

# Uma proposta para avaliação da qualidade do atendimento pré-natal

**Maria José Scochi**

*Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil.  
e-mail: zeza@wnet.com.br*

**RESUMO.** Este trabalho objetivou avaliar a qualidade do processo e do resultado do cuidado prestado às gestantes. Foram realizadas 76 entrevistas com parturientes internadas em hospitais, a partir das quais foi feita uma busca em prontuários nos Núcleos Integrados de Saúde (NIS) e clínicas privadas. Os partos normais somaram 16% e as cesáreas 84%, destas, 60% delas foram marcadas com antecedência e 7 crianças nasceram com baixo peso. Não foram localizados, nos prontuários hospitalares, registros de resultados ou de exames realizados pelas gestantes. A maioria delas (60%) realizou o atendimento pré-natal em consultórios privados e neles os registros dos procedimentos realizados pelos profissionais pouco se diferenciaram daqueles encontrados nos NIS. As mulheres estavam pouco informadas sobre métodos contraceptivos, exames preventivos, imunização antitetânica e não portavam o cartão do acompanhamento de pré-natal.

**Palavras-chave:** avaliação de processo e resultado (cuidados de saúde), assistência ambulatorial, pré-natal.

**ABSTRACT. A quality evaluation proposal for prenatal attendance.** This study aimed to evaluate the process quality and the care result offered to pregnant women. 76 interviews were carried out with pregnant women admitted in hospitals as well as a search on the medical records in the Integrated Health Nucleus (IHN) and private clinics. The normal delivery added 16% and the caesarian operations 84%, 60% were appointed in advance and 7 children were born with low weight. Medical records, result registers or exams carried out by the pregnant women were not found. The majority (60%) did the prenatal program in private doctor's office and the register procedures carried out by professionals were slightly different from the ones found in the IHN. The women had little information on contraceptive methods, preventive exams, antitetanus immunization, and yet, they did not carry the prenatal attendance card.

**Key words:** Process evaluation and result (health care), clinic assistance, prenatal.

## Introdução

Este trabalho é parte de uma investigação realizada no município de Maringá, Estado do Paraná, com o objetivo de avaliar e construir indicadores de qualidade dos serviços ofertados em unidades públicas ambulatoriais.

O estudo de resultado do cuidado que utilizou dados agregados de mortes evitáveis indicou prováveis explicações dos óbitos que ocorreram no município, entre 1980 e 1993, e revelou que, frente à realidade nacional, Maringá apresentou, quando comparada com os dados apresentados por Reichenheim e Wernek (1994), coeficientes mais elevados de mortalidade materna. No Brasil, em 1980, a taxa foi de 0,16 e em Maringá de 0,5 por

1.000 nascidos vivos e em 1993 0,09 e 0,3, respectivamente (Scochi, 1999).

O coeficiente elevado da mortalidade materna apontou para a necessidade de uma investigação mais acurada do processo do cuidado prestado às gestantes nos serviços ambulatoriais de Maringá.

Com base na metodologia dos traçadores, proposta por Kessner *et al.* (1974), definiu-se o atendimento pré-natal como condição marcadora. A observação de uma atenção adequada no período gestacional não permite, imediatamente, inferir que os outros problemas assistidos pela rede também a recebem, embora seja um indicativo da boa qualidade do serviço. Por outro lado, a detecção de problemas na assistência ao pré-natal pode sugerir que problemas semelhantes ocorram em outras áreas.

O presente trabalho, portanto, tem o propósito de, a partir de entrevistas com parturientes e da análise de registros em prontuários dos atendimentos oferecidos a essas mulheres, verificar a qualidade da atenção recebida e testar a metodologia proposta.

### Material e métodos

O fato de que o nascimento, evento último do processo da gestação, pode indicar a qualidade da atenção recebida no pré-natal, e que, em Maringá, Estado do Paraná, os partos, em sua maioria, ocorrem em hospitais, fez com que a população de estudo fosse selecionada dentre parturientes assistidas na rede hospitalar do município, que registra uma média mensal de 364 partos.

