

ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM MUNICÍPIOS DE DIFERENTES PORTES POPULACIONAIS DO PARANÁ

Viviane Cazetta de Lima Vieira*
Mayckel da Silva Barreto**
Claudiane Fernandes***
Maria José Scochi****

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a assistência pré-natal mediante procedimentos clínico-obstétricos oferecidos às gestantes, em municípios de diferentes portes populacionais. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de abordagem quantitativa, realizada em 15 municípios do Paraná. Foram entrevistadas 136 puérperas cujos partos ocorreram em fevereiro de 2011. Também foram coletadas, nos prontuários da Unidade Básica de Saúde, informações relativas ao pré-natal. Os resultados revelaram que os procedimentos mais realizados, em ordem decrescente, foram: verificação da pressão arterial; ausculta dos batimentos cardíacos; mensuração da altura uterina; avaliação de edema em membros inferiores e verificação da posição fetal. Para todos os procedimentos houve sub-registro em prontuário. Os municípios com até 20.000 habitantes apresentaram maior frequência na realização dos procedimentos. Já, os municípios com mais de 50.000 habitantes apresentaram melhores índices de registros em prontuários. Concluiu-se que procedimentos clínico-obstétricos essenciais não foram realizados e/ou registrados na maior parte das consultas de pré-natal, nos municípios de diferentes portes populacionais.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Regionalização. Saúde pública. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal continua prioritária e tem merecido destaque crescente na atenção à saúde materno-infantil, permanecendo como um campo de grande preocupação na história da saúde pública brasileira e mundial. Mesmo havendo quedas, a manutenção de elevadas taxas dos importantes indicadores de saúde, entre os quais os coeficientes de mortalidade materna e perinatal, tem justificado a permanência e o surgimento de novas ações e políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal⁽¹⁾.

No Brasil, de modo similar a outros países em desenvolvimento econômico e social, como é o caso de Ruanda⁽²⁾, Quênia⁽³⁾ e Índia⁽⁴⁾, observam-se esforços para a ampliação da oferta de atendimento e da qualificação da assistência ao pré-natal. Nesse sentido, em 2011 constatou-se que, em nosso país, a cobertura pré-natal atingiu valores próximos a 100%⁽⁵⁾. Entretanto, para além dos números, é preciso considerar a

qualidade da assistência ofertada. Estudos internacionais^(2,3) e nacionais^(6,7) têm demonstrado falhas na assistência pré-natal pública, tais como dificuldades no acesso ao serviço de saúde, início tardio do acompanhamento e número inadequado de consultas, o que compromete a qualidade, finalidade e efetividade do atendimento.

Desse modo, a fim de verificar a qualidade da realização do pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde é imprescindível avaliar continuamente a maneira com que os profissionais de saúde têm desenvolvido o atendimento à gestante e o registro nos prontuários.

Ademais, em decorrência da lacuna na literatura no concernente à avaliação do pré-natal, comparando-se as informações ofertadas pelas usuárias com as registradas nos prontuários, é que se realizou este estudo, que teve por objetivo analisar a assistência pré-natal mediante procedimentos clínico-obstétricos oferecidos à gestante, em municípios de diferentes portes populacionais.

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Coordenadora do Curso e Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Mandaguari. Mandaguari, PR, Brasil. E-mail: vivicazetta@hotmail.com

** Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem. Coordenador do Curso de Enfermagem da Faculdade Intermunicipal do Noroeste do Paraná. Docente da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Mandaguari. Mandaguari, PR, Brasil. E-mail: mayckelbar@gmail.com

*** Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira em Palotina. E-mail: claudianefernandes@yahoo.com.br

**** Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, PR, Brasil. E-mail: mjscochi@uem.br

REVISÃO DE LITERATURA

A partir do início da década de 1980, com o objetivo de nortear as ações voltadas à saúde da mulher, em especial durante o ciclo gravídico-puerperal, o país lançou diversos Programas Ministeriais: Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000, e a Rede Cegonha em 2011, que, juntos, têm o mérito de buscar o aumento da oferta e da qualificação do atendimento prestado à mulher, com ênfase na assistência ao pré-natal⁽¹⁾.

