

PERFIL OBSTÉTRICO DE USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE APÓS IMPLANTAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE¹

Elisiane Soares Novaes*
 Rosana Rosseto de Oliveira**
 Emiliana Cristina Melo***
 Patrícia Louise Rodrigues Varela****
 Thais Aidar de Freitas Mathias*****

RESUMO

Este estudo teve por objetivo descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas residentes em Maringá, atendidas pela Rede Mãe Paranaense. Estudo descritivo realizado com 592 puérperas por meio de entrevista, consulta ao cartão da gestante e prontuário hospitalar, entre 2013 e 2014. Encontraram-se, em sua maior parte, mulheres pardas (44,8%), com ensino médio completo (46,1%), a maioria em união estável (86,3%), e ocupação remunerada (52,0%). Das entrevistadas, 67,8% iniciaram precocemente o pré-natal e 74,0% realizaram sete ou mais consultas. Entretanto, apenas 35,3% planejaram a gravidez, 38,3% participaram de grupos de gestantes e 67,7% foram classificadas quanto ao risco gestacional. Das intercorrências na gestação, a infecção do trato urinário (37,3%), anemia (27,2%) e hipertensão arterial (19,3%) foram as mais frequentes. Devido à alta prevalência de gravidez na adolescência (17,2%), parto cesáreo (57,3%), nascimento prematuro (13,7%), e uso de drogas de abuso durante a gestação (20,6%), evidenciou-se a necessidade de direcionamento da atenção, com vistas à promoção da saúde do binômio mãe-filho.

Palavras-chave: Perfil de saúde. Epidemiologia. Puerpério. Saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

O cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal tem sido prioridade das políticas de saúde a fim de diminuir a morbimortalidade materna e infantil, uma vez que esta reflete sensivelmente a qualidade de vida de uma sociedade⁽¹⁾. Para alcançar um cuidado de qualidade, é necessário conhecer as características demográficas, socioeconômicas, obstétricas e reprodutivas das mulheres atendidas em determinada localidade, região ou área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O conhecimento destas características possibilita a identificação precoce do risco gestacional, que é o instrumento discriminador no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados à saúde de maneira diferenciada, para o alcance da equidade⁽²⁾. Ademais, a construção dos indicadores epidemiológicos e obstétricos

precede a avaliação da adequabilidade dos serviços de pré-natal e puerpério, permitindo identificar a efetividade desses serviços ao monitorar a diminuição de partos cesáreos, a captação precoce das gestantes, a cobertura do pré-natal, entre outros^(2,3).

Em 2011 a taxa de mortalidade materna no Brasil foi de 55,3 óbitos por 100 mil nascidos vivos, e no estado do Paraná a taxa foi de 51,6⁽⁴⁾. Em razão dessa alta taxa e do fato de 85,0% dos óbitos maternos serem considerados evitáveis, o estado do Paraná lançou em 2012 a Rede Mãe Paranaense para reduzir significativamente os indicadores de mortalidade materno-infantil, objetivando alcançar as metas estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio com ações de classificação do risco gestacional e da criança, atenção pré-natal e a vinculação da gestante ao hospital de referência para o parto⁽⁵⁾.

Estratégias e políticas para melhoria das condições de saúde, como a Rede Mãe Paranaense, são resultados de pesquisas que

¹Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Chamada Universal (14/2012).

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Maringá-PR, Brasil. E-mail: elisianenovaes@hotmail.com

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Maringá-PR, Brasil. E-mail: rosanarosseto@gmail.com

***Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP). E-mail: ecmelo@uenp.edu.br

****Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá - UEM. Professora da Universidade do Estado do Paraná (UNESPAR). E-mail: patricialouisev@gmail.com

*****Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UEM, Maringá-PR, Brasil. E-mail: tafmathias@gmail.com.br

contemplam as necessidades e características das mulheres em nível local e regional⁽⁵⁾. Nesse sentido, é preciso realizar o contínuo delineamento do perfil da clientela com vistas a contribuir para a construção e avaliação dos novos programas de saúde da mulher e da criança, como este iniciado em 2012 no Paraná, a fim de permitir aos profissionais e gestores realizarem o direcionamento da assistência às necessidades específicas da população atendida. Diante disso, e da necessidade em se conhecer as gestantes usuárias do serviço público no município de Maringá, este estudo teve por objetivo descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas residentes em Maringá, atendidas pela Rede Mãe Paranaense.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, utilizando dados de puérperas residentes no município de Maringá, que receberam assistência ao parto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entre outubro de 2013 e fevereiro de 2014.