Os meses de novembro e dezembro de 1995 foram selecionados para a coleta dos dados, pois, em estudo anterior, foi observada uma distribuição uniforme de partos ao longo de um ano (Bercini, 1994).

Os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 1986) para a assistência ao pré-natal de baixo risco foram escolhidos por entendê-los como padrões mínimos esperados para o atendimento em atenção primária, trabalhando-se, portanto, com critérios explícitos.

História clínico-obstétrica, exame físico, medida da altura uterina (AU), pressão arterial (PA), ausculta do batimento cardíaco fetal (BCF), exames de sangue (VDRL, tipo e Rh), urina rotina, vacinação antitetânica e o peso da gestante foram os critérios considerados como mínimos esperados, devendo ser realizados e registrados no prontuário da gestante, a cada atendimento durante o pré-natal.

No caso da história clínica e exame físico, considerou-se como adequado o registro completo dos mesmos na primeira consulta de pré-natal. Os registros de PA e peso da gestante deveriam ser realizados em toda consulta médica o BCF e AU a partir da 20ª semana de gestação.

As questões sobre o conhecimento da gestante, quanto aos métodos contraceptivos e à realização de exames preventivos, foram incluídas como indicadores do seu nível de informação. Aquelas referentes à utilização das unidades de saúde como primeira escolha para atendimento, ao uso de convênios médicos e de consultórios privados, podem indicar, pela opção dos usuários, uma avaliação da satisfação e de acesso.

Foi realizado um estudo-piloto para testar os instrumentos de coleta no mês de outubro, quando foram entrevistadas 54 parturientes internadas, das quais 18 eram residentes em outros municípios. Das

36 residentes em Maringá, conseguiu-se localizar 10 prontuários em unidades ambulatoriais para verificar informações sobre as consultas realizadas, tanto médicas como de enfermagem.

Alguns dados foram coletados nos aspectos referentes à frequência e outros à presença ou ausência do atendimento recebido; incluíram-se informações sobre legibilidade dos registros médicos. Inicialmente seriam levantadas somente informações nos prontuários das unidades públicas, mas, em função do número elevado de atendimentos realizados em clínicas particulares, optou-se por incluí-las na pesquisa de campo.

As entrevistas eram realizadas às segundas e terças-feiras e nos outros dias percorriam-se os Núcleos Integrados de Saúde (NIS) para a coleta de dados nos prontuários. Os registros no prontuário, além de validarem as informações obtidas por meio das entrevistas, também podem indicar como é feito o atendimento ambulatorial.

A prática de registro em prontuários faz parte do trabalho, como garantia não só do seguimento do usuário, mas também, da segurança do que já foi anteriormente realizado; a ausência de registro não permite dizer se o procedimento foi ou não realizado, e sim que ele não foi registrado.

Foram contatadas 102 parturientes, das quais 21 eram oriundas de municípios vizinhos, 2 não haviam realizado o pré-natal e 3 recusaram-se a fornecer informações, realizando-se, portanto, 76 entrevistas. A todas foi apresentado o propósito do estudo e solicitada a assinatura do termo de consentimento em participar.

### Resultados e discussão

#### Características das gestantes entrevistadas

A alta paridade, a desnutrição, os abortos prévios, a gestação em idade reprodutiva precoce ou tardia, constituem-se em fator de risco universal, aumentando a probabilidade de morbimortalidade perinatal.

Os resultados da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância revelaram maior mortalidade neonatal em filhos de mulheres jovens com menos de 20 anos e acima dos 35 anos de idade (Puffer e Serrano, 1973).

Das 76 parturientes entrevistadas, 52 tinham entre 20 e 35 anos, apenas uma com 43 e outra com 16 anos; a idade média foi de 26 anos. A maioria dos partos foi realizada nos hospitais privados, apenas 7 ocorreram no Hospital Universitário, e todos foram normais.

No conjunto, os partos normais somaram 16%, enquanto a cesárea respondeu por 84%. Maringá

tem-se destacado pela alta incidência de parto cesáreo, registrando nos últimos anos um alto índice: 65% do total de partos/ano são cesarianas (Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, 1994).

