

ADESÃO AO PRÉ-NATAL E PREMATURIDADE: ANÁLISE DOCUMENTAL ENTRE RECÉM-NASCIDOS DE UMA UTI

Diana de Souza Soares

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciências - FTC, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. E-mail: diana_85piata@hotmail.com

Juliana Xavier Pinheiro Cunha

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz- UESC; Pós-Graduada em Terapia Intensiva pela Faculdade Internacional de Curitiba em convênio com o Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão; Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: julianaxcunha@gmail.com

RESUMO: Este estudo possui como objetivo investigar a relação existente entre a adesão às consultas de pré-natal e a prematuridade entre os recém-nascidos admitidos na UTI neonatal. Trata-se de uma análise documental realizada em 147 prontuários de crianças admitidas no período de janeiro a julho de 2010, na UTI neonatal de um hospital municipal de Vitória da Conquista, Bahia. Verificou-se que existe de fato uma relação entre a prematuridade e a adesão das gestantes ao pré-natal, pois, apesar de a maioria das genitoras, durante o período gestacional, ter tido acesso às consultas, a assiduidade não foi verificada na maior parte delas. Aliado a isso, destacou-se o alto índice de gestantes que não realizaram todos os exames de rotina preconizados pelo Ministério da Saúde durante a gestação. Desta forma, mostra-se necessário que os gestores invistam mais na conscientização da mulher em idade fértil sobre a importância da realização adequada do pré-natal para a prevenção da prematuridade, pois o custo de um pré-natal de qualidade é irrisório se comparada às dispendiosas internações de RN em uma UTI, bem como os gastos com os tratamentos recorrentes que a prematuridade pode implicar ao longo da vida dessas crianças.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Cuidado Pré-Natal; Prematuro.

ADHESION TO PRE-NATAL TESTS AND PREMATURITY: DOCUMENTAL ANALYSIS BETWEEN RECENTLY-BORN CHILDREN AND ICU

ABSTRACT: Current analysis investigates the relationship between adherence to pre-natal visits and tests and prematurity among recently-born children in the neonatal intensive care unit. A documental analysis was performed in 147 clinical charts of children hospitalized in the Neo-natal ICU of a municipal hospital of Vitoria da Conquista BA Brazil between January and July 2010. A relationship exists between prematurity and the adherence of pregnant women to pre-natal tests. Although pre-natal visits were available to most mothers during pregnancy, most failed to be assiduous. It should be emphasized that a high rate of pregnant mothers failed to undergo all routine pregnancy tests recommended by the Ministry of Health. Health managers should invest more in conscience-raising in fertile females for pre-natal tests in the context of avoidance of premature children. In fact, costs of pre-natal exams are lower than hospitalization costs

of recently-born children in ICUs. Similar comments may be made on expenditures in treatments derived from prematurity throughout the children's life.

KEYWORDS: Neonatal Intensive Care Unit; Pre-Natal Care; Premature Children.

INTRODUÇÃO

No âmbito hospitalar, a Unidade de Terapia Intensiva é um dos setores que mais concentra alta tecnologia, principalmente no que se refere às unidades de alta complexidade especializadas, como as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Elas são capazes de restituir a saúde, aumentar a taxa de sobrevivência e minimizar o impacto de certas doenças na vida do neonato e, por isso mesmo, vem ajudando a melhorar os índices de mortalidade infantil no Brasil (ARAÚJO et al., 2005).

Apesar de o país ter avançado positivamente na redução dos índices de mortalidade infantil, especialmente na última década, verifica-se que, dentro deste grupo, a mortalidade neonatal é a que apresenta o declínio mais lento. Ao contrário dos países desenvolvidos, onde as causas do óbito neonatal são mais complexas, como as malformações congênitas, no Brasil as causas da mortalidade neonatal denotam precariedade em nível de atenção primária, no acesso principalmente aos serviços especializados de alta complexidade e na qualidade dos serviços prestados (PEDROSA, SARINHO, ORDONHA, 2005).