O município de Maringá é o terceiro maior do estado do Paraná, com população estimada em 385.753 habitantes no ano de 2013. É sede da 15ª Regional de Saúde do Estado, com taxa de urbanização de 98,6% e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado alto (0,80), ocupando a 23ª posição no ranking de IDH das cidades brasileiras⁽⁶⁾. O IDH do Paraná para o mesmo ano foi 0,82 e o nacional 0,74⁽⁷⁾.

O município possui 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 71 equipes de saúde da família que cobrem cerca de 70% da população, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e nove instituições hospitalares, sendo que seis destas realizam atendimento obstétrico, duas públicas e quatro privadas⁽⁸⁾. Desde 2012, a rede pública de atenção materno-infantil está estruturada e organizada segundo o programa estadual Rede Mãe Paranaense⁽⁵⁾.

Foi calculada uma amostra probabilística e representativa a partir do número de nascidos vivos de residentes no município de Maringá em 2012, estratificada proporcionalmente segundo os dois hospitais que atendem ao parto pelo SUS no município⁽⁴⁾, com intervalo de confiança de

95,0% e erro amostral de 4,0% que, com acréscimo de 12,0% para possíveis perdas, totalizou 592 nascimentos, 107 (18,1%) em hospital de ensino e 485 (81,9%) em hospital filantrópico.

A análise do perfil das puérperas foi realizada segundo as seguintes variáveis: *características socioeconômicas e reprodutivas maternas* (faixa etária, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, ocupação, renda familiar *per capita*, número de gestações, cesárea anterior e história de risco reprodutivo (filho anterior prematuro ou baixo peso ou aborto ou óbito fetal ou filho morto antes de completar um ano de vida)), *características obstétricas e da assistência pré-natal* (consultas de pré-natal, início do pré-natal, risco gestacional, duração da gestação, parto desejado, parto realizado, grupo de gestantes), e *condições individuais, comportamentais e intercorrências gestacionais* (uso de álcool, uso de tabaco, uso de drogas ilícitas, prática de atividade física, ganho ponderal adequado, gravidez planejada, aceitação da gravidez, infecção do trato urinário, hospitalização, anemia, hipertensão arterial, amniorexe prematura, oligodrâmnio, hemorragia, diabetes, descolamento prematuro de placenta, depressão e outras (infecção por HIV, sífilis, doença sexualmente transmissível, placenta prévia, polidrâmnio, incompatibilidade Rh e malformação fetal)).

O ganho ponderal gestacional foi categorizado em adequado e inadequado segundo as orientações do Ministério da Saúde⁽²⁾. Calculou-se a idade gestacional com base no exame de ultrassonografia realizado com até 20 semanas gestacionais e na ausência deste, considerou-se aquela registrada no prontuário pelo obstetra e na ausência desta, a idade gestacional foi calculada partir da data da última menstruação referida pela mãe, e na ausência da data da última menstruação foi utilizada a idade gestacional calculada pelo pediatra. Esta variável foi estratificada segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), que classifica os nascimentos prematuros segundo a idade gestacional em: prematuros extremos (<28 semanas), muito prematuros (28 - <32 semanas) e prematuros moderados (32 - <37 semanas completas de gestação). Prematuros moderados ainda são

subdivididos em prematuros tardios ou limítrofes (34 - <37 semanas)⁽⁹⁾.

Os dados foram coletados de três fontes: entrevistas, cartão da gestante e prontuário hospitalar das puérperas. As variáveis dos blocos “características socioeconômicas e reprodutivas maternas” e “condições individuais, comportamentais e intercorrências durante a gestação”, foram obtidas na entrevista com a puérpera. As variáveis das condições de saúde da mulher como “infecção por HIV”, “sífilis”, “doença sexualmente transmissível”, “placenta prévia”, “polidrâmio”, “incompatibilidade Rh”, “malformação fetal” e “tipo de parto realizado” foram coletadas do prontuário hospitalar e as demais variáveis tiveram como fonte o cartão da gestante.

