

## 13ª JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

# ENFERMAGEM

### A CORRELAÇÃO ENTRE PREMATURIDADE E ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL – ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

<sup>1</sup>Vanessa Cristina de Vasconcelos Grossi (PIBIC/ CNPQ) ; <sup>1</sup>Raquel de Moraes Alves (IC/UNIRIO); <sup>2</sup>Inês Maria Meneses dos Santos (orientadora; Doutora em Enfermagem; professora adjunta DEMI/UNIRIO) ; <sup>3</sup>Débora de Souza Barbosa da Silva (Residente em Enfermagem- SMS/ UERJ).

1- Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

2- Departamento de Enfermagem Materno Infantil, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

3- Secretaria Municipal de Saúde-RJ e Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

Apoio Financeiro: CNPq.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica; pré-natal; prematuridade.

#### INTRODUÇÃO

A prematuridade compreende o nascimento do conceito com idade gestacional menor que 37 semanas, que pode ser ocasionada por diversos fatores que envolvem o conceito e a gestante. Em alguns casos, esses fatores de risco, podem ser identificados e manejados através de uma assistência pré-natal adequada. Porém, mesmo com todos os avanços nessa área, houve um número crescente de nascimentos prematuros no Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o país é o décimo do mundo com maior número de partos prematuros sendo 279 mil no ano de 2010 e a mortalidade neonatal corresponde a 60-70% da mortalidade infantil. Embora o acesso ao pré-natal seja praticamente universal, a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória. As ações de educação em saúde muitas vezes não levam em consideração as necessidades reprodutivas e sexuais de mulheres e homens, em especial o público adolescente e jovem que precisa de aconselhamento adequado para o aprendizado e o exercício de uma vida sexual e reprodutiva saudável e responsável. A rede de serviços de apoio diagnóstico para a realização dos exames recomendados durante a gravidez nem sempre contempla a necessidade dos Municípios. Em muitos lugares a mulher possui dificuldades em relação a encontrar uma unidade de saúde para realizar o devido acompanhamento do parto, nascimento e puerpério. Por esses motivos, em 2011 foi lançada no Brasil a Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada visando uma mudança nas atitudes dos profissionais à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. É fundamental fortalecer a atenção básica em saúde, na perspectiva de uma rede de atenção integrada, em todos os seus princípios, de modo que tenha capacidade maior de cuidar da gestante de forma integral em todo ciclo gravídico-puerperal. Nessa perspectiva existem vários aspectos a serem observados para se considerar o pré-natal qualificado estabelecido pela Rede Cegonha. O primeiro, diz respeito a captação precoce da gestante, para que isso seja possível, as equipes de atenção básica, com o apoio do gestor municipal, devem atuar junto às mulheres em idade fértil, com atenção especial para adolescentes e jovens, no planejamento reprodutivo e no reconhecimento dos sinais de gravidez. Outro aspecto que deve ser garantido, sendo um princípio da Rede Cegonha, é a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto. Para que o pré-natal seja qualificado, é indispensável que o sistema de informação seja alimentado e que os relatórios parciais sejam utilizados como subsídio para a tomada de decisão e melhoria do processo de trabalho. No âmbito da Rede Cegonha será utilizado, é utilizado o Sisprenatal WEB e a garantia de apoio financeiro ao deslocamento das gestantes para a realização das consultas de pré-natal e para o local onde será realizado o parto. Esse apoio é muito importante para estimular a gestante a iniciar o pré-natal o mais precocemente possível e a realizar as consultas e os exames de pré-natal preconizados no protocolo da atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

#### OBJETIVO

Identificar as possíveis causas de prematuridade, correlacionando com a assistência pré-natal das mulheres que tiveram parto prematuro em um Hospital Universitário do município do Rio de Janeiro.

#### METODOLOGIA

Estudo descritivo, de natureza quantitativa realizado no período de Agosto de 2013 a Março de 2014. O estudo teve como cenário a maternidade de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. Obedeceu às recomendações da Resolução 466 de 2012, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro em Pesquisa tendo parecer nº 109.934. Os participantes foram 20 puérperas que possuíram filhos prematuros durante o período de realização da pesquisa. Foi utilizado um questionário estruturado contendo questões abertas realizado por meio de entrevista. O processo analítico adotado foi a análise estatística descritiva e não probabilística por meio da porcentagem dos dados.