A fim de diminuir o número de complicações materno-fetais e a prematuridade, o pré-natal, dentro da atenção primária, se constitui no meio bastante eficaz. Estudos realizados por Soares e Menezes (2010) demonstram que existe uma relação inversamente proporcional entre a taxa de prematuridade e o número de consultas de pré-natal, conseqüentemente reduzem-se os custos com tratamentos mais complexos durante a gestação e após o parto.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem estimulado a implantação de programas como

o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que vem contribuindo para a diminuição dos índices de prematuridade. Contudo, a cobertura do programa e a adesão das gestantes às consultas de pré-natal ainda precisam ser melhoradas, se mostrando precárias em boa parte do país (SOARES; MENEZES, 2010).

Escolher meios que exijam menos investimento financeiro não significa diminuir a qualidade da saúde prestada, muitas vezes os problemas, que levam os recém-nascidos a necessitar de recursos altamente dispendiosos e que podem ser evitados com investimentos significativamente menores na atenção primária. Um exemplo disso é o programa de pré-natal, que pode ser realizadas com tecnologia simples e eficiente e que contribui na diminuição de complicações, tanto para a mãe quanto para o feto, incluindo a redução dos fatores de risco que levam ao parto pré-termo (VIDAL, 2008).

Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo é investigar a relação existente entre a adesão às consultas de pré-natal e a prematuridade entre os recém-nascidos admitidos na UTI neonatal.

2 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, documental, com abordagem quantitativa, realizado numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital municipal de Vitória da Conquista, Bahia, de médio porte, considerado referência em tratamento gestacional de alto risco e tratamento intensivo neonatal.

A coleta de informações ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2010. Foram pesquisados 147 prontuários de crianças admitidas no período de janeiro a julho de 2010 na UTIN, após aprovação da Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.

Para a investigação foram utilizados os seguintes dados: idade gestacional ao nascimento, peso ao nascer, número de consultas de pré-natal realizadas, causa da internação na UTI, tempo de

permanência na unidade, exames realizados durante o pré-natal, grau de escolaridade e idade da genitora.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreender as características da demanda atendida na UTI neonatal do hospital em estudo, os RNs foram classificados de acordo com a causa de internamento, o tempo de permanência UTI, idade gestacional e peso ao nascimento conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 Caracterização da amostra dos RNs internados na UTI neonatal durante o período de janeiro a junho de 2010 (N= 147).

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	%
Principais causas de internamento		
Prematuridade	96	65
Consequências da prematuridade	21	14
Outras causas	31	21
Idade gestacional ao nascimento		
< 30 semanas	22	15
Entre 30-37 semanas	95	65
> 37 semanas	30	20
Peso ao nascer		
< 1.500 g	42	29
1.500-2.500 g	66	45
> 2.500 g	39	27
Tempo de permanência na UTI		
< 15 dias	46	31
15-30 dias	41	28
> 30 dias	60	41

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação às causas da internação houve destaque para a prematuridade e para as complicações dela advindas 80% (N=117). Constatou-se um alto percentual de RNs que se enquadram na prematuridade extrema, 15% (N=22) e moderada 65% (N=95).

“A prematuridade é um dos grandes problemas que a obstetrícia ainda não resolveu, e responde por 80% da mortalidade perinatal, excluídas as malformações congênitas, e pela maioria das seqüelas dos sobreviventes” (MORAIS; MAUAD

FILHO, 2000, p. 124).

A assistência ao neonato no Brasil, principalmente na última década tem evoluído positivamente, acompanhando a tendência mundial. Esses avanços nos cuidados intensivos com o RN têm possibilitado maior sobrevida aos prematuros extremos e àqueles portadores de malformações, antes consideradas incompatíveis com a vida (COSTA, PADILHA, MONTICELLI, 2010). No entanto, apesar desses avanços, a prematuridade ainda é considerada um grande problema de saúde pública.

Considera-se prematuro todo e qualquer RN que nasça com algum sinal de vida, com idade gestacional (IG) maior que 20 semanas e menor que 37 semanas a contar da data da última menstruação e, segundo os autores, o nascimento prematuro é a consequência do descontrole do organismo materno e constitui uma das principais causas de mortalidade perinatal (MORAIS; MAUAD FILHO, 2000).

Para Brasil (2006), conceitua-se pré-termo a gestação cuja duração foi entre 22 e 37 semanas, pois se a expulsão do feto ocorrer antes de 22 semanas é classificada como aborto.