As entrevistas foram aplicadas com questionário eletrônico (aplicativo Google Docs) com o intuito de armazenar os dados em tempo real (online) e evitar os erros inerentes à transcrição posterior. O mesmo aplicativo foi utilizado para a coleta de dados dos prontuários. A coleta de dados ocorreu por busca ativa diária nos dois hospitais, onde as puérperas foram abordadas no alojamento conjunto das maternidades e convidadas a participar da pesquisa, após anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.1 para análise da frequência simples e relativa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá-PR (nº 412.422/2013), atendendo à Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Predominaram mulheres em idade reprodutiva favorável e relativamente jovens (72,5%), pois a idade média foi de 25 anos, sendo a idade mínima 13 e máxima 46 anos de idade. A prevalência de puérperas adolescentes foi de 17,2% e somente 10,3% apresentaram idade igual ou superior a 35 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e reprodutivo de puérperas atendidas pelo SUS. Maringá-PR, 2014.

Variáveis	N	(%)
Faixa etária		
10 - 19	102	17,2
20 - 35	429	72,5
36 - 49	61	10,3
Raça/ Cor		
Branca	251	42,4
Preta	68	11,5
Parda	265	44,8
Amarela	8	1,3
Situação conjugal		
Com companheiro	511	86,3
Sem companheiro	81	13,7
Escolaridade		
Analfabeta	1	0,2
Fundamental incompleto	79	13,3
Fundamental completo	215	36,3
Ensino médio completo	273	46,1
Superior completo	24	4,1
Ocupação		
Remunerada	308	52,0
Não remunerada	284	48,0
Renda per capita familiar^(*)		
< 1	316	53,4
1 - 2	225	38,0
> 2	51	8,6
Número de gestações		
Primigesta	244	41,2
2-3	284	48,0
4 ou mais	64	10,8
Cesárea anterior^{**}		
Sim	175	50,3
Não	173	49,7
História de risco reprodutivo^(**)		
Sim	135	38,8
Não	213	61,2

*Em salários mínimos (R\$ 720,00), vigente em 2013.

**Excluído as primigestas.

Os percentuais observados na faixa etária das puérperas foram próximos aos encontrados por estudos realizados em Salvador e em Porto Alegre, que apontam, respectivamente, 20,0% e 19,0% de mães adolescentes e aproximadamente (73,0%) de gestantes entre 20 e 35 anos^(3,10). Em 2006, o percentual de mães adolescentes no município de Maringá, utilizando dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos

(SINASC) foi de 13,5%, estando abaixo do nível estadual (20,7%) e nacional (21,5%) para o mesmo ano⁽¹¹⁾. No Brasil, as altas taxas de gravidez na adolescência ocorrem em grupos com precárias condições socioeconômicas e familiares e associadas à baixa escolaridade e ao consumo de drogas de abuso pelas adolescentes⁽¹²⁾. Devido às especificidades físicas e psicossociais desta etapa evolutiva, a gestante adolescente vivencia sobrecarga emocional, demandando um acompanhamento efetivo e qualificado para atender suas necessidades. Nesta amostra 11 meninas deram a luz com idade entre 13 e 15 anos⁽¹³⁾.

Embora a maioria das mulheres esteja na idade mais adequada à reprodução, o percentual de mães adolescentes encontrado neste estudo (17,2%) indica a necessidade de maior ênfase ao planejamento familiar para este grupo uma vez que há maior incidência de agravos perinatais e morbimortalidade infantil entre filhos de mães adolescentes^(5,12,13). Pesquisas apontam que gestações tanto em adolescentes quanto em mulheres com idade acima de 35 anos, apresentam maior risco de restrição de crescimento intrauterino, sofrimento fetal, óbito intra-útero e prematuridade⁽¹²⁻¹⁶⁾.

Houve predomínio de puérperas que se autodeclaravam pardas (44,8%), seguido pelas que se autodeclaravam brancas (42,4%), pretas (11,5%) e amarelas (1,3%) (Tabela 1). De acordo com os critérios de risco do Programa Rede Mãe Paranaense, o risco de mortalidade infantil igualmente duplica para mães negras e indígenas quando comparado ao risco das mães brancas⁽⁵⁾. Entretanto, a autodeclaração da identidade racial é subjetiva, vinculada a identidade do indivíduo, podendo modificar os percentuais em diferentes pesquisas^(10,17).

Ainda na tabela 1, verifica-se que 86,3% das mulheres tinham companheiro, percentual próximo aos 84% encontrado por um levantamento do perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em hospital filantrópico, realizado no Espírito Santo⁽¹⁶⁾. A importância de investigar a situação conjugal se pauta no possível apoio econômico e psicossocial à gestante com situação estável. A situação conjugal insegura é um dos fatores de risco reprodutivo apontados pelo Ministério da Saúde⁽²⁾.

