



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE PROGRAMA
DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO (NÍVEL MESTRADO)

ALINE FERNANDA MACHADO CAMPOS

**INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UM
MUNICÍPIO DE FRONTEIRA**

FOZ DO IGUAÇU, 2019

ALINE FERNANDA MACHADO CAMPOS

**INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UM
MUNICÍPIO DE FRONTEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ensino – Nível Mestrado (Linha de Pesquisa em Ciências e Matemática) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Campus de Foz do Iguaçu como requisito para defesa do título de Mestre em Ensino.

Orientadora: Dra. Adriana Zilly

FOZ DO IGUAÇU – PR, 2019

CAMPOS, Aline Fernanda Machado. Informação e educação em saúde na assistência pré-natal em um município de fronteira. 70 folhas. Mestrado em Ensino – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Adriana Zilly. Foz do Iguaçu, 2019. ALINE FERNANDA MACHADO CAMPOS.

Aprovado em __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Adriana Zilly (Orientadora) Universidade Estadual do Oeste do Paraná –
UNIOESTE

Prof. Dr. Marcos Augusto Moraes Arcoverde – Universidade Estadual do Oeste do
Paraná - UNIOESTE

Prof. Dra. Elis Maria Teixeira Palma Priotto – Universidade Estadual do Oeste do
Paraná

AUTORIZAÇÃO PARA REPRODUÇÃO DO MATERIAL EM PDF

Eu, Aline Fernanda Machado Campos, autorizo a reprodução em PDF, no site da universidade, da dissertação de mestrado intitulada “Informação e educação em saúde na assistência pré-natal em um município de fronteira”, apresentada ao Programa de Pós Graduação Stricto sensu em Ensino, Nível Mestrado, da UNIOESTE.

Nome: Aline Fernanda Machado Campos

Foz do Iguaçu, 16 de maio de 2019.

Se eu vi mais longe, foi por estar sobre ombros de gigantes.

Issac Newton

AGRADECIMENTOS

Á Deus primeiramente por ter me dado suporte espiritual e me fortalecer nos momentos difíceis, quando pensei em desistir Deus foi meu alento.

Á minha amada e querida mãe Josseli de Aparecida Machado, por ser está mulher guerreira, exemplo de pessoa para mim. Sempre me apoiou em todos os momentos da minha vida, me estendeu a mão, enxugou minhas lágrimas a ela eu dedico todo meu sucesso e toda a minha vida.

Ao meu pai Valseir da Silva Campos, homem de honra, estudioso e determinado, minha grande admiração por ser quem é e por ser sua filha,

Á esta universidade que me acolheu na graduação e agora na pós-graduação, aqui cresci como profissional e como pessoa.

A minha orientadora da vida, Dra. Adriana Zilly, pelas oportunidades que me ofereceu desde a graduação, por me orientar como professora e como amiga, por puxar minha orelha nos momentos que precisei. Á ela dedico minha formação acadêmica e a pós-graduação, pois tive o imenso prazer de tê-la como professora nos dois momentos.

Aos professores do Mestrado em Ensino, por serem fonte de inspiração e ao professor Marcos Augusto Moraes Arcoverde pela colaboração na confecção deste trabalho.

Recentemente descobri que estou esperando um filho, e para deixar esse momento mais especial do que já é, gostaria de deixar registrado nesse pedaço de papel, “filho, não sei ainda muita coisa sobre você, mas quero que saiba que a mamãe está muito feliz com a sua chegada, você é o meu pequeno milagre, eu e o papai estamos programando tudo para a sua chegada e quero que saiba que você será muito amado, eu te amo muito”. Quero deixar meu agradecimento também ao meu namorado, pai do meu filho e meu futuro marido Kim Nicolas Saiki, por estar sendo uma pessoa surpreendente, pela tranqüilidade e paz que me proporciona, obrigada pela ajuda com o inglês da dissertação, amo você.

LISTA DE ABREVIATURAS

AR	Alto Risco
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
COMSUS	Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde
CORSAMI	Coordenação de Saúde Materno-Infantil
CPMI	Coordenação de Proteção Materno Infantil
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil
DNCr	Departamento Nacional da Criança
HOSPSUS	Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITU	Infecção do Trato Urinário
MES	Departamento de Saúde do Ministério da Educação e Saúde
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos vivos
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da criança
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PSF	Programa Saúde da Família
RH	Risco Habitual
RI	Risco Intermediário
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMP	Rede Mãe Paranaense