#### RESULTADOS

A faixa etária das mulheres entrevistadas está entre 16 e 41 anos, sendo a predominante de 16 a 20 anos (45%), sendo que 5% dos entrevistados apresentam mais de 40 anos. A média das idades das entrevistadas é 24 anos, a mediana das idades é 22 anos e a moda é 18, 20 e 22 anos. Das 20 entrevistadas, 20 % possuem

### 13ª JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

como escolaridade Ensino fundamental incompleto, 5 % possui Ensino fundamental completo, 40% possuem ensino médio incompleto e 35% possuem ensino médio completo. Quanto aos dados obstétricos, 15% apresentaram abortos prévios e 55 % tiveram seus filhos através do parto cesáreo. Quanto à realização do pré-natal, 95% das entrevistadas afirmaram ter realizado, porém, 75% fizeram 6 ou mais consultas e 5% não realizou o pré-natal. A média, mediana e moda do número de consultas realizadas são 6. Somente 40% dos entrevistados afirmaram que o pré - natal foi realizado através de consultas intercaladas entre médico e enfermeiro, 45% somente pelo médico e 10% pelo enfermeiro. Em relação aos exames que devem ser realizados durante o pré- natal, 15 % não realizaram todos os exames preconizados, 5% não realizaram o parasitológico de fezes e 10% não realizaram o de tipagem sanguínea e fator RH. Em relação à descoberta de doenças no pré-natal, 70% dos entrevistados, foram diagnosticadas com alguma doença durante o pré-natal sendo 50% delas relacionadas à prematuridade, sendo elas: doença hipertensiva exclusiva da gravidez e crescimento intrauterino restrito (5%), doença hipertensiva exclusiva da gravidez e infecção do trato urinário (10%), infecção do trato urinário (15%), infecção dentária e infecção do trato urinário (5%), crescimento intrauterino retardado (5%), vaginite bacteriana (5%), vaginite bacteriana e infecção do trato urinário (5%). Quanto a história patológica pregressa 40% apresentaram doenças que possuem relação com a prematuridade (infecções urinárias recorrentes e hipertensão arterial), todas realizaram o tratamento tanto antes quanto durante o pré-natal e 55% apresentaram intercorrências no pré- natal. Quanto a idade gestacional dos recém-nascidos, 45% foram pré-termos limítrofes, 50% foram pré-termos moderados e 5% pré-termo extremo. A média e mediana das idades gestacionais foram 34 semanas e a moda 35 semanas. A partir dos dados obtidos com a pesquisa, observa-se que como marcante a maior porcentagem de entrevistadas entre 16 e 20 anos, fato este que tem interferência direta quando se repensa a gravidez na adolescência como fator de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais, em especial a prematuridade. Fato este que ganha destaque devido a sua correlação direta como causa da mortalidade infantil, sendo responsável por 61,4% das causas perinatais, o que confere as intervenções relacionadas a seu manejo e controle uma importância fundamental (SINASC, 2003). As intercorrências relativas à gravidez nesta época da vida se potencializam quando associadas a condições socioeconômicas e geográficas, bem como à fragilidade da estrutura familiar e dificuldade de acesso aos serviços assistenciais. Outro fator que merece atenção através da pesquisa, a baixa escolaridade, está em sua maioria associada ao baixo padrão socioeconômico. O nível de escolaridade interfere diretamente nas condições de vida e saúde das pessoas e confirma a correlação existente: quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade de entendimento da necessidade de cuidados especiais durante a gestação, levando ao início tardio e ausência ao pré-natal, alimentação inadequada e hábitos e vícios incompatíveis com a gravidez, o que pode gerar consequências biológicas tanto para a gestante quanto para o recém nascido. Em relação ao acompanhamento pré natal preconizado pelo Ministério da Saúde em 2012, através do Manual de atenção ao pré-natal de baixo risco, a maioria das mulheres entrevistadas relataram ter realizado 6 ou mais consultas de pré-natal porém, 20% das entrevistadas realizaram menos de 6 consultas e 5% não realizou nenhuma consulta e o motivo foi o acompanhamento tardio associado, a dúvida em ter ou não o filho atrelado a interferência de condições familiares. O início do acompanhamento precoce proporciona o rastreamento através de métodos diagnósticos e terapêuticos, acarretando em detecção rápida e possível realização do tratamento necessário à doença. O Ministério da Saúde através do Programa de Humanização do Pré- natal e nascimento preconiza o início do acompanhamento pré- natal até o quarto mês de gestação, no mínimo 06 consultas com 01 consulta no primeiro trimestre da gravidez, 02 no segundo e 03 no terceiro trimestre (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Em relação a realização do pré- natal, o Ministério da Saúde preconiza uma série de exames complementares, incluindo os relacionados ao sangue, urina e fezes durante a primeira consulta, em especial a partir das entrevistas, uma entrevistada não realizou a tipagem sanguínea e o fator RH e outra o parasitológico de fezes. Em relação ao preconizado também, em relação as consultas, as mesmas devem ser realizadas intercaladas por médico e enfermeiro, observa-se que somente 40% das consultas foram realizadas corretamente. No Brasil, houve o incremento significativo da cobertura pré- natal nos últimos 15 anos, sendo a proporção de gestantes sem acompanhamento pré- natal em 2009 inferior a 2%. Observa-se ainda que o parto cesáreo é um fator relacionado a prematuridade, constituindo a maioria dos partos na pesquisa (55%). Com relação ao tipo de parto, observa-se que, nas últimas décadas, as taxas de cesarianas têm aumentado significativamente em todo o mundo 25,26, ficando cada vez mais distantes do parâmetro sugerido pela OMS de, no máximo 15%. Entre os 12 países com maiores prevalências de cesariana, o Brasil ocupou o segundo lugar, com taxa de 32% (MEHD, 2001). A prematuridade como causa de parto cesariano pode ser atribuída à idade gestacional estimada, no caso de cesáreas eletivas, por meio de exames de ultrassom, uma vez que este método apresenta cálculos que superestimam a idade gestacional, com uma margem de erro de até três semanas. Como em muitos serviços de saúde a Declaração de Nascido Vivo, que alimenta o banco do SINASC, utiliza a avaliação pelo método Capurro, a notificação sobre a idade gestacional obtida antes do parto e após o nascimento podem ser contraditórias.