O grau de escolaridade materno também é considerado fator de risco, já que possui relação direta com adesão às consultas de pré-natal e com a taxa de mortalidade infantil, além de ser um indicador da condição social^(2,17). A renda das mulheres deste estudo evidenciou panorama social desfavorável, pois mais da metade das puérperas (53,4%) possuía renda *per capita* abaixo de um salário mínimo. Já em relação à escolaridade, os achados mostraram que quase metade das puérperas pesquisadas possuíam o ensino médio completo (46,1%). A prevalência de analfabetismo foi de 0,2%. Uma investigação de puérperas hospitalizadas em Santa Cruz-RN, em 2009, encontrou que 52,0% possuíam o ensino fundamental incompleto, 18,9% fundamental completo e somente 14,9% o ensino médio completo⁽¹⁸⁾.

Com relação às características reprodutivas, 48,0% estavam na segunda ou terceira gestação, 41,2% eram primigestas e apenas 10,8% eram multigestas de quatro ou mais gestações (Tabela 1). Dados semelhantes foram encontrados em Maceió-AL e Rio Grande-RS, onde se verificou que a maioria das mulheres pesquisadas estava na primeira gestação, 46,8% e 41,6% respectivamente^(19,20). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta tendência de diminuição na taxa nacional de natalidade. Esta alteração social é resultado, em certa medida, do aumento da escolaridade e inserção feminina no mercado de trabalho, bem como do aumento na expectativa de vida da população brasileira⁽²¹⁾.

Neste estudo, encontrou-se porcentagem considerável de mulheres com histórico de risco reprodutivo (38,8%), ou seja, que afirmaram história de aborto, natimorto, filho nascido prematuro ou baixo peso e/ou filho que faleceu antes de completar um ano de vida. A ocorrência de eventos adversos em gestações anteriores aumenta as chances de ocorrerem na próxima gestação, o que indica a necessidade de um cuidado diferenciado, e eventualmente um encaminhamento ao serviço especializado para gestação de alto risco⁽²⁾.

Os fatores de risco gestacional podem ser identificados no decorrer da assistência pré-natal, desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame ginecológico-obstétrico. Podem ainda ser identificados por

ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe.

Em relação às características obstétricas e da assistência, verifica-se que o contexto da condição socioeconômica da população Maringaense, aliado ao novo modelo de atenção materno infantil, repercutiu na taxa de acompanhamento pré-natal (99,0%), no início precoce das consultas (67,8%) e no número de mulheres que realizaram sete ou mais consultas (74,0%). Em média, as mulheres realizaram oito consultas de pré-natal (DP \pm 3,1) (Tabela 2).

Tabela 2. Características obstétricas e da assistência pré-natal de puérperas atendidas pelo SUS. Maringá-PR, 2014.

Variáveis	N	(%)
Consultas de pré-natal		
Nenhuma	4	0,7
1-3	29	4,9
4-6	121	20,4
7-10	302	51,0
≥ 11	136	23,0
Início do pré-natal^(*)		
≤ 12 semanas	399	67,8
13 – 24 semanas	169	28,7
> 24 semanas	20	3,4
Risco gestacional¹		
Alto	60	10,1
Intermediário	21	3,5
Habitual	320	54,1
Não preenchido	191	32,3
Duração da gestação		
< 28	4	0,7
28- 31	2	0,3
32- 33	8	1,4
34- 36	67	11,3
≥ 37	511	86,3
Parto desejado^(*)		
Cesáreo	161	28,0
Vaginal	413	72,0
Parto realizado		
Cesáreo	339	57,3
Vaginal	253	42,7
Grupo de gestante		
Participou	227	38,3
Não participou	365	61,7

*Excluídos 18 casos sem resposta.

A idade, a raça/cor, o nível socioeducacional e o desemprego influenciam no acesso aos serviços de saúde e na qualidade do atendimento recebido^(6,10,17). Contudo, a adequação e qualidade da assistência pré-natal são determinadas pela realização mínima de todos os procedimentos preconizados, incluindo a classificação do risco gestacional⁽¹⁶⁾. Esta ação básica, de classificar cada gestante em relação ao risco, não foi realizada em 32,3% das gestantes, um indicativo de que muitas mulheres não estão sendo monitoradas de acordo com suas características individuais, conforme preconizado pelas normas do programa Rede Mãe Paranaense. O pré-natal deve ser realizado considerando cada gestante na sua individualidade, pois falhas no atendimento podem repercutir nas taxas dos eventos indesejáveis, como o nascimento prematuro (13,7%) e na história natural de doenças potencialmente fatais que, se não atendidas como prioridades, levam à morte^(2,5).

