

# DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE MATERNOINFANTIL NO MUNICÍPIO DE TANQUE DO PIAUÍ-PI

*Diagnosis of maternal and child health situation in the municipality of Tanque do Piauí-PI*

*El diagnóstico de la situación de salud materno-infantil en el municipio de tanque del Piauí-PI*

Artigo Original

---

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever o diagnóstico da saúde materno-infantil no município de Tanque do Piauí-PI. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e descritivo realizado por meio de levantamento epidemiológico, mediante *download* das bases de dados referentes aos anos de 2007, 2008 e 2009, dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde. As variáveis pesquisadas foram: indicadores demográficos e socioeconômicos; de mortalidade; de morbidade e fatores de risco; de recurso e cobertura; e do SISPRENATAL. **Resultados:** Com os resultados, observaram-se os principais números epidemiológicos do município, principalmente quanto à situação da saúde materno-infantil. Notou-se que ele apresenta uma situação de vulnerabilidade social, com elevada taxa de analfabetismo, péssimas condições de saneamento básico, alta taxa de gravidez na adolescência e de partos cesáreos, índice de mortalidade infantil e de nascidos vivos com baixo peso proporcionalmente significativa, e alimentação ineficiente dos sistemas de informação. **Conclusão:** Identificou-se aumento da mortalidade materna, do percentual de gravidez na adolescência, de nascidos vivos de baixo peso e de partos hospitalares.

**Descritores:** Indicadores Básicos de Saúde; Saúde da Mulher; Mortalidade Materna.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the diagnosis of maternal and child health in the city of Tanque do Piauí-PI. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive study using epidemiological survey by downloading the database for the years of 2007, 2008 and 2009 from the Ministry of Health official systems. The variables analyzed were: demographic and socioeconomic indicators; mortality; morbidity and risk factors; resource and coverage; and SISPRENATAL indicators. **Results:** With the results, the main epidemiological measures for the municipality were observed, especially regarding maternal and child health situation. It was noted a situation of social vulnerability, with high rates of illiteracy, precarious basic sanitation conditions, high rates of teenage pregnancy and cesarean deliveries, infant mortality and low birth weight rates in significant proportion, and inefficient supply of information systems. **Conclusion:** An increase in the maternal mortality rate, the percentage of teenage pregnancy, and in the number of low birth weight infants and cesarean deliveries has been verified.

**Descriptors:** Health Status Indicators; Women's Health; Maternal Mortality.

Lorena Sousa Soares<sup>(1)</sup>  
Sylvia Leite Bento<sup>(2)</sup>  
Grazielle Roberta Freitas da  
Silva<sup>(1)</sup>

1) Universidade Federal do Piauí - UFPI -  
Teresina (PI) - Brasil.

2) Secretária de Saúde de Tanque do Piauí  
(PI) - Brasil

Recebido em: 23/04/2012  
Revisado em: 22/08/2012  
Aceito em: 09/09/2012

---

## RESUMEN

**Objetivos:** Describir el diagnóstico de salud materno-infantil en el municipio de Tanque do Piauí-PI. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal y descriptivo realizado a través de un análisis epidemiológico por medio de download de las bases de datos referentes a los años 2007, 2008 y 2009, de los sistemas oficiales del Ministerio de la Salud. Las variables investigadas fueron: los indicadores demográficos y socioeconómicos; de la mortalidad; de la morbilidad y los factores de riesgo; de recurso y de cobertura; y del SISPRENATAL. **Resultados:** De pose a los resultados, se observaron los principales números epidemiológicos del municipio, principalmente respecto la situación de salud materno-infantil. Se observó que él presenta una situación de vulnerabilidad social, con elevada tasa de analfabetismo, pésimas condiciones de saneamiento básico, elevada tasa de embarazo en la adolescencia y de cesáreas, índice de mortalidad infantil y de nacidos vivos con bajo peso proporcionalmente significativa, y alimentación ineficiente de los sistemas de información. **Conclusión:** Se identificó un aumento de la mortalidad materna, del porcentaje de embarazos en la adolescencia, de nacidos vivos de bajo peso y de partos en hospitales.

**Descriptores:** Indicadores de Salud; Salud de la Mujer; Mortalidad Materna.

## INTRODUÇÃO

A análise da situação da saúde materna no Brasil apresenta grave quadro epidemiológico protagonizado pelas mulheres e seus neonatos, vítimas da fragilidade da assistência prestada à população. No processo de nascimento, são privilegiadas a tecnologia e a prática medicalizada, despersonalizada e intervencionista; as taxas de cesárea se apresentam elevadíssimas e os coeficientes de mortalidade materna são alarmantes.

Em 2007, no Piauí, 40,36% dos partos realizados foram cesarianas. Em 2008, ainda houve um acréscimo, mostrando uma taxa de 41,21%. Em relação aos óbitos maternos, ocorreram 50 em 2007 e 58 em 2008<sup>(1)</sup>.

