

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

JANAINA DAIANE BAULI

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DO
MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PARANÁ**

**MARINGÁ
2010**

JANAINA DAIANE BAULI

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DO
MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde, da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria José Scochi

MARINGÁ
2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

B347a	<p>BAULI, Janaina Daiane</p> <p>Avaliação da assistência pré-natal na rede básica do Município de Maringá-Paraná / Janaina Daiane Bauli -- Maringá: UEM, 2010. 75 f.</p> <p>Orientador : Prof. Dra. Maria José Scochi . Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, 2009.</p> <p>1. Avaliação de Programas. 2. Atenção Básica. 3. Assistência Pré-natal. 4. Enfermeiros. 5. Estratégia Saúde da Família. I. Janaina Daiane Bauli. II. Avaliação da assistência pré-natal na rede básica do Município de Maringá-Paraná.</p> <p>CDD 610.736.7</p>
-------	--

JANAINA DAIANE BAULI

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DO
MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sob apreciação da seguinte banca examinadora:

APROVADO EM: 26 fev. 2010

Prof^ª. Dr^ª. Maria José Scochi (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof^ª. Dr^ª. Célia Regina Rodrigues Gil
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Prof^ª. Dr^ª. Deise Serafim
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Dedico este trabalho

Ao meu querido irmão **Régis Alan Bauli**, que sempre me orientou no caminho do conhecimento e me auxiliou nas decisões para a conquista deste mérito.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e aos meus pais, **Aldo e Judite**, pela confiança constante, sem os quais não seria possível a realização.

À minha irmã **Giane**, que contribuiu para meu início profissional na docência.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. **Maria José Scochi**, por sua paciência, confiança, respeito e orientação que tornaram possível a realização deste trabalho.

A todos os profissionais que atuam no Centro de Controle de Intoxicações, especialmente a Prof^a. Dr^a. **Magda Lúcia Félix de Oliveira, Ana Carolina Bellasalma, Tanimária Balani e Adelson Silva** que ofereceram apoio durante esse percurso.

À Secretaria de Saúde do município de Maringá-PR., às diretoras e profissionais das Unidades Básicas de Saúde pela colaboração.

À coordenação e funcionários da Santa Casa de Misericórdia de Maringá, por disponibilizar campo para a realização do estudo.

A todos os professores do DEN (graduação e pós-graduação) que, ao longo da academia, fizeram parte do meu crescimento intelectual.

Às amigas **Aline Buriola, Andréia Maruiti, Jéssica Pini e Michele Estevam** pela convivência, apoio e incentivo. E aos demais colegas de turma pelos momentos de descanso e alegrias compartilhadas.

Às alunas da graduação em Enfermagem: **Jéssica Batistella, Marina Benemman e Mariana Ferreira**, pela disponibilidade e colaboração no desenvolvimento deste estudo.

À banca presente.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que este trabalho se concretizasse.

BAULI, Janaina Daiane. **Avaliação da assistência pré-natal na rede básica do Município de Maringá-Paraná**. 2010. 75 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2010.

RESUMO

(Introdução) As mudanças ocorridas no Sistema Único de Saúde (SUS) e a existência de programas consolidados, com a exigência de critérios para o atendimento, possibilitam a prática avaliativa dos serviços e da saúde de seus usuários. Dos programas existentes, destaca-se a atenção pré-natal, por se tratar de uma atenção tradicional na rede básica. Acredita-se que, ao identificar facilidades e dificuldades no seu desenvolvimento, será possível fazer inferências sobre as demais atividades nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). **(Objetivos)** Este estudo objetivou avaliar a assistência pré-natal na atenção básica em Maringá; conhecer o perfil das puérperas que utilizaram o serviço pré-natal na rede básica; verificar os recursos físicos para o atendimento às gestantes; identificar as categorias de profissionais atuantes na assistência pré-natal; verificar se os procedimentos mínimos preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estão sendo realizados e verificar a qualidade dos registros dessa assistência. **(Percurso metodológico)** Na revisão da literatura, percebeu-se que a investigação na área da saúde materna está em expansão, porém em grande parte das publicações se utilizou somente dados secundários. À semelhança de um estudo realizado em 1994, a amostra foi constituída por 115 puérperas, internadas em um hospital filantrópico, credenciado pelo SUS para a assistência ao parto. Após as entrevistas, por meio de um instrumento estruturado sobre a assistência pré-natal, foram visitadas 22 (88%) UBS onde as puérperas informaram ter realizado o pré-natal. Nessas, foram observados o processo de trabalho, a estrutura física, a utilização da Estratégia Saúde da Família (ESF) no pré-natal e analisada a qualidade dos registros em prontuários. Para a análise dos dados utilizou-se a comparação com indicadores semelhantes ao estudo anterior e o índice de Kessner adaptado, que combinou critérios indispensáveis no pré-natal para verificar a adequação da assistência. **(Resultados)** Na análise dos resultados, percebeu-se que o município não apresentou ampliação significativa na quantidade de unidades de saúde, existem unidades com estrutura física inadequadas para o atendimento, porém houve um incremento de profissionais atuando na rede, os quais cumpriram parcialmente os critérios de atendimento estabelecidos pelo programa e os registros em prontuários permanecem desvalorizados, sem o registro da informação de maneira pertinente. Quando aplicado o índice de Kessner tanto para a percepção das puérperas quanto para os registros o pré-natal se apresentou adequado apenas quando analisado o número de consultas e o início do acompanhamento, porém quando associado a exigência de outros critérios no atendimento, a assistência foi considerada inadequada. **(Considerações)** Constatou-se que a assistência pré-natal da atenção básica deve ser aprimorada. Para isso, é necessário maior envolvimento dos profissionais com o pré-natal, principalmente os integrantes da ESF e o enfermeiro, que devem utilizar das ferramentas dessa estratégia para qualificar o seu processo de trabalho e a oferta do cuidado às gestantes. O investimento nas práticas avaliativas deve permanecer nos serviços de saúde com o intuito de criar espaço para o processo formativo e melhorar a tomada de decisão nos serviços.

Palavras-chave: Avaliação de Programas. Atenção Básica. Assistência Pré-natal. Enfermeiros. Estratégia Saúde da Família.

BAULI, Janaina Daiane. **Evaluation of prenatal care in primary care in Maringá-Paraná.** 2010. 75 f. Dissertation (Master's in Nursing) – Maringá State University. Maringá, 2010.

ABSTRACT

(Introduction) Changes in the Unified Health System (SUS) and the existence of consolidated programs, with the requirement to meet criteria, enable the evaluation practice of services rendered and the health of their users. From the existing programs, the prenatal care is worth mentioning because it is a focus on traditional in the UBS. . It is believed that by identifying strengths and difficulties in their development will be possible to make inferences about other activities in the Basic Health Units (UBS). **(Objectives)** This study aimed at evaluating the prenatal care in primary care in Maringá; knowing the profile of those mothers who used prenatal service in the UBS; verifying the physical resources used in the care of pregnant women; identifying the professionals working in prenatal care; observing whether the minimum procedures recommended by the Birth and Prenatal Humanization Program (PHPN) are being followed; and verifying the record quality of the assistance given. **(Methodology)** The literature review, showed that research on maternal health is expanding, but most of the publications used only secondary data. Similar to a study carried out in 1994, the sample consisted of 115 mothers admitted to a charity hospital, accredited to the SUS for deliveries. After the interviews, which used a structured instrument on prenatal care, we visited the twenty-two UBS (88%) where the mothers reported having their prenatal care assistance. The work process, the physical structure, and the use of the Family Health Strategy (ESF) in prenatal care were observed and the quality of medical records was analyzed. Comparison with similar indicators to the previous study and the adapted Kessner index were used to analyze the data, which combined the essential criteria in prenatal care to verify the adequacy of care. **(Results)** The results, showed no significant increase in the number of health facilities in the city and that there are units with inadequate physical infrastructure for the service. However, there was an increase in the number of professionals working in the public health network. The criteria established by the service program is met only partially and the medical records are still undervalued, with no relevant information. When applied the Kessner index for both the perception of mothers as to the records prenatal performed only appropriate when analyzing the number of consultations and the start of monitoring. However, assistance was considered inadequate when the other criteria needed were combined. **(Considerations)** It was found that the prenatal care and other programs of primary care can be improved. Greater involvement of professionals with prenatal care is needed, especially by members of the ESF and by the male nurse, who must use the tools of this strategy to emphasize their work process and the provision of care to pregnant women. Investment in assessment practices should become regular in the health services in order to enhance the training process and improve decision making in services.

Keywords: Program Evaluation. Primary Care. Prenatal care. Nurses. Family Health Strategy.

BAULI, Janaina Daiane. **De Evaluación de la atención prenatal en la atención primaria en Maringá-Paraná.** 2010. 75 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Universidad Estadual de Maringá. Maringá, 2010.

RESUMEN

(Introducción) Los cambios ocurridos en el Sistema Único de Salud (SUS), y la existencia de programas consolidados, con la obligación de cumplir con los criterios, posibilitan la práctica de evaluación de los servicios de salud y de la salud de sus usuarios. Entre los programas existentes, se destaca la atención prenatal, porque es un enfoque tradicional en la red básica. Se cree que por la identificación de fortalezas y dificultades en su desarrollo será posible hacer inferencias acerca de otras actividades en las unidades básicas de salud (UBS). **(Objeto)** El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la atención prenatal en la atención primaria en Maringá; conocer el perfil de las madres que utilizaron servicios prenatales; verificar los recursos materiales para atender a mujeres embarazadas; la identificación de las categorías de profesionales que trabajan en la atención prenatal; comprobar si los procedimientos mínimos recomendados por el Programa de Humanización de la prenatal y el parto (PHPN) se están realizando y verificar la calidad de los registros de asistencia. **(Camino metodológico)** En la literatura, se observó que la investigación sobre la salud materna está aumentando, aunque la mayoría de las publicaciones utilizarán sólo los datos secundarios. Al igual que un estudio realizado en 1994, la muestra se constituyó por 115 madres en un hospital de caridad, acreditados ante el SUS para los partos. Después de las entrevistas - utilizando un instrumento estructurado sobre la atención prenatal - se visitaron 22 UBS (88%), donde las madres informaron haber llevado a cabo el cuidado prenatal. Han sido observados el proceso de trabajo, la estructura física, la uso de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en el prenatal y se analizó la calidad de los registros médicos. Se ha utilizado la comparación con indicadores similares a los del estudio anterior y el índice de Kessner adaptado para el análisis de datos, que combinó los criterios esenciales en la atención prenatal para comprobar la idoneidad de la atención. **(Resultados)** En los resultados, se observó que no hubo un incremento significativo en el número de centros de salud en la ciudad y que hay unidades con una infraestructura física inadecuada para el servicio. Sin embargo, hubo un aumento en el número de profesionales que trabajan en la red. Estos cumplen parcialmente los criterios establecidos por el programa de servicio y los historiales médicos todavía están subvaluadas, sin información relevante. Cuando se aplica el índice de Kessner para la percepción tanto de las madres como a los registros de atención prenatal adecuada sólo cuando se ha analizado el número de consultas y el inicio del monitoreo. Sin embargo, cuando se combina con la exigencia de otros criterios en la asistencia, la ayuda se consideró inadecuada. **(Consideraciones)** Se constató que la atención prenatal y otros programas de atención primaria puede ser mejorada. Se hace necesaria una mayor implicación de los profesionales de la atención prenatal, especialmente por miembros de las FSE y la enfermera, que debe utilizar las herramientas de la estrategia para describir su proceso de trabajo y la prestación de atención a mujeres embarazadas. La inversión en las prácticas de evaluación debe permanecer en los servicios de salud a fin de crear un espacio para el proceso de formación y mejorar la toma de decisiones en los servicios.

Palabras clave: Programa de Evaluación. Cuidado Básico. El cuidado prenatal. Enfermeras. Estrategia de Salud de la Familia.

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1	Distribuição das puérperas segundo a faixa etária e as variáveis socioeconômicas. Maringá-PR, 2009	29
Tabela 2	Distribuição das puérperas segundo as variáveis obstétricas e o ano de estudo. Maringá-PR, 2009	30
Tabela 3	Distribuição dos procedimentos sempre realizados nas consultas de pré-natal segundo dados. Maringá-PR, 2009.	33
Tabela 4	Orientações fornecidas nas UBS conforme a percepção das puérperas entrevistadas. Maringá- Paraná, 2009.	34

Artigo 2

Tabela 1	Distribuição da proporção de prontuários com registros em todas as consultas dos procedimentos executados no pré-natal, segundo dois estudos. Maringá-PR, 2009.	49
Tabela 2	Frequência de prontuários com registros de solicitação e resultado dos exames laboratoriais de rotina do pré-natal. Maringá-PR, 2009.	50

LISTA DE ABREVIATURAS

ABO-Rh	Tipagem sanguínea e fator Rh
ACS	Agente comunitário de saúde
AU	Altura uterina
BCF	Batimentos cardíaco-fetais
COPEP	Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
DEN	Departamento de Enfermagem
DIU	Dispositivo intra uterino
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
DPP	Data provável do parto
DUM	Data da última menstruação
ESF	Estratégia Saúde da Família
Hb	Hemoglobina
Hbs Ag	Antígeno Hbs
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
Ht	Hematócrito
HVC	Vírus da hepatite C
IG	Idade gestacional

IgG/IgM	Anticorpos
PA	Pressão arterial
PAB	Piso da Atenção Básica
PAISM	Programa de assistência integral à saúde da mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
POI	Pós-operatório imediato
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
Rh	Rhesus
SINASC	Sistema de informações de nascidos vivos
SIS	Sistema de informação em saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade básica de saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá
USG	Ultrassonografia gestacional
VAT	Vacina antitetânica
VDRL	Venereal disease research laboratory

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
3	PERCURSO METODOLÓGICO	18
3.1	LOCAL DE ESTUDO.....	18
3.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	18
3.3	ENTREVISTAS.....	19
3.4	INVESTIGAÇÃO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	20
3.5	ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	22
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	22
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
4.1	ARTIGO 1.....	23
4.2	ARTIGO 2.....	40
5	CONSIDERAÇÕES	57
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICES	65
	ANEXOS	73

1 INTRODUÇÃO

O conceito de avaliação de serviços surgiu após a Segunda Guerra Mundial, com os economistas desenvolvendo métodos analíticos das vantagens e dos custos de programas públicos. Aos poucos, foi sendo “profissionalizada”, adquirindo uma perspectiva interdisciplinar e obedecendo aos aspectos metodológicos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Expandiu-se no final do século XX, tanto em produção científica quanto na sua institucionalização, fornecendo informação para a melhoria das intervenções em saúde acerca de cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficácia e perspectiva dos usuários (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Nos últimos 60 anos, a prática avaliativa aliou-se às pesquisas sociais, visando à maior eficiência na aplicação de recursos e a efetividade nas ações, ora como ação isolada, ora como etapa do planejamento e gestão (MINAYO, 2006).

Na década de 90, as mudanças no modelo de atenção à saúde fizeram com que a implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentasse desafios e avanços. Dentre tais mudanças, destacam-se o processo de descentralização/municipalização, a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994 e a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) no ano de 1996, que incentivaram o desenvolvimento das ações na rede básica (BRASIL, 2004).

Devido às novas propostas no sistema público de saúde brasileiro, surgiu a necessidade de investimentos em avaliação dos modelos assistenciais, sobretudo dos programas da rede básica, como a atenção pré-natal, que se encontra consolidada no Sistema. A criação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF/2002) também significou um incentivo para a realização de estudos avaliativos nos serviços de saúde, pois veio fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) e as ações na atenção básica. Frente a essa realidade do SUS, emerge a importância de apresentar aos serviços os benefícios da prática avaliativa no sentido educativo e facilitador do aprimoramento assistencial.

Ainda é recente nos serviços de saúde a utilização de mecanismos de avaliação. Geralmente, acontece quando há a necessidade de se compreender o que ocorre na prática diária, habitualmente com participação da academia, que têm como propósito estudar o desempenho dos serviços e criar recomendações que orientem soluções para os problemas identificados (CARVALHO; NOVAES, 2004).