A classificação dos RNs prematuros, segundo a idade gestacional (IG), é importante para que a equipe esteja preparada para atender o RN com seus respectivos problemas, típicos de cada IG. Para isso a prematuridade foi dividida em: prematuridade limítrofe, gestação de 35 a 36 semanas; prematuridade moderada, gestação de 31 a 34 semanas e prematuridade extrema, gravidez inferior a 30 semanas (MACONDES, et al., 2003).

Quando não é possível que a gestação ocorra a termo, o ideal é que se chegue o mais próximo possível, pois quando mais precocemente ocorre o parto mais se tem complicações para o RN. Correa (1994) evidencia a importância de se prevenir o parto prematuro. E, quando é impossível evitá-lo, é necessário que se trabalhe para minimizar suas consequências, prolongando ao máximo possível a idade gestacional.

Nesse sentido, Correa (1994) afirma que a

prevenção do parto pré-termo seria mais eficaz se as causas que levam a esse tipo de parto fossem devidamente esclarecidas, mas, infelizmente, ainda não é uma realidade, devido aos inúmeros entraves nos serviços de saúde com relação a uma assistência integral a gestante.

O peso ao nascimento também foi investigado como mostra a tabela 1. Pode-se verificar que 74% (N= 108) dos RNs encontram-se no grupo de risco classificado como baixo peso, menor que 2.500kg. Porém, esse já era um dado esperado partindo do princípio 80% (N=117) dos internados são prematuros. O peso ao nascer do RN prematuro está diretamente ligado à sua idade gestacional, como afirma Kenner (2001), que utiliza como um dos parâmetros para avaliar a prematuridade o peso inferior a 2.500kg.

Com relação ao tempo de permanência dos RNs na UTI neonatal, verificou-se que 41% (N=60) dos RNs permaneceram por mais de 30 dias. Isso explica os altos gastos que um RN prematuro pode gerar, visto que as UTIs são compostas por equipamentos de alta tecnologia, medicações e dispositivos caros, além de uma equipe multiprofissional de atuação contínua, tudo isso acarretando alto custo (CUNNINGHAM et al., 2000).

Nesse sentido a assistência pré-natal possui um papel relevante a fim de reduzir o número de internações na UTI por prematuridade, pois, segundo Zugaib e Ruocco (2005), ela contribui para prevenção de complicações materno-fetais, reduzindo consideravelmente a quantidade de nascimentos de RNs prematuros.

Tabela 2 Distribuição das genitoras de RNs prematuros segundo idade, grau de escolaridade e realização de pré-natal (N=117).

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	%
Escolaridade das mães conforme anos de estudo		
Nenhuma	1	1
1- 3 anos	6	5
4-7 anos	52	44
8-11 anos	57	49
Sem informação	1	1
Idade das mães		
< 15 anos	1	1
15-35 anos	99	85
> 35 anos	13	11
Sem informação	4	3
Realização de pré-natal		
Realizaram pré-natal	102	87
Não realizaram pré-natal	15	13

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação à escolaridade das genitoras de RNs prematuros, a maioria, 49 % (N=57), possuía entre 8-11 anos de estudo, somente 1% (N=1) não possuía nenhum estudo (Tabela 2). Porém, a ficha de nascido vivo onde foi retirado esse dado é pouco específica, visto que avalia a escolaridade em anos e não em tipo de ensino (primário, fundamental, médio e superior), o que torna a informação relativamente vaga.

Percebe-se que o quesito escolaridade da amostra das genitoras não se mostrou determinante para a prematuridade durante o período pesquisado, contrastando com estudo realizado por Soares e Menezes (2010), que revelou uma relação diretamente proporcional entre a baixa escolaridade ou o analfabetismo com a grande incidência de prematuridade.

Outra variável, a idade materna, não foi identificada nesta pesquisa como fator de risco para prematuridade, pois a maioria das genitoras de RNs prematuros, 85% (N=99), tinha entre 15 e 35 anos durante a gestação, ou seja, estavam fora dos extremos de idade conforme o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde, onde o grupo de risco são as

mulheres menores de 15 e as com mais de 35 anos de idade. (BRASIL, 2006).

Com relação ao pré-natal constatou-se que a maioria das mães dos Rns internados na UTI realizou pelo menos uma consulta durante a gestação. Porém, existe um número mínimo de consultas que a gestante deve realizar para que a gravidez possa transcorrer de maneira segura tanto para a genitora quanto para o feto.