Hoje, para cada mil nascidos vivos no Piauí, 24 morrem antes de completar um ano de idade. A redução desses índices requer o envolvimento e o esforço de todas as esferas, de diversas áreas de governo e da própria população. Nesse sentido, para reduzir a mortalidade infantil, o governo federal priorizou 24 municípios do estado do Piauí com um plano que tem como eixos: a qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido; a formação de recursos humanos, gestão do trabalho e gestão da informação; a vigilância do óbito infantil e neonatal; e o fortalecimento do controle, da mobilização social e da comunicação<sup>(2)</sup>.

Os dados oficiais evidenciam que as doenças hipertensivas, seguidas das síndromes hemorrágicas,

são as principais causas de mortalidade materna no país. Ambas se mantêm há décadas como as duas principais causas, ora seguidas pelas infecções puerperais e pelo aborto, ora pelas doenças do aparelho cardiovascular, complicadas pela gravidez, pelo parto ou puerpério. Há, ainda, as consideradas causas intimamente relacionadas aos fatores socioeconômicos, responsáveis por 89% das mortes maternas no país<sup>(3)</sup>.

De um modo geral, há distorções na própria concepção de assistência ao parto no Brasil, o que acaba influenciando como esta é prestada e, conseqüentemente, sua qualidade, interferindo tanto nos procedimentos executados quanto nas relações interpessoais.

Reconhecendo a necessidade de estabelecer uma nova estratégia para a atenção nessa área, o Ministério da Saúde instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), tendo por objetivos: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; ampliar o acesso ao pré-natal; estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto<sup>(4)</sup>.

Nesse contexto, teve-se a perspectiva de que este estudo contribuisse para mostrar dados sobre a saúde materna, apontar as necessidades da assistência à saúde da mulher durante o período reprodutivo e contextualizar a execução do projeto definido pela Secretaria de Saúde do Estado do Piauí como “Direito de nascer na minha terra”, um programa que deve ser desenvolvido nos diversos tipos de unidades de saúde de sua rede estadual, privilegiando o novo modelo de assistência ao nascimento, prestado por enfermeiras obstétricas.

Esse programa foi criado em 2007, está em fase de implantação até os dias atuais e consiste na estruturação (entre reformas e construção) de 76 Unidades Básicas Avançadas de Saúde (UBAS) em todo o estado. Paralelo à estruturação das UBAS, a Secretaria de Saúde, através do convênio com a Universidade Federal do Piauí e o Ministério da Saúde, realizou um curso de especialização em enfermagem obstétrica, que capacitou enfermeiros dessas UBAS para realizarem partos de baixo risco. Os profissionais exerceram estágios na maternidade Dona Evangelina Rosa, em Teresina-PI, e tiveram o apoio da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras (ABENFO)<sup>(1,2)</sup>. Esse fato é amplamente justificado teoricamente, devido aos altos índices de mortalidade e morbidade que afetam o grupo gestante-neonato no Brasil e no Piauí, especificamente, já citados anteriormente<sup>(3)</sup>.

No município de Tanque do Piauí-PI, um levantamento epidemiológico nunca foi efetuado, mesmo com as iniciativas do governo federal e estadual para a promoção da saúde materna e infantil no Piauí, como descrito anteriormente. Por isso, a realização deste estudo se justifica pela

importância de se conhecer a realidade materna e infantil da região. Além disso, esse tipo de dado, quando investigado, analisado e publicado, pode ser utilizado para vislumbrar a redução das desigualdades em saúde, aumentar o acesso da mulher aos serviços e alertar os profissionais e gestores para o alcance da qualidade nesse tipo de assistência.

Assim, o objetivo deste estudo foi descrever o diagnóstico da saúde materno-infantil no município de Tanque do Piauí-PI.

## MÉTODOS

Estudo descritivo, realizado por meio de levantamento epidemiológico, desenvolvido no município de Tanque do Piauí, localizado na microrregião do município de Picos, no estado do Piauí. Sua população total, em 2010, era de 2.620 habitantes, dos quais 52,7% estavam na zona rural e 47,3%, na zona urbana<sup>(5)</sup>.

O município possui cinco postos de saúde, sendo um deles localizado na sede do município e os demais na zona rural, nos povoados de Barrigas, Bom Princípio, Chapada dos Nunes e São João de Sene. A cidade conta apenas com uma Equipe de Estratégia Saúde da Família, que se encontra cadastrada no Centro de Saúde José Francisco Lustosa, composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde, que atuam nas zonas urbana e rural.

A coleta de dados ocorreu em julho e agosto de 2010, mediante *download* das bases de dados dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde: Sistema de Informação do Pré-Natal, Sistema de Informação da Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), Sistema

de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

Os indicadores foram calculados e analisados a partir das variáveis quantitativas referentes ao: número de consultas pré-natais realizadas na gestação; percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gestação; proporção de partos hospitalares, cesáreos e vaginais; taxa de internação por infecção hospitalar e outras intercorrências; coeficiente de mortalidade materna, local do óbito e causas básicas do óbito (indicadores de morbidade e mortalidade); percentual de exames de rotina realizados e cobertura vacinal; além de indicadores demográficos e socioeconômicos, como faixa etária da mãe, escolaridade, estado civil, renda, taxa de natalidade, fecundidade e razão de sexo.