A avaliação contribui para a melhoria da qualidade técnica dos serviços, podendo identificar fatores que interferem no atendimento e que estão longe do alcance de seus

gestores (KOFFMAN; BONADIO, 2005). Para o estudo de práticas avaliativas, grande parte dos autores utilizam a proposta de Donabedian conhecida como a tríade estrutura-processo-resultado, exequível nos serviços de saúde, pois visa explorar aspectos distintos que interferem na qualidade da oferta do cuidado. Dessa forma, é preciso conhecer as relações causais dos ajustes estruturais, dos processos e dos resultados da prestação de cuidados à saúde (DONABEDIAN, 1988).

Alguns trabalhos recentes utilizam a tríade ou somente um de seus componentes com o propósito de estimar a qualidade dos serviços de saúde (SCOCHI, 1996; SILVEIRA et al., 2001; ASSUNÇÃO et al., 2001; COUTINHO et al., 2003; NAGAHAMA, 2003; KOFFMAN et al., 2005). Avaliar a estrutura significa analisar requisitos para desenvolvimento das ações, podendo ser a disponibilidade de recursos humanos nos serviços, área física adequada, equipamentos e instrumentos mínimos para o atendimento, dentre outros aspectos. O processo significa produção e produtividade, interação entre serviço e usuário, com foco em analisar como é prestada a assistência. O resultado é interpretado pelo que se obteve ao final, como satisfação ou percepção do usuário e indicadores numéricos, ou seja, o impacto que exerce sobre o estado de saúde da população (SCOCHI, 1996; STARFIELD, 2002; TANAKA; MELLO, 2004).

Os estudos avaliativos na atenção básica, sobretudo no pré-natal, que possuem programas com critérios explícitos para o bom atendimento, permitem analisar as mudanças ocorridas no serviço e a mobilização de recursos para a tomada de decisão.

A assistência adequada durante o pré-natal, o parto e o puerpério pode diminuir as causas que levam à mortalidade materna. Sendo assim, o Ministério da Saúde (2000) instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) por meio da Portaria/GM nº. 569, de 01/06/2000, com o intuito de reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal. Com o PHPN, os municípios adotariam medidas para garantir o acesso e a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e da assistência neonatal (NASCIMENTO; PAIVA; RODRIGUES, 2007).

O atendimento integral às necessidades da mulher requer ser organizado durante a gestação e após o parto, utilizando meios e recursos adequados para cada situação. A rede SUS deve assegurar atendimento à mulher durante todo o período gravídico-puerperal por meio de ações que interagem promoção, prevenção e acompanhamento da gestante e do recém-nascido, iniciando no atendimento básico até atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005).

Entende-se que as mudanças nas políticas da atenção primária refletem nos programas inseridos nesse nível da assistência, como a atenção pré-natal, por isso nas avaliações é importante analisar e destacar os impactos nos serviços e na oferta do cuidado.

A reorganização do nível primário da assistência teve seu marco com a operacionalização da ESF, propondo substituir o modelo tradicional de assistência curativa por um atendimento holístico, centrado na família, no ambiente físico e social. Criada como instrumento de análise e reorganização da atenção básica à saúde, teve o intuito de possibilitar o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde em uma população adscrita. Por meio do planejamento estratégico, a ESF tem um instrumento de gestão de caráter ético-político e comunicativo, não se limitando ao campo técnico interativo da planificação (BRASIL, 2007a).

A criação desta estratégia, todavia, tem sido um desafio tanto nas esferas estaduais quanto municipais, na gestão e na geração de novas tecnologias na assistência, voltadas para aprimorar a qualidade e humanizar a atenção básica de saúde (BRASIL, 2004; OLIVEIRA; SCOCHI, 2002). A expansão e a acelerada ampliação da cobertura alcançada recentemente tornam-se um estímulo e um desafio para os estudos avaliativos e de melhoria contínua da qualidade (CAMPOS, 2005).

Nessa trajetória de mudanças no cenário da Atenção Básica, no qual está inserido o PHPN, houve um importante avanço na assistência à saúde materna, contudo é fundamental verificar como está acontecendo o processo de implementação desse programa na rede básica com vistas a qualidade do atendimento.

Em estudo avaliativo da municipalização dos serviços de saúde de Maringá, concluído no ano de 1996, verificou-se que a expansão de unidades básicas de saúde, ocorrida de 1980 a 1994 no município, até mesmo por seu caráter de expansão física e reorientação das práticas profissionais e organizacionais, não foi acompanhada de ações preventivas sistemáticas e os serviços, à época, voltavam-se ao atendimento da demanda espontânea em detrimento de uma oferta organizada das ações. Analisou indicadores de qualidade da assistência ambulatorial visando avaliar a estrutura, o processo e o resultado do pré-natal, para isso selecionou o programa como condição marcadora, entendendo que a análise desse serviço possibilitaria indicar a qualidade do cuidado em outros programas na atenção básica (SCOCHI, 1996).

No Plano Municipal de Saúde (MARINGÁ, 2004), verifica-se que na implantação da ESF em Maringá, assim como em outros municípios brasileiros, houve muitos problemas técnicos e administrativos, devido à existência de uma rede básica estruturada de especialidades, ocasionando duplicidade de modelo assistencial, sendo estabelecidas

estratégias para reorientação do modelo de atenção à saúde no município. A implantação da ESF trouxe para o município uma demanda não usuária, melhorando o acesso para a atenção primária e evidenciando a falta de serviços de referência, acentuando ainda mais o congestionamento por consultas especializadas, dificultando o acesso da população.

A avaliação do pré-natal é importante para apoiar o desenvolvimento de ações inovadoras implantadas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, apontar as ofertas do cuidado à saúde, assim como identificar o envolvimento de atores sociais no processo, alcançando a consolidação do SUS. O desenvolvimento de mudanças nos serviços de saúde pode acontecer por meio de indicadores estratégicos construídos com a prática avaliativa (GIL, 1995).

Segundo Scochi (1994), eleger a atenção pré-natal decorre de dados disponíveis em menor espaço de tempo, critérios mínimos de atenção na gestação elaborados exaustivamente por experts, da prioridade da atenção materno-infantil em âmbito nacional e internacional no setor saúde e da oferta de serviços em toda a rede de atenção básica.

A realização de uma avaliação da assistência pré-natal na atenção básica neste município ocorreu há 14 anos (SCOCHI, 1996) e desde então poucas investigações nessa magnitude foram desenvolvidas (SAPATA, 1999; NAGAHAMA, 2003; MARTINS; CAZAQUI, 2008). Estudos recentes sobre a atenção básica no município de Maringá são essenciais para contribuir com a melhoria da assistência obstétrica deste local, tornando-se factível, portanto, a realização desse estudo.

Decorridos 14 anos do estudo anterior, a atenção básica passou por modificações com destaque para o PHPN e a ESF, que podem ter melhorado a atenção pré-natal. Sendo assim, para averiguar o impacto dessa mudança no cenário da política de atenção à saúde, destaca-se a seguinte inquietação: como as práticas assistenciais de saúde no pré-natal estão acontecendo em Maringá dentro do contexto de mudanças ocorridas na atenção básica e nas políticas de atenção à mulher?

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar o Pré-Natal na rede básica do município de Maringá.

Objetivos Específicos

- Conhecer o perfil das puérperas que utilizaram o serviço de pré-natal na rede básica.
- Verificar os recursos físicos (instalações e instrumentos) para o atendimento às gestantes.
- Identificar as categorias de profissionais que atuam junto à assistência pré-natal.
- Verificar se os procedimentos mínimos para o acompanhamento das gestantes estão sendo realizados, de acordo com o PHPN.
- Verificar a qualidade dos registros dessa assistência.
- Verificar indicadores que permitem comparação com estudo realizado há 14 anos.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Maringá situado no Noroeste do Estado do Paraná com população estimada em 325.968 habitantes (IPARDES, 2009), sendo que 34,4% destes são mulheres em idade fértil, na faixa etária de 10-49 anos (BRASIL, 2009).

Na área de atenção a saúde, a rede municipal conta com 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dois hospitais especializados privados e nove hospitais gerais, sendo dois públicos, dois filantrópicos e cinco privados. Existem seis hospitais maternidades; dois deles constituíram referência para atendimento ao parto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um mantido pelo Governo do Estado do Paraná e o outro filantrópico, ambos servem como hospital escola (BRASIL, 2009). O primeiro conquistou o título de Hospital Amigo da Criança em 2003, atende as gestantes de alto risco da macrorregião noroeste do Paraná e gestantes de baixo risco usuárias, no pré-natal, de quatro unidades básicas de saúde do município. O outro realiza o maior número de partos dentre os seis hospitais do município, com 43,2% dos nascimentos e serve como referência para as outras 21 UBS do município (MARINGÁ, 2006b)

Segundo Nagahama e Santiago (2008), o Município de Maringá aderiu, em 2002, às diretrizes propostas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).

Neste estudo, a instituição filantrópica foi eleita para a seleção amostral e 22 unidades básicas de saúde (UBS) foram selecionadas para a investigação acerca do pré-natal.

Em 1999, a Estratégia Saúde da Família foi inserida na rede básica do município de Maringá com 07 Equipes Saúde da Família (ESF). Atualmente, conta com 64 ESF (MARCON; LOPES; BOVO, 2008), distribuídas em 25 unidades de saúde (22 na zona urbana, duas nos distritos e uma na zona rural) e que pertencem a 5 regionais de saúde.

3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A amostra populacional foi selecionada de forma intencional, composta por puérperas, internadas no hospital filantrópico. As coletas ocorreram em um mês, em dias alternados, ou seja, segundas, quartas e sextas-feiras, em um período do dia (tarde). Para a inclusão no estudo estas mulheres deveriam atender os seguintes critérios: ser residentes em Maringá,

acompanhadas no pré-natal pela rede básica municipal e em condições de serem entrevistadas.

A coleta dos dados foi iniciada em 20 de abril de 2009 e findou em 20 de maio de 2009. A escolha do mês mais propício para a localização de puérperas foi descartada, em virtude do número de partos no decorrer do ano se distribuir uniformemente (SCOCHI, 1996).

3.3 ENTREVISTAS

Antes de se iniciar a coleta de dados foi realizada uma capacitação com três alunas do curso de graduação em enfermagem para as entrevistas com as puérperas, para a coleta dos registros no cartão da gestante no hospital e nos prontuários nas unidades de saúde.

Durante o período de coleta 161 mulheres realizaram partos pelo sistema público na instituição, destas 115 mulheres foram entrevistadas, as demais 46 descartadas, quatro em virtude de recusas, uma pela não realização do pré-natal, nove pela realização do acompanhamento parcial ou total em serviço privado, duas residentes em Maringá, mas fizeram o pré-natal em outra cidade, uma residente em outro município e fez o pré-natal em Maringá, nove sem condições de serem entrevistadas e 20 perdas por alta hospitalar, visto que a pesquisadora não se manteve em período integral na instituição.

Algumas puérperas puderam ser abordadas mesmo estando em período pós-operatório imediato (POI), portanto não se determinou critério de tempo após a realização do parto, somente foi questionado a possibilidade de comunicação. A entrevista visou abordar a puérpera quanto aos dados pessoais, antecedentes obstétricos, procedimentos executados e informação recebida no pré-natal; utilizou-se para isso um instrumento estruturado (Apêndice A). Também houve a oportunidade de se observar os registros do cartão das gestantes entrevistadas e verificar, nos prontuários da maternidade, as anotações sobre as condições do parto e nascimento, peso do recém-nascido, Apgar no quinto minuto e possíveis intercorrências.

O estudo se concretizou em duas etapas: primeira etapa, entrevista com puérperas em um hospital filantrópico onde o parto foi realizado e segunda etapa, visita às unidades básicas de saúde para investigação da assistência pré-natal. Os instrumentos de coleta de dados (Apêndice A e B) foram adaptados do estudo de Scochi (1996), pois além de validados serviram para análise comparativa dos resultados.

3.4 INVESTIGAÇÃO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Nas UBS, foi realizada a busca de 115 prontuários, com o intuito de investigar os registros referentes ao pré-natal das puérperas entrevistadas, utilizando um roteiro para a coleta de dados nos prontuários (Apêndice B).

Na avaliação de estrutura, observaram-se os consultórios de ginecologia atentando-se para o espaço físico adequado, confortável e privativo, com existência de um banheiro e uma mesa ginecológica. Para verificar quem eram os profissionais que realizavam as consultas de pré-natal, questionaram-se funcionários das unidades, sobre a existência de ginecologista e se somente este profissional realizava o pré-natal; se os enfermeiros realizavam consulta pré-natal e se os médicos da ESF atendiam as consultas das gestantes correspondentes a sua área de atuação. Houve também indagação a respeito do agendamento das consultas de pré-natal e a realização de grupos de gestantes em palestras educativas. Foi utilizado um diário de campo para a transcrição desses relatos que puderam complementar as informações sobre cada unidade.

Para avaliação do processo, seguindo os critérios estabelecidos pelo PHPN, elegeu-se como parâmetro de julgamento o índice de Kessner adaptado por Takeda (1993). O mesmo índice foi utilizado por Scochi (1996), Koffman e Bonadio (2005), Silveira et al. (2001), Halpern et al. (1998) em estudos anteriores. Neste índice, combina-se o número de consultas com a época do início do pré-natal, no qual se considera, para uma assistência adequada, a realização de seis ou mais consultas e início pré-natal antes da vigésima semana e, para assistência inadequada, quando os critérios não foram observados ou não foram parcialmente cumpridos.

Quanto aos procedimentos clínicos no PHPN, as exigências preconizadas são a realização da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; seis consultas de acompanhamento pré-natal, no mínimo; aplicação da vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda do esquema recomendado) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas e a realização dos exames laboratoriais, definidos como básicos.

Para os exames na primeira consulta: Hemoglobina (Hb) e Hematócrito (Ht), Tipagem sanguínea, Fator Rh, Sorologia para Sífilis (VDRL), Urina I, Glicemia de jejum e Testagem anti-HIV; para 30ª consulta: repetir VDRL, Urina I e Glicemia de jejum. Ainda pede-se que seja realizada consulta de puerpério, até 42 dias após o nascimento; organização de atividades educativas; classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas

subsequentes e oferecer às gestantes de risco atendimento ou acesso à unidade de referência (BRASIL, 2002).

No protocolo municipal da assistência pré-natal, são estabelecidos os critérios do PHPN e acrescentado outros exames como Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM), Sorologia para Rubéola (IgG e IgM), investigação de Hepatite B e C (HBs Ag e HVC), Parasitológico de Fezes, Colpocitologia oncótica e Ultrassonografia (USG), os quais não foram considerados no índice de adequação, mas foram verificados nos registros.

Ao índice de Kessner, foi adicionada a realização de exames laboratoriais (Hb/Ht, glicemia de jejum, VDRL, Urina I, ABO/Rh), estabelecendo para um pré-natal adequado igual a seis ou mais consultas, início antes de 20 semanas e, pelo menos, um registro aos exames de Hb/Ht e ABO/Rh e dois registros de VDRL, Urina I e glicemia de jejum; pré-natal inadequado quando os critérios acima foram parcialmente cumpridos.

Para análise dos procedimentos realizados nas consultas de pré-natal, foi acrescentado ao índice de Kessner o número de vezes que os procedimentos mensuração da altura uterina (AU), ausculta dos batimentos cardíaco fetal (BCF), avaliação de edema, pressão arterial (PA) e peso foram registrados em prontuário. Assim, o pré-natal adequado foi considerado aquele que sempre havia registros dos procedimentos citados acima e pré-natal inadequado quando os critérios acima foram parcialmente cumpridos.

Foi ainda analisada a participação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na assistência pré-natal, por meio de uma questão acrescentada ao instrumento de entrevista contemplando a visita domiciliar recebida pela puérpera. Em prontuários, verificou-se registros sobre a realização de visitas na residência da gestante, a inscrição no SIS Pré-Natal e registros a respeito da formação de grupos de gestantes.