RS	Regionais de Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UNOBR	Nações Unidas no Brasil
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cálculo amostral realizado para a coleta na cidade de Foz do Iguaçu - PR, 2017.....	32
Tabela 2 - Características sócio-demográficas das gestantes atendidas no Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde de Foz do Iguaçu – PR, 2017.....	35
Tabela 3 - Caracterização do Pré-Natal das gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde de Foz do Iguaçu – PR, 2017.....	36
Tabela 4 - Variáveis da assistência do pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de Foz do Iguaçu – PR, 2017.....	39
Tabela 5 - Variáveis com relação à Educação em Saúde no Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde de Foz do Iguaçu – PR, 2017.....	40
Tabela 6 - Correlação com Classificação do Pré-Natal e distritos onde as gestantes foram atendidas em Foz do Iguaçu – PR, 2017.....	41
Tabela 7 - Correlação com Classificação do Pré-Natal e raça/cor da pele indicada pela gestante em Foz do Iguaçu - PR, 2017.....	41
Tabela 8 - Correlação com Classificação do Pré-Natal e escolaridade indicada pela gestante em Foz do Iguaçu - PR, 2017.....	41
Tabela 9 - Frequências absolutas e relativas com relação à assistência ao Pré-Natal realizado em Foz do Iguaçu - PR, 2017. P-valor do teste Qui-Quadrado para independência.....	42
Tabela 10 - Frequências absolutas e relativa relacionado à assistência ao Pré-Natal voltado ao ensino em Foz do Iguaçu - PR, 2017. P-valor do teste Qui-Quadrado para independência.....	43

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Mapa do Distrito Sanitário Norte da cidade de Foz do Iguaçu.....45
- Figura 2** - Mapa da cidade de Foz do Iguaçu e os cinco Distritos Sanitários.....52
- Figura 3** - Mapa de Foz do Iguaçu dividido por 12 regiões.....53

CAMPOS, Aline Fernanda Machado. Informação e educação em saúde na assistência pré-natal em um município de fronteira. 70 folhas. Dissertação Mestrado em Ensino – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador (a): Adriana Zilly. Foz do Iguaçu, 2019.

RESUMO

A Rede Mãe Paranaense foi definida como uma rede prioritária no Plano de Governo do Estado do Paraná, implantada em 2012 pela Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (SESA), criado com o intuito de diminuir os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações voltadas ao pré-natal e à criança. Isso remete à necessidade do ensino, com a vertente na educação em saúde promovida pelos profissionais da saúde no atendimento às emergências obstétricas e na educação continuada para a utilização adequada dos protocolos clínicos disponíveis. O objetivo deste trabalho foi analisar a assistência materna recebida no pré-natal, ofertada pelos enfermeiros após a implantação da Rede Mãe Paranaenses, na perspectiva da mulher/usuária durante o período de gestação. Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, desenvolvida em Foz do Iguaçu/PR. Ao todo foram entrevistadas 292 mulheres, com a média de idade de 25,85 anos, 155 (52,90%) eram da cor branca, 259 (88,4%) tinham companheiros, 91 (31,06%) estudaram até o nível fundamental. Com relação à história obstétrica, tivemos 112 (38,23%) primigestas, 17 (5,80%) com intervalo de gestação menor que 1 ano. A maioria iniciou o pré-natal antes de 14 semanas de gestação (n=232, 79,45%) e na primeira consulta realizada, 260 (89,04%) das fichas de abertura do pré-natal foram abertas pelo enfermeiro(a). O enfermeiro é responsável pela abertura do pré-natal e acompanhamento dessas mulheres através da consulta de enfermagem. A anamnese deve ser realizada adequadamente, seguindo princípios científicos e técnicos, além de que os registros de enfermagem devem constar legíveis na caderneta do pré-natal, pois é a partir dele que será realizado o cuidado e acompanhamento dessa gestante.

Palavras-chave: Gravidez; Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos serviços de Saúde; Gestão em Saúde; Ensino.

CAMPOS, Aline Fernanda Machado. Informação e educação em saúde na assistência pré-natal em um município de fronteira. 70 folhas. Dissertação Mestrado em Ensino – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador (a): Adriana Zilly. Foz do Iguaçu, 2019.

ABSTRACT

The Mãe Paranaense Network was defined as a priority network in the Paraná State Government Plan, implemented in 2012 by the Paraná State Health Department (SESA), created with the purpose of reducing maternal and child mortality indicators with actions aimed at prenatal care and the child. This refers to the need for teaching, with the health education aspect promoted by health professionals in the care of obstetric emergencies and continuing education for the proper use of available clinical protocols. The objective of this study was to analyze the maternal care received in prenatal care, offered by nurses after the implementation of the Paranaenses Network, from the perspective of women / users during pregnancy. It was a quantitative research, developed in Foz do Iguaçu / PR. A total of 292 women were interviewed, with a mean age of 25.85 years, 155 (52.90%) were white, 259 (88.4%) had partners, 91 (31.06%) had studied until fundamental level. Regarding obstetric history, we had 112 (38.23%) first-born, 17 (5.80%) with gestational interval less than 1 year. Most started prenatal care before 14 weeks of gestation (n = 232, 79.45%) and at the first consultation, 260 (89.04%) prenatal opening sheets were opened by the nurse (the). The nurse is responsible for opening prenatal care and monitoring these women through the nursing consultation. The anamnesis should be performed properly, following scientific and technical principles, and the nursing records must be legible in the prenatal booklet, because it is from this that the care and monitoring of this pregnant woman will be performed.