Coletou-se ainda a: proporção de nascidos vivos por idade materna; proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer; taxa de mortalidade infantil neonatal precoce e tardia; taxa de mortalidade infantil pós-neonatal; taxa de mortalidade infantil perinatal; proporção e taxa de mortalidade de menores de cinco anos.

Os resultados foram apresentados em tabelas simples e discutidos com base na literatura atual sobre o tema. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG-UFPI), com o número 0077/10.

## RESULTADOS

A apresentação dos resultados está subdividida em cinco tabelas. Na primeira, mostram-se os indicadores

Tabela I - Indicadores demográficos e socioeconômicos. Tanque do Piauí, PI, Brasil, 2007-2009.

<b>Indicadores demográficos e socioeconômicos</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
População total	2745	2681	2709
Proporção de menores de cinco anos de idade (%)	8,77	7,68	7,75
Taxa bruta de natalidade (/1.000)	14,93	10,44	14,76
Taxa bruta de mortalidade (/1.000)	5,1	6,7	6,0
Produto interno bruto – PIB <i>per capita</i> (R\$)	2.526	3.135	N/E

**Legenda:** N/E: não encontrado; R\$: Reais.

**Fonte:** IBGE; DATASUS.

Tabela II - Indicadores de mortalidade infantil. Tanque do Piauí, PI, Brasil, 2007-2009.

<b>Indicadores de mortalidade</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Taxa de mortalidade infantil (/1.000)	24,40	35,7	50,00
Taxa de mortalidade neonatal precoce (/1.000)	24,40	35,7	50,00
Taxa de mortalidade neonatal tardia (/1.000)	-	35,7	-

**Fonte:** IBGE; DATASUS.

demográficos e socioeconômicos; na segunda, os indicadores de mortalidade; na terceira, os indicadores de morbidade e fatores de risco; na quarta, os de recurso e cobertura; na quinta, os indicadores do SISPRENATAL.

Quanto aos indicadores, a população total de Tanque do Piauí-PI mostrou-se crescente nos anos estudados.

A Tabela I mostra uma taxa de crescimento anual da ordem de 0,02% nos três anos pesquisados. A proporção

de menores de cinco anos de idade na população tanquense foi de 8,77% em 2007. Em 2008, mostrou-se decrescente, passando para 7,68%, e 7,75% em 2009, o que significa que esse indicador se comporta de maneira irregular.

Para cada mil habitantes, no ano de 2007, nasceram 14,93 crianças em Tanque do Piauí-PI. Em 2008, esse índice foi de 10,44; em 2009, de 14,76.

Tabela III - Frequência e percentual de nascidos vivos segundo a faixa etária da mãe. Tanque do Piauí, PI, Brasil, 2007-2009.

Ano	< 15 anos	15-19 anos	20-34 anos	35-39 anos	Total
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n
2007	2 (4,87)	11 (26,82)	24 (58,53)	4 (9,75)	41
2008	1 (3,57)	8 (28,57)	16 (57,14)	3 (10,71)	28
2009	-	12 (30,00)	26 (65,00)	2 (5,00)	40

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Tanque do Piauí; SIAB; SINASC; SISPRENATAL.

Tabela IV - Distribuição de profissionais de saúde da atenção básica por habitante. Tanque do Piauí, PI, Brasil, 2007-2009.

Nº de profissionais de saúde por habitantes. (%)	2007	2008	2009
Médico	1,09	1,49	1,1
Enfermeiro	0,36	0,37	0,36
Nutricionista	0,36	0,37	0,36
Cirurgião-dentista	0,36	0,37	0,36
Técnico em enfermagem	0,72	1,11	1,1
Auxiliar de enfermagem	2,55	2,61	2,58

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Tanque do Piauí.

Nº= número

Tabela V - Indicadores do SISPRENATAL em Tanque do Piauí. Tanque do Piauí, PI, Brasil, 2007-2009.

Indicadores	2007	2008	2009
% cadastramento menor de 17 semanas	-	121,43	85,71
% de 6 consultas	-	87,80	95,24
% de 6 consultas e a consulta de puerpério	-	100,00	93,33
% de 6 consultas e exames básicos	-	78,05	90,48
% de 6 consultas, exames básicos e a consulta de puerpério	-	85,71	86,00
% de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica	-	92,31	88,24
% 6 consultas, exames, consulta de puerpério, exames e a 2ª dose da vacina antitetânica	-	82,14	80,00
% 6 consultas, exames, consulta de puerpério, exames básicos, a 2ª dose da vacina antitetânica e o teste HIV	-	82,14	80,00
% de gestantes inscritas que realizaram o teste HIV	-	100	96,15
% de gestantes inscritas que realizaram os dois exames de VDRL	-	86,49	83,33
Total de gestantes cadastradas no SISPRENATAL	-	42,00	26,00

Fonte: SISPRENATAL

Quanto aos indicadores socioeconômicos, em 2007, o PIB foi de R\$ 2.526; em 2008, de R\$ 3.135. Para o ano de 2009, não foram obtidos os dados.