O peso médio dos recém-nascidos foi de 3.569 g, 9 crianças (12%) eram de baixo peso, 7 delas nasceram através de parto cesáreo e, destas últimas, 2 eram pré-termos. As outras duas crianças, que pesaram menos de 2.500 g, nasceram de parto normal; uma delas nasceu morta e a outra não era prematura e foi o primeiro filho de uma mãe de 19 anos.

Em alguns casos, as cesáreas marcadas previamente apresentam problemas na avaliação da maturidade fetal, o que pode contribuir para o nascimento de bebês prematuros que, por vezes, não conseguem sobreviver (Carvalho e Silver, s.d.). Muitas vezes essas cirurgias estão associadas à esterilização, dado que foi observado nas entrevistas do presente estudo, acrescido do fato de que as gestantes demonstraram conhecer pouco dos métodos de contracepção.

Apenas 6 das entrevistadas fizeram referência a mais de um método contraceptivo, 67 referiram-se somente à pílula anticoncepcional e o condom foi citado em apenas 4 entrevistas. Quanto ao número de filhos, 34 entrevistadas (46%) eram primíparas, 19 (25%) tinham 2 filhos, 21% três e 8% quatro ou mais filhos. (Tabela 1)

**Tabela 1.** Características das gestantes entrevistadas segundo faixa etária, tipo de parto, peso do recém-nascido, número de filhos e realização de laqueadura

Idade	Tipo de parto		Peso do recém-nascido			Nº de filhos			Laqueadura	
	Normal	Cesárea	< 2500	2500-3500	> 3500	1º	2 a 4	+ de 4	Sim	Não
15-20	3	17	2	12	4	16	4	0	0	20
20-30	6	34	5	22	11	14	24	2	15	25
30-40	3	12	2	5	7	4	11	0	5	10
+ de 40	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1
Total	12	64	9	40	22	34	40	2	20	56

Das 64 cesarianas realizadas, 38 foram marcadas com antecedência, e, destas últimas, em 20 foi feita a laqueadura tubária a pedido da parturiente. Dessas 20 mulheres, 15 tinham idade inferior a 30 anos.

O período ideal de início do pré-natal é recomendado no primeiro trimestre, pois as possibilidades de prevenir os riscos e evitar transtornos indesejados são mais factíveis. O encontrado revela que, apesar de a maioria das entrevistadas atender ao preconizado, não se pode desconsiderar que uma outra parcela, também significativa, iniciou tardiamente. Quanto ao início do pré-natal, 60% procuraram atendimento no primeiro trimestre da gestação, 32% no segundo e 8% no último trimestre, sendo que 74 delas

afirmaram comparecer mensalmente às consultas médicas e duas disseram que compareciam esporadicamente.

A avaliação do esquema da vacina antitetânica constitui-se em procedimento fundamental no atendimento pré-natal, sendo o recebimento da vacina durante a gestação verbalizado por 36 parturientes (Tabela 2).

**Tabela 2.** Características das gestantes entrevistadas de acordo com o local de realização do pré-natal, trimestre de início, recebimento de vacinação anti-tetânica e encaminhamentos para coleta de sangue e urina

Local do pré-natal	Trimestre de Início			Vacina		Exames	
	1º	2º	3º	Sim	Não	Urina	Sangue
NIS	16	12	4	19	13	31	30
Consultório	29	13	2	17	27	44	44
Total	45	25	6	36	40	75	74

A eficácia da imunização anti-tetânica da gestante para prevenção do tétano neonatal ressalta sua importância no pré-natal. Quando se verificou nos prontuários os registros de encaminhamentos para o setor de vacinação, estes não foram encontrados; mais de 50% das gestantes entrevistadas disseram não haver recebido as doses recomendadas. Pode-se, diante disso, inferir que as gestantes primíparas (34) já haviam sido imunizadas, pois não se incluiu no roteiro de entrevista uma questão onde isso pudesse ser verificado; por outro lado, o achado indica a necessidade de uma melhor investigação sobre a aplicação das doses de vacinas recomendadas pelo programa.