O pré-natal constitui-se em um conjunto de procedimentos clínicos e educativos que precisam ser desenvolvidos em conformidade com protocolos clínicos e visam vigiar a evolução da gravidez, e orientar e esclarecer a mulher e sua família sobre a gestação, o parto e os cuidados com o recém-nascido. Busca ainda prevenir, detectar precocemente e tratar as intercorrências mais frequentes nesse período⁽⁸⁾.

Os protocolos clínicos indicam que práticas pouco complexas – verificação de Pressão Arterial (PA); Altura Uterina (AU); Batimento Cardíaco Fetal (BCF); posição do feto; e presença de edema em Membros Inferiores (MMII) – quando realizadas rotineiramente durante a assistência predizem melhores desfechos perinatais, tanto relacionados à saúde da mãe quanto à do recém-nascido⁽²⁾. Por exemplo, há menor prevalência de complicações obstétricas; retardo no crescimento intrauterino; baixo peso ao nascer; e prematuridade⁽⁹⁾.

Vale ressaltar que, para a adequada gestão em saúde, o que inclui a implantação, execução e avaliação dos diferentes Programas do Ministério da Saúde, os estados dividem sua área geográfica em pequenos conglomerados de municípios, denominados Regionais de Saúde (RS). O estado do Paraná possui 22 RS, as quais têm tido papel de destaque no que tange à supervisão da assistência ofertada nos municípios, incluindo, nesse contexto, a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Dessa forma, compreende-se imperativo estudar a maneira com que o pré-natal tem sido desenvolvido nas diferentes RS, pois, os municípios que as compõem, apesar de comungarem do mesmo espaço geográfico, possuem populações numericamente distintas e gerenciamento político-assistencial divergente, o

que pode influenciar o modo com que o pré-natal tem sido realizado.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa, realizado no âmbito da 15ª RS do estado do Paraná, localizada na região noroeste e composta por 30 municípios, dos quais 15 compuseram a amostra investigada, sendo que os critérios de seleção foram:

a) Discrepâncias de indicadores epidemiológicos: fizeram parte do estudo os municípios com maiores e menores índices de cobertura da Estratégia Saúde da Família; prematuridade; mortalidade infantil e cesárea, o que acarretou a seleção de quinze municípios. Esse critério fez parte da seleção no intuito de se demonstrar a heterogeneidade dos municípios de uma mesma Regional de Saúde.

b) Porte populacional: foram selecionados nove municípios com menos de 20.000 habitantes (o menor com 2.541 habitantes e o maior com 19.269 habitantes); quatro com população entre 20.000 e 50.000 habitantes (o menor com 21.791 habitantes e o maior com 33.108 habitantes); e dois com mais de 50.000 habitantes (um com 84.650 habitantes, e o município sede com 335.512 habitantes). Foram selecionados mais municípios de menor porte populacional porque, em média, 75% dos municípios brasileiros, paranaenses e da 15ª RS possuem população menor que 20.000 habitantes, permitindo que se visualize um panorama assistencial que, em certa medida, é compartilhado pela maior parte do país.

c) Interesse do gestor em permitir o desenvolvimento da pesquisa em seu município: esse critério concretizou-se por meio de uma oficina de discussão sobre avaliação em saúde, da qual participaram 21 gestores, sendo todos convidados a integrarem o estudo. Na ocasião, os gestores de dois municípios com menos de 20.000 habitantes, que haviam sido selecionados pelos critérios acima assinalados, manifestaram indisponibilidade em participar do estudo e foram substituídos; outros quatro municípios que não haviam sido selecionados também não demonstraram interesse. O fato de se considerar o interesse dos gestores em participar do estudo decorreu do respeito aos pressupostos da avaliação participativa, a qual não consiste em

um procedimento de natureza exclusivamente técnica e punitiva, mas, sim, um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que compartilham corresponsabilidades⁽¹⁰⁾.

Nos quinze municípios que participaram do estudo foram selecionadas todas as puérperas cujo parto havia ocorrido em fevereiro de 2011 e o acompanhamento de pré-natal fora integralizado na rede pública. Considerando-se esses critérios e o período (fevereiro de 2011), no município de Maringá ocorreram 131 partos. Contudo, 16 mulheres não foram entrevistadas, devido a: residir em outro município (1); não ter realizado o pré-natal em Maringá (2); recusa em responder ao questionário (4); e não ter sido localizado o endereço da mulher por incorreção ou incompletude em seu cadastro (9). Nos demais municípios, 24 mulheres se enquadravam nos critérios de inclusão. Destas, três não foram encontradas em suas residências. Então, o total de puérperas entrevistadas foi 136.