Nos indicadores de mortalidade, encontraram-se dados alarmantes referentes à taxa de mortalidade infantil, como mostra a Tabela II.

Sobre a mortalidade infantil, os resultados encontrados foram crescentes. Em 2007, o indicador foi de 24,4; em 2008, chegou a 35,7; em 2009, culminou com 50 a cada mil nascidos vivos.

No que se refere aos indicadores, analisando a frequência e o percentual de nascidos vivos segundo a faixa etária da mãe, entre menores de 15 anos, o percentual decresceu. Porém, em mães entre 15 e 19 anos, mostrou-se crescente, conforme Tabela III.

O número de profissionais de saúde por habitante caracteriza os indicadores de recursos, conforme exposto na Tabela IV.

A proporção de médicos por habitantes foi de 1,09% em 2007, 1,49% em 2008 e 1,1% em 2009; demais profissionais (enfermeiro, cirurgião-dentista e nutricionista), 0,36% em 2007, 0,37% em 2008 e 0,36% em 2009, mantendo-se constante ao longo dos anos estudados. Para o técnico de enfermagem, os percentuais foram de 0,72% em 2007 e 1,1% em 2008 e 2009, enquanto para o auxiliar de enfermagem foi de 2,55% em 2007, 2,61% em 2008 e 2,52% em 2009.

Os profissionais de nível superior não residem no município e trabalham em regime de expediente regular (de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e tarde); os de nível médio moram na cidade e também trabalham em regime regular. Isso está diretamente relacionado com as maiores taxas de distribuição para o técnico e o auxiliar de enfermagem, que residem em Tanque do Piauí-PI e têm mais acesso ao serviço. Diferente dos profissionais de nível superior, como o enfermeiro, o nutricionista e o odontólogo, que tiveram índices baixíssimos de distribuição devido ao deslocamento aos finais de semana para suas cidades de origem ou para o cumprimento de demais empregos em outros municípios, geralmente, distantes e de difícil acesso.

A seguir, são apresentados os indicadores do SISPRENATAL coletados na cidade de Tanque do Piauí-PI nos anos de 2007 a 2009.

Investigou-se, também, os indicadores de cobertura de consulta pré-natal, que apresentaram um percentual de 4,87% em 2007 e 0% em 2008 e 2009 para gestantes que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal. Para gestantes que realizaram de 1 a 3 consultas, os percentuais são de 9,75% em 2007, 7,14% em 2008 e 0,1% em 2008. Para gestantes que realizaram de 4 a 6 consultas, foram 51,21% em 2007, 46,42% em 2008 e 47,5% em 2009. Para as que realizaram 7 ou mais consultas, foram de 34,14% em 2007, 46,42% em 2008 e 42,5% em 2009.

Em 2007, não foi inscrita nenhuma gestante no SISPRENATAL. Em 2008, iniciou-se o cadastramento com 42 gestantes no PHPN, correspondendo a 150% de cobertura. Em 2009, 26 gestantes foram cadastradas, representando uma cobertura de 92,86%, portanto, um incremento de mais de 100% em relação ao primeiro ano (2007).

O percentual de gestantes que realizaram, no mínimo, seis consultas pré-natais, associado à variável “realização dos exames básicos”, mostrou-se regular ao longo dos anos: cresceu 78,05% em 2008, tendo em vista que não havia se cadastrado nenhuma gestante no SISPRENATAL em 2007, e em 2009, continuou a crescer.

O percentual de gestantes que atingiu seis ou mais consultas pré-natais, associado às variáveis “realização dos exames básicos” e “consulta de puerpério”, apresentou-se crescente em 2008 (85,71%) e em 2009 (86%). O de gestantes que atingiu seis ou mais consultas pré-natais, associado às variáveis “realização dos exames básicos”, “consulta de puerpério”, “vacinação antitetânica” e “realização de sorologia para HIV”, demonstrou, em 2008, 82,14%, e em 2009, 80%, representando, assim, uma discreta queda.

O percentual de gestantes que realizou sorologia para HIV, em 2008, foi de 100%, e, em 2009, 96,15%. Em 2008, 86,49% das gestantes realizaram os dois exames de VDRL e, em 2009, 83,33%.

## DISCUSSÃO

O indicador “taxa bruta de natalidade” (coeficiente geral de natalidade) considera o número de nascidos vivos por mil habitantes na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado. Taxas elevadas estão, em geral, associadas às baixas condições socioeconômicas e aos aspectos culturais da população; além disso, utiliza-se esse indicador para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relativas à atenção materno-infantil<sup>(6)</sup>. Em relação ao indicador “taxa bruta de mortalidade”, essa taxa se apresentou variante nos anos estudados da atual pesquisa.