Não foi possível analisar as informações contidas na ficha B-Ges devido à dificuldade no acesso dessas fichas junto ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), responsável por esses registros.

Donabedian (1988) definiu como resultado do cuidado os efeitos dos recursos e das ações (estrutura e processo) em relação ao paciente e/ou ao serviço de saúde.

Atentou-se para os efeitos da estrutura e do processo da assistência, verificando as intercorrências ocorridas no parto, a ocorrência de óbitos maternos e/ou neonatais, diagnósticos de Tétano, VDRL positivo ou HIV positivo neonatal, peso e Apgar dos recém-natos, satisfação das puérperas quanto ao pré-natal da rede básica SUS e o critério de adequação dessa assistência.

3.5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados obtidos no estudo foram agrupados no *software* Excel 6.0, contabilizados por meio de frequências e porcentagens simples, analisados e apresentados sob forma de tabelas.

Na análise, foi possível comparar indicadores com o estudo de Scochi (1996) e também verificar a existência de concordância entre o conteúdo da abordagem com puérperas e o conteúdo dos registros em prontuários das UBS.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Pelo fato de se utilizar dados de registros em prontuários, entrevistas com a população de estudo e informações da Secretaria da Saúde do Município de Maringá, foi solicitada autorização às instituições (Anexo 1) e o consentimento das pessoas envolvidas na pesquisa através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá - COPEP sob o parecer n.º 493/2008 (Anexo 2), sendo seguidas as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ARTIGO 1

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA EM MARINGÁ, PARANÁ: PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS

PRENATAL ATTENDANCE IN THE UBS IN MARINGÁ, PARANÁ: PERCEPTION OF MOTHERS

Janaina Daiane Bauli¹

Maria José Scochi²

Jéssica Batistela Vicente³

Mariana Ferreira⁴

Marina Bennemann de Moura⁵

¹Universidade Estadual de Maringá (UEM) – discente do Programa de Pós- Graduação, Mestrado em Enfermagem. Rua José Clemente, 836 CEP: 87020-070. Maringá-Paraná. Email: janabauli@yahoo.com.br

² Universidade Estadual de Maringá (UEM) – docente do Programa de Pós- Graduação, Mestrado em Enfermagem.

³⁻⁵ Universidade Estadual de Maringá (UEM) – discente do Curso de Graduação em Enfermagem.

RESUMO: *Objetivos:* identificar os impactos na assistência pré-natal, verificar se houve avanços ou retrocessos e comparar com pesquisa realizada há 14 anos sobre a oferta do cuidado às gestantes em Maringá-Paraná. *Métodos:* Entrevista com 115 puérperas, residentes em Maringá, que realizaram o pré-natal em Unidades Básicas de Saúde do município e o parto em hospital filantrópico credenciado ao SUS. Na análise, foi utilizado os critérios preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e o índice de Kessner adaptado. *Resultados:* todas as puérperas eram alfabetizadas, 94,7% conheciam mais de um método contraceptivo, 44,2% mulheres ingressaram no mercado de trabalho mesmo com a maternidade e 77,2% com companheiro para auxiliar na condição econômica. O acesso precoce ao pré-natal foi 72% e 66% realizaram mais de 6 consultas, nas quais os critérios exigidos pelo PHPN foram parcialmente cumpridos, apresentando índice de adequação da assistência de 29,5%. A Estratégia Saúde da Família (ESF) e o enfermeiro não tiveram participação notória na oferta desse cuidado. *Conclusões:* Houve avanço no conhecimento acerca dos métodos de planejamento familiar e a participação da mulher no mercado de trabalho mesmo durante a gestação. Esperava-se que os procedimentos básicos das consultas

fossem sempre executados e que a ESF pudesse ampliar o vínculo com a gestante por meio de atividades educativas, mas carece planejar ações conforme as características das usuárias. Investimento nas práticas avaliativas da assistência à saúde deve ser contínuo, assim como o incentivo à participação acadêmica para produzir conhecimento e melhorar a tomada de decisão nos serviços com ênfase na atuação do enfermeiro.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde. Atenção básica. Pré-natal. Programa Saúde da Família. Enfermeiros.

ABSTRACT: *Objectives:* To identify the impact on prenatal care, ascertain whether there was progress or setbacks and compare with research conducted 14 years ago on the provision of care to pregnant women in Maringá-Paraná. *Methods:* An interview with 115 mothers living in Maringá, who received prenatal care in basic health units in the city and childbirth in hospital accredited philanthropic SUS. In the analysis we used the criteria established by the Program for Humanization of Prenatal and Birth and the Kessner Index adapted. *Results:* All the mothers were illiterate, 94,7% knew of a contraceptive method, 44,2% women entered the labor market even with the pregnancy and 77.2% with a partner to assist in economic conditions. The early access to prenatal care was 72% and 66% had more than 6 queries, in which the criteria required by PHPN were partially completed, showing a rate for care of 29,5%. The Family Health Strategy (ESF) and the nurse had no noticeable contribution to the provision of care. *Conclusions:* There was improvement in knowledge about methods of family planning and women participation in the labor market even during pregnancy. It was hoped that the basic procedures of the consultations were always performed and that the ESF could expand ties with the mother through educational activities, but needs to plan actions according to the characteristics of users. Investment in evaluation practices of health care should be continuous and encouraging academic participation to produce knowledge and improve decision making in services with emphasis on the role of nurses.

Keywords: Evaluation of health services. Primary Care. Prenatal. Family Health Strategy. Nurses.

INTRODUÇÃO

O período gestacional é considerado uma oportunidade relevante para intervir positivamente na saúde feminina, pois a gestação pode ser o momento único de ligação entre a mulher em idade fértil e os serviços de saúde.¹

No Brasil, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM/1984), a criação do Comitê de Mortalidade Materna (1987), o Pacto de Indicadores da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (1998), o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN/2000)² e o Pacto Nacional da Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004) foram propostos para melhorar a atenção pré-natal.

Em virtude das mudanças ocorridas no Sistema Único de Saúde (SUS) e a existência de programas consolidados com a exigência de critérios para o atendimento, a avaliação mostra-se viável para acompanhar o impacto nos serviços e na saúde de seus usuários, sendo os estudos avaliativos incentivados em publicações acadêmicas e apoiados pelo Ministério da Saúde, órgão financiador de políticas de avaliação, que busca alcançar seus princípios.

A prática avaliativa é significativa para o serviço de saúde quando permite identificar aspectos de uma dada realidade e nela criar espaço para a aprendizagem, troca de experiências entre os participantes do processo avaliativo e melhoria na qualidade assistencial.

Uma assistência pré-natal adequada significa oferecer atendimento às usuárias, independente da busca pelo serviço, ampliando as ações de cuidado no âmbito da promoção e prevenção. Segundo protocolo de assistência à saúde materna, implantado no município de Maringá com base no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000), a oferta dos serviços deve ser pautada no conceito da atenção humanizada, visando à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção de morbimortalidade materna e perinatal.³

Segundo o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), em Maringá ao longo de 10 anos (1996-2006), a média anual de partos foi de 4.362 e a mensal de 363, havendo pequeno decréscimo na natalidade ao longo dos anos. De acordo com dados nacionais, nos últimos anos, ocorreu um aumento significativo no número de consultas pré-natal e parto pelo SUS, decorrente do incentivo financeiro destinado aos municípios para o conjunto de ações básicas.⁴

No início da década de 90, foi realizada uma investigação, neste mesmo município, sobre a qualidade do pré-natal⁵ e de lá para cá algumas mudanças, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), destacaram-se na atenção básica. Em 1999, a ESF foi implantada em Maringá com 07 equipes de saúde; atualmente, conta com 64 equipes⁶, distribuídas em 25 unidades de saúde (22 na zona urbana, duas nos distritos e uma na zona rural) e que pertencem a 5 regionais de saúde.

O presente estudo propõe identificar os impactos na assistência, verificar se houve avanços ou retrocessos e fazer comparações com outra situação anteriormente avaliada.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é parte de dissertação de Mestrado em Enfermagem na área de Avaliação de Serviços de Saúde, com foco na avaliação da assistência pré-natal na rede básica em Maringá. Foram entrevistadas 115 puérperas residentes em Maringá, que realizaram o pré-natal em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município e fizeram o parto em um hospital filantrópico credenciado ao SUS que serve de referência para as gestantes residentes em área de abrangência de 21 UBS no município.

Em Maringá, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi implantado em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e para assegurar a assistência ao parto são disponibilizados dois hospitais, referenciados às gestantes de acordo com a UBS onde é realizado o pré-natal. Segundo levantamento referente aos nascimentos para os anos de 2003-2005, por meio da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), em média, ocorreram anualmente 1.793 partos em um hospital filantrópico do município e desses partos, 1.052 foram cesáreas e 741 partos normais⁷.

As puérperas foram contactadas em uma instituição hospitalar durante 30 dias, em um período do dia (tarde), nas segundas, quartas e sextas-feiras, com critérios de ser residente em Maringá, ter realizado o pré-natal na rede básica e aceitar participar do estudo. Durante o período de coleta 161 mulheres realizaram partos pelo sistema público na instituição. Destas, 115 mulheres foram entrevistadas, as demais 46 descartadas, quatro em virtude de recusas, uma pela não realização do pré-natal, nove pela realização do acompanhamento parcial ou total em serviço privado, duas residentes em Maringá, mas fizeram o pré-natal em outra cidade, uma residente em outro município e fez o pré-natal em Maringá, nove sem condições de serem entrevistadas e 20 perdas por alta hospitalar, visto que a pesquisadora não se manteve em período integral na instituição.

Foi realizada capacitação com três alunas do curso de graduação em enfermagem para as entrevistas com as puérperas. Na abordagem, foi utilizado um roteiro estruturado, adaptado do estudo de Scochi⁵, que buscou verificar os dados pessoais, os antecedentes obstétricos, os procedimentos executados e a informação recebida no pré-natal.

A realização da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; o acompanhamento, no mínimo, de seis consultas de pré-natal; realização de procedimento básicos e específicos (pressão arterial, peso, estatura, altura uterina, batimento cardíaco fetal, verificação de edema, apresentação fetal), solicitação de exames laboratoriais, orientações e

atividades educativas, que são procedimentos preconizados pelo PHPN (2000), foram utilizados como parâmetro para avaliar o processo mediante percepção das puérperas.

Esleveu-se como parâmetro de julgamento o índice de Kessner adaptado. O mesmo índice foi utilizado por Scochi⁵, Koffman e Bonadio⁸, Silveira et al.⁹, Halpern et al.¹⁰ em estudos anteriores. Este índice combina o número de consultas com a época do início do pré-natal, no qual se considera, para uma assistência adequada, a realização de seis ou mais consultas e início do pré-natal antes da vigésima semana e, para assistência inadequada, quando os critérios acima foram parcialmente cumpridos. Para análise dos procedimentos realizados nas consultas de pré-natal, foi acrescentado ao índice de Kessner o número de vezes que os procedimentos (mensuração da altura uterina (AU), ausculta dos batimentos cardíacos fetal (BCF), avaliação de edema, pressão arterial (PA) e peso) foram referidos pelas puérperas.

Durante a entrevista, foi possível observar o cartão da gestante e estabelecer uma comparação entre a fala das puérperas sobre a assistência recebida e o registro efetuado nos cartões sobre o atendimento ofertado. Considerou-se pré-natal adequado aquele que a puérpera referia que os procedimentos foram realizados na sua totalidade e inadequado quando ela informava a ausência dos procedimentos ou o cumprimento parcial dos mesmos.

Foi ainda analisada a participação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na assistência pré-natal, por meio de uma questão acrescentada ao instrumento de entrevista contemplando a visita domiciliar recebida pela puérpera. Os dados foram tabulados no *software* Excel 6.0, contabilizados por meio de frequências e porcentagens simples e apresentados sob forma de tabelas.

Pelo fato de utilizar dados de entrevistas com a população de estudo e informações da Secretaria da Saúde do Município de Maringá, foi solicitado autorização às instituições, objetos da pesquisa, o consentimento das pessoas envolvidas na pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá - COPEP, com parecer n.º 493/2008, sendo seguidas as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹¹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A descrição do perfil das puérperas por meio das características sociais, epidemiológicas e culturais possibilita promover mudanças nos serviços com o intuito de

ampliar o acesso às ações ofertadas e incrementar a qualidade e a capacidade instalada, que são destacados como meta na assistência obstétrica e neonatal. A opinião das puérperas acerca da assistência pré-natal na rede básica possibilita levantar questionamentos e analisar o que precisa ser aprimorado na qualidade dos serviços e na prática profissional.

Dentre as 115 puérperas abordadas, a idade média foi de 25 anos, constatando-se predomínio (57%) na faixa etária de 21 a 30 anos, seguido de 24% na adolescência. A média da faixa etária apresentou-se muito próxima ao encontrado nos estudos anteriores⁵⁻¹², a qual foi de 26 anos; entretanto, no estudo atual, destaca-se um avanço no número de adolescentes gestantes com idades mais precoces ao estudo anterior, o qual apresentou apenas uma parturiente com idade inferior a 20 anos. Crescentes taxas de gestação na adolescência também são verificadas em outras investigações e chamam a atenção por apresentarem problemas tanto clínico, como social.¹³⁻¹⁴

Nesta pesquisa, esperava-se um número menor de adolescentes grávidas, tendo em vista a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o progresso no conhecimento acerca dos métodos contraceptivos. A equipe da ESF possui meios de planejar trabalho em grupo oportunizando o vínculo com adolescentes realizando atividades educativas, com discussão sobre gestação precoce, álcool, drogas, violência no trânsito e demais assuntos de relevante impacto nesse grupo etário.

O nível de instrução interfere sobre a percepção das mulheres quanto aos procedimentos executados no pré-natal e a exigência por um atendimento de qualidade, o que pode ser constatado em estudo que mostra a inadequação da adesão à assistência pré-natal relacionada aos níveis baixos de escolaridade materna.¹⁵ Cinquenta mulheres (44%) referiram possuir o nível médio completo e 5,1% ingresso no ensino superior.

A convivência com companheiro pode ser importante para a mulher no período gestacional tanto no aspecto emocional quanto econômico, na ausência desse apoio pode ser necessário que a mulher assuma a responsabilidade pelo sustento da casa e isso resulte em impactos negativos na evolução da gravidez. Quanto à ocupação, estudos apresentam taxas elevadas de mulheres com trabalho remunerado¹³⁻¹⁶⁻¹⁷; esses dados permitem inferir, entre outras, a emancipação feminina no mercado de trabalho, possível consequência do progresso no nível intelectual das mesmas, as quais estão ingressando no ensino superior mesmo com a responsabilidade da maternidade (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das puérperas segundo a faixa etária e as variáveis socioeconômicas. Maringá-PR, 2009.

Faixa etária	Situação Familiar				Ocupação						Escolaridade					
	Com companheiro		Sem companheiro		Do lar		Atividade fora do lar		Estudante		Ensino Fundam.		Ensino Médio		Ensino Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
12 - 20	18	(15,6)	10	(8,6)	12	(10,4)	9	(7,8)	7	(6)	10	(8,6)	18	(15,6)	--	--
21- 30	51	(44,3)	15	(13)	29	(25,2)	34	(29,5)	3	(2,6)	22	(19,1)	40	(34,7)	4	3,4)
31-40	18	(15,6)	1	(0,8)	11	(9,5)	8	(6,9)	--	--	8	(6,9)	9	(7,8)	2	(1,7)
41- 50	2	(1,7)	--	--	2	(1,7)	--	--	--	--	1	(0,8)	1	(0,8)	--	--
TOTAL	89	(77,2)	26	(22,4)	54	(46,8)	51	(44,2)	10	(8,6)	41	(35,4)	68	58,9)	6	(5,1)

No acompanhamento pré-natal, a mulher recebe o cartão da gestante, no qual são feitas as anotações referentes aos atendimentos realizados, os resultados dos exames laboratoriais e as intercorrências e esse cartão deve acompanhar a gestante em todas as consultas realizadas no pré-natal e até o desfecho. Segundo 93% das puérperas, o cartão era preenchido em todas as consultas, apenas 1% das mulheres informou que não havia registro em seu cartão, as demais disseram que com pouca frequência o profissional registrava o que havia realizado.