Ainda em relação às características obstétricas foi evidente a alta prevalência de cesarianas (57,3%), paradoxal ao fato de que 72,0% das puérperas desejaram o parto vaginal no início da gestação. Um dos indicadores que avaliam a qualidade do cuidado obstétrico é a taxa de parto cesáreo, pois devido às complicações anestésicas, acidentes e infecções puerperais, o risco de morbimortalidade é maior para mulheres submetidas a este procedimento. Em razão disto, a OMS estabelece como limite máximo ideal 15,0%, entretanto no Brasil são realizadas quatro vezes mais cesarianas do que o recomendado pela OMS⁽²²⁾. Várias pesquisas denunciam o aumento nas taxas nacionais de cesarianas e apontam diferenças acentuadas entre as regiões do país e mesmo entre as modalidades de financiamento dos serviços de saúde⁽²³⁾.

A Rede Mãe Paranaense estipulou como meta, redução de 10,0% ao ano no número de parto cesáreo⁽²⁴⁾. Entretanto, dados do SINASC apontam que a taxa de cesarianas em Maringá, que em 2012 foi de 78,6%, teve redução de apenas 3,7% em relação ao ano de 2010 e de 2,5% em relação a 2011⁽⁴⁾.

Analisando as características individuais e comportamentais, percebeu-se prevalência importante do uso de drogas lícitas como o tabaco e o álcool, 12,7% e 11,7% respectivamente (Tabela 3). Esses percentuais

superaram os 7% e 9%, respectivamente, encontrados em 2012 por pesquisa que investigou o uso de drogas de abuso por gestantes em Maringá⁽²⁵⁾.

Tabela 3. Características individuais, comportamentais e intercorrências durante a gestação de puérperas atendidas pelo SUS. Maringá-PR, 2014.

Variáveis	Sim		Não	
	N	(%)	N	(%)
Uso de álcool	69	11,7	523	88,3
Uso de tabaco	75	12,7	517	87,3
Uso de drogas ilícitas	7	1,2	585	98,9
Prática de atividade física	34	5,8	558	94,2
Ganho ponderal adequado	298	50,3	294	49,7
Gravidez planejada	209	35,3	383	64,7
Quando não planejada, aceitou?	186	48,6	197	51,4
Infecção trato urinário	221	37,3	371	62,7
Hospitalização	195	32,9	397	67,1
Anemia	161	27,2	431	72,8
Hipertensão arterial	114	19,3	478	80,7
Amniorexe prematura	79	13,3	513	86,7
Oligodrâmnio	62	10,5	530	89,5
Hemorragia	59	10,0	533	90,0
Diabetes	36	6,1	556	93,9
DPP(*)	35	5,9	557	94,1
Depressão	27	4,6	565	95,4
Outras(**)	40	6,8	552	93,2

*Descolamento prematuro de placenta. **Infecção por HIV, Sífilis, doença sexualmente transmissível, placenta prévia, polidrâmnio, incompatibilidade Rh e malformação fetal.

O uso do álcool durante a gravidez merece preocupação e acurada investigação, já que está associado de maneira dose-dependente à restrição do crescimento fetal, à deficiência cognitiva, ao aumento da morbimortalidade e à síndrome alcoólica fetal. O tabagismo é responsável por 20% dos casos de recém-nascidos com baixo peso, 8% dos partos prematuros e 5% de todas as mortes perinatais, podendo contribuir ainda para a síndrome da morte súbita do bebê e causar importantes alterações no desenvolvimento do sistema nervoso fetal^(25,26).