KEYWORDS: Pregnancy; Health Education; Primary Health Care; Access to health services; Health Management; Teaching.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
2 INTRODUÇÃO	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 Políticas de Saúde Pública para a mulher no Brasil.....	19
3.1.1 Décadas de 1930-1940	19
3.1.2 Décadas de 1950-1970	19
3.1.3 Décadas de 1980-1990	20
3.1.4 Década de 2000.....	21
3.1.5 Rede cegonha.....	22
3.1.5 Rede Mãe Paranaense	23
3.1.5.1 Conceitos e Princípios.....	23
3.1.5.2 Definições.....	23
3.2 Educação em Saúde.....	24
4 JUSTIFICATIVA	26
5 OBJETIVOS	29
5.1 Objetivo Geral	29
5.2 Objetivos Específicos	29
6 METODOLOGIA	30
6.1 Método da pesquisa	30
6.2 Cenário do estudo.....	30
6.3 Participantes da pesquisa.....	30
6.4 Coleta dos dados	32
6.4.1 Variáveis.....	32
a) Variáveis socioeconômicas e demográficas.....	32
b) Variáveis da assistência pré-natal.....	32
6.6 Fonte de Dados.....	33
6.7 Análise Estatística.....	33
6.8 Aspectos éticos	33
7 RESULTADOS	35
9 CONCLUSÃO.....	54
10 REFERÊNCIAS.....	55
11 APÊNDICES.....	61

11. 1 APÊNDICE A.....	61
INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	61
11.2 APÊNDICE B.....	66
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	66
12 ANEXO	67
12.1 ANEXO A.....	67
COMITÊ DE ÉTICA.....	67

1 APRESENTAÇÃO

Iniciei a graduação em Enfermagem no ano 2011, pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná, vivenciando ao longo dos anos as experiências acadêmicas voltadas às unidades básicas de saúde e aos programas que eram ofertados para a população.

Formei-me em agosto de 2016 pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e em dezembro de do mesmo ano, passei no processo seletivo para alunos do mestrado em Ensino pela mesma instituição.

Atualmente sou enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto de um hospital particular da cidade de Foz do Iguaçu, referência em Cardiologia, Oncologia e Saúde Materno-infantil.

A pesquisa aqui apresentada faz parte de um recorte de uma pesquisa multicêntrica que está ocorrendo nas Regionais de Saúde (RS) de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS), com o intuito de completar a tríade das pesquisas avaliativas (gestores, profissionais que atendem a população e usuários), tendo como foco a avaliação após a implantação da Rede Mãe Paranaense (RMP) na perspectiva da mulher/usuária em municípios das regionais de saúde e compreender como está sendo realizada a assistência materno-infantil após a implantação desta rede no pré-natal.

Este recorte, aqui apresentado, foi realizado em Foz do Iguaçu, o foco foi estudar o que está ocorrendo no pré-natal e o papel do enfermeiro na informação e promoção da saúde das gestantes.

O enfermeiro é considerado um profissional importante e atuante na área do ensino, sua formação acadêmica é constituída de disciplinas que favorecem essa habilidade específica. Considerado um provedor de educação, promoção e prevenção da saúde que utiliza da educação em saúde como principal ferramenta para o ensino de outros profissionais.

No âmbito do ensino, como citado no artigo 4º e 5º da Resolução n.º3 do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, de 7 de novembro de 2001, o enfermeiro tem como competência ser capaz de aprender continuamente, ter compromisso com a sua educação e na educação de futuros

profissionais e atuar no planejamento da saúde da comunidade em que atua (BRASIL, 2001).

2 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, entre 1998 e 2003 iniciou a expansão do programa, e em 2006 ele é denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital passando a focar a família como um todo. Tem como maior estratégia a promoção, proteção e recuperação da saúde de uma população (ROCHA; ANDRADE, 2008).

Dentro do ESF, temos o programa pré-natal que tem como principal objetivo o desenvolvimento saudável do recém nascido em contrapartida às elevadas taxas de mortalidade que tiveram um aumento significativo a partir do final do século passado (MOREIRA; LOPES; CARVALHO, 2004). O pré-natal é considerado uma assistência, que quando realizado adequadamente consegue preparar a mulher para viver o parto de forma segura (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Sendo um momento novo para a maioria das mulheres, seguido de medos e inseguranças, entendemos que o pré-natal faz parte de uma educação em saúde e de fundamental importância para a aprendizagem sobre o processo da gestação, mas também como um processo de fortalecimento e empoderamento feminino, o profissional enfermeiro é o principal provedor, estimulando a participação consciente da gestante e resgatando a autonomia da mesma durante o parto.

Após a implantação do pré-natal, os PSF's começaram a compreender que a gestante deve ser vista como um todo, e que traz consigo dúvidas e experiências anteriores, quando procura o serviço de saúde, a mesma busca compreensão e esclarecimento das dúvidas (ROCHA; ANDRADE, 2008). Como forma de empoderamento à mulher, fazendo com que ela atue como protagonista da sua própria gestação, o Ministério da Saúde (MS) vem criando práticas para melhoria na assistência a esta mulher. Na Portaria nº 1.459 de 2011, a Rede Cegonha, criou uma rede de assistência para assegurar as gestantes o direito a programar sua gestação e a humanização da gravidez, ao parto e ao puerpério¹ e, às crianças, o direito ao parto seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A Política Nacional de Atenção à Saúde Materna no Brasil menciona a importante atuação do enfermeiro como provedor do acolhimento, criando vínculo

¹ Período que decorre o parto até que os órgãos genitais e o estado geral da mulher voltem às condições

com a população através de práticas humanizadas. Deste modo, o enfermeiro é responsável por criar ações educativas, proporcionando maior confiança e reconhecimento das dúvidas e questionamentos dessas mulheres (JARDIM; SILVA; FONSECA *et al.*, 2019).

