

## Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal

Encontro Norte-nordeste de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica

Fórum Nacional de Políticas de Atuação de Enfermeiros e Obstetizes

na Assistência à Saúde da Mulher e do Neonato

Fortaleza - Ceará - Brasil - De 24 à 27 de junho de 2012



ISSN 2238-7242

# DIAGNÓSTICO DE SAÚDE MATERNA NO MUNICÍPIO DE CARIDADE DO PIAUÍ<sup>1</sup>

DANTAS, JÚLIA VIEIRA<sup>2</sup>;  
NERY, INEZ SAMPAIO<sup>3</sup>;  
VIANA, LÍVIA MARIA MELLO<sup>4</sup>;  
GOMES, IVANILDA SEPÚLVEDA<sup>5</sup>;  
SANTOS, TATIANA MARIA MELO GUIMARÃES DOS<sup>6</sup>;  
GONÇALVES, LUCIMAR RAMOS RIBEIRO<sup>7</sup>;

**RESUMO:** A presente pesquisa teve como objetivo realizar o diagnóstico da saúde materna no município de Caridade do Piauí no período de 2007 a 2009. Estudo descritivo de natureza quantitativa, realizado por meio de levantamento epidemiológico. A população foi o universo de gestantes cadastradas no SISPRENATAL. Utilizou-se a base de dados do DATASUS-Tabnet. Foram coletados referentes à realização e ao número de consultas realizadas durante o pré-natal, número de partos cesáreos, coeficiente de mortalidade materna e cobertura vacinal. A pesquisa demonstrou que houve um aumento na realização das sorologias Anti-HIV e VDRL atingindo 92,54% de cobertura; a maioria das gestantes é captada precocemente e mais de 90% das gestantes foram imunizadas contra tétano. Nem todas as gestantes conseguiram atingir a média de consultas preconizada; ocorreu um aumento sucessivo na porcentagem de gestantes adolescentes, chegando a 26,04% em 2009. Portanto, observa-se a necessidade de ações básicas de saúde mais estruturadas, com estabelecimentos de uma rede de apoio para referências e contra-referência que garantam um nível de atendimento integral e resolutivo às mulheres durante o período da gestação, parto e puerpério.

**DESCRIPTORIOS:** Saúde da Mulher, Cuidado Pré-Natal, Mortalidade Materna, Enfermagem.

<sup>1</sup> Trabalho submetido à **Comunicação Oral** concorrendo a **Premiação**. **Área:** Enfermagem Obstétrica e Ginecológica. **Eixo 1:** Atenção à Saúde da Mulher no Âmbito da Saúde Coletiva. **Temática:** Indicadores Epidemiológicos e de Saúde da Mulher.

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Teresina-PI. E-mail: ineznery.ufpi@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Teresina-PI. E-mail: ineznery.ufpi@gmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Docente da Associação de Ensino Superior do Piauí (AESPI). Teresina-PI. E-mail: liviamariamelloviana@hotmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPI. Docente da UFPI. Teresina-PI. E-mail: igomesenf@bol.com.br

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPI. Professora de Saúde da Mulher e do Neonato da FSA e Faculdade CET. Supervisora da eSF de Teresina-PI. Enfermeira Obstetra. Teresina-PI. E-mail: tatianaenfermeira@yahoo.com.br

<sup>7</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da UFPI. Teresina-PI. E-mail: ramos\_lucimar@yahoo.com.br

**ABSTRACT:** This research was aimed at making the diagnosis of maternal health in the municipality of Charity of Piauí in the period 2007 to 2009. Quantitative descriptive study, carried out by using an epidemiological survey. The population was the population of pregnant women registered in SISPRENATAL. We used the database-DATASUS Tabnet. Were collected regarding the completion and number of visits for prenatal care, cesarean deliveries, maternal mortality rate and vaccine coverage. The research showed that there was an increase in the performance of Anti-HIV serology and syphilis reaching 92.54% coverage, most pregnant women is caught early and more than 90% of pregnant women were immunized against tetanus. Not all women have achieved the average recommended consultations, there was a successive increase in the percentage of pregnant adolescents, reaching 26.04% in 2009. Therefore, there is a need for basic health care more structured, with establishment of a support network for referrals and counter-referral level to ensure an integral and effective attention to women during pregnancy and puerperium.

**DESCRIPTORS:** Women's Health, Prenatal Care, Maternal Mortality, Nursing.

**RESUMEN:** Esta investigación tuvo como objetivo realizar el diagnóstico de la salud materna en el municipio de la Caridad de Piauí, en el período 2007 a 2009. Estudio cuantitativo descriptivo, llevado a cabo mediante el uso de una encuesta epidemiológica. La población era la población de mujeres embarazadas inscritas en el SISPRENATAL. Se utilizó la base de datos Tabnet DATASUS. Fueron recogidos con respecto a la finalización y el número de visitas de atención prenatal, partos por cesárea, la tasa de mortalidad materna y la cobertura de vacunación. La investigación demostró que hubo un aumento en el desempeño de la serología anti-VIH y la sífilis, alcanzando 92,54% de cobertura, las mujeres embarazadas la mayoría se detecta a tiempo y más del 90% de las mujeres embarazadas fueron vacunadas contra el tétanos. No todas las mujeres han logrado las consultas recomendadas promedio, hubo un incremento sucesivo en el porcentaje de adolescentes embarazadas, llegando a 26,04% en 2009. Por lo tanto, hay una necesidad de atención básica de salud más estructurada, con el establecimiento de una red de apoyo para las remisiones y contra-referencia de nivel para garantizar una atención integral y efectiva a las mujeres durante el embarazo y el puerperio. **DESCRIPTORES:** Salud de la Mujer, Atención Prenatal, Mortalidad Materna, Enfermería.

## INTRODUÇÃO

É notório que a mortalidade materna começou a apresentar um declínio contínuo desde a segunda metade da década de 40 nos países desenvolvidos, como, EUA e Canadá, os quais possuem Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) em torno de 10/100.000 e 4/100.000 Nascidos Vivos (NV) respectivamente. Entretanto, nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos a mortalidade materna continua sendo um problema de saúde pública. Em contrapartida, países como Cuba e Costa Rica, considerados países em desenvolvimento apresentam CMM substancialmente inferiores, haja vista que estes países abraçaram a causa conseguindo êxito na diminuição da mortalidade materna, isto comprova que o alcance da diminuição do CMM não depende exclusivamente de altos custos no setor saúde, depende principalmente da vontade política a ser adotada (BRASIL, 2009).

Também faz referência quanto à magnitude desse problema a nível mundial, (CHAVES NETTO, 2007) que informa uma estimativa de 500.000 mortes maternas em

todo o mundo a cada ano, o que significa praticamente uma morte a cada minuto. Sendo que 99% destas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento e 90% dessa proporção ocorrem por causas passíveis de prevenção por meio de cuidados básicos de saúde.

Segundo Resende et al (2000), no Brasil estima-se que haja em torno de 5.000 mortes anuais, sendo que o CMM é de 72/100.000 NV e quando corrigido eleva-se para 141. Esta situação ocorre devido à notificação deficiente e ao sub-registro das causas das declarações de óbito, os quais dificultam o real monitoramento das mortes maternas ocorridas nacionalmente.

Já em anos mais recentes, como exemplo 2007 e 2008, o Brasil obteve respectivamente o CMM de 77,0/100.000 e 68,7/100.000 NV (BRASIL, 2010). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que mais de 80% das mortes maternas poderiam ter sido prevenidas ou evitadas através de ações que já comprovaram ser eficazes e disponíveis, até em países com menos recursos (BRASIL, 2009). Na visão de Chaves Neto (2007) cerca de 80% das mortes maternas são decorrentes de causas obstétricas diretas, sendo a principal a doença hipertensiva com 23,6% das causas de morte materna; em segundo lugar a infecções com 8,1%, hemorragias no parto (8,0%) e complicações de aborto (7,4%).