A coleta de dados foi realizada entre março e abril de 2011. A identificação das puérperas ocorreu mediante uma lista contendo informações cadastrais – data do parto, nome e endereço da puérpera – coletadas a partir da Declaração de Nascido Vivo, obtidas no hospital de referência para partos custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em cada município.

Foram utilizados dois instrumentos em momentos distintos. O primeiro, um roteiro semiestruturado aplicado às puérperas, continha questões sobre os procedimentos realizados durante as consultas de pré-natal: verificação de PA; AU; BCF; posição fetal; e presença de edema em MMII. Esse roteiro constou das entrevistas, com duração média de 25 minutos, realizadas durante visita domiciliar.

O segundo instrumento, o qual é validado⁽¹¹⁾ e tem sido utilizado na literatura⁽¹²⁾, constituiu-se em um roteiro que permitiu a coleta de dados nos prontuários das mulheres previamente entrevistadas. As questões versavam sobre o registro de procedimentos realizados pelos profissionais de saúde da UBS durante o pré-natal. Essas informações permitiram verificar a concordância entre os dados relatados na entrevista com os registros dos prontuários. A localização dos prontuários foi facilitada a partir do auxílio da equipe de saúde de cada unidade.

As informações foram registradas em um banco de dados no programa Microsoft Office Excel for Windows 2010[®] e em seguida analisadas por meio da estatística descritiva por estrato populacional (municípios com população menor que 20.000 habitantes, entre 20.000 e 50.000 habitantes, e maior que 50.000 habitantes). Posteriormente, foram construídas tabelas de frequência absoluta e relativa.

O estudo observou as diretrizes da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e seu Projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer 648/2009). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maior parte das puérperas 130 (95,6%) relatou a verificação da PA como procedimento “sempre” realizado durante as consultas de pré-natal, seguido da ausculta do BCF 118 (86,8%), mensuração da AU (77,2%), avaliação de edema em MMII 71 (52,2%) e verificação da posição fetal 49 (36,0%), conforme mostra a Tabela 1.

Estudo realizado em uma capital do sudeste brasileiro, ao analisar o cartão de pré-natal de 360 gestantes atendidas pelo SUS, constatou, assim como neste estudo, que a aferição da PA correspondeu ao procedimento mais comumente realizado durante as consultas⁽¹³⁾.

É sabido que para a adequada avaliação da gestante é necessário que, em todas as consultas, seja verificada a PA e a presença de edema de MMII, e que a partir do segundo trimestre também se verifique AU, BCF e posição fetal⁽⁸⁾. Vale destacar que todos esses procedimentos são simples de serem realizados e exigem poucos recursos materiais. Portanto, esperava-se elevados índices de realização. Por outro lado, é preciso considerar que os procedimentos que exigem certo crescimento fetal para integrarem a assistência de pré-natal, em parte, podem ter refletido nos achados, pois a gestante ao acreditar, erroneamente, que esses procedimentos deveriam ter sido realizados em todas as consultas de pré-natal, possivelmente tenha classificado suas frequências em “às vezes”.

Tabela 1. Distribuição dos procedimentos realizados durante as consultas de pré-natal, relatados pelas puérperas, segundo estrato populacional. 15ª Regional de Saúde - PR, 2011.

Procedimentos	<20.000 hab.		20-50.000 hab.		>50.000 hab.		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
PA	Nunca	-	-	-	02	1,7	02	1,5	
	Às vezes	-	-	-	-	04	3,4	04	2,9
	Sempre	07	100,0	11	100,0	112	94,9	130	95,6
BCF	Nunca	-	-	-	-	03	2,5	03	2,2
	Às vezes	-	-	-	-	15	12,7	15	11,0
	Sempre	07	100,0	11	100	100	84,7	118	86,8
AU	Nunca	-	-	-	-	10	8,5	10	7,4
	Às vezes	-	-	01	9,1	20	16,9	21	15,4
	Sempre	07	100,0	10	90,9	88	74,6	105	77,2
Edema	Nunca	-	-	04	36,4	07	5,9	11	8,1
	Às vezes	01	14,2	03	27,3	50	42,4	54	39,7
	Sempre	06	85,7	04	36,4	61	51,7	71	52,2
Posição do feto	Nunca	04	57,1	01	9,1	77	65,3	82	60,3
	Às vezes	02	28,6	03	27,3	-	-	05	3,7
	Sempre	01	14,3	07	63,6	41	34,7	49	36,0