As informações registradas nesse instrumento simbolizam um documento para a gestante, pois deverá acompanhá-la em todas as consultas e, indispensavelmente, no momento do parto. Por isso, a qualidade do registro no cartão da gestante apresenta-se superior à qualidade dos registros em prontuário, pois o cartão se torna uma ferramenta esclarecedora de dúvidas na maternidade. Scochi⁵ apresentou em seu estudo que 68 gestantes afirmaram ter recebido o cartão de acompanhamento do pré-natal e sempre eram preenchidos, mas os mesmo não estavam presentes no momento do parto. Naquela época, o município não exigia que o cartão tivesse a identificação da UBS onde se realizou o pré-natal e que fosse apresentado à maternidade, como se exige atualmente.

Na oportunidade de verificar o cartão das puérperas, observaram-se os registros comparando-os com a fala das entrevistadas e, dessa forma, percebeu-se que os dados apresentavam semelhanças, visto que a mulher acompanha os registros em seu cartão, conforme reforçaram as próprias participantes do estudo.

Na análise das variáveis obstétricas (Tabela 2), observou-se que o tipo de parto mais realizado foi a cesárea, e nesse caso 16% das puérperas foram dirigidas a realizarem o parto cirúrgico. No estudo anterior, a taxa foi de 84% de cesáreas, justificado em parte pelo fato da população estudada também ter utilizado o serviço privado para o parto. O início do pré-natal apresentou resultados similares aos observados por Scochi⁵, porém a captação precoce se destacou no presente estudo, a qual pode ser resultado de mudanças nas ações do serviço, com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Mesmo verificando o aumento na realização de partos normais neste estudo, a cesárea prevaleceu com taxa acima do recomendado pelo Ministério da Saúde, bem como em outras publicações.¹⁶⁻¹⁷ Outros autores identificaram melhores resultados quanto ao tipo de parto realizado, como Trevisan¹³ que identificou 20,1 % de cesáreas, número bastante inferior ao encontrado no presente estudo.

Tabela 2. Distribuição das puérperas segundo as variáveis obstétricas e o ano de estudo. Maringá-PR, 2009.

Variáveis Obstétricas	Ano do estudo			
	1994 (N= 76)		2009 (N = 115)	
	N	%	N	%
Tipo de parto				
Cesárea	64	84	71	61,7
Normal	12	16	44	37,3
Início Pré-natal				
1 ° trimestre	45	60	83	72
2° trimestre	25	32	23	20
3° trimestre	6	8	9	8
Gestações anteriores				
Primíparas	34	46	54	47
Múltiparas	42	33	61	53
Conhec. Contraceptivos				
Um método	70	92,1	6	5,3
Mais de um método	6	7,9	109	94,7

A percepção da mulher quanto à importância do pré-natal pode se refletir sobre o período em que a mesma inicia o acompanhamento. A possibilidade da prevenção de riscos e transtornos indesejáveis são mais factíveis no primeiro trimestre da gestação.¹²

Das puérperas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 74% eram primíparas, somente 26% das múltiparas procuraram precocemente o serviço; isto permite constatar que a paridade materna esteve associada inversamente à procura precoce pela atenção pré-natal. Na abordagem com as puérperas múltiparas, as mesmas diziam conhecer os procedimentos e exames realizados no pré-natal, sugerindo que as múltiparas consideravam-se experientes e capazes de perceber o momento adequado para a procura da assistência. Outra investigação desenvolvida no Sul¹³ indicou que quanto maior o nível escolar das mulheres, antecipadamente as mesmas buscam atendimento no pré-natal, ao contrário da paridade isso pode se relacionar com a assistência recebida nas gestações anteriores não ter convencido essas mulheres da relevância do pré-natal precoce.

Quanto ao conhecimento das puérperas a respeito dos métodos contraceptivos, verificou-se que todas conheciam pelo menos a pílula anticoncepcional ou o preservativo; 94% delas disseram conhecer três ou mais diferentes métodos e 6% conheciam apenas um método. Vale enfatizar que os métodos considerados no estudo foram: anticoncepcional oral e injetável, preservativo, dispositivo intra uterino (DIU), diafragma, “tabelinha”, laqueadura e vasectomia.

A diversidade de contraceptivos disponíveis na atenção básica não significa que os mesmos estejam sendo utilizados. É fundamental que os profissionais da saúde realizem oficinas com discussão dos benefícios e desvantagens de cada método, esclarecimento de dúvidas, troca de experiências entre as usuárias, para que possibilite a acessibilidade aos mesmos, ou seja, acesso gratuito e utilização adequada.

Observou-se que a consulta mensal no pré-natal foi realizada por 85% das puérperas, em média foram realizadas 7 consultas, sendo que 27% informou ter realizado menos de seis consultas, 66% de seis a mais consultas e 7% não tinha essa lembrança.

Em outro estudo realizado no Sul, foi encontrada média de 6,2 consultas no pré-natal¹³, abaixo do encontrado em Maringá, tanto no presente estudo, quanto no trabalho de Scochi⁵, identificando no município "uma superutilização da rede de atendimento pré-natal". Outra investigação desenvolvida na capital paranaense mostrou que o número de consultas, segundo as entrevistadas, foi em média 8,9.¹⁸

Percebe-se que em diferentes localidades e no mesmo município em momentos distintos a quantidade de consultas realizadas no pré-natal ultrapassou o recomendado pelo PHPN. Julga-se importante considerar o número de consultas associado à qualidade desses atendimentos, visto que ultrapassar a meta na quantidade de consultas e não cumprir

adequadamente os procedimentos clínicos torna o acompanhamento incompleto, diminuindo a capacidade de intervenção quando necessário.

Para 109 (94,7%) puérperas, a verificação do peso e da pressão arterial (PA) ocorreu em todos os atendimentos, apenas duas (1,7%) delas informaram que esses aspectos não foram verificados em nenhuma consulta e para as demais (3,4%) os procedimentos foram realizados em algumas consultas.

Oitenta e cinco puérperas informaram que a altura uterina (AU) era sempre aferida e 10 (0,8%) não tiveram essa medida uterina; 97 (84,3%) informaram que o batimento cardíaco fetal (BCF) era sempre verificado, três entrevistadas disseram que não passaram por esse procedimento e as demais puérperas informaram que em algumas consultas o procedimento era realizado. Segundo 60 (52%) mulheres entrevistadas, a verificação de edema era sempre realizado.

A vacina antitetânica (VAT) foi referida por 56% das entrevistadas, 43% disseram que não receberam vacina na gestação, o que pode ser explicado pelo fato de já estarem imunizadas, não existindo a necessidade de se refazer. No estudo anterior, a maioria das entrevistadas não realizou essa imunização. A vacina significa um importante método para melhores resultados na gestação, encontra-se disponível nas unidades básicas e visa minimizar casos de tétano neonatal, mas os serviços precisam estar atentos para a cobertura vacinal e a ESF pode colaborar na tarefa, mantendo a gestante informada sobre esse critério.

Comparando os dados acima descritos com o encontrado no estudo anterior⁵, percebe-se que os procedimentos básicos do pré-natal estavam sendo cumpridos mesmo antes da implantação do PHPN com percentuais acima do apresentado no atual estudo (Tabela 3). Esses critérios exigidos pelo Programa deveriam ser executados em todos os atendimentos de pré-natal, pois são parâmetros de fácil mensuração, corriqueiros na atenção básica e monitoram possíveis intercorrências na gestação, como a hipertensão arterial, ganho ponderal inadequado e edema, que podem desencadear resultados insatisfatórios na gravidez, como mostram dados do Ministério da Saúde.⁴

Tabela 3. Distribuição dos procedimentos sempre realizados nas consultas pré-natal segundo dados de dois estudos. Maringá-PR, 2009.

Procedimentos	Estudos	
	1994 (N = 76) %	2009 (N = 115) %
PA	100	95
PESO	100	95
BCF	96	84
AU	87	74
PREENCHIMENTO CARTÃO GESTANTE	100	93

Na realização do exame preventivo de câncer de colo do útero, chama a atenção o fato de que apenas 3% das entrevistadas referirem haver passado pelo exame durante a gravidez, 10% disseram que o fizera anteriormente, 49% que havia realizado há um ano ou mais e ainda 38% informou que nunca havia realizado tal exame. A associação com o neoplasma de colo uterino pode colaborar para a percepção da importância desse cuidado preventivo, por meio da detecção precoce de algum problema, evitando complicações e óbitos.⁵

Além dos procedimentos exigidos pelo PHPN, o município disponibiliza o atendimento odontológico no pré-natal. Nesse caso, apenas 17% informaram ter utilizado o serviço para alguma consulta ou tratamento. A oferta do cuidado dentário não foi verificada no estudo anterior.⁵

A divulgação de informações a respeito dos exames exigidos no pré-natal foi referenciado por 77% das puérperas e 23% informaram sobre a coleta de material biológico, mas não foram esclarecidas sobre tais exames. Acerca do aleitamento materno, 58% referiram receber informações; os fatores de risco durante o período gestacional foi pouco discutido. O que também não se mostra muito diferente foram as informações consideradas básicas, como alimentação, prática de exercícios físicos, ganho ou perda ponderal e hábitos de vida (bebida alcoólica e tabagismo) foram pouco divulgados (Tabela 4).

Tabela 4. Orientações fornecidas nas UBS conforme a percepção das puérperas entrevistadas. Maringá-PR, 2009.

Orientações	Entrevistadas (N = 115)	
	n	%
Alimentação	53	46
Ganho ponderal	60	52
Atividade Física	42	37
Consumo de álcool, cigarro, drogas	74	64
Aleitamento materno	67	58
Exames solicitados	89	77
Fatores de risco	45	39
Cuidados no puerpério	44	38

Quando a atividade de orientação é realizada, a gestante ganha a oportunidade de uma gestação saudável, o profissional conquista credibilidade por seu comprometimento com a assistência e conseqüentemente o serviço se beneficia do vínculo com a mulher e cumpre seu papel na oferta do cuidado.

As orientações sobre o puerpério deixaram de ser abordados durante o pré-natal. Segundo as entrevistadas, 62% informaram não ter recebido nenhuma informação sobre o que fazer depois do parto, quando estivessem em seus lares.

O desfecho da assistência pré-natal acontece no puerpério, período em que a mulher e o recém-nascido necessitam de cuidados e orientações imprescindíveis para uma adequada evolução do binômio mãe-filho. A consulta puerperal oferece a oportunidade de avaliar a situação física e emocional da puérpera, enfatizar a importância da amamentação e dos métodos contraceptivos, além de observar o recém-nascido e precocemente esclarecer à mãe a necessidade das consultas de puericultura direcionadas ao bebê. O puerpério tem sido pouco assegurado às mulheres.¹⁹

A visita à maternidade onde a gestante ganharia seu bebê foi realizada por somente 3 (3%) das puérperas. Esta atividade permite que a gestante conheça o local onde fará o parto na tentativa de minimizar as preocupações. Este é um critério preconizado pelo PHPN e cabe às unidades realizar o agendamento junto à maternidade. Observou-se, durante as visitas à

maternidade, um cartaz indicando as datas para as visitas das gestantes, inclusive com agendamentos a longo prazo, podendo inferir que as visitas foram acordadas entre hospital e UBS. Entretanto, 97% de puérperas alegaram que não tiveram essa informação durante o pré-natal e não visitaram a maternidade, estando antecipadamente no local apenas por conta de intercorrências durante a gestação.

Esta situação pode indicar uma possível ausência de comunicação entre dois serviços que prestam assistência à mulher na gestação, maternidade e unidade básica de saúde ou falta de comprometimento com a usuária na rede básica, por não informá-la sobre esse direito concedido.

Com a inserção da ESF na assistência à saúde, espera-se que o vínculo com o usuário do SUS se torne maior, ofertando atendimento mais humanizado e voltado para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Entretanto, foi possível perceber, por meio das entrevistas, que o conhecimento a respeito da estratégia ainda se encontra bastante limitado. Das puérperas, 70% disseram conhecer o programa, mas quando questionadas sobre o integrante da equipe que lhe fazia visitas, as entrevistadas apresentavam-se confusas, a maioria desconhecia o significado da sigla ESF ou PSF e entendia a estratégia como "aquele pessoal do posto que faz visita em casa". Mesmo a maioria informando ter conhecimento do programa, 63% não recebeu visita domiciliar durante a gestação, 23,6% puérperas encontravam-se no trabalho no momento da visita.

Foi possível entender que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o profissional mais lembrado na ESF, conhecido como "uma pessoa do posto que passa em casa". O ACS é o responsável por desencadear o vínculo entre a gestante e a equipe.²⁰ Estudos comprovam que o início do pré-natal ainda no primeiro trimestre está relacionado com a atuação do ACS, buscando gestantes nas áreas de abrangência da unidade.²¹⁻¹³

Um outro estudo da região Sul²² mostrou que gestantes acompanhadas pelas unidades básicas de saúde em geral foram atendidas por profissionais da equipe do programa, diferente do encontrado neste estudo, no qual não houve vínculo suficiente entre a gestante e a profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF), aspecto observado na fala das puérperas, que pouco informaram sobre o programa, sobre visitas domiciliares ou grupos educativos.

Durante o pré-natal as gestantes podem ser atendidas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentre outros profissionais. Sendo assim, foi questionado às puérperas se as mesmas lembravam-se do nome do médico que as atenderam no pré-natal: 96% informaram ter essa lembrança, enquanto 50% informaram se lembrar o nome do enfermeiro, sendo que 88% informaram que as consultas eram realizadas apenas pelo médico, 3% referiram passar

por consulta somente com o enfermeiro e 9% informaram ser consultadas por ambos profissionais. No estudo anterior, verificou-se que maioria das gestantes (95%) lembrava do médico, similar ao encontrado neste estudo. Mesmo com a inserção da ESF, com a qual se ampliou o número de profissionais, tanto médicos quanto enfermeiros, as mulheres ainda sabem reconhecer o profissional que as atendeu.

Entende-se que em Maringá a participação do enfermeiro na assistência pré-natal é pouco representativa, conforme percebido em entrevista com as puérperas. O pouco entendimento das usuárias quanto ao exercício do enfermeiro, desconhecendo que esse pode e deve participar das consultas de pré-natal, resulta no descontentamento em ser atendida por esse profissional. Na entrevista, puérperas mencionaram que preferiam ser atendidas por ginecologistas, excluindo até mesmo o médico da ESF.

A postura e compromisso do enfermeiro frente ao pré-natal o tornam representativo às usuárias do serviço. Seu exercício profissional permite realizar consultas no pré-natal com segurança e responsabilidade, pois o processo de formação abrange o conhecimento ginecológico e obstétrico e o faz capaz de assumir os acompanhamentos de baixo risco.

Segundo a satisfação das entrevistadas, a assistência recebida na rede básica durante o pré-natal foi boa para 68% das mulheres, 16% consideraram regular e 16% não gostaram. As gestantes se queixaram da demora nos resultados dos exames laboratoriais solicitados, ausência de informações sobre o período gestacional tais como fatores de risco e complicações, ausência de ginecologistas ou outro médico para atender pré-natal nas unidades de saúde, encaminhamento para outra unidade longe da residência, desorganização das UBS, falta de funcionário para realizar visitas domiciliares, dificuldade no agendamento de consultas e mudança constante de médico no atendimento, não havendo continuidade pelo mesmo profissional.

Quando aplicado o índice de Kessner para a assistência pré-natal, conforme a percepção das puérperas, verificou-se que 66% das consultas associadas ao período de início do pré-natal foi considerados adequados. Contudo, quando se acrescentou a este índice os procedimentos clínicos, observou considerável declínio para 29,5% adequados, sendo 70,5% atendimentos inadequados.