Essa realidade reflete a fragilidade dos serviços prestados à saúde da mulher brasileira, uma vez que o CMM é um indicador internacionalmente reconhecido como parâmetro confiável, entre os índices de avaliação da saúde pública (OBAS; TAVARES, 2005). Diante disto, e das altas taxas de mortalidade materna e perinatal em âmbito nacional, surgiu, de movimentos reivindicatórios por parte tanto da sociedade como a classe política, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) pelo Ministério da Saúde em 1984, cuja atuação vigora até os dias atuais, como um paradigma na atenção a saúde da mulher. Este foi fortalecido pela criação em 2000, do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e pelo pacto entre Ministério da Saúde, Estados e Municípios pela redução da Mortalidade Materno-infantil, assim como pela criação dos Comitês de Mortalidade Materna, e em 2008, com a Política Nacional pelo Parto Natural e contra as cesáreas desnecessárias.

No que diz respeito à atenção pré-natal a nível nacional, o Ministério da Saúde faz referências ao assunto, informando o aumento do número de consultas de pré-natal por gestante que realiza o parto no Sistema Único de Saúde (SUS) subiu de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas. Entretanto apesar dessa ampliação na cobertura, ressalta que dados indicam comprometimento da qualidade dessa atenção, como a incidência da sífilis congênita, o fato de a hipertensão arterial ainda ser a primeira causa de morte materna no Brasil, e o fato de que somente pequena parcela das gestantes consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas pelo PHPN (BRASIL, 2006).

Com relação ao estado do Piauí, atualmente apesar dos avanços tecnológicos e implantação de vários programas de saúde da mulher, percebe-se que a situação de saúde da mulher não é tão satisfatória. De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI) (2009), no estado do Piauí a Razão de Mortalidade Materna (RMM) em 2006 foi de 82,46/100.000 NV. Sendo que para a OMS é aceitável um CMM inferior a 20/100.000 NV. Estas estatísticas apontam que os óbitos maternos estão ocorrendo mesmo às mulheres tendo acesso ao pré-natal o que infere que a qualidade da assistência não é satisfatória, devendo ser reavaliada e reestruturada no sentido de reduzir a mortalidade materna.

Ainda segundo a instituição anterior, algumas macro regiões do Estado apresentaram no processo de investigação nas causas de óbito se adotaram as medidas adequadas para redução dos fatores de riscos associados ao ciclo gravídico-puerperal (SESAPI, 2009).

No município de Caridade do Piauí, até o presente momento, não houve nenhum estudo que trouxesse uma visão geral da situação epidemiológica de saúde materna dos últimos três anos: 2007 a 2009. Analisando alguns dados, de modo grosseiro, se percebe que os resultados apresentados pelas estatísticas desses programas não correspondem ao que está preconizado pelo Ministério da Saúde.

O aumento no número de óbitos maternos em 2005 significa existir a necessidade de uma intensificação. Por exemplo, o PHPN, de acordo com o Ministério da Saúde (2002) preconiza o acesso a gestante a no mínimo 06 consultas, sendo iniciadas no 1º trimestre de gravidez e uma consulta de puerpério até 42 dias após o parto. Também orienta que todas as gestantes devem realizar exames laboratoriais: ABO/Rh, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), Urina, Glicemia de Jejum, Hemoglobina (Hg), Hematócrito (HT) e Anti-HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), HBsAg, Toxoplasmose; que receba a vacinação anti-tetânica, participe de atividades educativas e àquelas de alto risco tenha referência garantida (BRASIL, 2002).

De fato este é um desafio para municípios de pequeno porte com suas inúmeras dificuldades garantir estes protocolos, uma vez que existem muitos entraves que dificultam sua operacionalização. Os laboratórios nem sempre querem enviar profissionais para realizar a coleta no próprio município. Por outro lado as gestantes sentem-se indispostas a realizar percursos, na maioria das vezes em estradas em péssimas condições de tráfego, a encontro desses laboratórios.

Outra dificuldade de grande parte dos municípios que se situam mais distantes dos grandes centros é a questão da referência das gestantes de alto risco ou mesmo a referência de alguma mulher com patologia relacionada à saúde reprodutiva e sexual. Acontece a falta de acesso, ou o retorno da paciente ao município sem receber uma contra-referência que possa ajudar aos profissionais da Atenção Básica (AB) do município dar continuidade à assistência dessa mulher.

Com base nessa problemática, sente-se a necessidade de um levantamento de informações referente à situação de saúde materna nos diversos programas do município como Sistema de Informação do Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) nos últimos três anos e com isso construir um diagnóstico de saúde materna no município.

Com o levantamento desse perfil de saúde materna do município de Caridade do Piauí, espera-se fornecer subsídios aos gestores na elaboração de programação de ações que realmente atendam as necessidades de saúde da população de mulheres do município, contribuindo assim para a melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida dessa população. Pois, a realização de medidas específicas e oportunas poderá produzir a diminuição das taxas de mortalidade materna e maximizar a utilização dos recursos financeiros na saúde materna pelo estado do Piauí, transformando a atual realidade e ajudando o estado no cumprimento da meta estabelecida no Pacto pela Saúde 2006, de reduzir os óbitos maternos em torno de 5% (SESAPI, 2006).

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivos Analisar o diagnóstico da Saúde Materna no Município de Caridade do Piauí; caracterizar o município quanto

aos aspectos sócio e demográficos; fazer levantamento dos dados sobre a Saúde Materna no período compreendido entre os anos de 2007-2009;

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, realizado por meio de levantamento epidemiológico. Este é um tipo de estudo, onde os dados sobre saúde são registrados na base de dados, oriundos da produção de serviços ou de sistemas de informação específico dos serviços de saúde ou de outras instituições. Geralmente não é um estudo amostral e destina-se a coletar dados para complementar a informação já existente (PEREIRA 2003; BRASIL, 2005).

Segundo Barros e Lehfeld(2008), pesquisa descritiva é aquela realizada por meio da observação e do levantamento de dados ou ainda pela pesquisa bibliográfica documental. Para Cervo(2007), este tipo de pesquisa observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômeno sem manipulá-los e procura descobrir, precisamente, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características.

A pesquisa documental é baseada em materiais vindos de arquivos dos órgãos públicos ou instituições privadas. Fazem parte do banco de dados e documentações que não receberam tratamento analítico, como cartas pessoais, diários, fotografias, gravações, memorandos, regulamentos, ofícios, boletins, dentre outros. Neste tipo de estudo comumente se trabalha com o universo populacional(LAKATOS, MARCONI, 2009; GIL, 2002; BOETE, 2004).

O presente estudo foi realizado no município de Caridade do Piauí localizado na região sul do Estado a 457 km da capital. Possui segundo IBGE(2008), uma população de 4.715 hab. e apesar de uma extensão considerável de 459,12 km possui uma densidade demográfica de apenas 9,98 hab./km<sup>2</sup>. Conforme informações do Plano Municipal de Saúde (2009), o município pertence à XVII Gerência Regional de Saúde com sede em Paulistana que fica a 70 km. Faz parte do Território de Desenvolvimento Sustentável Vale do Rio Guaribas com pólo em Picos a 140 km, onde fica o Hospital Regional e vários serviços de saúde de referência para a macrorregião. Possui 2 equipes de Saúde da Família 2 equipes de Saúde Bucal e 12 Agentes Comunitários de Saúde que atuam em 2 Unidades Básicas de Saúde: Uma na sede e outra em povoado do município

Quanto a sua população, de acordo com SIAB(2009b) 55% distribuída na zona urbana e 45% na rural, com uma distribuição equivalente entre os sexos. A população de mulheres em idade fértil em relação à população geral representa uma porcentagem de 35,42%.