Considera-se, no entanto, que o momento do pré-natal deve ser utilizado para a prática de educação para a saúde, incluindo não apenas questões biológicas e psicológicas do gerar, parir e cuidar⁽³⁾, mas também o próprio acompanhamento, explicando à gestante porque determinados procedimentos ocorrem principalmente no início ou final da gestação. Isso é capaz de empoderar a mulher e permitir que ela tenha mais conhecimento sobre seu próprio corpo e os procedimentos/técnicas que são desenvolvidos durante a gestação e o puerpério.

A atuação profissional qualificada durante o atendimento de pré-natal, portanto, é fator preponderante para a identificação de condições prévias de risco modificáveis e/ou aquelas que surgem no decorrer da gestação. Como é o caso, por exemplo, do controle da PA e da verificação de edema, pois a história de hipertensão arterial ou o desenvolvimento de pré-eclâmpsia está relacionado ao baixo peso do bebê ao nascer⁽¹⁴⁾. Ainda, ressalta-se que mesmo apresentando tendência de redução entre os anos de 1990 e 2010, a principal causa de morte materna no Brasil foi a Doença Hipertensiva Específica da Gestação⁽¹⁵⁾, sendo que medidas pouco complexas realizadas no acompanhamento de pré-natal poderiam cooperar para a modificação desse cenário.

São considerados outros fatores de risco na gestação: o retardo de crescimento fetal, desvios

do crescimento uterino, gestação múltipla e alterações do volume do líquido amniótico⁽⁸⁾. Essas condições podem ser facilmente identificadas pelo médico ou enfermeiro por meio da mensuração da AU no momento da consulta, permitindo orientar oportunamente as condutas adequadas a serem tomadas⁽¹⁶⁾. Entretanto, evidenciou-se, neste estudo, que o procedimento foi pouco valorizado pelos profissionais, sobretudo nos municípios com mais de 50.000 habitantes, onde mais de um quarto das puérperas relatou que o procedimento era realizado “às vezes” ou “nunca” durante o acompanhamento pré-natal.

Em contrapartida, a aferição do BCF representou um procedimento mais frequentemente realizado (86,8% classificaram em “sempre”). A não totalidade pode ser justificada pelo fato de que este procedimento é realizado após 12 semanas de gestação com o sonar, ou após 20 semanas com o Pinard, ou seja, não é realizado em todas as consultas. Retoma-se, neste momento, a questão da atenção qualificada com orientações educativas, enfatizando e justificando as ações profissionais durante as consultas.

Nesse sentido, admite-se, aqui, a possibilidade de as entrevistadas não se lembrarem das orientações realizadas pelos profissionais no momento da entrevista, fato indicativo de que as informações foram pouco apreendidas. Este achado é consoante com os de

um estudo realizado em uma capital do nordeste brasileiro junto a 140 gestantes, o qual constatou o seguinte: quando as mulheres assimilavam bem as orientações, estas se refletiam no autocuidado, como foi o caso da orientação sobre o uso de medicamentos e atividade física durante a gestação⁽¹⁷⁾. Ressalta-se que a ausculta do BCF tem como objetivo verificar, em cada consulta, a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos BCF, avaliando a vitalidade fetal. Sinais de taquicardia ou bradicardia podem estar associados a sofrimento fetal⁽¹⁵⁾ e devem ser valorizados pelo profissional.