Em relação aos exames de urina e sangue, considerados como mínimos necessários durante a gestação, todas as entrevistadas referiram realizá-los, sendo que 30 delas fizeram o exame no próprio NIS e as demais em laboratórios privados. Quando se perguntou à gestante sobre a coleta de exames, não se discriminou o tipo, apenas o material coletado, pois esperava-se discriminá-los nas pesquisas dos prontuários. Observaram-se baixos registros de resultados para sorologia de Lues, fato preocupante, dados os riscos a que estão expostas as crianças, pela falta de controle no pré-natal, através de medidas simplificadas e eficazes.

Os dados encontrados, aqui associados àqueles sobre mortalidade, onde se deparou, em 1992, com 2 óbitos por sífilis congênita (Scochi, 1999), conduzem ao questionamento: será que a sorologia está sendo solicitada ou deixou de ser rotina nas unidades básicas de saúde?

### Registros nos hospitais e nas unidades ambulatoriais dos atendimentos prestados às mulheres

A maioria dos prontuários hospitalares não apresentava registro dos exames realizados pela gestante no pré-natal. Em 9 deles estavam registrados os resultados da sorologia de sífilis, tipo e RH, em 48 apenas tipagem sanguínea (Tabela 3).

**Tabela 3.** Registro no prontuário hospitalar de resultado de sorologia para sífilis, tipagem sanguínea e RH; referência da gestante de convênio médico e pagamento pelo tratamento recebido, segundo local de realização do parto

Local do parto	Registro hospitalar		Convênio médico		Pagou	
	Tipo e RH	Sífilis	Sim	Não	Sim	Não
Hospital público	7	1	0	7	0	7
Hospital privado	41	8	34	35	36	33
Total	48	9	34	42	36	40

No trabalho realizado por Bercini (1994) sobre a mortalidade neonatal em Maringá, em 1990, a autora também encontrou dificuldade na coleta dos dados dos registros hospitalares.

A ausência da informação revela, ainda, a falta de integração entre o hospital e os serviços de assistência pré-natal, impedindo que o processo reprodutivo seja visto em sua totalidade, favorecendo descontinuidade na assistência à saúde do binômio mãe-filho, culminando com maior risco de morte da mulher e da criança (Tanaka *et al.*, 1989).

Em função de todos os hospitais serem conveniados ao Sistema Único de Saúde, incluiu-se a questão sobre o pagamento do atendimento no momento do parto, encontrando-se 36 gestantes que pagaram pela cesárea.

Trinta e duas gestantes realizaram o pré-natal nos NIS (42,11%), 44 em consultórios ou clínicas particulares (57,89%), geralmente vinculadas a algum plano privado de assistência. Esses dados explicam, em parte, a baixa cobertura de atendimento pré-natal encontrada em 3 NIS pesquisados em 1991 (Scochi, 1994).

Aqui é necessário refletir sobre a questão da universalização excludente, exemplificando com parte do conteúdo informado por algumas mulheres sobre a avaliação do atendimento no pré-natal. Aquelas que puderam pagar ou dispunham de seguro privado nem pensaram em recorrer ao serviço público, devido à possibilidade de escolha do profissional e da continuidade do seguimento do pré-natal ao parto pelo mesmo médico. Já as que foram atendidas na rede pública afirmaram gostar do atendimento recebido, mas reclamaram por não ter condições de serem acompanhadas pelo mesmo profissional no momento do nascimento da criança.

A dificuldade na localização dos prontuários nos NIS e o acesso negado pela maioria das clínicas e consultórios privados - 30 dos 44 prontuários do setor privado não puderam ser verificados - não permitiram que se levantassem os dados de prontuários de todas as gestantes entrevistadas.

Dos 32 prontuários dos NIS, 24 foram localizados com dificuldade e 8 não foram encontrados; os 14 prontuários dos serviços privados, que permitiram acesso aos arquivos, foram localizados. Conseqüentemente, o levantamento foi realizado em 50% dos prontuários das mulheres, isto é, em 38 das 76 entrevistadas.