Para evitar enfermidades que afetam a mãe e o feto, deve ocorrer intervenções de promoção de saúde e prevenção durante o pré-natal. O enfermeiro deve ser responsável por orientar o parto normal, amamentação e puerpério, a fim de evitar desequilíbrios no processo saúde doença (JUNIOR *et al.*, 2017).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas de Saúde Pública para a mulher no Brasil

3.1.1 Décadas de 1930-1940

Durante o período de 1937-1945 foi instituído o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Desenvolvido pelo Departamento de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), com o auxílio da Divisão de Amparo à Maternidade e a infância (CARDOSO, 2012).

Em 1940 as atividades do programa se tornaram responsabilidade do Departamento Nacional da Criança (DNCr), criada pelo então Presidente Getúlio Vargas com assinatura do Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro (BRASIL, 2011a).

Os Programas Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização eram os principais focos do MES, além disso, prestava assistência técnica e financeira aos estados e municípios, contando com o apoio do Instituto Fernandes Figueira e do centro de Orientação Juvenil. Até o ano 1969, o DNCr coordenou a assistência materno-infantil no Brasil, desenvolvendo atividades dirigidas à infância, maternidade e adolescência, com a finalidade de legalizar o atendimento à dupla mãe-filho e combater a mortalidade infantil (BRASIL, 2011a).

3.1.2 Décadas de 1950-1970

Após a desanexação do Ministério da Educação e Saúde, em 25 de julho de 1953, foi instituído o Ministério da Saúde, que integrou e assumiu as ações que até então era de responsabilidade do DNCr. Posteriormente com a extinção do DNCr (1969), foi criada em 1970 a Coordenação de Proteção Materno Infantil (CPMI). A CPMI era ligada à Secretaria de Assistência Médica e tinha como responsabilidade planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e a adolescência, conforme Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970 (BRASIL, 2011a).

O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, criado em 1975 tinha o propósito de contribuir com a diminuição da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. O programa tinha como objetivo centralizar recursos financeiros, dispor de infraestrutura na saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de cinco anos (BRASIL, 2011a).

3.1.3 Décadas de 1980-1990

O Ministério da Saúde em 1983 elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) por meio da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI), o objetivo era melhorar as condições da saúde da mulher e da criança, melhorando a cobertura e a capacidade de resolução da rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2004).

No ano de 1984, o PAISMC deu lugar a dois programas que trabalhavam de forma integrada para a saúde da mulher e da criança, o Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Esses programas surgiram como resposta aos agravos em saúde desta população, seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade infantil e materna, e proporcionar boas condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade de resolução dos serviços, conforme preconiza a Constituição Federal e o Sistema único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

PAISM realiza ações relativas à assistência pré-natal; prevenção da mortalidade materna; doenças sexualmente transmissíveis; assistência ao parto e puerpério; planejamento familiar; controle do câncer ginecológico e mamário; promoção ao parto normal. Já o PAISC as ações eram voltadas ao crescimento e desenvolvimento; controle de diarreias e desidratação; controle das infecções respiratórias agudas (IRA); prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicação; e ainda assistência ao recém-nascido (BRASIL, 2011b).

A coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI) antes chamada de DINSAMI, criada em 1990 tinha como competência a normatização e a assistência à saúde da mulher e da criança, a ser desenvolvida em nível nacional pelas variadas instâncias do SUS. A CORSAMI tinha o objetivo de garantir condições favoráveis à reprodução sadia e ao crescimento e desenvolvimento do ser humano. Em 1996 a CORSAMI foi extinta por meio da Portaria nº 2.179, de 1º de novembro, dando lugar à Coordenação de Saúde da Mulher e à Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2011a).

Em 1996, com taxa de mortalidade materna de 45 óbitos/100 mil nascidos vivos, o Brasil ainda permanecia com alto índice de mortalidade materna contraposto com países em desenvolvimento onde ocorriam menos de 10 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (CASSIANO, 2014).

Lançado em 2000, pela Portaria/GM nº 569, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que teve como fundamentos a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos (BRASIL, 2000). Com o tempo verificou-se que o programa não obteve os objetivos esperados, apresentando dificuldades no acesso aos serviços de saúde, falta de leitos, deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais. Além de incertezas de vagas nos hospitais, trazendo preocupação para as gestantes que não sabiam aonde procurar atendimento (DIAS; DESLANDES, 2006).

3.1.4 Década de 2000

Com o principal objetivo de diminuir as elevadas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no País o PHPN baseia-se nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período do pós-parto, criado no ano de 2000 pelo ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000 (BRASIL, 2000).