Outro ponto que desperta a atenção consiste no procedimento de avaliação da posição fetal no ventre materno, que fornece subsídios para o direcionamento do tipo de parto, donde se observa que apenas 49 (36,0%) puérperas relataram a ocorrência desse procedimento em todas as consultas de pré-natal. A não valorização dessa informação durante o acompanhamento da gestação leva a inferir que a escolha do tipo de parto não está pautada, entre outros fatores, na posição fetal. Isso, talvez, possa se constituir em um dos diversos fatores relacionados ao elevado índice de cesarianas que o país apresenta na atualidade. Estudo realizado em uma capital do nordeste brasileiro junto a 140 gestantes atendidas pelo SUS apresentou um cenário muito semelhante ao encontrado na presente investigação: os procedimentos intrínsecos às consultas de pré-natal não eram

valorizados pelos profissionais e, por isso, pouco realizados⁽¹⁷⁾.

De modo mais específico, quando se analisam os dados pelo estrato populacional do município de residência das puérperas, nota-se que as mulheres que obtiveram maior frequência na realização dos procedimentos residiam nos municípios com até 20.000 habitantes. Um fator inerente a essa discussão é a quantidade aumentada de consultas que a mulher faz durante o pré-natal, o que certamente se relaciona a um maior número de procedimentos técnicos realizados⁽¹³⁾. Logo, fidelizar a mulher ao pré-natal é prerrogativa para melhorar o acompanhamento. Nesse sentido, pondera-se que gestantes que residem em municípios menores, talvez tenham maior número de consultas pré-natal, pois, possivelmente, a menor dimensão geográfica facilite a busca pelo serviço de saúde. Do mesmo modo o fato de, nos municípios menores, comumente haver um número reduzido de pessoas acompanhadas por uma equipe da ESF, o que tende a aproximar mais os profissionais da população, criando laços de vínculo mais fortes, e isto já foi descrito como facilitador da adesão ao pré-natal⁽¹⁸⁾.

Outro achado importante está relacionado à falta de registros nos prontuários das puérperas. Observou-se que todos os procedimentos foram sub-registrados quando comparados com os relatos das entrevistadas, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos procedimentos realizados durante as consultas de pré-natal, comparando os relatos das puérperas com os registros em prontuários, segundo estrato populacional. 15ª Regional de Saúde - PR, 2011.

Estrato Populacional	Procedimentos (entrevista)*									
	PA		AU		BCF		Edema		Posição fetal	
	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
< 20.000 hab.	07	100,0	07	100,0	07	100,0	06	85,7	01	14,2
20.000 - 50.000 hab.	11	100,0	10	90,9	11	100,0	04	36,3	07	63,6
> 50.000 hab.	112	94,9	88	74,5	100	84,7	61	51,7	41	34,7
Total	130	95,5	105	77,2	118	86,7	71	52,2	49	36,0

Estrato Populacional	Procedimentos (prontuário)**									
	PA		AU		BCF		Edema		Posição fetal	
	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
< 20.000 hab.	05	71,4	03	42,8	04	57,1	03	42,8	01	18,1
20.000 - 50.000 hab.	11	100,0	03	27,2	02	18,1	02	18,1	03	27,2
> 50.000 hab.	112	94,9	84	71,1	97	82,2	52	44,0	37	31,3
Total	128	94,1	90	66,1	103	75,7	54	39,7	41	30,1

*Considerado apenas os procedimentos que eram "sempre" realizados, segundo as puérperas; **Considerado os prontuários que apresentava, pelo menos, um registro do procedimento durante as consultas de pré-natal.

Os procedimentos de verificação da posição fetal, 41 (30,1%), e edema de MMII, 54 (39,7%), foram os menos registrados nos prontuários, seguidos da mensuração da AU (66,1%) e ausculta de BCF 103 (75,7%). Já, a verificação da PA estava registrada em 94,1% dos prontuários. O sub-registro da maioria das informações, em muitos casos, é consequência do reduzido número de trabalhadores na equipe de saúde; da alta demanda por serviços, principalmente os gerenciais-burocráticos, que diminuem o tempo disponível do enfermeiro; e também dos escassos investimentos em processos de treinamento/educação continuada⁽⁸⁾.

Assim, o adequado registro em prontuário e, neste caso, também no cartão da gestante, devem estar sempre em pauta nos assuntos discutidos nas UBS, pois os registros das atividades de pré-natal são elementos imprescindíveis no processo de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido. A documentação da assistência e dos seus resultados, por meio de registros escritos, constitui efetivo instrumento de comunicação para o (re) planejamento, continuidade e avaliação dos serviços prestados aos clientes. Além disso, serve de fonte de informações para questões jurídicas, de pesquisas, de educação e outras atividades relacionadas⁽¹⁹⁾.