A população do referido estudo foi composta pelo universo de gestantes cadastradas no SISPRENATAL do município em estudo, correspondente aos anos de 2007, 2008 e 2009, sendo 95, 104 e 96 gestantes atendidas respectivamente, nos referidos anos.

Os dados foram digitados e tabulados com a utilização do *software Tabwin*, versão 32.0, pois o programa permite a realização de tabulações rápidas e de diferentes tipos, o que permitiu identificar a correlação entre as variáveis de desfecho representativas da mortalidade materno-infantil e para avaliar a significância estatística dos dados. Os resultados mais significativos foram apresentados em gráficos, e a discussão realizada com base na literatura produzida sobre o tema.

Quanto às fontes pesquisadas, foram utilizados os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) junto aos seguintes sistemas: SISPRENATAL; SINASC; SIAB; DATASUS; SISPACTO; SIM e IBGE.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. Com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0077.0.045.000-10. Destaca-se que foram obedecidos todos os aspectos éticos contidos na Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

## RESULTADOS

Os referidos dados compreendem o período de 2007 a 2009 e foram coletados no mês de junho de 2010, pela própria autora deste estudo mediante o *download* das bases de dados dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, relativas ao período a ser analisado, tabulação de informação, utilizando o programa *Tabwin*, tanto na sua versão *desktop* como na sua versão *web*, denominada *Tabnet*.

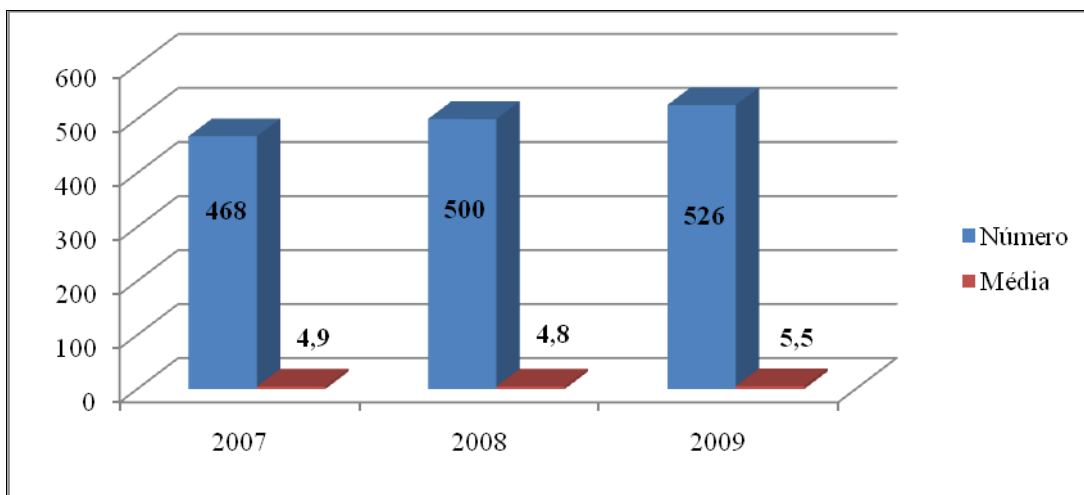
O programa *Tabwin* é um software de livre acesso desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) que permite a geração de tabelas geradas ou importadas, construção e aplicação de índices e indicadores da produção de serviços, das características epidemiológicas e aspectos demográficos em níveis de agregação municipal, estadual e nacional, subsidiando a avaliação do impacto de intervenções nas condições de saúde. Ressalta-se que foi utilizado um formulário para anotação dos dados de interesse da pesquisa, levantados nos Sistemas e Informação em Saúde.

Foram utilizados dados dos seguintes sistemas oficiais: Sistema de Informação Pré-Natal (SISPRENATAL), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e Pacto pela Saúde (SISPACTO). Os indicadores foram calculados a partir de variáveis quantitativas (RIPSA, 2008), conforme segue:

**Indicadores relacionados à mãe:** número de consultas de pré-natal realizadas na gestação; percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gestação; proporção de partos hospitalares e de partos cesáreos; e outras ocorrências, coeficiente de mortalidade materna, percentual de exames de rotina realizados e cobertura vacinal. Além destes, também foram levantados: faixa etária das mães, taxa de natalidade e fecundidade. A taxa de natalidade deve ser obtida a partir dos dados da população geral de cada município, com base no último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

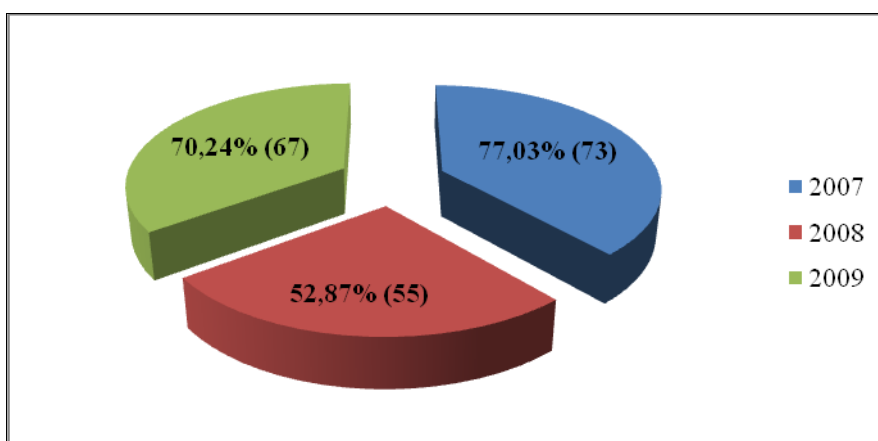
### Indicadores relacionados à mãe

Os indicadores relacionados à mãe compreendem os gráficos de 1 a 14 conforme segue.



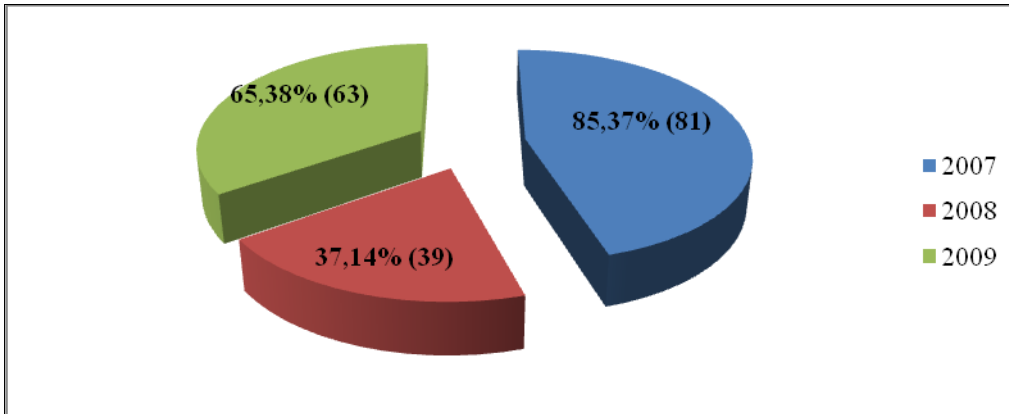
**Gráfico 1: Número anual e média de consultas de pré-natal por gestante realizadas, no município de Caridade do Piauí, no período de 2007 a 2009**

No Gráfico 01 observa-se que em 2007 foram realizadas 468 consultas de pré-natal com uma média de 4,9 consultas por gestante; em 2008 ocorreram 500 consultas com uma média de 4,8 consultas por gestante e em 2009 realizou-se 526 consultas com média por gestante de 5,5 consultas.