Mesmo com a implantação do PHPN verificou-se que o programa não teve cobertura almejada, nessa época a cobertura de atenção básica ainda era considerado baixo, o que não permitiu cobertura de assistência ao pré-natal alta, apresentando dificuldades no acesso aos serviços de saúde, faltando leitos para as puérperas, deficiência de profissionais de saúde para atender, recursos financeiros e

materiais. Com isso, o MS buscando melhoria na assistência materna infantil, criou em 2011 o programa Rede Cegonha (CASSIANO, 2014).

3.1.5 Rede Cegonha

Buscando melhoria na assistência materna infantil, foi criado em 2011, pelo Ministério da Saúde o programa Rede Cegonha. A Rede Cegonha é um pacote de ações a fim de garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres gestantes. É uma importante estratégia do Governo Federal, uma vez que objetiva a implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Esta rede fornece assistência à família pelo SUS, voltada ao planejamento familiar, constatação da gravidez, pré-natal, parto e até os 28 dias pós-parto (puérperio), além de até os dois primeiros anos de vida da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A mesma fornece recursos de ampliação dos exames de pré-natal, teste rápido de gravidez e de detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), ampliação e qualificação de leitos de UTI adulto, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e UTI neonatal, construção e custeio de Centros de Parto Normal e Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas, conforme medidas determinadas pelas portarias e pactuações das Comissões Intergestores Regionais e GCE/RC (BRASIL, 2012a).

3.1.5 O Programa Mãe Curitibana

Implantado no ano de 1999, O Programa Mãe Curitibana tem como propósito a melhoria na qualidade da assistência ao pré-natal, o objetivo do programa era humanizar o atendimento prestado, aumentando a segurança e melhorando o atendimento às gestantes e crianças da cidade de Curitiba (SAÚDE, 2019).

Após a criação da Mãe Curitibana, houve o surgimento da RMP, que reduziu significativamente os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações voltadas ao pré-natal e à criança, vinculando a gestação ao hospital para a adequação da atenção ao parto (PARANÁ, 2012).

3.1.5 Rede Mãe Paranaense (RMP)

3.1.5.1 Conceitos e Princípios

Considerada um conjunto de ações, a RMP envolve a obtenção precoce da gestante e a sua assistência no pré-natal com o mínimo de sete consultas preconizadas e a realização de 17 exames laboratoriais e ultrassonografia (USG) (PARANÁ, 2012).

Dentre as ações, o RMP estratifica as gestantes e as crianças no grupo de Risco Habitual (RH), Risco intermediário (RI) ou Alto Risco (AR), o atendimento pode ser realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, com o intuito de garantir o parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme a classificação de risco (PARANÁ, 2012).

Fundamentada no marco conceitual de Mendes em 2000 sobre as Redes de Atenção à Saúde, a RMP foi proposta a fim de conciliar a implantação dos seus cinco componentes: (1) resolutividade na Atenção Primária ordenada para os cuidados dos cidadãos residentes do território, com ações voltadas ao pré-natal e puerpério, além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças nos primeiros anos de vida; (2) acompanhamento das gestantes e crianças de risco na Atenção Secundária em ambulatórios equipes multiprofissionais especializados; (3) a ampliação de leitos de UTI adulto e Neonatal na Atenção Terciária quando ocorre intercorrências no parto; (4) um sistema logístico integrado com cartão SUS, SISPRENATAL², prontuário com a carteira da criança e da gestante, transporte sanitário eletivo e de urgência e a regulação; (5) Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e CIB regionais (PARANÁ, 2012).

3.1.5.2 Definições

A RMP foi implantada em 2012 pela Secretária de Estado da Saúde (SESA) é uma Rede de Atenção Materna infantil que foi assumida como compromisso no Plano de Governo para a Saúde de 2011 a 2014 (PARANÁ, 2012).

² Software desenvolvido para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

A Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (SESA) constituiu os alicerces para a organização dessa rede desde 2011, por meio dos programas: o APSUS (Programa de Qualificação da Atenção Primária), o COMSUS (Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde) e o HOSPSUS (Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos) (PARANÁ, 2012).

Esta rede ainda conta com as Universidades, Sociedade de Especialidades e de Enfermagem para a realização de cursos de atualização profissional das equipes em todos os municípios do Paraná e nos serviços hospitalares.

3.2 Educação em Saúde

Por anos o cuidado à saúde tinha como referencial o modelo clínico, voltado para a dimensão biológica e individual. A partir dos anos 70 surgiu uma nova visão sobre a saúde, como estratégia primordial de movimento que pretendia renovar o campo da saúde pública, que não se limitava apenas a um enfoque voltado para a cura da doença, mas direcionava a atenção para prevenção de doenças e promoção da saúde (PEREIRA *et al.*, 2016).

Foi usada pela primeira vez a expressão “promoção da saúde” em 1974, pelo Ministro da *National Health and Welfare* (Saúde e Bem-Estar Nacional) do Canadá em um documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadianeses). Este documento trazia como registro as influências que os fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida ocorriam na doença e na morte das pessoas (OLIVEIRA, 2004).

O documento tinha como proposta enfatizar a promoção da saúde e que deveria ter melhorias ambientais (abordagem estruturalista) com mudanças de comportamento (estilos de vida). As idéias trazidas nesse documento acabaram sendo aprofundadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, em 1986, na Conferência da OMS em Ottawa, enfim foi formulada uma base ideológica para a promoção da saúde. A Carta de Ottawa tem como definição a promoção da saúde como processo no geral os indivíduos são capazes de ter autonomia da própria saúde (OLIVEIRA, 2004).