O produto interno bruto (PIB) do município investigado se mostrou crescente. Essa é uma variável importante, por representar uma aproximação do nível de bem-estar de determinada sociedade. Sobre o indicador “taxa de analfabetismo”, números disponíveis encontrados mostram uma taxa de 33,31, muito próxima da realidade do estado do Piauí e da região Nordeste<sup>(7)</sup>. Porém, a taxa de analfabetismo e o índice de desenvolvimento humano (IDH) não foram encontrados nos registros da cidade avaliada, o que alerta para uma situação precária de planejamento.

O IDH oferece um contraponto ao indicador do PIB *per capita*, que considera apenas a dimensão econômica do

desenvolvimento. O IDH pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano, pois não abrange todos os aspectos de desenvolvimento e leva em conta dois outros componentes: a longevidade e a educação. O IDH do município investigado, em 2000, obteve o valor de 0,59, ficando abaixo do valor estadual<sup>(7)</sup>.

Uma análise preliminar das condições socioeconômicas, demográficas e de saúde do município investigado mostra um contexto de vulnerabilidade social, levando em conta a elevada taxa de analfabetismo, o baixo valor do IDH e da renda *per capita*. Esse quadro constitui, em um primeiro plano analítico, um alerta em termos de precariedade das condições de saneamento, que, por sua vez, potencializa os riscos de doenças ao binômio mãe-filho.

Sobre a mortalidade infantil, houve um aumento extremamente significativo, como apresentado na Tabela II desta investigação. Um estudo, apresentando dados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa, sugere que, para a redução da mortalidade infantil e de seus componentes, o sistema de informação é uma importante ferramenta na detecção dos fatores de risco<sup>(8)</sup>. A disponibilidade de dados socioeconômicos e de saúde é essencial para a identificação de áreas de risco e grupos populacionais vulneráveis, para os quais devem ser priorizados cuidados.

Em estudo realizado em uma maternidade da cidade de Teresina-PI, 77% das consultas pré-natais foram consideradas inadequadas quanto à realização de exames laboratoriais. Esse fato pode ser explicado pela não realização dos exames no terceiro trimestre, em especial o anti-HIV, o qual somente 38% das gestantes repetiram. Além disso, somente 55% realizaram pelo menos 2 vezes o exame sorológico para sífilis, como o recomendado. Nesse mesmo estudo, 95% dos pré-natais foram considerados inadequados no que se refere ao exame físico obstétrico<sup>(9)</sup>. Isso mostra que deficiências no pré-natal podem estar diretamente ligadas às taxas de mortalidade infantil, especialmente às neonatais.

Não consta na Tabela II, mas também se registraram outros dados interessantes, a saber: nos anos de 2007 e 2008, não se registrou nenhum óbito fetal, mas, em 2009, houve a ocorrência de um óbito. Em relação à frequência de óbitos em mulheres em idade fértil, registraram-se dois óbitos em 2007, um óbito em 2008 e nenhuma ocorrência em 2009. Em 2007, a frequência de óbitos maternos registrada foi de um óbito, e nos anos de 2008 e 2009, não houve nenhuma ocorrência.

Em Teresina, ao se avaliar a qualidade da assistência pré-natal em 150 usuárias do SUS no ano de 2011, a morbidade materna esteve presente em 58% das puérperas. Destacaram-se a infecção urinária (36%), a anemia (17%) e a hipertensão arterial (16%). Vale ressaltar que o grande número de morbidades maternas não implicou significativamente em complicações obstétricas e

perinatais, provavelmente, devido à assistência eficaz a essas morbidades<sup>(9)</sup>. Por isso, é necessário um pré-natal eficiente para a detecção precoce de morbidades associadas à gravidez que possam trazer riscos ao binômio mãe-filho. Somente assim as taxas de mortalidade relacionadas à gestação e ao período puerperal podem ser minimizadas, pois a maioria dessas comorbidades pode ser evitada, prevenida e controlada.

Os indicadores de morbidade e fatores de risco indicam um percentual elevado de gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade, conforme revelado na Tabela III desta investigação. Estudo realizado no estado da Paraíba mostrou uma alta frequência de partos entre adolescentes menores de 20 anos. Os principais fatores de risco associados à gestação na adolescência foram: baixa escolaridade da adolescente, início precoce da atividade sexual (menor que 15 anos) e história materna de gravidez na adolescência<sup>(10)</sup>. A frequência de partos de adolescentes observada na presente pesquisa foi superior à média nacional de 22%. Esse achado está de acordo com os dados do Ministério da Saúde, indicando uma estabilização e até um aumento do número de casos de gravidez na adolescência em regiões mais pobres.

Estudo realizado com puérperas adolescentes em Mossoró-RN mostrou que elas necessitam de um ambiente exclusivo e de profissionais que possam acompanhá-las e orientá-las não apenas de forma pontual, fragmentada, impositiva e dissociada das ações<sup>(11)</sup>; é importante incentivar a participação das adolescentes nas ações, reforçando a autonomia com os cuidados a ela e ao seu filho.