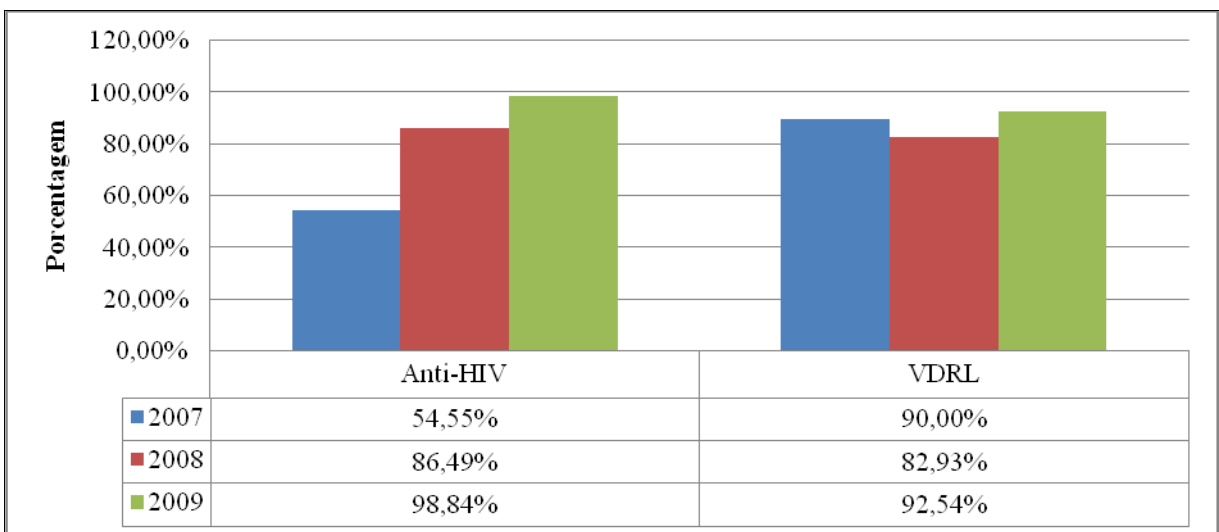
**Gráfico 2: Distribuição de gestantes inscritas no SISPRENATAL que realizaram 06(seis) consultas de pré-natal, no município de Caridade do Piauí, no período de 2007 a 2009**

No gráfico 2 analisando a distribuição de gestantes inscritas no SISPRENATAL que realizaram 06(seis) consultas de pré-natal, verifica-se que em 2007, 73 gestantes inscritas realizaram 06(seis) consultas de pré-natal, o que representou 77,03% das gestantes inscritas; em 2008 55 gestantes conseguiram realizar as 06 consultas de pré-natal, representando 52,87% das gestantes inscritas no sistema e em 2009 70,24% das gestantes conseguiram as 06(seis) consultas mínimas preconizadas pelo PHPN.



**Gráfico 3: Distribuição de gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, e todos os exames básicos, 2ª dose ou dose de reforço ou dose imunizante antitetânica, no município de Caridade do Piauí, no período 2007 a 2009**

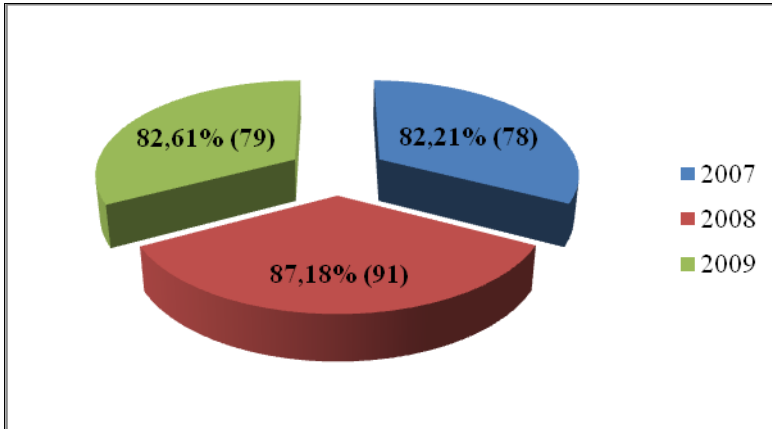
Analisando os dados do Gráfico 3, em 2007 85,37% das gestantes conseguiram realizar as 06 consultas de pré-natal, mais a consulta de puerpério e todos os exames básicos, 2ª dose ou dose de reforço ou dose imunizante antitetânica, em 2008 somente 37,14 % das gestantes conseguiram essa agenda e em 2009 registrou-se umaumentona porcentagem para 65,38%, ou seja, 63 das gestantes inscritas.



**Gráfico 4: Distribuição de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV e dois exames de VDRL, no município de Caridade do Piauí, no período de 2007 a 2009**

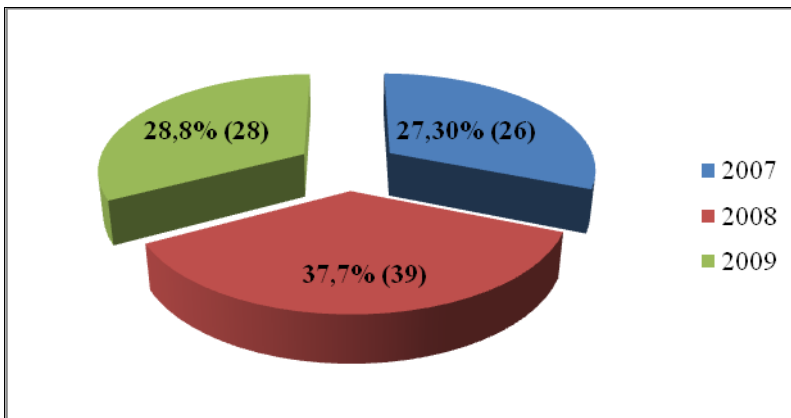
No gráfico 4, observa-se que, em 2007 54,55% das gestantes realizaram o teste Anti-HIV, em 2008 subiu a porcentagem para 86,49% e em 2009 registrou-se mais um aumento nesta porcentagem para 98,84%. Com relação ao exame de VDRL, em 2007 90% das gestantes conseguiram realizar dois exames, em 2008 houve uma diminuição para 82,93% e em 2009 a porcentagem aumentou para 92,54%, ficando acima do primeiro ano de estudo.





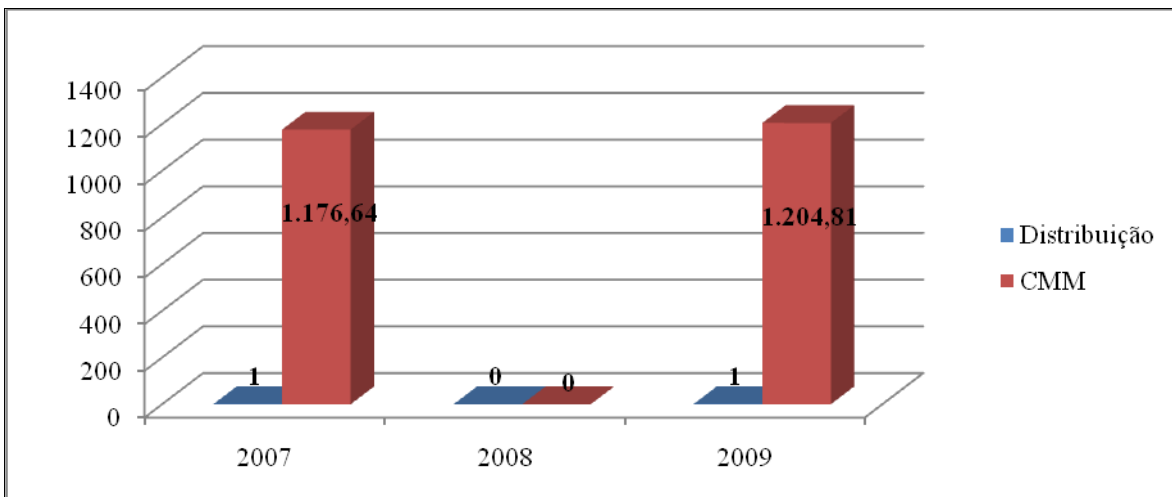
**Gráfico 5: Distribuição de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gestação, no município de Caridade do Piauí, no período de 2007 a 2009**

Avaliando o número e porcentagem de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gestação, observa-se no Gráfico 5, que em 2007 78 gestantes, ou seja, 82,21% das gestantes iniciaram o pré-natal no 1º trimestre; em 2008 o município registrou 91 gestantes, representando uma cobertura de 87,18% e em 2009 caiu essa porcentagem de gestantes para 82,61% com 79 gestantes e continuou acima dos 80%.