Já na educação em saúde o foco é a conscientização, sensibilização e mobilização individual e coletiva na promoção da saúde, a fim de promover o enfrentamento de situações que interferem na qualidade de vida das pessoas, deve ser entendida como importante vertente à prevenção e que, na prática, está relacionada com a melhoria das condições de vida e de saúde das populações (PEREIRA *et al.*, 2016).

A educação em saúde é uma temática que aborda diversas áreas e dimensões, tanto filosóficas, sociais, religiosas, culturais, além de envolver aspectos práticos e teóricos de indivíduos em grupo, comunidade e sociedade (SALCI *et al.*, 2013). Deve ser compreendida como uma importante vertente de prevenção da doença, preocupada com a melhoria nas condições de vida e da saúde das populações (OLIVEIRA; GONÇALVEZ, 2004). Além desses aspectos ainda aborda o processo saúde-doença que se faz necessária para a manutenção ou para evitar e atrasar a presença da doença ou complicações do processo de adoecimento (SALCI *et al.*, 2013).

A educação em saúde está compreendida como a transmissão de informações em saúde, com o uso de tecnologias avançadas ou não, a fim de evitar limitações para dar conta da complexidade do processo educativo. Essas idéias e críticas participativas vêm ganhando espaço na educação em saúde, desenvolvendo práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, tem como principal objetivo sensibilizar, conscientizar e mobilizar o enfrentamento de situações individuais e coletivas (SALCI *et al.*, 2013), logo, conhecer as diretrizes da RMP e como a mesma está funcionando nos dá subsídios para trabalhar a educação em saúde com os profissionais da saúde e com as mulheres que buscarem assistência pré natal.

4 JUSTIFICATIVA

Este estudo almeja analisar a informação e educação em saúde prestada pelo profissional enfermeiro no pré-natal após a implantação da RMP na perspectiva da mulher/usuária, por meio da análise da assistência em saúde prestada as gestantes.

O ensino na enfermagem vem sofrendo modificações importantes, com a missão de ainda na formação acadêmica preparar os enfermeiros para atender o mercado de trabalho e às variadas demandas na área da saúde (ANDRIGUE; TRINDADE; AMESTOY, 2017).

Os enfermeiros se destacam por atuarem como multiplicadores dos conhecimentos sobre a saúde, esclarecendo dúvidas frente à saúde doença do indivíduo, auxiliando na criação de um indivíduo autônomo com relação ao seu cuidado e do seu próximo. Com isso, esses profissionais vivem processos contínuos de aprendizagem e precisam estar preparado para assistir e oferecer à população suporte integral à saúde, por meio de ações de educação em saúde (BARBOSA *et al.*, 2013).

Utilizar o espaço de trabalho como campo de ensino, aprendizagem e desenvolvimento de competências, possibilita ao profissional lidar com a diversidade e a velocidade com que o conhecimento vem sendo produzido no mundo hoje em dia (ANDRIGUE; TRINDADE; AMESTOY, 2017).

A educação em saúde tem como principal objetivo a promoção da saúde da população, quando a educação em saúde não é efetiva acaba gerando desequilíbrio na população e com isso entramos na mortalidade infantil (MI), que é considerada um indicador de saúde, entende-se que quando a taxa de mortalidade se eleva é um reflexo das ações que deveriam ser tomadas por profissionais de saúde (PIZZO *et al.*, 2014).

A meta quatro dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio, assumida pela Assembléia das Nações Unidas, prevê uma redução de dois terços na mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade entre 1990 e 2015, o que corresponde a uma diminuição média anual de 4,4% para o Brasil no período (LISBOA *et al.*, 2015).

Para 2030, as Nações Unidas no Brasil (UNOBR) tem como objetivos de Desenvolvimento do Milênio atingir os direitos humanos de todos e alcançar a igualdade de gênero e empoderamento das mulheres e meninas. Totalizando 17

objetivos e 169 metas envolvendo ações no desenvolvimento sustentável na economia, na questão social e ambiental, áreas consideradas importantes para a humanidade e para o planeta (UNOBR, 2017).

As políticas públicas utilizam como indicadores para tomada de ações as medidas de mortalidade, como indicadores da situação de saúde, para avaliar o planejamento dos programas de saúde. Entre essas medidas, a principal é a taxa de mortalidade infantil e materna, por referir-se a mortes precoces e em grande parte evitáveis (LISBOA *et al.*, 2015).

A queda da mortalidade materna e infantil é uma avaliação efetiva e de grande sensibilidade da qualidade de vida de uma sociedade. A identificação dos fatores de risco para mortalidade materna e infantil é de fundamental importância para planejar ações e mudanças desses indicadores, como a escolaridade da mãe, as condições de vida e o acesso aos serviços de saúde (PARANÁ, 2012).