O índice de Kessner modificado permite avaliar criteriosamente as exigências do PHPN, tanto que não foram descritos situações consideradas intermediárias, pois se acredita que se os procedimentos são cumpridos parcialmente isso pode resultar em complicações no processo assistencial impactando negativamente em algum momento da gestação. E, nessa

análise, observa-se que à medida que aumentam os critérios, aumentam os atendimentos realizados de forma inadequada.

Durante a visita à maternidade, houve a oportunidade de observar os prontuários das entrevistadas e fazer um breve julgamento sobre o resultado do pré-natal das participantes do estudo. Nesse caso, foi verificado que o peso médio dos recém-nascidos foi de 3.184 gramas, 64% nasceram com o peso adequado, 30% com peso insuficiente e 6% baixo peso. Quanto ao Apgar no 5º minuto, 98% apresentaram acima de 7 e apenas 2% abaixo de 5. As intercorrências verificadas no momento do parto foram: bolsa rota (2), prematuridade (2), hipertensão arterial (1) e descolamento de placenta (1). Não houve registros de óbitos e outras intercorrências até o momento do puerpério imediato. Comparando com estudo anterior, verificou-se semelhança quanto o peso adequado ao nascer, com melhora em relação ao baixo peso.

Pode-se considerar que são resultados satisfatórios, mas não significa que a atenção deva ser avaliada somente pelo seu desfecho, por isso a importância de se aplicar a tríade proposta por Donabedian²³, analisando os aspectos que compõem a assistência. Sendo assim, percebe-se que, apesar do desfecho apresentar resultados adequados, faz-se necessário rever os aspectos estruturais e processuais da assistência, que se mostraram com inadequações.

CONSIDERAÇÕES

A avaliação da assistência pré-natal de grande magnitude na rede básica se mostrou oportuna em virtude da pouca investigação desde o estudo de Scochi⁵ acerca da qualidade dos serviços em Maringá. Por meio do relato das puérperas, atendidas em diferentes unidades básicas do município, buscou-se analisar o processo da assistência pré-natal e este procedimento metodológico mostrou-se factível e representativo quanto à sua forma de execução, confirmando que a fala das entrevistadas se mostra confiável, por se tratar de um evento notável e inesquecível para a mulher e a família.

A descrição do perfil das entrevistadas possibilita comparar com outras realidades do Brasil e permite que os profissionais valorizem as características epidemiológicas e sociais de cada usuária e direcionem o atendimento o mais próximo de cada contexto.

Os dados, quando comparados com a investigação realizada há 14 anos, apontaram que, embora tenha sido ampliado o número de profissionais atuantes na rede básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, o avanço não foi acompanhado por mudanças significativas na oferta do cuidado pré-natal, o parto cirúrgico permanece em destaque e a ampliação das ações foi pouco representativa. Acredita-se que ainda a ESF se fortaleça na atenção básica e o

pré-natal apresente resultados mais satisfatórios, como a captação precoce, a quantidade de consultas realizadas que se destacaram nesta avaliação.

No estudo anterior, a atenção básica não contava com a ESF para organizar a demanda e a oferta do atendimento, como a realização de visitas domiciliares, dentre outras atribuições das equipes. Para tanto, é importante que os profissionais se comprometam com a assistência pré-natal, principalmente os integrantes da ESF, com destaque para o enfermeiro, que pode utilizar os recursos disponíveis para a oferta do cuidado e melhorar a qualidade assistencial, tornando-se mais representativo frente à atenção pré-natal e minimizando os problemas estruturais no atendimento às gestantes.

O investimento nas práticas avaliativas deve permanecer nos serviços de saúde com o intuito de criar espaço para a observação e discussão do processo de trabalho, oferta da assistência e melhoria da qualidade, o incentivo à participação acadêmica pode favorecer a produção do conhecimento e melhorar a tomada de decisão nos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2003; 6: 307-318.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF); 2000.
3. Maringá. Secretaria da Saúde do Município de Maringá. Protocolo do Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento. Maringá (PR); 2006a.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório de gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília (DF); 2007c.
5. Scochi MJ. Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde: uma análise localizada [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Área de planejamento e Administração em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Osvaldo Cruz; 1996.
6. Marcon SS, Lopes MCL, Bovo ML. Facilidades e dificuldades percebidas por enfermeiros na assistência à família. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2008; 7: (1). Disponível em URL: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1224> [2009 abril 23]
7. Maringá. Secretaria de Saúde do Município de Maringá. Seção de Vigilância em Saúde. Boletim de Vigilância em Saúde. Perfil das mães e recém nascidos residentes no Município de Maringá. Maringá (PR); 2006b.
8. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5: 23-32.

9. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* 2001; 17: 131-139.
10. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Pública* 1998; 14: 487-492.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
12. Scochi MJ. Uma proposta para avaliação da qualidade do pré-natal. *Acta Sci Health Sci* 2002; 24: 803-809.
13. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo MN, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24: 293-299.
14. Pinto LF, Malafaia MF, Borges JA, Baccaro A, Soranz DR. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. *Cienc Saúde Colet* 2005; 10: 205-213.
15. Coimbra LC et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37: 456-62.
16. Silva GF, Pelloso SM. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43: 95-102.
17. Nascimento LFC. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços públicos e privados em Guaratinguetá, São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003; 3: 187-194.
18. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública* 2004; 20: 220-230.
19. Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENAT AL. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42: 105-111.
20. Duarte SJH, Andrade SMO. Assistência pré-natal no programa saúde da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2006; 10: 121-126.
21. Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'Avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. *Rev Bras Enferm* 2008; 61: 349-353.
22. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Ulmi EF, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24: 2614-2622.
23. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743-48.

ARTIGO 2

ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM UNIDADES BÁSICAS DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ**PRENATAL CARE IN UBS OF THE CITY OF MARINGÁ**Janaina Daiane Bauli¹Maria José Scochi²Jéssica Batistela Vicente³Mariana Ferreira⁴Marina Bennemann de Moura⁵

¹Universidade Estadual de Maringá (UEM) – discente do Programa de Pós- Graduação, Mestrado em Enfermagem. Rua José Clemente, 836 CEP: 87020-070. Maringá-Paraná. Email: janabauli@yahoo.com.br

²Universidade Estadual de Maringá (UEM) – docente do Programa de Pós- Graduação, Mestrado em Enfermagem.

³⁻⁵ Universidade Estadual de Maringá (UEM) – discente do Curso de Graduação em Enfermagem.

RESUMO: Objetivou-se avaliar o pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Maringá-PR, destacando aspectos de estrutura, processo e resultado e a qualidade dos registros em prontuários, comparando indicadores com pesquisa realizada há 14 anos no município. Investigação por meio de observação da estrutura das UBS, questionamentos sobre o processo de trabalho dos profissionais e verificação dos prontuários de puérperas residentes em Maringá, selecionadas em um hospital filantrópico e que informaram a unidade de saúde onde realizaram o pré-natal. Na busca por 115 prontuários, foram localizados 105. A estrutura física de 72% das UBS é viável para o pré-natal, os grupos com gestantes foram desenvolvidos em 41% das unidades, os registros de procedimentos fundamentais e corriqueiros (pressão arterial, peso, batimento cardíaco fetal e altura uterina) se apresentaram incompletos e os registros de exames laboratoriais precários. O índice de Kessner apresentou 6,6% como pré-natal adequado. Apesar do incremento no número de profissionais e a inserção da Estratégia da Saúde da Família ao longo dos anos não houve evolução das ações e os registros permanecem desvalorizados.

Palavras-chave: Avaliação de programas. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Cuidado pré-natal. Atenção primária em saúde. Enfermagem.

ABSTRACT: The objective was to evaluate prenatal care in the Basic Health Units (UBS) in Maringá-PR., Highlighting aspects of structure, process and outcome and quality of medical records, comparing indicators with survey 14 years ago in the city. Research by observation of the structure of UBS, questions about the process; work and check the records of mothers in Maringá, selected in a charity hospital and informed the health unit where he received prenatal care. In the search for 115 records, 105 were located. The physical structure of 72% of UBS are viable for prenatal groups with pregnant women were developed in 41% of the units, the records of procedures and basic everyday (blood pressure, weight, height and uterine beat cardiofetal) performed incomplete records of laboratory tests precarious. The Kessner index showed, as the records, 6,6% as adequate prenatal care. Despite the increase in the number of professionals and the Health Strategy of the Family over the years there were no changes in shares. Records illegible, incomplete or absent. Expected to improve with the implementation of electronic medical records in the municipal network.

Keywords: Program evaluation. Program for Humanization of Prenatal and Birth. Prenatal care. Primary health care. Nursing.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é considerada um importante indicador da saúde da mulher, da realidade social de um país e da organização política para realização ou não de ações de saúde na comunidade; de tal forma que a atenção pré-natal é percebida pelo seu impacto e sua relevância frente a essa mortalidade, reduzindo seus coeficientes.¹

Estudo temporal envolvendo a 15^a Regional de Saúde de Maringá encontrou que entre os anos de 1989 a 2000 o coeficiente de mortalidade materna variou de 26,96 a 168,3/100.000 nascidos vivos, sendo que no último ano analisado o índice correspondeu a 50,41/100.000 nascidos vivos, indicando melhores resultados.²

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria/GM n.º 569, de 01/06/2000, foi implantado com o intuito de reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal, estabelecendo critérios que se mostram efetivos e, em curto prazo, são exequíveis.³ Com o PHPN, os municípios adotariam medidas para garantir o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.⁴

As ações do programa de pré-natal podem minimizar o impacto da mortalidade materna e perinatal⁵, contudo, as mulheres precisam ter fácil acesso aos serviços de saúde, garantia dos procedimentos imprescindíveis durante o acompanhamento, identificação e atendimento dos riscos gestacionais.⁶

Conforme indicam alguns autores⁷⁻⁸, a assistência pré-natal tem o indicativo de qualidade dos serviços por ter em seu programa critérios estabelecidos que auxiliam em seu monitoramento e por se tratar de uma atenção tradicional na rede básica. Autores⁹⁻¹⁰ apontam a importância do programa pré-natal considerando a exigência da oferta mínima e obrigatória, os recursos físicos e humanos disponíveis para a assistência, a oferta de exames laboratoriais, o acesso às consultas e a integração do programa no Pacto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora o programa tenha características que o valorize na atenção básica, é necessário investigar os aspectos estruturais, processuais e os resultados que o mantém na assistência, de forma a relacioná-los com a atuação dos profissionais, averiguar a utilização das ferramentas disponíveis no programa e a melhoria na qualidade do pré-natal.

Segundo Almeida e Escorel¹¹, uma avaliação tem o intuito de aprimorar a qualidade da oferta do serviço, visando aumentar a efetividade e a eficácia, características atribuídas por Donabedian¹², que também propôs uma estratégia de avaliação baseada na análise da estrutura, processo e resultado, que abrange aspectos distintos nos serviços e podem impactar nas condições de saúde da população.

A prática da avaliação por meio da análise de registros em prontuários foi realizada em estudo anterior em Maringá⁸ e em outras investigações.¹⁻¹³⁻¹⁴ O registro da oferta da assistência faz parte do processo de trabalho e garante respaldo ao profissional. Na ausência do registro, não é possível afirmar se foi ou não realizado o atendimento, somente é possível dizer que houve falha no registro da informação⁸. Coutinho et al.⁷ defendem a ideia de que se um procedimento não foi registrado, advoga que não deve ter sido executado.

A problemática da má qualidade dos registros nos serviços de saúde é algo discutido em diversas publicações e vivenciado pelos profissionais. Acredita-se, porém, que é preciso insistir nesse aspecto, visto que abrange o processo de trabalho, a qualidade da assistência e as implicações da ausência de informação no serviço e na saúde do usuário. É relevante discutir registros, quando se vive um processo de mudança em Maringá no armazenamento das informações em saúde, com a implantação do prontuário eletrônico nas unidades básicas de saúde (UBS).

O presente estudo é parte de uma investigação realizada no município de Maringá-Paraná, acerca da assistência oferecida às gestantes usuárias da atenção básica. Objetivou-se neste momento avaliar o pré-natal nas UBS, destacando aspectos de estrutura, processo, resultado e a qualidade dos registros em prontuário, comparando indicadores com estudo realizado há 14 anos no município.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma investigação realizada em prontuários de puérperas residentes em Maringá, que realizaram o pré-natal em UBS do município. Na primeira etapa, durante o mês de abril, nas segundas, quartas e sextas-feiras, foram localizadas e entrevistadas 115 puérperas em um hospital filantrópico, que informaram a unidade de saúde onde havia realizado o pré-natal e nestas foram feita a busca por 115 prontuários. Utilizou-se um roteiro adaptado do estudo desenvolvido há 14 anos por Scochi, com o intuito de investigar a qualidade dos registros referentes ao pré-natal.

A estrutura foi analisada pela organização ou não dos prontuários desde o momento da busca por eles nos arquivos das unidades, bem como a qualidade dos registros. Foi observada a existência de infraestrutura adequada para o atendimento e quais os profissionais que realizavam assistência às gestantes nessas unidades.

Observaram-se os consultórios de ginecologia atentando-se para o espaço físico adequado, confortável e privativo, com existência de um banheiro e uma mesa ginecológica. Para verificar quem eram os profissionais que atendiam consultas de pré-natal, questionaram-se funcionários das unidades, sobre a existência de ginecologista e se somente este profissional realizava o pré-natal; se os enfermeiros realizavam consulta pré-natal e se os médicos da ESF atendiam as consultas das gestantes correspondentes a sua área de atuação. Houve também indagação a respeito do agendamento das consultas no pré-natal e a realização de grupos de gestantes em palestras educativas. Foi utilizado um diário de campo para a transcrição desses relatos, os quais puderam complementar as informações sobre cada unidade.

Quanto aos procedimentos clínicos no PHPN, as exigências preconizadas são: a realização da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; realização de, no mínimo, seis consultas; aplicação da vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda do esquema recomendado) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas e a realização dos exames laboratoriais, definidos como básicos.

Para os exames na primeira consulta: Hemoglobina (Hb) e Hematócrito (Ht), tipagem sanguínea (ABO), fator Rh, sorologia para Sífilis (VDRL), Urina I, Glicemia de jejum e testagem anti-HIV; para trigésima consulta: repetir VDRL, Urina I e Glicemia de jejum. pede-se, ainda, que seja realizada consulta de puerpério, até 42 dias após o nascimento, organização de atividades educativas, classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes e oferecer às gestantes de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência.³

No protocolo municipal, recomenda-se que, para o atendimento da assistência pré-natal, sejam utilizados, além dos procedimentos preconizados pelo PHPN, outros exames tais como: sorologia para Toxoplasmose (IgG) e (IgM), sorologia para Rubéola (IgG) e (IgM), investigação de Hepatite B e C (HBs Ag e HVC), Parasitológico de Fezes, Colpocitologia oncológica e Ultrassonografia (USG), os quais não foram considerados no índice de adequação, mas foram verificados nos registros.

Para avaliação do processo, seguindo os critérios estabelecidos pelo PHPN, elegeu-se como parâmetro de julgamento o índice de Kessner adaptado. O mesmo índice foi utilizado por Scochi⁸, Halpern et al.¹⁶, Silveira et al.¹³, Koffman e Bonadio¹⁴ em estudos anteriores. Nesse índice, combina-se o número de consultas com a época do início do pré-natal, no qual se considera, para uma assistência adequada, a realização de seis ou mais consultas e início do pré-natal antes da vigésima semana e, para assistência inadequada, quando os critérios acima foram parcialmente cumpridos ou não realizados.

Ao índice de Kessner, foi adicionada a realização de exames laboratoriais (Hb/Ht, glicemia de jejum, VDRL, Urina I, ABO/Rh), estabelecendo, para um pré-natal adequado, pelo menos, um registro aos exames de Hb/Ht e ABO/Rh e dois registros de VDRL, Urina I e glicemia de jejum e, para pré-natal inadequado quando os critérios acima foram parcialmente cumpridos ou ausentes.