### CONCLUSÃO

A partir da pesquisa, infere-se que o acompanhamento pré-natal tem sido disponibilizado para as gestantes de forma eficiente, porém a eficácia e qualidade deste pré- natal se mostra deficiente, acarretando em intercorrências evitáveis que deveriam ser diagnosticadas e tratadas adequadamente durante a gestação culminando em um trabalho de parto prematuro com riscos para a gestante e para o recém- nascido. As principais causas de prematuridade foram a faixa etária das entrevistadas, a escolaridade, abortos prévios, o predomínio do parto cesáreo além de aspectos relacionados a assistência pré-natal como o número de consultas inferior a 6; a não realização conjunta do pré-natal por enfermeiros e médicos; a não realização de todos os exames complementares preconizados; doenças patológicas progressas e intercorrências no pré-natal. A prematuridade ainda representa fator de risco preponderante para mortalidade infantil, sendo essencial o conhecimento e análise de indicadores assistenciais como, por exemplo, através do acompanhamento pré-natal, para planejamento e adequação da assistência prestada com vistas ao diagnóstico precoce e tratamento de possíveis problemas futuros com o recém- nato. O acompanhamento pré-natal foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impactos para a saúde materna e neonatal. Inúmeras barreiras ainda são encontradas no manejo correto do parto prematuro no Brasil e em especial no Rio de Janeiro, devido a eficácia do pré- natal realizado, no que diz respeito as condições

### 13ª JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

de realização pelos profissionais de saúde, as condições das unidades de saúde além do acesso aos serviços de saúde e as condições socioeconômicas das gestantes, sendo estes fatores traduzidos nos índices alarmantes ainda presentes de parto prematuros. Existem muitas mudanças na assistência pré-natal que devem ser realizadas visando a modificação desses índices. A implantação da rede cegonha, em especial o projeto Cegonha Carioca, já contempla o estado do Rio de Janeiro, em particular o hospital cenário da pesquisa, porém ainda não é realidade de muitas unidades básicas de saúde, porém, já vem acarretando em mudanças importantes na situação das gestantes pertencentes às áreas programáticas responsáveis pelas unidades de saúde contempladas. Mudanças no que diz respeito ao papel dos profissionais presentes nesta fase da vida da mulher também se fazem necessárias, em especial, destaca-se o papel do enfermeiro, tendo como principais funções: orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta); realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a); solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal; realizar testes rápidos; prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal; orientar a vacinação das gestantes através das vacinas necessárias a esse período; identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica ou ao serviço de referência; realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico; desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera); orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade no período gravídico- puerperal; orientar as gestantes sobre a importância da adesão ao pré-natal e a periodicidade das consultas; realizar busca ativa das gestantes faltosas; realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL, DATASUS. Implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. 2000. Disponível em: <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php>. Acesso em 10 de junho de 2013. Sem data; BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Manual de Assistência ao Recém-nascido. Brasília: Ministério da Saúde, 1994; BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010; BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 1.ed. vol 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Nacional de Nascidos Vivos. SINASC. Brasília. 2003. Acesso em 10 de junho de 2013; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual prático para implementação da Rede Cegonha, 2011; CASCAES, A.M. et al Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(5):1024-1032, Maio, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/09.pdf>. Acesso em 16 de Março de 2014. ; RADES, E. BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. Rev bras ginecol obstet. v.26, n.8, p. 655-662, 2004; MEHD,Y. et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência do parto. Rev Saúde Pública 2001; 35:202-6.