Levando em consideração estas informações, a SESA analisou os nascimentos e os óbitos que ocorreram nos anos de 2006 a 2010 no Paraná, e a análise dessas informações instruiu ação para a elaboração da Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2012).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS considera baixa a Razão de Mortalidade Materna (RMM) se o número de mortes for de 20 para cada 100.000. Essa razão representa a qualidade de atenção à saúde da mulher e as altas taxas estão associadas à insatisfação prestada nos serviços de saúde, desde o planejamento familiar, a assistência pré-natal e assistência ao parto e puerpério (MORSE *et al.*, 2011).

No ano de 1990 foi de 90,5/100 mil nascidos vivos (NV) com 66,4/100 mil NV em 2000. Neste período a RMM teve redução de 26,6%. Entre 2001 a 2010 não houve redução da RMM. Com a implantação do HOSPSUS em 2011, foi definida a referência hospitalar para o atendimento contribuindo para a redução da RMM das gestantes e crianças de risco para todas as regiões de saúde (BAGGIO *et al.*, 2016).

O quadro de mortalidade materna mostrou uma estagnação no seu indicador de mortalidade nos últimos anos. Essa é a maior justificativa para as ações que a Rede Mãe Paranaense desenvolve. As causas de morte materna obstétrica direta representam em média 67,8% das mortes entre 2000 e 2008, e em 2009 de 49,59%. Estes óbitos estão relacionados com as complicações obstétricas na gravidez, parto

e puerpério, incluindo intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer dessas causas (PARANÁ, 2012).

A morte materna infantil, ainda está vinculada com a assistência prestada por profissionais da área da saúde. Visto isso, a educação em saúde vinculada com o ensino desses profissionais, poderá trazer modificações importantes nesse indicador de qualidade de vida e da sociedade.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Analisar a assistência materna recebida no pré-natal, ofertada pelos enfermeiros nos serviços de saúde em Foz do Iguaçu – PR, após a implantação da RMP.

5.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar as mulheres segundo variáveis socioeconômicas e demográficas;
- b) Identificar os determinantes para agravos materno-infantis no município;
- c) Caracterizar a assistência pré-natal e promoção da saúde conforme os objetivos da RMP.

6 METODOLOGIA

6.1 Método da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa quantitativa desenvolvida no município de Foz do Iguaçu, Paraná, região Sul do Brasil.

6.2 Cenário do estudo

O Estado do Paraná localiza-se na Região Sul do Brasil e faz divisa com outros três estados. Ao norte encontra-se o Estado de São Paulo, ao sul com Santa Catarina e ao Oeste com o Mato Grosso do Sul. Faz fronteira, ainda, com o Paraguai e a Argentina. O Paraná é constituído por 399 municípios, distribuídos em 22 Regionais de Saúde, com uma área da unidade extensão territorial em 2017 de 199.307,939 km² e sua população estimada no ano de 2018 de 11.348.937 habitantes (IBGE, 2019).

6.3 Participantes da pesquisa

A população estimada no Brasil corresponde a 208,5 milhões de habitantes conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018). Conforme IPARDES (2019) Foz do Iguaçu tem cerca de 258.823 habitantes, sendo essas 131.870 mulheres.

Houve alterações no padrão de envelhecimento da fecundidade, as mulheres estão engravidam tardiamente com 30 a 39 anos e as mulheres em idade fértil 15 a 24 anos houve uma redução na taxa de fecundidade (IBGE, 2018).

O sistema de saúde materno-infantil oferece às mulheres classificadas como gestação de Alto Risco (AR) e Risco Intermediário (RI) um hospital terciário localizado no município de Foz do Iguaçu/PR, que é referência para o parto e nascimento para toda a 9ª Regional de Saúde e presta atendimento às gestantes brasiguaias e paraguaias que buscam no Brasil, a atenção à saúde no momento do parto e nascimento.

Este hospital é referência para internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica e Adulta, o qual pertence a uma fundação que presta atendimento para o SUS, diversos convênios e particulares. Cada município conta com rede de atenção primária para acompanhamento do pré-natal e puerpério de RH e hospitalar geral com maternidades para o parto de RH sem UTI que ao se tornar AR possui um sistema de regulação para encaminhamentos necessários, sendo assim as cidades que correspondem a 9ª Regional de Saúde são encaminhados para a cidade de Foz do Iguaçu, no hospital referência em AR.

Foi realizado o cálculo amostral da população a ser estudada em Foz do Iguaçu, com base no número de partos no ano de 2015, considerando **N** tamanho (número de elementos) da população; **n** tamanho (número de elementos) da amostra; **n0** uma primeira aproximação para o tamanho a amostra; **E0** erro amostral tolerável. Um primeiro cálculo foi realizado do tamanho da amostra, mesmo sem conhecer o tamanho da população, através da seguinte expressão:

$$n0 = 1 / E0^2 (5\%) = 400$$

Conhecendo o tamanho, da população podemos corrigir o cálculo anterior por:

$$n = N . n0 / N + n0$$

Considerou-se uma margem de erro da pesquisa de 5%, um nível de confiança de 95%, mas por se tratar de um estudo de seguimento e que poderão ocorrer perdas no decorrer da investigação por mudança de endereço ou número telefônico e desistência da participação da pesquisa por parte das mulheres, definiu-se um acréscimo de 10% como margem de segurança para atender o número amostral.