Para análise dos procedimentos realizados nas consultas de pré-natal, foi acrescentado ao índice de Kessner o número de vezes que procedimentos como a mensuração da altura uterina (AU), a ausculta dos batimentos cardíaco fetal (BCF), a avaliação de edema, a pressão arterial (PA) e o peso foram registrados. Assim, foi considerado adequado o pré-natal que sempre havia registros dos procedimentos citados acima e pré-natal inadequado quando os critérios foram parcialmente cumpridos.

Nos prontuários, verificaram-se também os registros sobre a realização de visitas na residência da gestante, a inscrição no Sistema de Informação em Saúde (SIS Pré-Natal) e a respeito da formação de grupos de gestantes.

Atentou-se para a análise dos efeitos que a estrutura e o processo geraram, verificando tanto os aspectos positivos quanto negativos: a satisfação das puérperas quanto ao pré-natal da rede básica municipal, a ocorrência de óbitos maternos ou neonatais, as intercorrências ocorridas no parto, diagnósticos de Tétano, VDRL positivo ou HIV positivo neonatal, peso e Apgar dos recém-natos e a adequação do cuidado às gestantes.

No ano de 1994, foi realizado um estudo no mesmo município utilizando algumas variáveis semelhantes, o que possibilita uma comparação dos resultados.⁸ Os dados foram tabulados no *software* Excel 6.0, contabilizados por meio de frequências e porcentagens simples, analisados e apresentados sob forma de tabelas.

O presente trabalho integra uma investigação mais ampla na área de Avaliação de Serviços de Saúde, com foco na avaliação do cuidado pré-natal na atenção primária em Maringá. Pelo fato de se utilizar dados de entrevistas com a população de estudo e informações da Secretaria da Saúde do Município de Maringá, foi solicitado autorização às instituições, objetos da pesquisa, e o consentimento das pessoas envolvidas na pesquisa através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá - COPEP, com parecer n.º 493/2008 sendo seguidas as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁷

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre as 22 (88%) unidades básicas de saúde visitadas, quatro não possuíam estrutura física adequada para o atendimento: consultório com espaço limitado, sem privacidade, ausência de biombo, não possuíam banheiro e mesa ginecológica. As demais 18 (72%) apresentaram investimentos na ampliação do espaço físico, instalações adequadas nos consultórios, oferecendo privacidade à usuária.

O espaço físico onde a gestante é atendida interfere no processo de trabalho e na qualidade da assistência. Ambiente sem organização, com espaço limitado, prejudica o atendimento do profissional, e, por sua vez, a gestante não se sente confortável e segura frente aos aspectos deficitários da assistência, o que pode comprometer a adesão ao pré-natal e o vínculo com o serviço.

Em 10 (40%) unidades, houve dificuldade na localização dos prontuários, seis delas com estrutura física adequada e quatro inadequadas, permitindo inferir que, independente da

qualidade estrutural do serviço, podem surgir problemas devido a ausência de planejamento e falhas no processo de trabalho, à semelhança do encontrado em estudo anterior.¹⁸

Prontuários de oito puérperas tiveram de ser procurados em mais de uma unidade, visto que as gestantes foram encaminhadas para outras UBS, devido à ausência de ginecologistas em sua unidade de referência. A fase de levantamento de prontuários foi realizada entre maio e junho de 2009, neste período 95 (82,6%) prontuários foram localizados facilmente, 10 (8,6%) com dificuldade e 10 (8,6%) não foram localizados, resultando na análise de 105 prontuários.

É preocupante a falta de planejamento e organização do serviço com relação ao arquivamento dos prontuários, principalmente de puérperas, as quais devem procurar o serviço depois do parto para o acompanhamento puerperal. Sendo assim, julga-se que as informações sobre o atendimento serão realizadas em outro prontuário ou não registradas, como visto no estudo durante visita a uma UBS, devido a não localização do prontuário.

Foi verificado que as UBS determinavam critérios distintos para o agendamento de consultas. Algumas com dias para o atendimento pré-natal, outras (8) não estabeleciam dias específicos para o mesmo, por entenderem que o médico da ESF estaria disponível às usuárias da respectiva área de abrangência. Outros estudos mostraram a dificuldade no agendamento de consultas pela queixa das próprias gestantes.⁶⁻¹⁹ Percebe-se que as gestantes estão encontrando dificuldade no acesso ao pré-natal e é importante destacar que o SUS ressalta a prioridade no atendimento às gestantes e os serviços devem oferecer esse direito às mesmas, mas deve planejar o atendimento por meio da oferta programada para não comprometer os demais atendimentos do serviço.

A facilidade do acesso ao pré-natal também pode ocorrer por meio da realização de grupos com gestantes, fortalecendo o vínculo da usuária com o serviço, favorecendo a comunicação e transmissão de conhecimento sobre o período gestacional. Em 13 unidades, houve a formação desses grupos e 9 não disponibilizavam essa atividade; houve relatos de quatro profissionais que iniciaram os grupos, mas o não comparecimento das usuárias os extinguiu. Essa atividade esteve registrada em apenas 8 (8%) dos prontuários.

As usuárias, em grande parte, possuem uma ocupação fora do lar, e isto as impede de participar das atividades que a UBS oferece, bem como receber a equipe da ESF em sua residência. É preciso salientar, porém, que nem todas as mulheres possuem vínculo empregatício e também, quando possuem, a ESF deve procurar dialogar com a gestante para organizar uma forma dela participar das abordagens pautadas nas palestras com gestantes.

Ante o exposto e como já comentado anteriormente, a implantação do prontuário eletrônico permite indagar: o profissional que não organiza os registros em uma ficha padronizada para o atendimento saberá organizar as informações em um sistema informatizado? A desorganização também foi observada nas fichas B-Ges do Sistema de Informação da atenção Básica (SIAB) utilizada pelos ACS, o instrumento quando preenchido ficava arquivado em locais de difícil acesso para realização de auditorias. Houve a tentativa, em quatro UBS, de captar essas informações junto aos ACS, porém, devido aos obstáculos, esse critério foi excluído do roteiro de coleta. É possível inferir, todavia, que a quantidade de instrumentos disponibilizados para os registros estão desvalorizados, a exemplo da ficha Perinatal para o registro das consultas. Scochi¹⁸ apontou que a melhora na padronização dos registros não foi acompanhada por uma melhoria na qualidade do preenchimento.

Outro instrumento que armazena os dados gerados pela assistência do PHPN é o SIS Pré-natal. Criado especificamente para o monitoramento do Programa, é considerado um importante seguimento para a equipe que vai assistir a gestante.²⁰ Neste estudo, todas as gestantes foram inscritas no Programa.

Quanto às consultas do pré-natal, em 14 UBS os médicos ginecologistas eram os únicos profissionais que as realizavam e em 4 unidades os médicos da ESF e enfermeiros. Duas dessas unidades encaminhavam as gestantes para outra UBS ou recebiam um ginecologista de outra unidade, visto que, segundo relatos de dois profissionais, os médicos da ESF e enfermeiros não se sentiam seguros para assumir o acompanhamento. Em apenas 4 UBS, verificou-se que médicos, ginecologistas e enfermeiros atuavam em consultas de gestantes.

A problemática não está somente em encaminhar a gestante para outra unidade, e sim direcionar o atendimento para o ginecologista, como aconteceu em unidades de possuía outros profissionais aptos para o pré-natal e, no entanto, as gestantes foram atendidas pelo especialista.

Entende-se que a ESF surgiu com intuito de ampliar o acesso e assistir todo e qualquer indivíduo da família. Quando se trata de uma gestação de baixo risco, não há necessidade de somente o ginecologista acompanhar a gestante, mesmo que a usuária entenda que esse é o profissional mais apto. Nesse momento, faz-se necessário que os integrantes da ESF (médicos e enfermeiros) estabeleçam vínculo com a mulher e transmita segurança e atenção na assistência pré-natal, demonstrando que esse profissional pode e deve estar inserido nessa assistência.

Faz-se necessário repensar na formação acadêmica desses profissionais, identificar as deficiências e readequar o processo ensino-aprendizagem no âmbito da atenção materna, a fim de instigar a partir do processo acadêmico a valorização do programa de pré-natal na atenção básica.

O aprimoramento da postura profissional qualifica o processo do pré-natal e pode refletir na prática dos registros, o qual vem sendo alvo de pesquisas conforme apresentou Scochi⁸. Neste estudo, por meio dos registros em prontuários e com base nos critérios estabelecidos pelo PHPN, observou-se que 74 (64%) puérperas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e o mesmo percentual realizou de 6 a mais consultas.

O exame físico deixou de ser registrado na maioria dos atendimentos (90%), e, quando havia alguma informação, não se apresentava completa. As informações imprescindíveis no prontuário de uma gestante, tais como a Data da Última Menstruação (DUM) e a Data Provável de Parto (DPP), foram registradas em 97% e 31 % dos prontuários, respectivamente. A idade gestacional (IG), que permite acompanhar a evolução da gestação e identificar as possíveis intercorrências, constava 54 (52%) em todas as consultas, em 25 (24%) este registro não foi localizado e o restante esteve presente em algumas consultas.

Os antecedentes obstétricos e as co-morbidades das gestantes são aspectos que possibilitam prevenir problemas gestacionais e promover medidas que ofereçam mais conforto às usuárias; estiveram presentes em 71 (68%) das abordagens de primeira consulta com a gestante.

Dos procedimentos básicos na gestação, foi observado que o peso e a PA estiveram sempre registrados em 95% dos prontuários. A altura uterina e os batimentos fetais foram registrados em todas as consultas em 54% e 59%, respectivamente, os demais havia registros em algumas consultas e outros não havia nenhum registro. O edema, mesmo sendo um parâmetro importante que permite associa-lo à complicação gestacional, em 68% dos prontuários, não havia registro em nenhuma consulta, mas esteve registrado em 73% no cartão da gestante. Quanto à vacina antitetânica, as informações sobre as usuárias que já se encontravam imunizadas foram observadas em 24% dos prontuários, 42% realizaram a imunização.

Comparando os registros dos procedimentos do pré-natal desta pesquisa com o estudo anterior (Tabela 1), observa-se que os registros permanecem desvalorizados, apresentando-se falhos e ausentes. Esperava-se que as anotações apresentassem melhora, tendo em vista a existência de protocolos e incentivo financeiro para o cumprimento dos critérios do Programa.

Tabela 1. Distribuição da proporção de prontuários com registros em todas as consultas dos procedimentos executados no pré-natal, segundo dois estudos. Maringá-PR, 2009.

Procedimentos	Estudos	
	1994 (N = 24) %	2009 (N = 105) %
EXAME FÍSICO	79,2	10
HISTÓRIA OBSTÉTRICA	62,5	68
DPP	50	31
PA	100	95
PESO	70,8	95
AU	66,6	54
BCF	58,3	59

Os demais procedimentos (VAT, edema e DUM) não foram contemplados no estudo anterior, mas, na adaptação no instrumento de coleta de dados para este trabalho, foram inseridos. Percebeu-se que os serviços estiveram atentos à situação vacinal das gestantes, registrando a justificativa da não realização da vacina antitetânica, esse aspecto foi destacado por Scochi⁸ devido à necessidade de uma investigação que esclarecesse se a gestante não havia recebido a vacina ou já se encontrava imunizada.

Acredita-se que o profissional não registra as informações dos procedimentos que executa quando os mesmos se apresentam normais ou o registro para a UBS é visto com menor relevância quando comparado com o cartão da gestante. Sendo assim, é oportuno levantar o questionamento apresentado no estudo anterior⁸: não seria mais conveniente que o prontuário ficasse sob guarda do usuário? Assim talvez não houvesse dificuldade na localização ou perda e a informação poderia se apresentar com menos falhas, bem como pode ser observado no cartão da gestante.

A atividade de orientação quanto à amamentação, alimentação, prática de exercícios físicos, tabagismo e consumo de bebida alcoólica foram registradas em 5% dos prontuários, principalmente com as multíparas. Acredita-se que o assunto não seja abordado por conta do conhecimento prévio de gestação anterior, entretanto, as orientações deveriam ser ressaltadas, independente do número de gestações. Se as recomendações sobre os hábitos foram feitas, as

mesmas não foram registradas, houve registro apenas do questionamento sobre tabagismo e uso de bebida alcoólica. A consulta de puerpério foi registrada para 29% das usuárias.

Vale destacar que, para o município ser beneficiado com o incentivo financeiro do PHPN, deve cumprir o acompanhamento pré-natal completo até o puerpério. Nesse caso, suspeita-se de perdas pela ausência desse registro (71%), considerando a não realização do cuidado por não serem encontradas anotações ou somente que a conclusão do pré-natal foi a "retirada de sutura", sem qualquer informação sobre o parto, condições da puérperas e do recém-nascido.

Os registros mais falhos foram relacionados aos exames laboratoriais, em 11% dos prontuários não havia descrição de cada exame solicitado. Vale lembrar que a ausência da descrição de cada exame deixa dúvidas, pois comparando o protocolo do PHPN com o protocolo municipal encontram-se diferenças nas exigências, tornando-se fundamental a descrição de cada exame.

Os registros de exames de Hemoglobina (Hb)/Hematócrito (Ht) e o ABO/Rh estiveram presentes em 52% e 59% dos prontuários, respectivamente. A tipagem sanguínea e o fator Rh foram os exames mais registrados, até pelo fato de ter somente uma única solicitação em todo o acompanhamento. As solicitações que são exigidas em, pelo menos, segunda rotina são Urina I, registrada em 10%, VDRL, em 14% e glicemia, que esteve presente em 13% dos prontuários. Houve percentuais significativos da ausência dos resultados dos exames nos prontuários (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência de prontuários com registros de solicitação e resultado dos exames laboratoriais de rotina do pré-natal. Maringá-PR, 2009.

Número de registros	Exames									
	Hb/Ht		ABO/Rh		VDRL		Urina I		Glicemia	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Rotina	55	52	62	59	49	47	47	45	49	47
2ª Rotina	9	9	--	--	15	14	11	10	14	13
Nenhum	20	19	26	30	22	21	27	26	26	25

Na tabela acima, observa-se que a frequência dos exames deveria se apresentar igual na primeira solicitação, porém observou-se que os registros foram incompletos, descrevendo apenas que “todos os exames foram solicitados”, sem discriminar cada um.

O exame de urina na detecção de uma infecção urinária permite evitar morbidade relacionada ao aborto, parto prematuro, baixo peso e morbidade neonatal, por isso é considerado um importante indicador da qualidade pré-natal.¹³

A ausência de registro da sorologia para Sífilis é destacada em avaliação sobre a qualidade dos registros e aponta a importância de desenvolver capacitação aos profissionais para valorizarem os registros com informações concisas e completas, permitindo o acompanhamento sistemáticos dos casos, principalmente para os VDRL reagentes.¹⁴⁻²¹

A sorologia para Hepatite, Toxoplasmose e Rubéola esteve presente em média em 39% dos prontuários; observaram-se prontuários ausentes de registros de solicitação e resultados dos exames. O anti-HIV foi registrado em 42%, a segunda solicitação em 13% e sem qualquer registro 29% dos prontuários. A Colpocitologia Oncótica não estava registrada em 86% dos prontuários, apenas em 3% foram transcritos e o registro do exame das mamas em 26%.

Há 14 anos não se exigia do serviço todos os exames laboratoriais presentes no PHPN, mas os exames de Urina, tipagem sanguínea e fator Rh, sorologia para Sífilis eram realizados e foram registrados nos prontuários apresentando falhas assim como ainda estão presentes. Outros estudos também destacaram os sub-registros dos exames laboratoriais levantando a hipótese da não realização ou da falta de tempo para a solicitação, em virtude do ingresso tardio no acompanhamento.¹³⁻⁷

Um estudo da percepção dos enfermeiros sobre os registros da assistência verificou que o profissional pretende modificar sua postura com a informatização dos prontuários, aumentando o comprometimento com o usuário, por conta da redução do tempo gasto com anotações e evitando possíveis perdas de prontuários.²²

O comprometimento com o registro da informação sobre o paciente precisa ser entendido como uma fonte de dados importante para a continuidade da assistência, não meramente para cumprir a produtividade profissional. Em qualquer oferta do cuidado, o desfecho do acompanhamento pode indicar a necessidade de ser rever a assistência ofertada, utilizando prontuários, e na assistência pré-natal torna-se mais relevante por se tratar de um momento marcante para a mulher, que espera resultados satisfatórios.