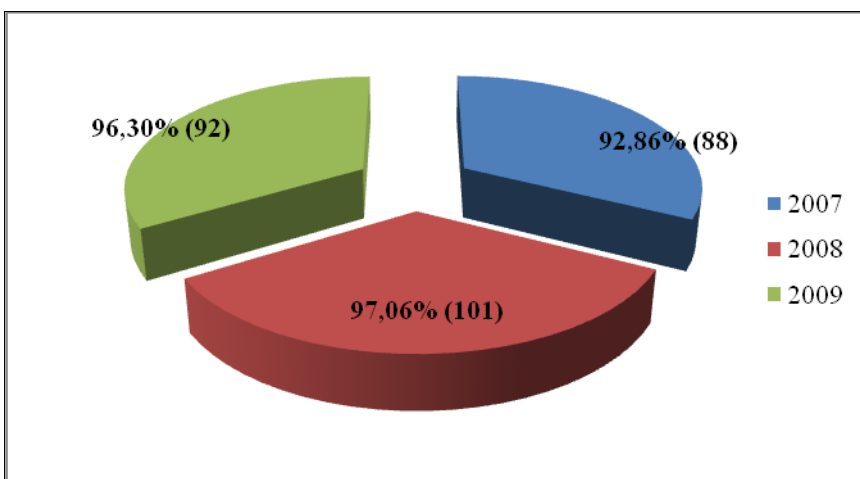
**Gráfico 6: Distribuição de partos cesáreos, no município de Caridade do Piauí, no período de 2007 a 2009**

Observa-se em 2007 uma taxa de 27,30%(26) de cesarianas; em 2008 o município obteve 37,7%(39) de cesáreas em relação ao total de partos hospitalares e em 2009 houve uma redução nesta taxa para 28,8%(28).



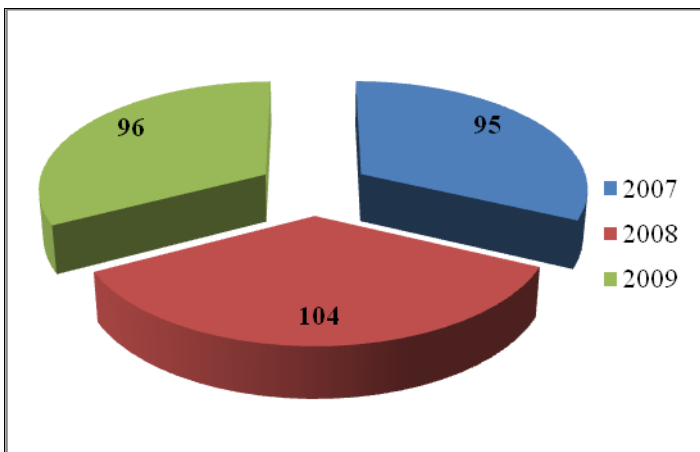
**Gráfico 7: Distribuição de óbitos maternos e Coeficiente de Mortalidade Materna, no município de Caridade do Piauí, no período de 2007 a 2009**

Os dados do Gráfico 7 mostram o número de óbitos maternos de 2007 a 2009, que apresentaram valores respectivos de 01, 00 e 01 óbito. No cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM), dividiu-se o número de óbitos maternos pelo total de nascidos vivos no ano e multiplicou-se por 100.000.



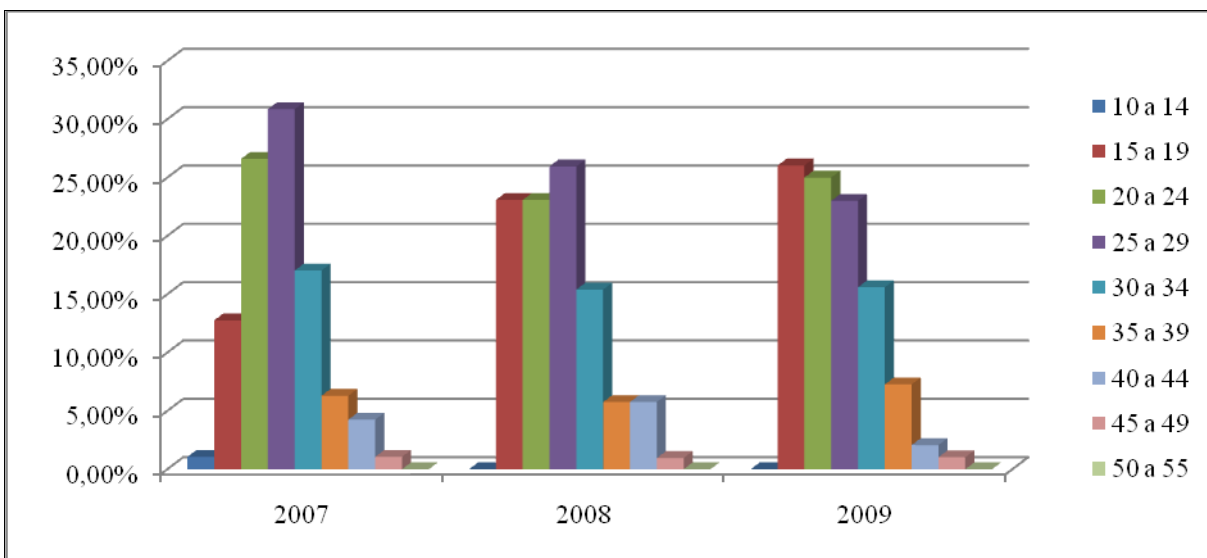
**Gráfico 8: Distribuição de gestantes inscritas no SISPRENATAL que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, no município de Caridade do Piauí, no período de 2007 a 2009.**

A distribuição de gestantes imunizadas com a vacina antitetânica teve um aumento de 2007 (92,86%) 88 para 2008 (97,06%) 101 gestantes, e uma pequena redução em 2009 (96,30%) 92, conforme informa o gráfico 8.



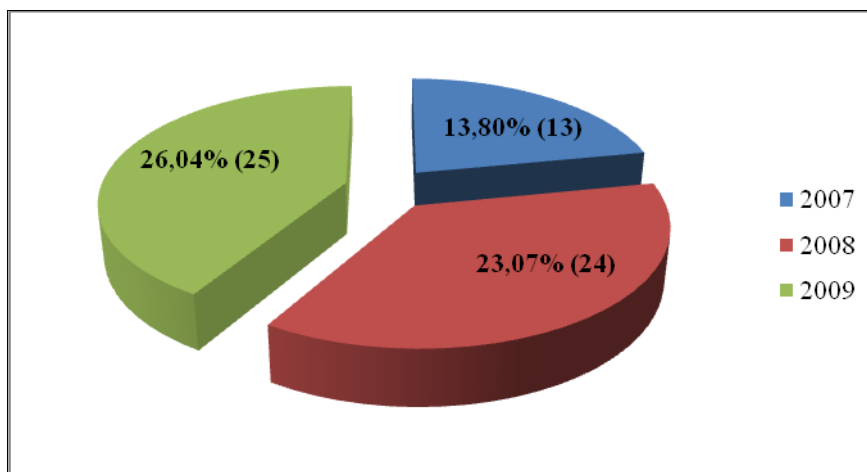
**Gráfico 9: Distribuição de Gestantes que se inscreveram no SISPRENATAL, no município de Caridade do Piauí, no período de 2007 a 2009**

De acordo com os dados do Gráfico 9, em 2007 foram cadastradas 95 gestantes no SISPRENATAL; em 2008 houve um acréscimo de 9 gestantes ficando 104 inscritas e em 2009 reduziu esse número para 96.