No presente estudo, as mães de 35 a 39 anos apresentaram um percentual de nascidos vivos de 9,75% em 2007, 10,71% em 2008 e 5% em 2009. Quanto às mães maiores de 40 anos, não houve ocorrência de gestação. Em contrapartida, outros dados coletados e não constantes em tabelas se referem ao peso do recém-nascido. Em 2007, a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer foi de 7,31%. Em 2008, essa proporção aumentou para 14,28%, e em 2009, decresceu para 12,5%.

As crianças com baixo peso ao nascer apresentam maior risco de morbimortalidade nos primeiros anos de vida. O baixo peso pode estar relacionado à má nutrição materna, assim como a outras condições, como uso de fumo, álcool e outras drogas durante a gestação<sup>(1)</sup>. Outro fator que pode interferir é a idade da mãe. A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer se relaciona com a taxa de mortalidade infantil analisada anteriormente, devido ao aumento observado no ano 2008 no município analisado.

Quanto aos indicadores de recurso e cobertura (Tabela IV) desta pesquisa, observou-se, por exemplo, na categoria médico, números maiores do que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS): um médico para cada mil habitantes. O Norte e o Nordeste apresentam números

pouco acima do recomendado pela OMS. A região Sudeste conta com 2,81 médicos por mil habitantes, ou seja, quase o triplo do recomendado e 2,5 vezes mais que o Norte<sup>(12)</sup>. Entretanto, para os demais profissionais (enfermeiro, cirurgião-dentista e nutricionista), os percentuais estão muito abaixo do recomendado, ou seja, menos de um profissional para cada mil habitantes. Esses dados refletem que o modelo adotado nas práticas de saúde, apesar de toda a expansão da ESF (Estratégia Saúde da Família), continua a privilegiar o modelo biomédico e hospitalocêntrico.

Na cidade de Teresina-PI, um estudo sobre as visitas puerperais realizadas por enfermeiros, atividade essencial da ESF, mostrou que eles realizam o exame físico na puérpera e no recém-nascido, porém, em relação à puérpera, percebeu-se, em seus depoimentos, que não é utilizado um roteiro para sistematizar o cuidado de forma objetiva, atendendo às reais necessidades<sup>(13)</sup>. Além disso, verificou-se que os enfermeiros priorizam o exame físico da puérpera, sem questionar suas dúvidas, preocupações, medos e anseios. Nesse sentido, entende-se que, durante a assistência de enfermagem à mulher nesse período, é importante que os profissionais enfermeiros atendam tanto suas necessidades físicas como as psicossociais, uma vez que a mulher vivencia muitas dúvidas em relação aos cuidados no pós-parto, o recém-nascido, o aleitamento materno e o planejamento familiar.

Não exposto na Tabela IV, mas também investigado, os gastos públicos com saúde *per capita* encontrados foram: R\$ 274,24 em 2007, R\$ 326,00 em 2008 e R\$ 335,06 em 2009, apresentando crescimento ao longo dos anos<sup>(2)</sup>.

A análise do gasto público com saúde *per capita* em relação ao porte populacional indica que os municípios com até 20 mil habitantes se concentram na categoria de alto gasto<sup>(14)</sup>. Esse dado revela que município de pequeno porte, como o analisado, apresenta maior dificuldade na arrecadação tributária, portanto, tem despesas maiores para garantir os serviços de saúde da sua população. Por isso, o poder público, de forma geral, não prioriza as ações e os investimentos em saúde, devido ao próprio custo e aos interesses políticos que envolvem esses serviços. Com isso, profissionais trabalham em condições insalubres, recebendo baixos salários e têm pouca disponibilidade de material, recursos e outros profissionais integrantes da equipe básica, essenciais para a prestação de uma assistência em saúde de qualidade.

Em relação aos indicadores do SISPRENATAL da presente investigação (Tabela V), outro estudo também observou boas coberturas: 78,3% das mães realizaram o pré-natal, sendo 58,7% de maneira completa e 19,6% de forma incompleta<sup>(15)</sup>. Em Teresina-PI, o início precoce do pré-natal, juntamente com o número adequado de consultas, não garante assistência pré-natal de qualidade, necessitando

também de um número adequado de exames laboratoriais e avaliação obstétrica criteriosa<sup>(9)</sup>.

Outro índice investigado foi o de partos hospitalares, que foi de 100% nos três anos. O de partos vaginais foi de 63,41% em 2007, 60,71% em 2008 e 22,5% em 2009, demonstrando uma queda bastante significativa. Já o índice de partos cesáreos mostrou percentuais de 36,59% em 2007, 39,28% em 2008 e 77,5% em 2009, apresentando crescimento alarmante. O enorme aumento observado nos partos hospitalares é uma tendência histórica. Há décadas, era muito comum, principalmente em cidades do interior, a figura das parteiras. Entretanto, esse papel foi perdendo espaço devido à profissionalização e especialização da saúde, essencialmente a partir da década de 1980.