Na análise por extrato populacional, constatou-se que os profissionais de saúde atuantes nas UBS dos municípios com mais de 50.000 habitantes apresentaram maior frequência de registro dos procedimentos realizados durante as consultas de pré-natal. Isto, talvez, decorra do fato de que esses profissionais, por estarem em um centro urbano maior tenham mais acesso a informações, e sejam cobrados de maneira mais direta pelos gestores da saúde para o adequado preenchimento dos prontuários dos pacientes, pois o risco de processos judiciais é maior em grandes centros urbanos⁽²⁰⁾.

Estudo realizado em uma capital do Sul do Brasil, com 158 gestantes usuárias do SUS, evidenciou que havia falta de registros de dados referentes ao acompanhamento de pré-natal na maior parte dos prontuários⁽⁶⁾. Logo, supõe-se que em um município de grande porte também haja sub-registro de informações. Nessa perspectiva, observa-se que municípios de diferentes portes populacionais têm apresentado dificuldades na sistematização de uma política

de registro adequado. E essa problemática torna-se um atual e importante desafio para gestores e profissionais de saúde da atenção básica.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo permitiram evidenciar que a maior parte das puérperas relatou a verificação da PA como o procedimento mais frequentemente realizado durante as consultas de pré-natal. Já, em ordem decrescente, os procedimentos de ausculta do BCF; mensuração da AU; avaliação de edema em MMII e verificação da posição fetal foram os menos citados.

Comparando-se o relato das entrevistadas com os registros em prontuário, constatou-se que para todos os procedimentos investigados houve sub-registro por parte dos profissionais de saúde das UBS. E no concernente aos municípios de diferentes portes populacionais concluiu-se que aqueles com menos habitantes apresentaram maiores taxas de realização de procedimentos. Entretanto, os municípios com mais de 50.000 habitantes apresentaram mais frequentemente os registros em prontuário.

A despeito de algumas limitações metodológicas, destaca-se a amostra por conveniência utilizada, proporcionando um quantitativo reduzido de puérperas entrevistadas. Portanto, sugere-se que mais estudos desta natureza e com amostras representativas sejam realizados sobre essa temática, considerando-se a heterogeneidade de aspectos operacionais encontrados em municípios com portes populacionais díspares, o que pode influenciar a qualidade da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Sobreposto a isto, o que se nota é a escassez na utilização de dados primários em estudos centrados em mais de uma instituição e/ou município.

Acredita-se que os dados desta pesquisa possam ampliar o conhecimento sobre o funcionamento do serviço de assistência pré-natal, no que tange aos procedimentos clínico-obstétricos, contribuindo para que gestores possam direcionar o planejamento da atenção à saúde da mulher em municípios de diferentes portes populacionais, e para que profissionais da saúde atentem para a necessidade da realização dos procedimentos básicos durante o

acompanhamento da gestante e do adequado registro das informações nos prontuários.

ANALYSIS OF PRENATAL CARE IN DIFFERENT POPULATION SIZE IN MUNICIPALITIES OF PARANÁ

ABSTRACT

This study analyzed the prenatal care through clinical and obstetric procedures offered to pregnant women in cities of different population sizes. This quantitative exploratory, descriptive study was carried out in 15 localities of the Parana. Interviews were conducted with 136 mothers who had their birth in February and analyzed their records, for the information of prenatal monitoring in primary care unit. The results reported in descending order the following most frequently performed procedures: blood pressure measurement; auscultation of fetal cardio-beat; measurement of uterine height; edema assessment in the lower limbs; and check the fetal position. For all procedures was undercount in medical records. The municipalities with up to 20,000 inhabitants had a higher frequency of the procedures. The municipalities with more than 50,000 inhabitants had higher rates of records in records. This evidences the need for essential obstetric clinical procedures were not performed nor recorded in all prenatal consultations in different population sizes.

Keywords: Prenatal Care. Regional health planning. Public health. Nursing.