Já a prevalência do uso de drogas ilícitas (1,2%) permaneceu constante em comparação com pesquisa realizada no mesmo município em 2012, que encontrou 1,5%²⁴. Este mesmo estudo

aponta que gestantes usuárias de drogas ilícitas são menos assistidas por serviços de pré-natal e apresentam maior incidência de complicações na gravidez⁽²⁵⁾. Embora o uso de drogas de abuso seja considerado pouco influenciável pela intervenção dos serviços de saúde, visto que se relaciona a múltiplos fatores sociais, é necessário capacitar os profissionais da atenção primária para detectar precocemente o uso dessas substâncias a fim de apoiar a cessação do vício e não somente realizar julgamento ou orientações isoladas sobre implicações do uso para a mulher e o feto⁽²⁵⁾. Apesar dos maiores benefícios ao desenvolvimento fetal ocorrerem pela cessação do uso de drogas de abuso ainda no início da gravidez, a interrupção em qualquer momento da gestação, ou mesmo no pós-natal, tem significativo impacto na saúde.

Observou-se que em 49,7% das puérperas o ganho ponderal gestacional foi inadequado (Tabela 3), pois segundo o MS, mulheres com IMC pré-gestacional baixo devem ganhar de 12,5 a 18 kg, e com IMC adequado entre 11,5 a 16 kg, com IMC de sobrepeso entre 7 a 11,5 kg e com IMC de obesidade até 7 kg⁽²⁾. Das 294 mulheres que apresentaram ganho ponderal inadequado, 158 (54,0%) tiveram ganho ponderal excessivo e 136 (46,0%) ganho ponderal inferior ao recomendado pelo MS.

As prevalências de ganho ponderal inadequado (50,3%) e inatividade física (94,2%) podem estar associadas à falta de educação em saúde no decorrer da vida e durante o pré-natal. Ao todo, 62% das puérperas não participaram de nenhuma reunião de grupo de gestantes. A participação de gestantes em atividades educativas de 27,5% encontrada em levantamento realizado no município de Iguatu-CE também foi considerada baixa⁽²⁷⁾.

O Ministério da Saúde salienta que ações educativas, vinculadas ao pré-natal, são fundamentais para que a gestante adquira melhor compreensão do processo gestacional e enfatiza que durante as reuniões de grupo devem ser abordados, dentre diversos temas, o planejamento familiar, a importância do exercício físico específico para gestante e a nutrição adequada como forma de prevenção de doenças⁽²⁾. Ações educativas contribuem para elevar a taxa de planejamento familiar possibilitando o aumento do intervalo

interpartal, redução do número de gestações não desejadas, e a postergação da gravidez em adolescentes ou portadoras de condições crônicas (Tabela 3)^(2,27).

O número de mulheres que afirmaram não ter planejado a gestação (64,7%), e dentre essas, o alto percentual das que não aceitaram a gravidez (51,4%) indica a urgente necessidade do serviço de saúde identificar os fatores associados a esses acontecimentos, a fim de repensar as ações para prevenção da gravidez indesejada e suas complicações. A gravidez não desejada está relacionada ao aborto inseguro, à ansiedade e depressão, sobretudo no período puerperal, além disso, tem impacto importante na procura pela atenção pré-natal, na adesão e duração do aleitamento materno, no estado nutricional infantil e nas taxas de morbimortalidade materno-infantil^(1,2).

Das puérperas deste estudo 74% relataram ter tido ao menos uma intercorrência na gestação. Dentre as principais intercorrências, infecção do trato urinário foi a mais prevalente (37,3%), seguida da hospitalização (32,9%), anemia (27,2%) e hipertensão arterial (19,3%). As hospitalizações foram causadas principalmente por infecção do trato urinário/problemas renais, hipertensão arterial, descolamento prematuro de placenta, acidentes e quedas, dentre outras causas. Achado semelhante foi descrito por uma avaliação das internações obstétricas financiadas pelo SUS no estado do Paraná, que apontou taxa de internação obstétrica de 38,0% em 2011 e infecção do trato urinário como uma das causas mais prevalentes⁽²⁸⁾. Há ainda outras intercorrências menos frequentes e que precisam ser investigadas, como infecção pelo HIV, sífilis, doença sexualmente transmissível, placenta prévia, polidrâmnio, incompatibilidade Rh e malformação fetal que acometeram 6,8% das mulheres investigadas.

Diante destes resultados e do percentual elevado de puérperas com história de risco reprodutivo (39%), entende-se a necessidade de se atuar na prevenção das intercorrências, seja no âmbito demográfico (planejamento familiar), socioeconômico, comportamental (supressão do fumo, álcool, orientação nutricional), biomédico (diagnóstico e tratamento

precoce de doenças) e da atenção pré-natal (realização dos exames, consultas, educação em saúde e demais ações preconizadas em número e frequência adequada).

CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu levantar importantes características epidemiológicas e obstétricas das puérperas atendidas pela Rede Mãe Paranaense, residentes em um município de médio porte no Paraná, que podem subsidiar as ações dos profissionais da saúde que atuam na atenção pré-natal e puerperal, no delineamento de ações educativas e na construção e avaliação deste novo programa de saúde materno-infantil, em consonância com o perfil da população usuária.

O perfil epidemiológico deste grupo constituiu-se de mulheres majoritariamente pardas, de 20 a 34 anos, com ensino médio completo, em união estável, com renda per capita de até um salário mínimo, que realizaram atividade remunerada durante a gestação. Em relação ao perfil obstétrico, as puérperas tiveram em média duas gestações, a maioria iniciou o acompanhamento pré-natal precocemente, realizaram sete ou mais consultas, entretanto, não participaram de grupos de gestantes, e tampouco realizaram planejamento familiar. Em geral essas mulheres não praticaram atividade física durante a gestação e apresentaram ganho ponderal inadequado. Os dados ratificam a alta prevalência de parto cesáreo e parto prematuro, evidenciando que ações objetivas devem ser realizadas para adequar essas taxas às metas da Rede Mãe Paranaense.

A limitação desta pesquisa consiste no viés do esquecimento, inerente ao recordatório materno. Entretanto, o presente estudo possui importantes resultados, que podem servir como instrumentos estratégicos às administrações públicas para realizar mudanças e reorganizar os serviços de forma a assistir integralmente o binômio mãe e filho.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem em particular ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

OBSTETRIC PROFILE OF PUBLIC HEALTH SYSTEM USERS AFTER IMPLEMENTATION OF THE NETWORK MOTHER FROM THE STATE OF PARANÁ

ABSTRACT

This study aimed to describing the sociodemographic and obstetric profile of resident mothers in Maringá, attended by Network Mother from the State of Paraná. This is a descriptive study conducted with 592 postpartum women through interviews, the pregnant woman's card to the consultation and hospital records, between 2013 and 2014. There have been found mostly mulatto women (44.8%), had completed high school (46.1%) in stable union (86.3%), exercising gainful occupation (52.0%). Of those interviewed, 67.8% started early prenatal care, 74.0% had seven or more visits, only 35.3% planned their pregnancy, 38.3% participated in groups of pregnant women and 67.7% were classified according to gestational risk. Of complications in pregnancy, urinary tract infection (37.3%), anemia (27.2 %) and hypertension (19.3%) were the most frequent. Given the high prevalence of adolescents (17.2%), cesarean delivery (57.3%), preterm birth (13.7%), and drug abuse during pregnancy (20.6%), showed the need the direction of attention, with a view to promoting the health of both mother and child.

Keywords: Health Profile. Epidemiology. Postpartum Period. Women's Health.

PERFIL OBSTÉTRICO DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA RED MÃE PARANAENSE

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo describir el perfil socio-demográfico y obstétrico de madres residentes en Maringá-Paraná-Brasil, atendidas por la Red Mãe Paranaense. Este es un estudio descriptivo realizado con 592 puerperas a través de entrevista, y consulta a la tarjeta de la mujer embarazada y a los registros médicos, entre 2013 y 2014. Se encontraron, en su mayoría, mujeres pardas (44,8%), con educación secundaria completa (46,1%), la mayor parte en relaciones estables (86,3%), y con empleo remunerado (52,0%). De las entrevistadas, el 67,8% inició la atención prenatal precozmente y el 74,0% realizó siete o más consultas. Sin embargo, solo el 35,3% planeó el embarazo, el 38,3% participó de grupos de mujeres embarazadas y el 67,7% fue clasificado en cuanto al riesgo gestacional. De las complicaciones en el embarazo, la infección del tracto urinario (37,3%), anemia (27,2%) e hipertensión (19,3%) fueron las más frecuentes. Debido al alto número de embarazos en adolescentes (17,2%), la cesárea (57,3%), el nacimiento prematuro (13,7%), y el uso de drogas de abuso durante el embarazo (20,6%), se evidenció la necesidad de direccionar la atención, con el fin de promover la salud del binomio madre-hijo.