Referente à tipologia do parto encontrado neste levantamento, os números se comportaram totalmente contrários às recomendações da OMS, com uma taxa de cesárea em torno de 15%. A elevação das cesarianas em 2009 é comparada à taxa de mulheres que possuem convênios particulares. Na prática, percebe-se que a preferência dos médicos pela cesariana pode ter várias origens. O que predomina, contudo, é a conveniência de uma intervenção programada, ao contrário do parto vaginal (normal), que pode ocorrer a qualquer hora do dia ou da noite, ocupando um período, muitas vezes, prolongado e imprevisível de seu tempo<sup>(16)</sup>.

A figura da enfermeira obstetra, profissional competente e capacitada para a realização de partos normais, sem distocias, seria uma figura importante para a diminuição das altas taxas de cesáreas, evitando inúmeras complicações diretamente relacionadas a esse tipo de cirurgia, ligadas à mortalidade materna e neonatal. Para a inserção dessa profissional no contexto de Tanque do Piauí-PI e outras cidades do interior são necessários investimentos e apoio, reverberando na melhoria à qualidade de vida das puérperas e diminuição dos gastos com materiais hospitalares e internações desnecessárias.

A inexistência de cadastramento das gestantes em Tanque do Piauí-PI no ano de 2007 pode estar relacionada ao início da implantação do SISPRENATAL no município, estando, assim, sujeito às falhas operacionais do sistema, dos profissionais responsáveis pela assistência, bem como da sua alimentação cadastral. Ouviu-se, durante o período da coleta, que os profissionais armazenavam as fichas e não as informavam no programa. Isso também pode justificar a ausência de informações em relação às demais variáveis no mesmo ano, o que levou a não implantação dos indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal.

Em pesquisa realizada no território nacional sobre a análise de informações do SISPRENATAL, no período 2007-2009, os dados apontaram cadastramento satisfatório de mulheres<sup>(17)</sup>. A realidade mostrada pela pesquisa

mencionada está sendo buscada no município de Tanque do Piauí-PI.

Essas informações do SISPRENATAL, assim como as fornecidas por outros sistemas, são de extrema importância, pois, além do caráter epidemiológico, têm o papel de subsidiar a organização e a programação das ações em saúde de uma comunidade. Enfermeiros, assim como os demais profissionais atuantes na ESF, podem, a partir dos dados disponíveis, desenvolver e implementar programas para a qualidade da assistência prestada.

O acompanhamento da gestante deve ter início precoce, cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais ações preventivas e curativas, e observar um número mínimo de consultas. Seu sucesso depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia e do número de consultas realizadas, podendo variar de acordo com o mês de início e com as intercorrências durante a gravidez<sup>(9,18)</sup>.

Além do acompanhamento, o acolhimento da gestante é imprescindível. Este consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários. É uma forma de enfrentar os desafios impostos pela organização atual do sistema de saúde, priorizando o atendimento de qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS<sup>(19)</sup>.

Como mostrado na Tabela V, o percentual de gestantes que realizou sorologia para HIV e das gestantes que realizaram os dois exames de VDRL foi contrário a outros estudos, pois se verificou porcentagens ainda menores. A realização do exame pelas gestantes, quando existe, mantém-se em níveis baixíssimos<sup>(9,17)</sup>.

Dentre as falhas de detecção da infecção pelo HIV durante a gestação, destacam-se a ausência ou início tardio do acompanhamento pré-natal; falta de tempo para obter o resultado da sorologia para o HIV e a devida intervenção; atendimento pré-natal sem solicitação do teste anti-HIV; e atendimento pré-natal com solicitação do teste anti-HIV, mas sem resultado do exame laboratorial em tempo hábil ou extravio do exame. Essas afirmativas explicam a realidade do município estudado, acrescentando-se o fato de que o exame anti-HIV é ofertado à gestante, contudo, ela não tem obrigatoriedade de fazê-lo.

Em outra pesquisa, verificou-se que, das gestantes que realizaram pré-natal, apenas 55,6% fizeram o VDRL e somente 13,9% repetiram o teste no terceiro trimestre<sup>(15)</sup>, o que demonstrou pouca importância dada à prevenção da sífilis congênita, por desconhecimento ou, principalmente, por esquecimento da necessidade de rastrear a sífilis durante o pré-natal. Realidade não comprovada no município estudado, devido, principalmente, ao papel do enfermeiro,

atuante e vigilante no acompanhamento da gestante durante o pré-natal.

Recomenda-se estimular pesquisas dessa natureza, haja vista tratar-se de uma base importante para a realização de novas pesquisas na área da enfermagem voltada para a saúde da mulher, principalmente em municípios do interior do país, que ainda apresentam taxas ruins em relação à média nacional ou até mesmo desconhecidas pelas autoridades de saúde. Toda a descrição que perpassa a saúde materno-infantil desvela o contexto de vida daqueles que são cuidados pela atenção primária, orientando a prática de enfermagem e a gestão em saúde.

## CONCLUSÃO

A descrição do diagnóstico da saúde materno-infantil no município de Tanque do Piauí-PI foi realizada com clareza, pois se identificou aumento na mortalidade materna e no percentual de gravidez na adolescência, especialmente entre 15 e 19 anos. Além disso, notaram-se índices consideráveis de nascidos vivos com baixo peso, o que parece se relacionar com a mortalidade infantil.