Do total dos prontuários localizados, o registro da pressão arterial foi encontrado em todos eles, diferentemente do registro de recomendações feitas à gestante e de encaminhamento a outros serviços que não foi feito na maioria dos casos. Pode ser observado, ainda, que os registros dos serviços privados apresentaram-se, proporcionalmente, mais completos (Tabela 4).

**Tabela 4.** Prontuários procurados, acesso aos arquivos, prontuários localizados e registro dos procedimentos realizados pelos NIS e consultórios privados durante o pré-natal

	NIS		Consultório		Total	
	N	%	N	%	N	%
Prontuários procurados	32	42,11	44	57,89	76	100,00
Acesso aos arquivos	32	42,11	14	18,42	46	60,52
Prontuários localizados	24	31,60	14	18,42	38	50,00
	Sim	%	Sim	%	Sim	%
Pressão arterial	24	100,00	14	100,00	38	100,00
Peso	17	70,83	14	100,00	31	81,60
Altura uterina	16	66,66	13	92,85	29	76,31
BCF	14	58,33	13	92,85	27	71,05
Data provável do parto	12	50,00	14	100,00	26	68,42
Result. de ex. de urina	17	70,83	14	100,00	31	81,60
Tipo sanguíneo e RH	16	66,66	14	100,00	30	78,94
Sorologia p/ Lues	11	45,83	12	85,71	23	60,52
Encaminhamentos	2	8,33	4	28,60	6	15,80
História clínica	15	62,50	8	57,14	23	60,52
Exame físico	19	79,20	9	64,30	28	73,68

### Avaliação da puérpera sobre o seu pré-natal

Em relação ao serviço procurado para atendimento, quando havia algum problema de saúde com familiares, 37 parturientes mencionaram o NIS mais próximo de sua casa, 22 o consultório de médicos particulares ou conveniados e 17 o pronto-socorro ou o hospital.

O fato de a maioria das gestantes (95%) lembrar o nome do médico que a acompanhou durante a gestação pode constituir-se em aspecto positivo da interação entre os trabalhadores de saúde e usuários, sendo particularmente relevante nos NIS, onde nem sempre é possível a gestante escolher por quem será atendida.

As questões relativas à satisfação das gestantes com o atendimento recebido no pré-natal e nas unidades de saúde foram, estrategicamente, colocadas no final do questionário, após se ter garantido um clima de confiança entre entrevistador e entrevistado. Ainda assim, percebeu-se que a maioria das entrevistadas manifestaram suas percepções com verbalizações lacônicas, ou seja, “gostei”, “bom”.

Para 22 gestantes atendidas nos NIS (65%), o atendimento foi “bom”; 3 disseram não gostar e uma achou o atendimento terrível. No conjunto das manifestações sobre o atendimento recebido por aquelas que recorreram aos serviços privados, observa-se que 27 (63%) referiram gostar muito, com comentários que variaram de muito bom, ótimo a excelente; as 16 restantes (37%) acharam bom.

Do exposto, pode-se dizer que as mulheres atendidas nos NIS ficaram moderadamente satisfeitas com o atendimento, entretanto é importante destacar os aspectos negativos apontados no que se refere ao tempo de espera e à descontinuidade do cuidado; no caso específico, o atendimento no momento do parto. Já em relação às que receberam atendimentos nas clínicas privadas, percebe-se que a satisfação é maior.

Por entender o dado quantitativo como insuficiente para julgar a questão da satisfação, expõe-se aqui o conteúdo verbalizado por duas gestantes que utilizaram os NIS e não gostaram: uma diz da relação entre ela e o profissional “... médico é muito seco, sem maior contato” e a outra sobre a falta de recursos e das prescrições “...falta muita coisa, só mandavam fazer chá em casa...”