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN MUNICIPIOS DE DIFERENTES PORTES POBLACIONALES DEL ESTADO DE PARANÁ

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar la atención prenatal a través de los procedimientos clínicos y obstétricos que se ofrecen a las mujeres embarazadas, en ciudades de diferentes portes poblacionales. Se trata de una investigación descriptiva exploratoria, de abordaje cuantitativo, realizada en 15 ciudades del estado de Paraná. Fueron entrevistadas 136 puérperas cuyos partos ocurrieron en febrero de 2011; También fueron recolectados, en los registros médicos de la unidad Básica de Salud, informaciones de control prenatal. Los resultados revelaron que los procedimientos más frecuentemente realizados, en orden decreciente, fueron: medición de presión arterial; auscultación del ritmo cardíaco fetal; medición de altura uterina; evaluación de edema en miembros inferiores; y averiguación de la posición fetal. Para todos los procedimientos hubo subregistro en los registros médicos. Los municipios con hasta 20.000 habitantes tenían una mayor frecuencia en la realización de los procedimientos. Los municipios con más de 50.000 habitantes presentaron tasas más altas de apuntes en los registros. Se concluye que los procedimientos clínicos obstétricos esenciales no fueron realizados y/o registrados en la mayor parte de las consultas de prenatal, en las ciudades de diferentes portes poblacionales.

Palabras clave: Atención Prenatal. Regionalización. Salud pública. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Barreto MS, Mathias TAF. Cuidado à gestante na atenção básica: relato de atividades em estágio curricular. *Rev RENE*. 2013; 14(3):639-48
2. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat ALB, Sturdy J, Vermeersch CMJ. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *Lancet*. 2011; 377(9775):1421-28.
3. Ochako R, Fotso JC, Ikamari L, Khasakhala A. Utilization of maternal health services among young women in Kenya: Insights from the Kenya Demographic and Health Survey, 2003. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011; 11(1):1-9.
4. Pathak PK, Singh A, Subramanian SV. Economic inequalities in maternal health care: prenatal care and skilled birth attendance in India, 1992–2006. *Plos one*. 2010; 5(10):e13593 doi: 10.1371.
5. Ministério da Saúde (BR). Cobertura de pré-natal. Brasília (DF): MS; 2011.
6. Uchimura LY, Uchimura NS, Santana RG, Felchner PCZ, Uchimura TT. Adequabilidade da assistência ao pré-natal em duas unidades de saúde em Curitiba, Paraná. *Cienc cuid saude*. 2014; 13(2):219-27.
7. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28:425-37.
8. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30Sup1:85-100
9. Mendonza-Sassi RA, Cesar JÁ, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. Diferenças entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27Sup4:787-96.
10. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
11. Scochi MJ. Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde: uma análise localizada [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1996.
12. Bauli, JD. Avaliação da assistência pré-natal na rede básica do município de Maringá-Paraná. [dissertação de

mestrado em enfermagem]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2010.

13. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos NET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(7):1999-2010.

14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n° 32, Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): MS; 2012.

15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim 1/2012: Mortalidade materna no Brasil. Brasília (DF): MS; 2012.

16. Paiva CCA, Freire DMC. Efetividade de curso de capacitação em medida da altura uterina para enfermeiros e graduandos de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65:775-779.

17. Silva RM, Bezerra ED, Rodrigues DP, Araújo MAL. Consulta pré-natal na perspectiva de gestantes em uma regional de saúde de Fortaleza-Ceará. *Cad Saúd Colet*. 2009; 7(4):1001-1015.

18. Spindola T, Progiante JM, Garcia PLH. Opinião das gestantes sobre acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal em um hospital universitário. *Cienc Enferm*. 2012; 18(2):65-73.

19. Barboza CL, Barreto MS, Marcon SS. Records of childcare in primary care: descriptive study. *Online braz j nurs [online]*. 2012; 11(2):359-75. [citado em 2014 set 9]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3687>.

20. Pereira JR, Santos RI, Nascimento-Junior JM, Schenkel EP. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15:3551-60.

Endereço para correspondência: Viviane Cazetta de Lima Vieira. Rua Romário Martins, n° 80, CEP: 86.975-000, Centro. Mandaguari, Paraná, Brasil. Telefone: (44)9945-1662. E-mail: vivicazetta_@hotmail.com

Data de recebimento: 12/04/2015

Data de aprovação: 23/02/2016