Os partos vêm ocorrendo cada vez mais dentro das unidades hospitalares, devido ao aumento dos partos do tipo cesáreo, sem justificativa clínica aparente. Gestantes estão sendo cadastradas, porém, os números de consultas ainda precisam ser incentivados, bem como a realização de exames periódicos e, principalmente, seus resultados e acompanhamento em tempo hábil. Há uma clara necessidade de mais profissionais enfermeiros, cirurgiões-dentistas e nutricionistas. Acredita-se que a participação do enfermeiro obstetra, com formação especialista na área, bem como mais recursos humanos e materiais, poderia mudar os indicadores no município, além de fortalecer as políticas públicas vigentes.

Atitudes e ações humanizadoras desenvolvidas por gestores e trabalhadores da saúde são necessárias para a melhoria da qualidade da assistência obstétrica e neonatal prestada. Além disso, a alimentação e o uso correto dos sistemas de informação em saúde, como demonstrado na pesquisa, são importantes ferramentas para o alcance dessa qualidade. Nesse contexto, conhecendo as taxas e os indicadores de saúde da população, pode-se facilitar a articulação entre os programas Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente e a Estratégia Saúde da Família, qualificando a atenção ao parto e ao nascimento e, conseqüentemente, apoiando ações de suporte social para gestantes e recém-nascidos de risco, garantindo, assim, que os partos sejam assistidos por profissionais de saúde qualificados.

Aos profissionais de saúde, cabe a qualificação por meio de cursos e treinamentos oferecidos pelos próprios gestores ou em encontros e congressos – ações inerentes

da educação permanente em saúde, princípio essencial da atenção básica. A humanização, o acolhimento e o manejo clínico no pré-parto devem ser estudados e aperfeiçoados, assim como a investigação epidemiológica e a melhoria dos sistemas de informação. Além disso, precisa-se ter consciência da importância da participação desses sujeitos no Conselho Municipal de Saúde, espaço democrático que precisa ser fortalecido para permitir a participação efetiva do cidadão na formulação, monitoramento e fiscalização da execução das políticas de saúde.

A reconstrução de um modelo de assistência ao binômio mãe-filho pressupõe o respeito à sua individualidade e vontade, seu contexto familiar e vivência cultural. Acredita-se que a utilização das informações em um sistema integrado é extremamente útil no enfrentamento das morbimortalidades materna e neonatal. Para que o monitoramento seja adequado, faz-se necessário, também, a incorporação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, ainda em fase de implantação em Tanque do Piauí-PI.

## REFERÊNCIAS

1. Secretária de Saúde do Estado do Piauí. Portal de informação em saúde. Piauí: Secretária de Saúde do Estado do Piauí; 2007.
2. Secretária de Saúde do Estado do Piauí. Portal de informação em saúde. Piauí: Secretária de Saúde do Estado do Piauí; 2011.
3. Merighi MAB, Gualda DMR. O Cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetras para a assistência ao parto. *Revista Latinoam Enferm*. 2009;17(2):265-70.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área técnica da saúde da mulher. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento: Informação para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Indicadores sócio-demográficos e de saúde. Brasília: IBGE; 2010.
6. Ministério da Saúde (BR). Indicadores e Dados básicos: IDB Brasil 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo 2000. Brasília: IBGE; 2000.
8. Soares ES, Menezes GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010;19(1):51-60.
9. Fônseca LAC, Pádua LB, Valadares JDN. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do sistema único de saúde. *Rev Interdisciplinar*. 2011;4(2):40-45.
10. Amorim MMR, Lima LA, Lopes CV, Araújo DKL, Silva JGG, César LC et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(8):404-10.
11. Nóbrega LLR, Bezerra PPF. Percepções de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto. *Rev Rene*. 2010;11(Nesp):42-52.
12. Pova L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1555-63.
13. Rodrigues TMM, Vale LMO, Leitão RAR, Silva RMO, Rocha SS, Pedrosa JIS. A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. *Rev Interdisciplinar*. 2011;4(2):21-6.
14. Henrique F, Calvo MCM. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):1359-65.
15. Araujo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAZ. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. *Rev Para Med*. 2006;20(1):47-51.
16. Queiroz MVO, Silva NSB, Jorge MSB, Moreira TMMM. Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(6):687-91.
17. Grangeiro GR, Diogenes MAR; Moura ERF. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):105-11.
18. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSS, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(4):456-62.
19. Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERJ, Pinheiro PNC, Araújo MAL, Rêgo RMV. Ambiente favorável à saúde: concepções e práticas da enfermagem na prevenção da gravidez na adolescência. *Rev Rene*. 2010;11(Nesp):82-91.

### Endereço para correspondência:

Lorena Sousa Soares  
 Quadra 06, Casa 05, setor E, bairro Mocaminho III.  
 CEP 64.010-380 - Teresina - PI - Brasil  
 E-mail: lorenacacaux@hotmail.com