Nesses dois casos, os prontuários foram localizados. Neles pode-se observar que o médico responsável pelo atendimento da primeira gestante registrou um exame clínico parcial, uma história clínica completa na primeira consulta, e sempre registrava a altura uterina e o BCF, sendo esse um dos prontuários mais completos entre os localizados nos NIS. No outro prontuário, os dados anteriores não foram encontrados, demarcando a precariedade do registro.

As respostas das mulheres entrevistadas sobre o atendimento geral realizado pelos NIS revelaram que a maioria (31) que utiliza ou que já utilizou refere gostar, 20 disseram nunca utilizar, 10 consideraram o atendimento “regular” ou “bom, às vezes” e as outras 15 não gostaram do atendimento. Geralmente as manifestações positivas dizem da relação entre usuários e prestadores, ressaltando a importância do relacionamento interpessoal e da

humanização do cuidado. As restrições apontadas referem-se ao tempo de espera para os atendimentos e à falta de continuidade. A satisfação ou insatisfação dessas mulheres com o atendimento é dada, principalmente, pela relação que elas estabelecem com os serviços.

#### **Avaliando o cuidado prestado à gestante**

Quando se analisaram os dados da entrevista com os obtidos nos prontuários localizados, verificou-se concordância naqueles que constavam registros completos ou parciais das atividades, mostrando que o depoimento das parturientes sobre os critérios levantados para a avaliação do atendimento pré-natal constituíram-se em importante fonte de dados. Dessa maneira, caso o procedimento informado na entrevista, por exemplo a mensuração da altura uterina, não tenha sido registrado no prontuário, considerou-se que o mesmo foi realizado, priorizando-se o depoimento materno.

Para cada critério que a gestante respondeu como tendo sido realizado, investigou-se também a frequência do mesmo, considerando como adequado aquele a que ela referiu sempre, parcialmente adequado quando realizado em algumas consultas, e inadequado quando disse que nunca era realizado.

A maioria das entrevistadas, 73 (96%), afirmou que o médico ou a enfermeira auscultava o batimento cardíaco fetal e que verificava peso e pressão arterial em todas as consultas; 66 (87%) disseram que também era verificado o crescimento através da medida de altura uterina. Apesar de 68 (90%) gestantes admitirem o recebimento do cartão de acompanhamento do pré-natal, este não se encontrava com elas no hospital, porém todas disseram que o cartão sempre era preenchido. As afirmações acima confirmam o que se supunha anteriormente: que o procedimento é realizado, mas não registrado no prontuário.

De acordo com o Ministério da Saúde, o exame preventivo de câncer deve ser realizado rotineiramente nas consultas ginecológicas. Das entrevistadas, vinte e cinco (33%) nunca realizaram tal exame, trinta e duas (43%) haviam realizado antes de engravidar (há menos de um ano), oito (11%) havia mais de dois anos, sete (9%) mais de três e quatro (5%) não lembravam quanto tempo havia. Esses dados, associados ao encontrado sobre a evolução dos óbitos por neoplasma de colo uterino, colaboram para que se pense na falta de preocupação com a dimensão preventiva do cuidado, pois a não detecção precoce leva ao aparecimento de formas avançadas da doença, o que torna mais difícil a prevenção do óbito.

A utilização de medicamentos durante a gestação foi referida por 52 parturientes, das quais uma disse automedicar-se e as demais informaram que isso foi feito sob prescrição médica, que, quando legível no prontuário, constituiu-se basicamente em complexos vitamínicos e analgésicos para dores abdominais.

Observou-se que a concentração média de consultas médicas, nos dois tipos de serviços, verbalizada pela gestante é bastante superior ao recomendado pelo programa; 80% delas receberam mais de seis consultas, das quais 38% ultrapassaram dez consultas e 2,5% apenas duas. Tendo em vista que o recomendado pelo Ministério da Saúde é de, no mínimo, duas consultas médicas para gestantes sem fatores de risco, verifica-se que em Maringá há uma superutilização da rede de atendimento pré-natal.