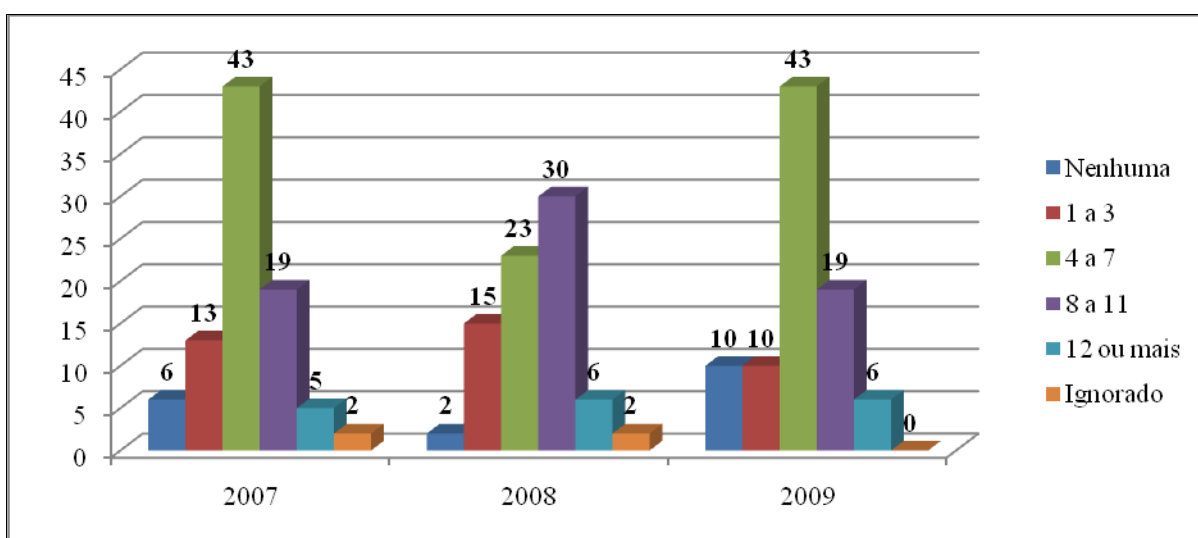
**Gráfico 10: Porcentagem de Gestantes segundo faixa etária que se inscreveram no SISPRENATAL, no município de Caridade do Piauí, no período de 2007 a 2009**

O Gráfico 10 informa que em 2007 e 2008, a maioria das gestantes estava na faixa etária de 25 a 29 com 30,86% do total, que representa o número de 91 gestantes nesta faixa etária no período; em 2009, verifica-se que a maioria concentrou-se na faixa etária de 15 a 19 anos com 26,03% do total, que representa o número de 77 gestantes.



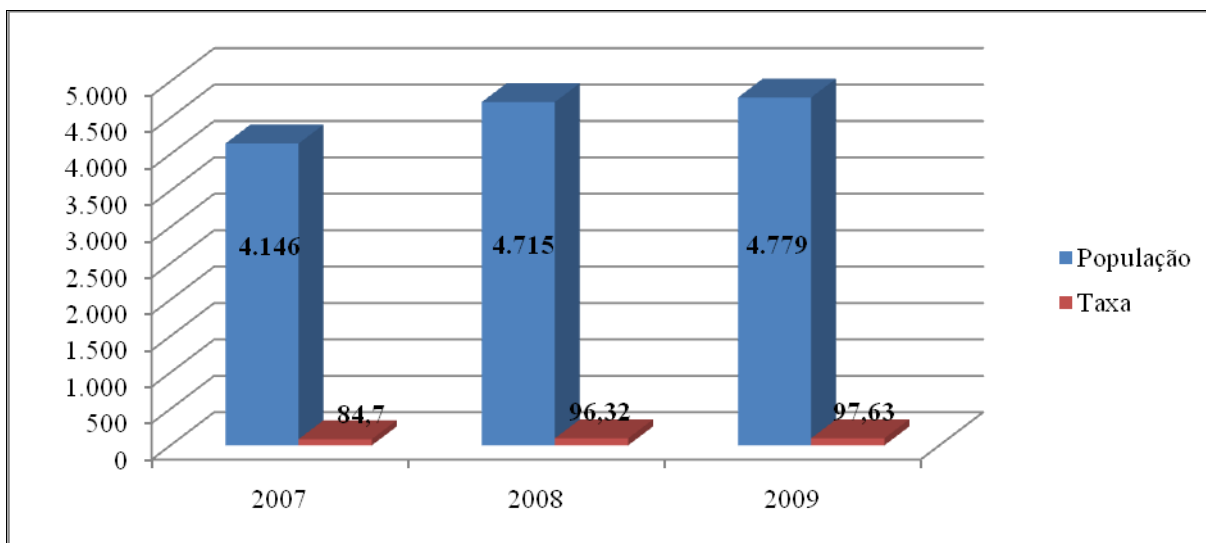
**Gráfico 11: Distribuição de Gestantes Adolescentes, no município de Caridade do Piauí, no período de 2007 a 2009.**

Neste gráfico, mostra que existiu no período de estudo, respectivamente, 13, 24, e 25 gestantes adolescentes. Em 2007 de 13,80% (13) gestantes, passou para 23,07% (24) gestantes em 2008 e para 26,04% (25) em 2009.



**Gráfico 12: Distribuição das mães, segundo escolaridade em anos, no município de Caridade do Piauí, no período de 2007 a 2009**

No gráfico 12 observam-se dados de distribuição de gestantes quanto à escolaridade. Em 2007, verifica-se que a maioria das gestantes possuía de 4 a 7 anos de estudo; em 2008 a maioria das gestantes tinha de 8 a 11 anos de estudo e em 2009 a maioria informaram 4 a 7 anos de estudo.



**Gráfico 13: População e Taxa de Natalidade, no município de Caridade do Piauí, no período de 2007 a 2009.**

O Gráfico 13 mostra que em 2007 a taxa de natalidade esperada era de 84,7 nascimentos para uma população estimada de 4.146 habitantes e ocorreram 85 NV; em 2008 foram estimados 96,32 nascimentos e população de 4.715 habitantes e só ocorreram 85 NV e em 2009 estava estimada uma taxa de 97,63 nascimentos e população de 4.779 e nasceram 83 NV.

## DISCUSSÃO

Com base nos dados apresentados, observa-se que no município houve um crescimento progressivo no número de consultas; o que não acompanhou necessariamente um aumento no número de gestantes. Sendo que nos três anos de estudo da série, não se conseguiu atingir a média preconizada pelo PHPN que é de 6 (seis) consultas mínimas de acompanhamento de pré-natal, sendo 6 preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação. Nos três anos, obteve-se a melhor média em 2009 com 5,5 consultas por gestante.