Julga-se fundamental que os profissionais que participam da assistência pré-natal se atentem aos registros já no primeiro contato com a gestante. Verificou-se que em 76% dos

prontuários a primeira consulta foi registrada por ginecologista ou médico da ESF e 18% por enfermeiros. Conforme mostram os registros e na abordagem com profissionais das unidades, o enfermeiro apresentou participação pouco representativa no pré-natal e quando está inserido no cuidado, pouco registra sobre o que executa.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem Decreto nº. 94.406/87²³, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado integralmente pelo enfermeiro. Os registros apontam, entretanto, que o envolvimento do enfermeiro com a assistência à gestante precisa ser intensificada, pode ser que esse profissional esteja participando do processo de trabalho às gestantes, mas a prática do registro não confirma essas atividades e assim o profissional perde o respaldo de suas funções executadas.

O enfermeiro é capaz de estabelecer vínculo precoce com a gestante, desde o momento em que a mulher procura o serviço para amenizar suas dúvidas e angústia de uma possível gravidez. A ESF tem como objetivo estimular a adesão das gestantes ao pré-natal e o enfermeiro pode realizar atividades educativas com as usuárias.²⁰ Um estudo de avaliação do pré-natal com vista ao modelo assistencial do PSF verificou que o vínculo estabelecido durante o período gestacional entre a equipe da estratégia e a gestante proporciona segurança à mulher.¹⁰⁻²⁴

Além da formação do vínculo, a gestante se sente segura com a continuidade na assistência pelo mesmo profissional, possibilitando melhor adesão e permanência das usuárias no programa.²⁵ Essa situação não foi característica desse estudo, a continuidade da assistência entre os serviços que assistiram as gestantes também apresentou falhas, 8 mulheres foram atendidas em mais de uma UBS e os exames laboratoriais foram solicitados novamente no mesmo trimestre sem necessidade, por conta de não ocorrer troca de informações entre os serviços, demonstrando falta de compromisso com o usuário do Sistema. No estudo de Scochi⁸, as gestantes eram acompanhadas pelo mesmo profissional no pré-natal, somente o parto que era realizado por outro obstetra.

Com a inserção da ESF, essa continuidade no pré-natal poderia ser interrompida em virtude da ampliação no número de profissionais, mas isso não foi observado, visto que grande parte das consultas ainda estão sendo feitas pelo ginecologista, apenas 4 (18%) das UBS tiveram a participação da equipe da ESF envolvida na assistência pré-natal.

Quando se investigou nas unidades de saúde a formação de grupos educativos com as gestantes, o intuito foi perceber a atuação e o vínculo da Estratégia Saúde da Família (ESF) com essa população. A formação desses grupos operativos favorece a troca de experiência

entre gestantes, permite que o enfermeiro faça orientações, esclareça dúvidas do período gestacional e sensibilize as mulheres para a adesão completa do acompanhamento.²⁰

Grangeiro et al²⁶ em seu estudo ressaltou a implantação do PSF em 1994 como um impacto positivo na cobertura pré-natal, mas julgou necessário investir na qualidade das consultas pré-natal, pois ainda encontravam-se taxas elevadas de mortes maternas.

A ESF vem se fortalecendo como ação organizadora da Atenção Básica de Saúde, entretanto, a criação desta estratégia tem sido um desafio tanto nas esferas estaduais quanto municipais, na gestão e na geração de novas tecnologias na assistência, voltadas para aprimorar a qualidade e humanizar a atenção básica de saúde.²⁷⁻²⁸

A lógica da ESF é trabalhar segundo o conceito de territorialização, definindo a área de atuação de cada equipe e demarcando a população adscrita. Entende-se ser oportuno que o profissional conheça as características sociais e culturais de cada gestante, pois permite criar medidas conforme a necessidade de cada usuária com resultados concretos.

No estudo anterior, o cenário da atenção básica não contava com a ESF, portanto atualmente a prática da promoção e prevenção na assistência à saúde deveria estar mais desenvolvida, ampliando as ações no âmbito da saúde da mulher, principalmente no pré-natal, momento em que se relacionam a mulher, a família e uma nova vida. Com a implantação das equipes de saúde da família, o pré-natal deveria evoluir no sentido de ultrapassar as exigências do PHPN e alcançar resultados mais satisfatórios junto às usuárias.

Em termos de resultados da assistência pré-natal, as unidades devem estar atentas ao desfecho da gestação com redução de intercorrências, óbitos, sequelas e condições satisfatórias no nascimento e no puerpério e à satisfação das usuárias quanto ao atendimento. Quanto ao desfecho da assistência avaliada, nos prontuários pesquisados nada foi encontrado sobre o peso do recém-nascido, ao Apgar e as intercorrências no parto.

Segundo o índice de Kessner aplicado para a assistência pré-natal, conforme os registros em prontuários, considerou-se que o número de consultas registradas associado ao período de início do pré-natal foi adequado em 62 (59%) prontuários, contudo, quando acrescentou-se o critério de adequação ao registro de exames laboratoriais, verificou-se que somente sete (66%) estavam adequados e, quando adicionou a realização de todos os critérios da consulta ao índice, a adequação permaneceu em 6,6%.

Percebeu-se que não houve prontuários que alcançaram o índice de Kessner adequado para todos os critérios do pré-natal (início do pré-natal, número de consultas, procedimentos, exames), alguns prontuários não se mostraram totalmente inadequados, mas não cumpriam com a exigência da solicitação de segunda rotina de exames, quando se observava esse

cumprimento a gestante tinha iniciado o pré-natal no terceiro trimestre da gestação. As falhas nos registros foram mais presentes nos exames laboratoriais, sobre os quais havia ausência da solicitação, dos resultados e da repetição de alguns exames. A adição dos exames no índice de adequação também apresentou acentuada redução em outro estudo.⁷

CONSIDERAÇÕES

Transcorridas as mudanças estruturais e nas exigências do Programa pré-natal, desde o estudo de Scochi⁸, esperava-se encontrar nesta investigação resultados mais satisfatórios quanto à prática dos registros e às ações com a participação dos profissionais da ESF.

Os profissionais da saúde devem ser flexíveis às adaptações no processo de trabalho e acompanhar as mudanças no modelo assistencial, para que o serviço mostre seu progresso na qualidade da assistência.

Sugere-se a motivação dos profissionais para o registro das informações sobre a oferta do cuidado, principalmente com a informatização, para a qual será indispensável a capacitação dos profissionais e o acompanhamento desse novo prontuário, que poderá facilitar o acesso às informações com os serviços de apoio, por exemplo os exames laboratoriais, que apresentaram registros precários nesta e em demais investigações e são considerados indicadores importantes no pré-natal.

Julga-se que o processo de trabalho interfere na qualidade da oferta assistencial, portanto, faz-se necessário repensar a prática profissional e, com o auxílio dos mecanismos e avaliação, criar espaço para essa análise, discussão e tomada de decisão, visando amenizar os aspectos falhos do profissional já no processo de formação.

REFERÊNCIAS

1. Nagahama EEI. *Avaliação de um programa de assistência pré-natal: a questão da resolutividade* [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2003.
2. Pelloso SM, Tavares MSG. Evolução da mortalidade materna na 15^a regional de saúde de Maringá, Estado do Paraná, entre 1989 e 2000. *Acta Scientiarum* 2002; 24(3):783-789.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF); 2000.
4. Nascimento ER, Paiva MS, Rodrigues QP. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2007; 7(2):191-197.

5. Victora CG, Barros, FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. *Medical Journal* 2001; 119(1):33-42.
6. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo MN, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstetr* 2002; 24(5): 293-299.
7. Coutinho T, Teixeira MTB, DAIN, S. Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25(10):717-724.
8. Scochi MJ. Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde: uma análise localizada [Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz; 1996.
9. Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2):534-545.
10. Gama SGN, Szwarcwald CL, Sabroza AR, Branco VC, Leal MC. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(1):101-111.
11. Almeida PF, Escorel S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em Debate* 2001; 25(58):35-47.
12. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114:1115-1118.
13. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(1):131-139.
14. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5(1):23-32.
15. Scochi MJ. Uma proposta para avaliação da qualidade do pré-natal. *Acta Scientiarum*. 2002; 24(3):803-809.
16. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(3):487-492.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
18. Scochi MJ. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. *Cad Saúde Pública* 1994, 10(3):356-367.
19. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(supl 2):220-230.

20. Duarte SJH, Andrade SMO. Assistência pré-natal no programa saúde da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2006; 10(1):121-126.
21. Araújo MAL, Silva DMA, Silva BRM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Rev. APS* 2008; 11(1): 4-9.
22. Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Rev Latinoam Enfermagem* 2003; 11(1):80-7.
23. Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 1987; 08 jun.
24. Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'Avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(3):349-353.
25. Costa AM, Guilhem D, Walter IMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(5):768-74.
26. Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1): 105-111.
27. Brasil. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasília (DF); 2004.
28. Oliveira MLF, Scochi MJ. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). *Cienc Cuidado Saúde* 2002; 1(1):129-134.

5 CONSIDERAÇÕES

Por meio da avaliação de serviços de saúde, foi possível verificar os recursos disponíveis na assistência, associá-los ao processo de trabalho e analisar a qualidade da oferta do cuidado. Entende-se que a prática avaliativa é o exercício do diálogo, da observação e da tomada de decisão, envolvendo diferentes atores sociais que participam da assistência; logo, não se deve considerar a avaliação como uma tarefa punitiva, envolta de cobranças, e sim, útil ao gerenciamento, assim como propôs o estudo avaliativo há 14 anos.

A decisão de investigar a assistência pré-natal ofertada pela atenção básica no município de Maringá foi em virtude desse programa refletir a situação dos demais programas da rede, estar consolidado no SUS e ter sofrido impactos com as mudanças ocorridas na atenção básica ao longo dos anos.

Na revisão da literatura, percebeu-se que a investigação na área da saúde materna está em expansão, pois foram encontrados estudos em regiões distintas no país, porém é escassa a utilização de dados primários e secundários, sendo que grande parte das publicações utilizaram somente dados secundários, podendo resultar em informações distorcidas por conta do sub-registro.

A escolha do percurso metodológico adaptado e reaplicado, conforme estudo anterior, por meio de entrevistas com usuárias do pré-natal e a investigação dos registros em prontuários nas unidades de saúde, foi considerada pertinente, representativa e com resultados significativos, pois visou captar puérperas aleatoriamente, que informaram sobre a assistência recebida e confrontar com os registros das UBS onde realizaram o pré-natal. A maioria das UBS do município fez parte do estudo, inclusive aquelas que não eram referência para a maternidade onde se localizou as puérperas e estavam localizadas em diferentes regiões, contemplando características sociais e econômicas distintas.

A etapa em que as entrevistadas informaram a respeito da assistência pré-natal na rede básica mostrou-se de suma importância, em virtude da confiabilidade da fala das puérperas, por se tratar de um evento notável e inesquecível para a mulher e a família.

Respondendo aos objetivos propostos, foi possível descrever o perfil das entrevistadas e destacar o nível de instrução das mesmas, sendo todas alfabetizadas, com conhecimento mais amplo a respeito dos métodos contraceptivos e que ingressaram no mercado de trabalho mesmo possuindo um companheiro para auxiliar na condição econômica da família.

Comparando os dados da entrevista com os registros das UBS, percebeu-se que o início do acompanhamento ocorreu até o quarto mês de gestação, podendo ser fruto do

trabalho da ESF por meio dos Agentes Comunitários de Saúde. O número de consultas também esteve dentro do recomendado, mas poderia apresentar melhores resultados, visto que a ESF pode desenvolver medidas para aumentar o vínculo da gestante com o serviço.

Os dados da entrevista e dos prontuários apresentaram-se similares com pequena diferença no percentual dos registros, indicando que o procedimento foi realizado, porém não foi registrado, situação discutida em publicações e que deve ser levada para a vivência dos serviços, mostrando que as anotações garantem respaldo ao profissional e as informações documentadas podem ser úteis na oferta do cuidado ao usuário.

Os critérios exigidos pelo PHPN foram cumpridos, porém deveriam estar presentes em todas as consultas, já que se trata de procedimentos simples de serem verificados e podem ser realizados por enfermeiros e médicos. Nos exames laboratoriais surgiram dúvidas, as puérperas informaram que os mesmos foram realizados, mas os registros apresentaram-se confusos e desorganizados, sem informação pertinente nos prontuários. A certeza de que os exames foram assegurados às puérperas foi por meio dos registros no cartão da gestante.

Essa discussão a respeito dos registros foi destacada no estudo anterior e até então não se vê melhorias nessa atividade. Naquele estudo, levantou-se a hipótese de transferir a guarda do prontuário para o paciente, proposta ironizada por gestores. O cartão da gestante que é mantido com a mulher apresenta-se mais valorizado, com informações mais claras.

A ausência de comunicação com a gestante na assistência pré-natal é preocupante, verificou-se baixa realização de atividades educativas e pouca orientação de hábitos saudáveis para proporcionar segurança à usuária e ao feto e prevenção de agravos.

Na investigação das UBS, observou-se estrutura física adequada, quantidade de profissionais capaz de atender à demanda, porém carecendo de maior envolvimento desses profissionais com o pré-natal, principalmente os integrantes da ESF. Faz-se necessário pensar em capacitação e discussão com profissionais da estratégia e ginecologistas sobre a importância da atenção materna e levar essa discussão aos gestores, para que se amplie a capacidade assistencial e não a coloque sob a responsabilidade de um único profissional, o médico, distribuindo as funções para os integrantes da equipe saúde da família.

Faz-se oportuno diante dos resultados dessa investigação, questionar ao trabalhador: como vê a importância do registro?

O enfermeiro deve melhorar sua participação no pré-natal, utilizando as ferramentas da ESF para qualificar a assistência, fortalecer as atividades que captem as gestantes, despertem o interesse e a satisfação pelo acompanhamento oferecido na rede básica.

O resultado da assistência pré-natal mostrou-se satisfatória quanto à ausência de óbitos e complicações. Ao desfecho do pré-natal – o parto, a crítica se dá pelo fato da maioria acontecer por cesárea. O peso dos recém-nascidos foi adequado, Apgar satisfatório e poucos com baixo peso. O nível de satisfação das entrevistadas em geral foi “bom”, com considerações já destacadas.

Os indicadores que puderam ser comparados com o estudo de Scochi (1996) mostraram que a assistência não apresentou melhora significativa, em vista das mudanças que surgiram no cenário da atenção básica. Acredita-se que em todo processo de mudança exista resistência do serviço, dos profissionais e dos usuários, sendo assim o impacto apresenta-se tardiamente, a exemplo dos resultados do processo de municipalização que aconteceu na década de 90 e que estão em desenvolvimento na rede básica.

Portanto, os resultados deste estudo indicam que a assistência pré-natal e os demais programas da atenção básica, poderão ser aprimorados, principalmente, se na formação dos profissionais houver mais informações sobre a importância da ESF que os motivem na busca de qualidade do processo de trabalho e melhora significativa das ações aqui apresentadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. **Saúde em Debate**. v.25, n.58, p.35-47, 2001.

ARAÚJO, M. A. L. et al. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Rev APS** v.11, n.1, p.4-9, 2008.

ASSUNÇÃO. M. C. F. et al. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.1, p.88-95, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. **Caderno de Informações de Saúde**. Disponível em: http://www.tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/PR/PR_Maringa_geral.xls. Acesso em 22/08/ 2009

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007b. 128 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). (artigo)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília, DF, 2005.

_____. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária**. Brasília: CONASS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF; 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987. **Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF).

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Saude Mater Infant**, v.5, supl. 1, p.s63-s69, 2005.

CARVALHO, D. S.; NOV AES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cad Saúde Pública**, v.20, supl.2, p.220-30, 2004.

CESAR, J. A. et al. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n.11, p. 2614-22, 2008.