Conforme o Ministério da Saúde o pré-natal deve acolher a mulher desde o início da gravidez, preferencialmente até 120 dias de gestação, para que ela possa realizar, até o término, o mínimo de 6 consultas, a fim de que sejam reduzidas complicações no nascimento, assegurando o bem-estar ao RN e a genitora (BRASIL, 2006).

Desta maneira, uma assistência pré-natal realizada de maneira adequada auxilia na prevenção da prematuridade, pois segundo Zugaib e Ruocco (2005), a assistência pré-natal é essencial na prevenção e identificação dos fatores de risco em tempo hábil, o que possibilita um tratamento adequado a fim de que se reduzam complicações na gestação e se contribua para o nascimento de uma criança saudável.

Para obter maiores detalhes investigou-se também, dentre as genitoras de RNs prematuros que realizaram o pré-natal, a assiduidade nas consultas. Percebeu-se que, apesar da maioria ter aderido ao pré-natal, elas o fizeram de maneira inadequada, pois o número de consultas mostrou-se insuficiente para as respectivas idades gestacionais ao nascimento (Tabela 3).

Tabela 3 Distribuição das genitoras de RNs prematuros que realizaram o pré-natal com relação à assiduidade nas consultas e realização de exames (n=102).

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	%
Assiduidade nas consultas de pré-natal		
Até 5 consultas	57	56
6 e mais consultas	45	44
Realização dos exames de rotina do pré-natal		
Nenhum	14	14
Incompleto	56	55
Todos	32	31

Fonte: Dados da pesquisa

Dentre as genitoras de RNs prematuros que fizeram o pré-natal, 56% (N=57) não o fez de forma adequada, algumas realizaram um número muito reduzido de consultas, o que pode ter influenciado negativamente as condições do parto e nascimento, inclusive nos partos pré-termos.

Apesar do número de consultas ao pré-natal estar aumentando no Brasil, evoluindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 em 2005, este número ainda se encontra abaixo do número mínimo de consultas preconizado, que é de 6 consultas (BRASIL, 2006).

Neste sentido, Soares e Menezes (2010) afirmam sobre a importância de um maior número de consultas no pré-natal como fator diretamente proporcional à redução do óbito neonatal e da prematuridade; os autores enfatizam a importância dos cuidados durante a gestação, justificando que um acompanhamento mais assíduo é capaz de identificar precocemente e prevenir ocorrências lesivas ao recém-nascido.

Zugaib e Ruocco (2005), ao descrever os resultados de um estudo com análise qualitativa da assistência pré-natal, revelaram que ocorre um risco sete vezes maior de óbito fetal no grupo de gestantes com quatro consultas ou menos de pré-natal quando comparado ao de gestantes que realizaram mais de sete consultas.

Com o objetivo de avaliar a qualidade do pré-natal, pesquisou-se sobre a realização dos exames durante o período gestacional (Tabela3). Ficou evidente que a maioria das genitoras de RNs prematuro, 55% (N=56), não realizou todos os exames de rotina e que 14,7% (N=15) não fez nenhum exame durante a gestação.

O que se percebeu durante a coleta de dados foi uma grande preocupação das genitoras em realizar exames de imagem, como a ultrassonografia, pois algumas só possuíam esse tipo de exame. Segundo o Ministério da Saúde este é um exame que tem a finalidade de determinar melhor a idade gestacional e detectar precocemente as gestações múltiplas e malformações fetais, portanto não deve substituir

os exames laboratoriais. Para isso é necessário que a gestante tenha um maior conhecimento da importância não só da adesão ao pré-natal como também da realização desses exames (BRASIL, 2006).

Os resultados obtidos são preocupantes, pois a partir de muitos desses exames é possível detectar e prevenir complicações para a mãe e para o feto durante o pré-natal e parto, inclusive com relação à prevenção do parto prematuro, visto que doenças como as infecções do trato urinário (ITU) e sífilis, que podem ser devidamente tratadas durante o pré-natal, são fatores de risco para a prematuridade.

Segundo Ministério da Saúde, alguns exames devem ser realizados na gestação, dentre eles: dosagem de hemoglobina e hematócrito; grupo sanguíneo e fator Rh (quando desconhecido); sorologia para sífilis (VDRL); glicemia de jejum; sumário de urina; sorologia anti-HIV; sorologia para hepatite B (HBsAg) e sorologia para toxoplasmose. Esses exames devem ser realizados na primeira consulta, sendo que alguns desses deverão ser repetidos no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2006).