Observa-se que as gestantes inscritas no SISPRENATAL durante o período de 2007 a 2008, sofreram redução de 2007 com 77,03% (73) de gestantes para 52,87% (55) de gestantes em 2008 e melhorou em 2009 com uma porcentagem de 70,24% (67), mas mantendo-se com cobertura menor do que o primeiro ano de estudo. Mais uma vez reforça a situação de que muitas gestantes não estão cumprindo a agenda mínima de 6 (seis) consultas estabelecidas pelo PHPN.

De acordo com os dados levantados, verifica-se que, quando se analisa em conjunto a cobertura de 6 consultas, a realização da consulta de puerpério e todos os exames básicos em 2007, houve melhor porcentagem de 85,37% (81) em relação a 2008 com 37,14% (39) e 2009 com 65,38% (63) com relação as gestantes que cumpriram a agenda básica. Esses dados seguem mostrando que o município não vem alcançando o que está preconizado pelo PHPN como as 6 consultas, sendo iniciadas no 1º trimestre de gravidez e uma consulta de puerpério até 42 dias após o parto. Também preconiza que todas as gestantes devem realizar exames laboratoriais: ABO, Rh, VDRL, Urina, Glicemia de Jejum, HB/HT e Anti-HIV, HBsAg, Toxoplasmose; que receba a vacinação anti-tetânica.

Verificando a cobertura das sorologias anti-HIV e VDRL em gestantes inscritas no período de 2007 a 2009, desvinculando da cobertura das 6 (seis) consultas e imunização antitetânica, observa-se que o exame anti-HIV teve um aumento sucessivo, chegando a 98,84% (95) em 2009, partindo de 54,55% (52) em 2007 e 86,49% (90) em 2008. Com relação ao exame de VDRL em gestantes, iniciou com 90% (85) de cobertura em 2007, caiu percentualmente em 2008 para 82,93% (86) e recuperou para 92,54% (89) em 2009, acima da porcentagem do primeiro ano da série de estudo.

Essa cobertura é importante que se aproxime dos 100%, pois se sabe que o VDRL diagnostica a sífilis em gestante, doença que leva a transmissão vertical, resultando em diversas complicações obstétricas e no período neonatal. Segundo boletim epidemiológico do Piauí, 2008, a sífilis congênita continua sendo um grave problema de saúde pública, pois apresenta as maiores taxas de transmissão. É estimada uma prevalência da infecção em gestantes de 1,6% em 2004 para o Brasil e para o nordeste de 1,9% de sífilis em gestantes (PIAUI, 2008).

Avaliando o número e porcentagem de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gestação, observa-se que a melhor entre as taxas foi obtida no ano de 2008 com 87,18% (91) gestantes. Houve uma queda em 2009 para 82,61% (79) gestantes, mas continuou acima dos 80%.

Diante dessa porcentagem de coberturas, constata-se que no Município de Caridade do Piauí, as gestantes, estão, em sua grande maioria, sendo captadas de forma precoce, como recomenda o Ministério da Saúde, de que a assistência ao pré-natal tem como objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez preconiza que o pré-natal deve ser iniciado no 1º trimestre da gravidez visando avaliação da pressão arterial, presença de edema, controle de peso, altura uterina, movimentos do feto e dos batimentos cardíacos fetais, vacinação contra tétano, suplementação férrica, realização de exames e controle de complicações clínicas.

Quanto à taxa de cesariana, no período de 2007 a 2009, o município obteve valores acima do recomendado pela OMS que é de 15%. O município pactuou para os anos de 2008 e 2009 uma taxa de 27,0%, na tentativa de reduzir essa taxa no município. E obteve nesses anos, respectivamente, um aumento para 37,7% (39) e 28,8% (28 partos).

Observa-se que o ano de 2009 melhorou em relação ao ano de 2008, mas não em relação a 2007. É interessante ressaltar que a taxa de cesarianas pactuada no Pacto pela Saúde para Piauí em 2007 foi de 29,40%. E, segundo Chaves Netto (2007), o coeficiente nacional de cesarianas de 36,4% acima do recomendado pode responder por parte da mortalidade materna no Brasil.

Os dados mostram também que os óbitos maternos de 2007 a 2009, apresentaram valores respectivos de 01, 00 e 01 óbito. E, segundo biblioteca virtual, o CMM quando calculado em municípios de pequeno porte do Norte e Nordeste, apresenta valores de difícil compreensão, tendo em vista a população ser menor do que 100.000 hab. Neste cálculo em 2007 o município apresentou um coeficiente de 1.176,64 óbitos por 100.000 nascidos vivos; em 2008 não houve nenhum óbito materno e em 2009 apresentou um coeficiente de 1.204,81 óbitos materno por 100.000 NV. Para a OMS está preconizado um CMM inferior a 20/100.000 NV; sendo considerada baixa quando atinge valores semelhantes a coeficientes de países desenvolvidos, 4 a 8/100.000 (BRASIL, 2006).

Analisando a proporção de gestantes imunizadas com a vacina antitetânica, os resultados mostraram que o município vem mantendo boa cobertura vacinal. De acordo com o PHPN, considera-se imunizada à gestante que recebeu pelo menos

duas doses de vacina antitetânica no pré-natal, sendo que a segunda deve ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto.

O esquema é de 03 doses para as mulheres sem esquema anterior; e um reforço para quem recebeu há mais de cinco anos. Esse indicador representa o grau de prevenção do tétano neonatal, portanto mede a qualidade da atenção pré-natal no município.

De 2007 a 2008 houve um acréscimo de 9 gestantes no número de gestantes que se inscreveram no SISPRENATAL. De 2008 a 2009 ocorreu uma redução em número absoluto de 8 gestantes. Isso pode ser explicado pela melhoria das ações de planejamento familiar.

Observa-se que em 2007 e 2008, a maioria das gestantes estava na faixa etária de 25 a 29 com 30,86% do total, que representa o número de 91 gestantes nesta faixa etária no período; em 2009, verifica-se que a maioria concentrou-se na faixa etária de 15 a 19 anos com 26,03% do total, que representa o número de 77 gestantes.

Em todo o período foi registrado gestante com idade acima de 45 anos, mas em baixa percentagem. E nenhuma gestante foi cadastrada com idade a partir de 50 anos. De acordo com Manual Técnico do Ministério da Saúde, gestação em mulheres menor que 15 e maior que 35 são fatores de risco para a gravidez atual.

Também Chaves Netto (2007) relacionam vários fatores de risco, classificados como biológicos, incluindo idade reprodutiva precoce ou tardia. Esse número de gestantes acima de 35 anos, que se expressa em média de 11,5% do total de gestantes do período estudado (34 gestantes), pode sugerir a atual situação da mulher no mercado de trabalho, que a obriga a postergar a maternidade em função do trabalho e estudo.

Analisando a gestação na adolescência, observou-se, no município um aumento sucessivo na porcentagem de gestantes adolescentes, no período de 2007 a 2008. Essa tendência é uma situação de alerta, pois o Ministério da Saúde considera gestação de risco a que ocorre em extremo de faixa etária. Sabe-se também que adolescente grávida, na grande maioria das vezes não possui amparo familiar e social. A gravidez na adolescência observa-se que contribui para evasão escolar. Outros fatores sócio-econômicos e mesmo biológicos pela imaturidade dos órgãos reprodutivos acabam influenciando a gestação favorecendo complicações.

Quanto aos dados de distribuição de gestantes segundo anos de escolaridade, em 2007, verifica-se que a maioria das gestantes possui de 4 a 7 anos de estudo; em 2008 a maioria das gestantes tinha de 8 a 11 anos de estudo e em 2009 a maioria informou 4 a 7 anos de estudo. Esse indicador é importante, pois segundo Ministério da Saúde é fator de risco para a gestação a baixa escolaridade, ou seja, menor que cinco anos de estudo regular (BRASIL, 2006).