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.4, p.456-62, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.), **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-45.

HARTZ, Z. M. A. (Org.), **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p.29-45.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTERC, M. L M. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.5, p.768-74, 2005.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.25, n.10, p.717-24, nov./dez., 2003.

CURTY, M. G. **Apresentação de trabalhos acadêmicos, dissertações e teses; (NBR 14724/2002)**. Maringá: Dental Press, 2002.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. **Arch Pathol Lab Med**. v.114, p.1115-8, 1990.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, p. 1743-48, 1988.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. Assistência pré-natal no programa saúde da família. **Rev Esc Enferm Anna Nery**. v.10, p.21-126, 2006.

GAMA, S. G. N. et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad Saúde Pública**. v. 20, n.1, p.101-11, 2004.

GIL, C. R. R. **Avaliação de projetos: análise do Projeto UNI – Londrina – A avaliação como instrumento da ação**. [Dissertação de Mestrado]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 1995.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v.61, p.349-353, 2008.

GRANGEIRO, G. R. et al. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, p.42: 105-111, 2008.

HALPERN, R. et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cad Saúde Pública**. v.14, p.487-92, 1998.

IPARDES - INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Perfil do Município de Maringá**. Disponível em <<http://www.ipardes.gov.br>>. Acesso em: 18 fev. 2009.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, L. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev Bras Saúde Matern Infant** Recife, v.5, supl.1, p.23-32, dez., 2005.

MARCON, S. S.; LOPES, M. C. L.; BOVO, M. L. Facilidades e dificuldades percebidas por enfermeiros na assistência à família. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.7, n.1, 2008.

MARINGÁ. Secretaria da Saúde do Município de Maringá. **Protocolo do Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento**. Maringá: Secretária da Saúde, 2006a.

MARINGÁ. Secretaria de Saúde do Município de Maringá. Seção de Vigilância em Saúde. **Boletim de Vigilância em Saúde. Perfil das mães e recém nascidos residentes no Município de Maringá**. Maringá: Secretaria da Saúde, 2006b; ano 1, n.1. p.4-5.

MARINGÁ. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal da Saúde 2004/2005**. 2004.

MARTINS, M. G. L; CAZAQUI, P. C. **Efetividade da assistência durante o pré-natal em um município da região Noroeste do Paraná**. 2008.39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Centro Universitário de Maringá, Curso de Enfermagem, Maringá, 2008.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M. L.M. et al. (coord.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoque emergentes**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006. p.163-190.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. **Caderno de Informações de Saúde**. http://www.tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cademos/PRIPR_Maringa_geral.xls. Acesso: 22/08/2009.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.24, n.8, p.1859-68, 2008.

NAGAHAMA, E. E. I. **Avaliação de um programa de assistência pré-natal: a questão da resolutividade**. 2003.227 f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2003.

NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S.; RODRIGUES, Q. P. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant** v.7, n.2, p.191-197, 2007.

NEUMANN, N. A. et al. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol** v.6, p.307-318, 2003.

OLIVEIRA, M. L. F.; SCOCHI, M. J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). **Rev Ciência Cuidado e Saúde Maringá**, v.1, n.1, p.129-134, 2002.

PELLOSO, S. M.; TA VARES, M. S. G. Evolução da mortalidade materna na 15^a regional de saúde de Maringá, Estado do Paraná, entre 1989 e 2000. **Acta Scientiarum Maringá**, v.24, n.3, p.783-789, 2002.

PINTO, L. F. et al. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.1, p.20S-213, 2005.

RIBEIRO, J. M. et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.2, p.S34-S4S, 2004.

SANTOS, S. R.; PAULA, A. F. A.; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Rev Latino Am Enfermagem**. v.11, n.1, p.80-7, 2003.

SAPATA, M. P. M. **Avaliação da assistência ao pré-natal de baixo risco no NIS II Mandacarú – 1997, Maringá/PR**. [Monografia de Especialização]. Maringá: Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 1999.

SCOCHI, M. J. Uma proposta para avaliação da qualidade do atendimento pré-natal. **Acta Scientiarum Maringá**, v.24, n.3, p.803-809, 2002.

SCOCHI, M. J. **Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde: uma análise localizada**. 1996. Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública- Fundação Oswaldo Cruz, Área de planejamento e Administração em Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1996.

SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial e Maringá: um exercício de avaliação. **Cad Saúde Pública**, v. 4, n.3, p.356-367, 1994.

SILVA, G. F. da; PELLOSO, S. M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.1, p.95- 102, 2009.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, L S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad Saúde Pública** Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.131-139, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p.481-531.

TANAKA, O. Y.; MELO C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

TAKEDA, S. M. P. **Avaliação de Unidade de Atenção Primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção**. Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, 1993.

TREVISAN, M. R. et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev Bras Ginecol Obstetr** v.24, n.293-9, 2002.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. **Medical Journal** São Paulo, v.119, n.1, p.33-42, 2001.

VIEIRA-DA-SILVA, L. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 200S. p.15-40.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro para entrevista no hospital

Gestante nº _____ Data: _____
 Nome: _____ Idade _____
 Escolaridade: _____ Ocupação _____
 Endereço: _____

Verificar no prontuário do hospital e no cartão da gestante

Situação Familiar: []

1. Convive com companheira(o) e filho(s)
2. Convive com companheira(o) e sem filhos
3. Convive com companheira(o), filhos e/ou outros familiares
4. Convive com familiares, sem companheira(o)
5. Convive com outra(s) pessoa(s), sem laços consangüíneos e/ou laços conjugais
6. Vive só

Antecedentes obstétricos: Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____
 Cesárea: _____ Natimorto: _____ Nascido vivo: _____

Registro de exames e procedimentos

Exame de Sangue (Ht/Hb)	1. Sim	2. Não	[]
Exame de Urina I	1. Sim	2. Não	[]
Exame de Sífilis (VDRL)	1. Sim	2. Não	[]
Glicemia de jejum	1. Sim	2. Não	[]
Tipo sanguíneo (ABO) e Fator Rh	1. Sim	2. Não	[]
Vacina Antitetânica	1. Sim	2. Não	[]
Anti-HIV	1. Sim	2. Não	[]

Peso do RN ao nascer _____

Apgar no 5º minuto _____

Anotar caso tenha ocorrido alguma problema com o RN nesta gestação

Tipo de parto: a) Normal b) Cesárea []

Entrevista

1- Cesárea marcada com antecedência? a) Sim b) Não []

2- Fez laqueadura? 1. Sim 2. Não []

3- A senhora pediu para ser laqueada ou foi sugestão do médico?

a) pediu b) sugestão médica c) outro motivo []

4- A senhora possui plano de saúde (convênio)? 1. Sim 2. Não []

- 5- Quantos filhos tem? a) primeiro b) um filho c) dois filhos
d) três filhos e) quatro filhos f) mais de quatro []
- 6- A senhora deseja ter mais filhos? a) Sim b) Não []
- 7- A senhora já ouvir falar de algum método para evitar filhos? (anotar o que diz espontaneamente)
- a) nenhum b) pílula c) DIU d) Diafragma e) injeção [] []
f) laqueadura g) camisinha h) Vasectomia i) outros [] []
- 8- Fez pré-natal em qual Unidade Básica de Saúde? _____
- 9- A partir de qual mês de gestação? _____
- 10- Consultava todo mês a) Sim b) Não []
- 11- Quantas consultas fez durante o pré-natal? _____
- 12- Tomou alguma vacina? a) Sim b) Não c) Não sabe []
Qual? _____
- 13- A senhora foi informado sobre quais doenças estavam relacionadas com a coleta de seu sangue? a) Sim b) Não []
- 14- Depois do terceiro mês, a enfermeira ou o médico colocava algum aparelho para auscultar o nenê?
- a) nunca b) em algumas consultas c) sempre []
- 15- A enfermeira ou o médico mensurava o crescimento de sua barriga?
- a) nunca b) em algumas consultas c) sempre []
- 16- A enfermeira ou o médico verificava sua pressão arterial?
- a) nunca b) em algumas consultas c) sempre []
- 17- A enfermeira ou o médico verificava a presença de edema em membros?
- a) Sim b) Não []
- 18- A senhora foi informada sobre a posição que o bebê se encontrava no útero?
- a) Sim b) Não [] Qual? _____

32- A senhora foi atendida por quem durante o pré-natal?

a) Médico b) Enfermeira []

33- Recebeu orientação sobre exercício físico durante o pré-natal?

a) Sim b) Não []

34- Recebeu alguma orientação sobre alimentação? a) Sim b) Não []

35- Recebeu alguma orientação sobre ganho de peso na gestação? a) Sim b) Não []

36- Recebeu alguma orientação sobre bebida alcoólica? a) Sim b) Não []

37- Recebeu alguma orientação em relação ao fumo? a) Sim b) Não []

38- A senhora visitou a maternidade na rotina do pré-natal?

a) Sim b) Não []

Apêndice B - Instrumento para avaliação do registro em prontuário em Unidade Básica de Saúde

Data da Coleta: _____

1. UBS: _____

2. Nome da Gestante: _____

3. Endereço: _____

4. Data de Nascimento: _____

6. Prontuário localizado: () com facilidade () com dificuldade () não encontrado

7. Número do prontuário: _____

8. Quando iniciou o pré-natal? _____

9. Quantas consultas de pré-natal realizou? _____

Registros em prontuário

Presença do registro	Sempre	Em algumas consultas	Nenhum	Ilegível
Exame físico				
Data da última menstruação (DUM)				
Data Provável de Parto (DPP)				
Idade Gestacional (IG)				
Ultrassonografia (USG)				
História Clínica e Obstétrica				
Registro de co-morbidade				
Peso				
Estatura				
Altura uterina				
Batimentos cardíofetais				
Pressão Arterial				
Solicitação de Exame sem registro de resultado				
Vacina antitetânica				
Medicamentos prescritos				
Exame das mamas				
Orientação quanto ao aleitamento				
Orientações quanto à dieta				
Orientações quanto à exercício físico				
Orientações quanto ao uso de bebida alcoólica				
Orientações quanto ao uso de cigarro				
Encaminhamentos				
Atividade de grupo				

10. Registros efetuados por () Médico () Enfermeiro () Aux. Enfermagem

Assistência realizada (quantidade)

Profissional	UBS	VD	Grupo de Gestante	Ilegível
1. Médico				
2. Enfermeiro				

3. Psicólogo				
4. Auxiliar de Enfermagem				
5. ACS				
6. Outros				

Exames solicitados e registrados

Exames	Sim/Não	Quantas vezes	Resultado (presente ou ausente)
Urina I			
Hemograma			
Sífilis			
Tétano			
ABO e Fator Rh			
Anti-HIV			
Hepatite A e B			
Toxoplasmose			
Rubéola (IgM/IgG)			
Glicemia de jejum			
Colpocitologia oncótica			

Instrumento para avaliação do acompanhamento pela ESF

Registros na UBS	Sim	Não
Prontuário Localizado		
Cadastro na Ficha A – SIAB		
Cadastro na Ficha B- gestante		
Cadastro no SISPRÉNATAL		

Caracterização dos profissionais

Profissionais	Quantidade	Qualificação
Médicos		
Enfermeiros		

Apêndice C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: “**Avaliação da Assistência Pré-Natal na Rede Básica do município de Maringá-Paraná**”. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento não necessitando apresentar nenhuma justificativa, bastando para isso, informar sua decisão às pesquisadoras. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação ao pesquisador ou a Universidade Estadual de Maringá. O objetivo deste estudo é analisar como estão sendo assistidas às gestantes no pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde em Maringá e criar recursos para mobilizar profissionais e gestores da saúde a desenvolver um atendimento adequado, obedecendo os critérios estabelecidos pelo SUS. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário para coleta de dados para que as pesquisadoras produzam o material científico em questão. Não existem riscos relacionados com sua participação. Os benefícios relacionados enquanto sujeito da pesquisa, são os de contribuir para o aprimoramento da assistência à saúde materno-infantil e valorizar a importância das pesquisas científicas para o desenvolvimento acadêmico. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e asseguramos o completo sigilo de sua participação durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, evitando assim qualquer exposição da participante. O seu anonimato será preservado por questões éticas. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço das pesquisadoras para localizá-las a qualquer tempo.

Desta forma, eu _____ após ter lido e entendido as informações e esclarecido minhas dúvidas referentes a este estudo com a aluna de mestrado Janaina Daiane Bauli, **concordo voluntariamente e dou meu consentimento.**

Assinatura do pesquisado

Data: ____ / ____ / ____

Nome/Assinatura do Pesquisador

Fone: _____

Equipe de Pesquisa: Prof^ª Dr^ª Maria José Scochi; mestranda Janaina Daiane Bauli; alunas de Graduação em Enfermagem Jéssica Batistela Vicente, Mariana Ferreira, Marina Bennemann de Moura.

Telefone: (44) 3261-4572 DEN/UEM; (44) 33050721; (44) 99648721 (Janaina).

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Sala 01 – Bloco 010 – Campus Central – Telefone: (44) 3261-4444.

ANEXOS



Santa Casa
de Maringá

A U T O R I Z A Ç Ã O

Santa Casa de Misericórdia de Maringá, entidade filantrópica, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº 79.115.762/0001-93, com sede sito a Rua Santos Dumont nº 555, Maringá/Pr, neste ato representada pelo Presidente de Ética Médica, Dr. Ricardo Issao Otani, informa que foi deferida a solicitação para coleta de dados para a composição de projeto de pesquisa intitulado "Avaliação do Pré-Natal na Atenção Básica em Maringá", realizado pela mestranda em enfermagem Janaina Daiane Bauli.

Maringá / PR, 15 de Abril de 2009

Dr. Ricardo Issao Otani
Presidente da Comissão de Ética Médica

Dr. Ricardo Issao-Otani
Ortopedia
CRM/PR 6.536



Universidade Estadual de Maringá


Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998

CAAE Nº. 0113.0.093.000-08

PARECER Nº. 493/2008

Pesquisador (a) Responsável: MARIA JOSE SCOCHI	
Centro/Departamento: CCS/Departamento de Enfermagem	
Título do projeto: Avaliação da qualidade do pré-natal e da assistência ao portador de hipertensão arterial em município de médio porte do Estado do Paraná.	
<p>Considerações:</p> <p>Trata-se de projeto previamente analisado sob parecer nº 309/2008 – COPEP, tendo restado PENDENTE, no que se refere a questionário a ser apresentado pela pesquisadora aos sujeitos da pesquisa, bem como autorização do município onde a pesquisadora terá acesso a prontuários dos sujeitos.</p> <p>A pesquisadora retorna a este comitê, documentação da unidade de saúde do município autorizando a pesquisa, bem como modelo de questionário a ser aplicado aos sujeitos e formulários para avaliação do registro em prontuário.</p> <p>Em que pese a disponibilidade da pesquisadora responsável em fornecer ao comitê local o esclarecimento à tais pendências, a mesma enviou os documentos (que deverão ser anexados ao projeto original), na forma de rascunhos, visto que no verso destas folhas, constavam impressos conteúdos <u>não</u> referentes ao projeto em questão.</p> <p>Parecer:</p> <p>Tendo em vista que a solicitação por parte deste comitê foi atendida, no que tange à apresentação de documento de autorização da autoridade competente do município, em permitindo a leitura dos arquivos dos sujeitos de pesquisa, bem como os formulários e questionários que serão apresentados aos referidos sujeitos, mas considerando a forma inadequada da apresentação dos referidos documentos (forma de rascunho) para fins de registro e arquivamento do protocolo original, recomendamos à pesquisadora enviar material substitutivo (documentação devidamente impressa em formulários A4).</p> <p>Em face do exposto: Parecer: Aprovado com recomendação.</p>	
Situação: APROVADO COM RECOMENDAÇÃO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 19/09/2008	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 30/06/2010	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 160ª reunião do COPEP em 19/09/2008.</p>	 PROFª.DRª. Ieda Harumi Higashi Presidente do COPEP

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE.
 Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR
 Fone-Fax: (44) 3261-4444 – e-mail: copep@uem.br