falhas e dificuldades para a localização dos dados no programa, deixando claro a imensa necessidade de modificações para aprimorar as ações dos profissionais de saúde. Alguns dos resultados encontrados foram satisfatórios com índices acima de 80% como a quantidade de gestantes que realizaram 6 ou mais consultas, que realizaram a

consulta puerperal e receberam a vacina dT. Em relação aos indicadores relacionados aos exames básicos, os índices foram menores que 50%, apesar do crescente percentual entre 2013 e 2014.

Observa-se na prática que a alimentação correta do programa SISprenatal exige tempo e dedicação do profissional de saúde, que fica sobrecarregado com a quantidade de serviços imposta a ele diariamente, o que, possivelmente, contribui para a falta de tempo necessária para realizar o cadastramento das gestantes, a não conclusão dos atendimentos e a não inclusão dos exames solicitados.

Sobre o índice de mortalidade neonatal manteve-se estável durante o período estudado. Ressalta-se a importância da detecção precoce da gravidez, a realização de no mínimo de 6 consultas, a realização de todos os exames básicos para evitar a prematuridade e a ocorrência dos óbitos.

O índice de sífilis congênita foi o mais preocupante, com o aumento de 1 para 4 casos em 1 ano. A realização do teste rápido é um grande aliado na detecção e tratamento precoce da sífilis, sendo o enfermeiro essencial nessa assistência pois realiza o teste e acompanha o tratamento da gestante e do parceiro portadores da doença.

Sendo o objetivo deste trabalho a avaliação da assistência do pré-natal nas ESFs quando se depara com as dificuldades da base de dados do SISprenatal, conclui-se que as informações coletadas pelo programa foram insuficientes, pois podem não refletir a realidade já que se trata de um programa administrado com dificuldades pelos servidores. Por outro lado, as informações recebidas pelo SINASC, SINAN e SIM, foram fontes de fácil acesso e clara compreensão.

No entanto, se considerarmos os baixos índices encontrados no programa SISprenatal (como o de exames básicos) pode-se evidenciar falhas na assistência, que podem ser resolvidas com educação continuada dos profissionais (abordando sobre a importância do programa SISprenatal para o município, os exames preconizados e o redirecionamento de tarefas evitando sobrecargas), estimulação dos ACS à captação precoce de gestantes, educação continuada com as gestantes, intensificação do rastreamento precoce da sífilis na gestação e em parceiros, assim como, a realização do acompanhamento até o fim do tratamento das gestantes detectadas. Uma boa assistência à gestante é a garantia de um nascimento e uma criança saudável, sendo um direito garantido de toda gestante e responsabilidade de todo profissional de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. 3 ed. Brasília: Ministério da saúde; 2006.
- 2- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 3- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestaçõ de Alto Risco: Manual Técnico. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 4- Ministério da Saúde (BR). Distrito Federal. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 5- Ministério da Saúde (BR). Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs. Taxa de mortalidade neonatal: Número de óbitos na idade de 0 a 27 dias por mil nascidos vivos. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
- 6- Ministério da Saúde (BR). Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs. Proporção de consultas de pré-natal: proporção de nascidos vivos por ano segundo número de consultas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
- 7- Preto DR. Avaliação da qualidade do acompanhamento pré-natal em um município do sul do Brasil com base nos dados do Sisprenatal [Trabalho de Conclusão de Curso (especialização em saúde pública)]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
- 8- Viellas EF et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2014; 30: 85-100.
- 9- Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'ávila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. Rev. Bras. de Enferm. 2008; 61(3):349-353, 2008.
- 10- Miranda FJS. Assistência pré-natal no município de Araguaari-MG: estudo de alguns indicadores [Dissertação (Mestrado em Enfermagem)] Guarulhos: Centro de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade Guarulhos; 2008.
- 11- Pavanatto A, Alves LMS. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: indicadores e práticas dos enfermeiros. Rev. Enferm. da UFSM. 2014; 4(4): 761-770.
- 12- Siqueira DD. Assistência pré-natal em Sobral-Ceará: processo, resultado e impacto em 2005-2009. [Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)] Fortaleza: Universidade Estadual Ceará; 2010.
- 13- Andreucci CB, Cecatti JG, Macchettti CE, Sousa MH. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. Rev. Saúde Pública. 2011;45(5):854-863.
- 14- Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília-DF: 2000.
- 15- Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007; 42(1):105-111.
- 16- Almeida SMO, Ramos MAC, Melo LPD, Leite RMB, Abrão FMDs. Assistência de pré-natal: analisando indicadores segundo critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento. Rev. Enferm. da UFPE. 2010; 4(4):1604 -1612.
- 17- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização: Informe técnico para implantação da vacina absorvida difteria, tétano e coqueluche (Pertussis acelular) tipo adulto- dTpa. Brasília; 2014.
- 18- Silva DF, Maciel MCC, Rodrigues MPM. Resultado dos indicadores de processo apresentados pelo programa de humanização do pré-natal e nascimento do município de Sanharó-2007. [Monografia (especialização em gestão de Sistemas e serviços de saúde)] Recife: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de pesquisas Aggeu Magalhaes, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
- 19- Ferrari RAP, Bertolozzi MR, Dalmas JC, Giroto E. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina- PR. Rev. Bras. Enferm. 2014; 67(3):354-359.
- 20- Rangel RCT. Programa de humanização do pré-natal e nascimento- avaliação do processo e resultado da assistência pré-natal na região da Amfri, SC. [Dissertação (Mestrado em Saúde da Família)] Itajaí: Pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí; 2005.
- 21- Carniel EDF, Zanolli MDL, Antonio MARDGM, Morcillo AM. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das declarações de nascidos vivos. Rev. Bras. Epidemiol. 2008; 11(1):169-179.
- 22- Pizzani CB. Pré-natal como fator protetor nas gestantes adolescentes para desfechos neonatais. [Trabalho de Conclusão de Curso (medicina)] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
- 23- Moraes EN, Alfien TL, Spara P, Beitune PE. Momento e frequência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 1998; 20(1):25-32.
- 24- Duarte G, Marcolin AC, Quintana SM, Cavalli RC. Infecção urinária na gravidez. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008; 30(2):93-100.
- 25- Jannotti CB, Silva KS, Perillo RD. Vulnerabilidade Social e Mortalidade Materna no Mundo e no Brasil. In: BITTENCOURT, S. D. A (Org.). Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2013. p. 51-90.
- 26- Lima MG, Santos RFRD, Barbosa GJA, Ribeiro GDS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. Cien. Saúde Colet. 2013; 18(2):499-506.
- 27- Ministério da Saúde (BR). Manual do Sisprenatal versão 2.6. Setembro de 2011.
- 28- Branden PS. Enfermagem materno infantil. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores; 2000.

CORRESPONDÊNCIA

Kamilla Candido de Assis
 Rua Francisco de Carvalho, 254, Centro, Alto Taquari
 Mato Grosso do Sul. CEP 78785-000.
 Email: millaassis12@hotmail.com