Palabras clave: Perfil de Salud. Epidemiología. Posparto. Salud de la Mujer.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília (DF): MS; 2011.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): MS; 2012.
3. Gomes RMT, César JÁ. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(27):80-9. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(27\)241](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(27)241)
4. Ministério da Saúde (BR). Datasus: informações de saúde. [online]. Estatísticas vitais. Nascidos vivos. 2012. [citado em 2014 abr 3]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
5. Brasil. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná- Sesa. Linha Guia: Mãe Paranaense. Curitiba; 2012.
6. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Paraná em números. 2014. [citado em 2014 abr 01]. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=1
7. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Relatório do Desenvolvimento Humano. 2014. [citado em 2014 set 01] Disponível em: <http://www.pnud.org.br>
8. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Estabelecimentos de saúde do município de Maringá. [online]. 2012. [citado em 2014 jun 10]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=41&VCodMunicipio=411520&NomeEstado=PARANA
9. WHO. Born too soon: the global action report on preterm birth; 2012.
10. Rodrigues QP, Domingues PML, Nascimento ER. Perfil sociodemográfico de puerperas usuárias do Sistema Único de Saúde. Rev. enferm. UERJ, 2011 abr/jun; 19(2):242-8.
11. Melo EC, Mathias TAF. Características das mães e dos recém-nascidos em municípios-sede de regional de saúde no Paraná a partir dos dados do SINASC. Cogitare Enfermagem (UFPR). 2010; 15(2):293-301.
12. Faler CS, Câmara SG, Aerts DRGC, Alves GG, Béria JU. Family psychosocial characteristics, tobacco, alcohol, and other drug use, and teenage pregnancy. Cad Saúde Pública. 2008; 29(8):1654-63.

12. Vieira APR, Laudade LGR, Monteiro JCS, Nakano AMS. Maternidade na adolescência e apoio familiar: implicações no cuidado materno à criança e autocuidado no puerpério. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(4):679-687.
13. Tavares KO, Paganotto KM, Frare JC, Carvalho MDB, Pelloso SM. Perfil de puérperas adolescentes atendidas em um hospital ensino do sul do país. *Acta Scientiarum Health Sciences*. 2012; 34(1):9-15.
14. Merino MFGL, Zani AV, EF Teston, Marques FRB, Marcon SS. As dificuldades da maternidade e o apoio familiar sob o olhar da mãe adolescente. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(4):670-8.
15. Beeckman K, Louckx F, Downe S, Putman K. The relationship between antenatal care and preterm birth: the importance of content of care. *Eur J Public Health*. 2013; 23(3):366-71.
16. Leite FMC, Barbosa TKO, Mota JS, Nascimento LCN, Amorim MHC, Primo CC. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. *Cogitare Enferm*. 2013 abr/jun; 18(2):344-50.
17. Galvão MCB, Davim RNB. Profile of puerperal women hospitalized in a hospital. *Rev enferm UFPE [online]*. 2011; 5(7):1591-595.
18. Santos DTA, Campos CSM, Duarte ML. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014; 9(30):13-22.
19. Minasi JM, Barros AM, Souza CS, Pinheiro TM, Francioni FF, Kerber NPC. Perfil obstétrico e intercorrências de puérperas atendidas em visita domiciliária. *Rev Rene*. 2013; 14(4):757-64.
20. IBGE. Diretoria de pesquisas, coordenação de população e indicadores sociais. [online]. Projeções da população por sexo e idade para o Brasil, grandes regiões e unidades de federação. 2013 [citado em 2014 ago 24]. Disponível em: http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm
21. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(1):185-94.
22. Victora CG, et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Séries Saúde no Brasil*. 2011; 2:32-46. Disponível em: <http://thelancet.com>
23. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA. Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015. Curitiba; 2013.
24. Kassada DS, Marcon SS, Pagliarini MA, Rossi RM. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(5):467-71.
25. Marangoni SR, Oliveira MLF. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(3):662-70.
26. Gonçalves MLC, Silva HO, Oliveira TA, Rodrigues LV, Campos ALA. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas assistidas no município de Iguatu – CE. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012; 25(2):33-9.
27. Veras TCS, Mathias TAF. Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(3):401-8. Disponível em: www.ee.usp.br/reecusp.

Endereço para correspondência: Elisiane Soares Novaes. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Bloco 002, sala 001 Campus Universitário. Avenida Colombo, 5.790. CEP: 87020-900 – Maringá. Paraná. Brasil E-mail: elisianenovaes@hotmail.com

Data de recebimento: 09/05/2015

Data de aprovação: 12/12/2015