Considera-se relevante destacar as duas intercorrências observadas com recém-nascidos. Um nasceu morto, pesando 2.000 g e outro com Síndrome de Down. As mães dessas crianças eram múltiparas (4ª gestação) e realizaram o pré-natal em unidades públicas. A primeira realizou o parto normal no hospital público e informou que durante a gravidez havia feito uma parte do atendimento no posto, sendo depois encaminhada para o seguimento no ambulatório do hospital, porque sofria de problemas cardíacos. Não se localizou o prontuário no NIS, pesquisou-se então o prontuário do hospital e nele estava registrado encaminhamento para o médico cardiologista.

A mãe da criança que apresentou Síndrome de Down tinha 43 anos, fez pré-natal no NIS e cesariana num hospital privado. Segundo ela, não foi realizada laqueadura tubária porque não possuía recursos financeiros para o pagamento exigido. Referiu diversos problemas durante a gestação, mas no seu prontuário não se encontraram registros de encaminhamento; a única prescrição contida era de dieta hipossódica.

Faundes e Cecatti (1991) analisaram a evolução de partos cesáreos nos hospitais do Inamps, entre 1970 e 1980 e observaram um crescimento destes, encontrando para a região Sudeste alta incidência de cesáreas entre as mulheres de renda média familiar superior a 10 salários mínimos, em contraposição àquelas com renda inferior a um salário mínimo.

Souza e Gotlieb (1989) encontraram uma alta incidência de cesarianas em Maringá, destacando que “a incidência de cesárea foi de 52,9% e 81,6% para as mães indigentes e particulares, respectivamente.”

Neste momento, retoma-se a questão parto cesáreo e laqueadura tubária numa perspectiva de

equidade e de universalização do atendimento. Apesar de serem apenas dois os casos acima, eles são bastante expressivos quanto à desigualdade no tratamento, em que a possibilidade de satisfazer as necessidades do cliente é dada, em última instância, pela disponibilidade de recursos financeiros.

### Considerações finais

Os resultados encontrados apontam a existência de deficiências no atendimento pré-natal, principalmente no que diz respeito a dificuldade na localização dos prontuários e à ausência nos mesmos de registros mínimos, considerados importantes para o acompanhamento da evolução gestacional.

O depoimento das parturientes entrevistadas mostrou que as lembranças da gestação ainda estavam presentes, indicando que elas constituíram-se em importante fonte de informações e apontaram que os profissionais estão, de maneira geral, realizando os procedimentos preconizados, contudo não os estão registrando.

Pode-se dizer que a eleição da população da pesquisa, bem como os instrumentos utilizados podem ser úteis para se promover avaliações rotineiras em serviços de saúde, pois são simples e não requerem altos investimentos para a sua realização.

### Referências

- BERCINI, L.O. Mortalidade neonatal de residentes em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 28, p. 38-45, 1994.
- CARVALHO, M.L.; SILVER, L. Qualidade da atenção perinatal no Rio de Janeiro, (Mimeografado).
- FAUNDES, A.; CECATTI, J.G.A. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.
- KESSNER, D.M. *et al.* Assessing health quality - the case for tracers. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 288, n. 4, p.189-94, 1974.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-natal de baixo risco. Brasília, 1986.
- PUFFER, R.R.; SERRANO, C.V. *Características de la mortalidad en la niñez*. Washington: OMS, 1973.
- REICHENHEIM, M. E.; WERNECK, G. L. Adoecer e morrer no Brasil dos anos 80: perspectivas de novas abordagens. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- SCOCHI, M.J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, 1991: um exercício no campo da avaliação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 356-367, 1994.

SCOCHI, M.J. Evolução da mortalidade por causas evitáveis e expansão dos recursos municipais de saúde em Maringá, Paraná. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p.129-36, 1999.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINGÁ. Plano Municipal de Saúde. Maringá. SMSM, Mimeografado, 1994.

SOUZA, R.K.T.; GOTLIEB, S.L.D. Probabilidade de morrer no primeiro ano de vida em área urbana da região

Sul, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 445-54, 1992.

TANAKA, A. C. d'A *et al.* Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 73-79, 1989.

*Received on February 07, 2002.*

*Accepted on May 24, 2002.*