É na Estratégia de Saúde da Família, durante as consultas de Enfermagem ao pré-natal, que são solicitados esses exames, conforme protocolo do Ministério da Saúde. Além disso, o enfermeiro é responsável por verificar se a gestante tem comparecido às consultas, conforme a periodicidade determinada. Para isso conta-se com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde para realização das visitas, buscando, assim, a adesão e o bom andamento do pré-natal.

É válido ressaltar que as questões burocráticas na realização dos exames por vezes se constituem em um entrave, pois nem sempre os respectivos resultados são entregues nos prazos determinados, o que acaba por comprometer a qualidade da assistência ao pré-natal.

Além dessas questões, o profissional enfermeiro precisa exercer com eficiência a função de educador por meio do processo de ensino em saúde, a fim de se promover a sensibilização das

gestantes sobre a importância da adesão ao pré-natal e da realização dos exames de laboratório, que muitas vezes são deixados para segundo plano, enquanto a ultrassonografia recebe papel de destaque.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a concretização deste estudo fica evidente que, apesar das gestantes terem aderido ao pré-natal, elas o fizeram de forma inadequada, pois o que se percebe é que não houve assiduidade nas consultas. A maioria, embora tenha procurado o serviço durante a gestação, não atingiu, no final desta, o número mínimo de consultas para cada idade gestacional.

Outro fator relevante com relação ao pré-natal e que se destacou foi a realização dos exames de rotina: a maioria não realizou todos os exames preconizados, o que pode ter implicado negativamente nas condições de parto e nascimento. Exames solicitados durante o acompanhamento pré-natal ajudam na identificação de agravos cujo diagnóstico em tempo hábil torna possível que sejam instituídos tratamentos adequados, prevenindo morbimortalidades.

Além disso, cabe ressaltar que o custo de um pré-natal de qualidade é irrisório se comparada às dispendiosas internações de RNs em uma UTI, bem como aos gastos com os tratamentos recorrentes que a prematuridade pode implicar ao longo da vida dessas crianças.

Portanto, faz-se necessário que se aborde a importância do acompanhamento pré-natal em outros momentos, como no preventivo, no planejamento familiar ou em qualquer outra oportunidade quando a mulher procurar os serviços de saúde, antes mesmo da gestação. É importante também ampliar esta divulgação para os meios de comunicação (televisão, rádio, jornais, revistas, entre outros) bem como nos ambientes de participação coletiva, como escolas, igrejas, associações, pois estes possuem um alcance em número superior ao atingido pela demanda espontânea assistida nas

instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, B. F. et al. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, p. 463-469, out./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000400010&lng=pt>. Acesso em: 17 ago. 2011
- BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de saúde da Mulher. **Pré-Natal e puerpério**. Brasília, DF: [s.n], 2006.
- CORREA, M. D. **Noções práticas de obstetrícia**. Belo Horizonte, MG: Coopmed, 1994.
- COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI, M. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 199-204, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100028&lng=en>. Acesso em: 15 ago. 2011. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100028>>.
- CUNNINGHAM, G. F. et al. **Williams obstetrícia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2000.
- KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Reichmann e Affonso Editores, 2001.
- MACONDES, E. et al. **Pediatria básica**. São Paulo, SP: Sarvier, 2003.
- MORAIS, E. N.; MAUAD FILHO, F. **Medicina materna e perinatal**. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 2000.
- PEDROSA, L. D. C. O.; SARINHO, S. W.; ORDONHA, M. A. R. Óbitos neonatais: por que e como informar? **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, p. 411-418, dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000400004&lng=en>. Acesso em: 15 ago. 2011. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000400004>>.
- SOARES, E. S.; MENEZES, S. M. G. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 51-60, jan./mar. 2010.
- VIDAL, S. A. Desafios, custos e consequências da morbimortalidade perinatal. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 9-10, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000100001&lng=en>. Acesso em: 22 ago. 2011. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000100001>>.
- ZUGAIB, M.; RUOCCO, R. M. S. A. **Pré-natal**. São Paulo, SP: Atheneu, 2005.

Recebido em: 20 de julho de 2012

Aceito em: 25 de novembro de 2012