## **COCLUSÃO**

Após o levantamento dos dados, pode-se considerar que, nos últimos três anos aumentou o número de consultas de pré-natal, que pode ser devido ao maior empenho das equipes de saúde da atenção básica, que vem realizando busca ativa das gestantes para participarem do pré-natal.

Essa busca ativa pode explicar o fato da maioria das gestantes, no período do estudo, terem iniciado o pré-natal no primeiro trimestre, com aumento sucessivo na cobertura de sorologia Anti-HIV e VDRL, e mais de 90% das gestantes foram imunizadas contra o tétano.

Dessa forma pode-se observar que o Programa de Imunização no município tem desempenhado ações efetivas junto às gestantes contribuindo para as boas coberturas vacinais dessa população. Por outro lado, concluiu-se que nem todas as gestantes conseguiram atingir a média de consultas preconizada pelo Ministério da Saúde que é de 6 consultas mínimas.

Tanto o CMM em 2007 e 2009 e as taxas de cesarianas nos três anos de estudo apresentaram-se acima do recomendado pela OMS. Essa taxa de cesariana infelizmente reflete o fato da UBS no município não contar com instalação de sala de parto normal como também reflete a dificuldade de garantia de acesso para muitas gestantes em outras referências no momento do parto. Com essa situação muitas gestantes acabam preferindo à cesariana para evitar peregrinações e literalmente convenceo profissional a programar uma cesariana, pensando estar solucionando seu problema.

Além desse, outros problemas de saúde pública foi observado no município como o aumento sucessivo na porcentagem de gestantes adolescentes, chegando a 26,04% em 2009. O Coeficiente de Mortalidade Infantil aumentou chegando a 24,09/1000NV quando a OMS preconiza um coeficiente abaixo de 20/1000 NV. Estes são indicadores que merecem atenção por parte das eSF e demais parceiros da Secretaria Municipal de Saúde, pela sua grande sensibilidade de avaliação da qualidade dos serviços de saúde e qualidade de vida do município.

Esse aumento no número de gestantes adolescentes pode refletir tanto deficiência no trabalho das equipes de saúde sobre sexualidade junto aos adolescentes, deixando um distanciamento na oferta dos métodos contraceptivos, como também o próprio tabu sobre o tema no ambiente doméstico que bloqueia qualquer tipo de diálogo entre os pais e filhos, a falsa liberdade sexual veiculada pela mídia que acaba influenciando os jovens a iniciarem cada vez mais cedo sua atividade sexual, sem qualquer amadurecimento psicológico.

Ainda em relação ao aumento do número dessas adolescentes grávidas, é importante considerar que, por questões culturais, no município muitas adolescentes contraem matrimônio nessa faixa etária, assumem uma vida conjugal estável e, ignorando seu estado de imaturidade sexual, socialmente aceitas como mulheres aptas a procriação. Ficando na gestação em situação de amparo familiar e social reduzindo de certa forma alguns riscos trazidos por uma gestação em uma adolescente solteira e sem amparo familiar.

Portanto, o município, com apoio dos níveis estadual e federal precisa estruturar os serviços de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde, com suporte laboratorial, estrutura física, equipamentos e ambiência, implantando as salas de parto normal, garantindo o vínculo e a educação permanente dos profissionais da atenção básica, apoiando e oportunizando a prática da Enfermagem Obstétrica para que os Enfermeiros possam atuar na área da saúde da mulher prestando uma assistência humanizada, competente e de qualidade, conforme protocolos clínicos baseados em evidências científicas. Somente diante dessa realidade proposta é que se poderá pensar em um município com melhores indicadores de saúde e qualidade de vida desta população.

## **REFERÊNCIAS**

**ABENFO-PI-Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras.** Disponível em: <[abenfopi.com.br](http://abenfopi.com.br)>. Acesso em: 05 de abril de 2009.



BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BOETE, A. **Metodologia científica e contemporânea para universitários e pesquisadores**. Rio de Janeiro: Brasport, 2004.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal – CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 ago. 1999.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 128 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 199 p.

\_\_\_\_\_. **Planejamento Familiar: manual para o gestor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 80 p.

\_\_\_\_\_. **Pré-Natal e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. 4ª ed. Brasília, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Manual dos comitês de prevenção dos óbitos infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 60 p.

\_\_\_\_\_. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6ª ed. Brasília: FUNASA, 2005a.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 426/GM, de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 mar. 2005b.

\_\_\_\_\_. Caderno de Atenção Básica nº 13 – **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 96p.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 63 P.

\_\_\_\_\_. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 72 p.

\_\_\_\_\_. 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, 2006c. 159 p.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Lei Maria da Penha:** lei n. 11340, de 7 de agosto de 2006: coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006d.

\_\_\_\_\_. **Marco Teórico e Referencial: saúde sexual reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 56 p.

\_\_\_\_\_. **Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 180 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 106 p.

\_\_\_\_\_. REDE Intergencial de informação para a saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008a, 349p.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Dados do Município de Caridade - PI.** Prefeitura Municipal de Caridade do Piauí. Piauí, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Comitê de Mortalidade Materna.** 2ª ed. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. **Saúde na Escola.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 93p.

\_\_\_\_\_. **Revista Brasileira Saúde da Família**-Ano XI, n 25(jan/mar,2010) Brasília:Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Entrevista com Ministro Alexandre Padilha.** Revista Brasileira Saúde da Família-Ano XII, n 28(jan/abr, 2011) Brasília:Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Auto-avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica:** AMQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARIDADE. Secretaria Municipal De Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2009 a 2012.** Caridade do Piauí, 2009.

\_\_\_\_\_. **Protocolo para Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis.** Caridade do Piauí, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informação Atenção Básica- SIAB.** Caridade do Piauí, 2009b.

\_\_\_\_\_. **Relatório Municipal de Gestão-2009**. Caridade do Piauí, 2010.

\_\_\_\_\_. **Relatório Municipal de Gestão-2010**. Caridade do Piauí, 2011.

CAVASIN, S. **Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos**: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social: relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: ECOS, 2004.

CERVO, A. L. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.

CHAVES NETTO, H. **Obstetrícia Básica**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

CORRÊA, S; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. de M. **Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.) **Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, p. 27-62.

DUCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências científicas**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 1600 p

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LADEIRA, Fernando. **A luta pela inclusão e pela igualdade**. Revista Brasileira Saúde da Família-Ano XI, n 27 (jul/dez 2010), Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p.24-25.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LIMA, Carlos Bezerra de (organizador). **Dispositivos legais norteadores da prática de Enfermagem**. 2ª ed. João Pessoa: 2007, 283 p.

MARTINI, Jussara Gue. **Implantação do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre**. **Revista Brasileira De Enfermagem**, Brasília: ABEn, v.53, n. especial, p.71-76, dez. 2000.

OBA, M. D. V; TAVARES, M. S. G. **Análise da mortalidade materna no município de Ribeirão Preto – SP- no período de 1991 a 1995**. **Rev.Latino-americana de Enfermagem**; v. 9, n.3, maio/2001, p 70-76.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 269-288.

PIAUI. Secretaria Estadual da Saúde. **Saúde da Mulher**. Teresina: Piauí, 2006.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico de AIDS, Sífilis em Gestante e Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV**. Teresina, 2008.

\_\_\_\_\_. **Informativo de Saúde da Mulher**. Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher. Teresina, 2009.

PIRES, Denise Elvira Pires. Programa Saúde da Família: entrevista. **Revista Brasileira De Enfermagem**, Brasília:ABEn, v.53, n. especial, p.7-16 ,dez. 2000.

RESENDE, C. H. A *et al.* Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil,1997. **Rev. de Saúde Pública**: v.34, n.4, p. 323-328, agosto. 2000.