A partir de cálculo amostral, a população do estudo foi constituída pelas mulheres/usuárias atendidas na maternidade de referência para o parto na RMP na cidade de Foz do Iguaçu, no puerpério, preferencialmente aquelas atendidas exclusivamente pelo SUS, com 18 anos ou mais, ou acompanhada dos pais, que aceitaram participar da pesquisa, por meio da assinatura Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), no intuito de verificar a assistência pré-natal e o segmento na Atenção Primária de Saúde (Tabela 1).

Tabela 1 – Cálculo amostral realizado para a coleta de dados na cidade de Foz do Iguaçu, PR. 2017

Município	Número de Nascidos Vivos	Total de Entrevistas
Foz do Iguaçu	4906	292

Fonte: Elaborada pelo autor

Os critérios de inclusão foram mulheres que realizam o parto na maternidade em estudo, aceitaram participar da pesquisa, residiam na área urbana, acima de 18 anos ou menores acompanhadas dos pais, bem como não apresentam nenhum tipo de agravo e/ou problema de saúde que poderia impedir sua participação.

6.4 Coleta dos dados

A pesquisa com as mães foi realizada por meio de um questionário semi-estruturado no segundo semestre de 2017.

Previamente à realização da coleta de dados, os pesquisadores entraram em contato com o diretor do hospital com maternidade da 9ª Regional de Saúde para discutir o andamento da pesquisa, bem como para planejar a obtenção dos dados e autorização.

6.4.1 Variáveis

Para atingir os objetivos específicos propostos na presente proposta encontrados no questionário: caracterizar as mulheres segundo variáveis socioeconômicas e demográficas; caracterizar a assistência pré-natal; descrever a assistência no pré-natal prestado na cidade de Foz do Iguaçu conforme os objetivos da RPM (Apêndice A).

a) Variáveis socioeconômicas e demográficas

Caracterização da idade materna, situação conjugal, raça/cor, escolaridade, ocupação, renda familiar/classe social e local de residência/procedência.

b) Variáveis da assistência pré-natal

Caracterização do início do pré-natal; história obstétrica (planejamento da gravidez, intervalo interpartal, número de filhos; número total de consultas; número de consultas odontológicas; exames laboratoriais e de imagem realizados por trimestre gestacional 1º, 2º e 3º trimestres; avaliação e da classificação de RH, RI e AR; implementação de ações sócio educativas relacionados pré-natal; local que realizou pré-natal; profissionais que realizaram o pré-natal; classificação de adequação do pré-natal (adequado, inadequado e intermediário), segundo Coutinho *et al.*, (2010).

A construção do instrumento de coleta de dados contempla a caracterização socioeconômica e demográfica das mulheres/usuárias, variáveis referentes aos quatro componentes estabelecidos pelo programa.

6.6 Fonte de Dados

As fontes de dados utilizadas para construir os indicadores para identificar se os objetivos e pressupostos da RMP foram os prontuários, as Carteira de Saúde da Gestante e a entrevista com a mulher/usuária na maternidade.

6.7 Análise Estatística

Os dados foram inseridos no Microsoft Excel® e posteriormente analisados no Software R®.

Para analisar os dados captados na cidade de Foz do Iguaçu, foi realizada estatística paramétrica e não paramétrica para responder ao objeto em estudo, cumprindo todas as etapas necessárias para tal, assumindo-se um nível de significância de 95%.

6.8 Aspectos éticos

Conforme a legislação da pesquisa com seres humanos, ocorreu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL) – sob o parecer de número 2.053.304 (ANEXO A), bem como

assinatura do TCLE em duas vias (APÊNDICE B), uma para o pesquisador e outra para os participantes da pesquisa.

7 RESULTADOS

7.1 Caracterização geral da população

Nesta pesquisa, 292 mulheres foram entrevistadas. O distrito Norte foi o que mais realizou o pré-natal, com 89 (30,48%) das gestantes atendidas.

Dentre as entrevistadas, a idade mínima foi de 10 anos e a máxima de 43 anos, em relação à raça/cor, 154 (52,74%) eram brancas. A maioria, 259 (88,7%), informou que tinha companheiro e 156 (53,42%) delas não trabalhavam. Com relação à escolaridade, 90 (31,06%) estudaram até o ensino fundamental.

Com relação ao número de gestações, 109 (37,33%) eram primigestas e 17 (5,80%) gestantes tiveram intervalo parcial menor que um ano. A história obstétrica é de extrema relevância para o seguimento da gestação, devendo ser anotada na carteirinha da gestante a fim de criar um histórico do momento gestacional, contudo, para 19 delas (6,51%), não foi registrada a história da gestante (Tabela 2).

Ainda na mesma tabela, vale ressaltar que a localização da gestante por distrito sanitário do município, raça, situação conjugal, intervalo parcial e história obstétrica anotada foram eventos significantes nesta análise.

Tabela 2. Características sócio-demográficas das gestantes que realizaram o Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde de Foz do Iguaçu – PR, 2017

Variável	Categoria da variável	Freq. (n)	Freq. Relativa %	Valor p
Distritos	Leste	69	23,63	<0.001
	Nordeste	44	15,07	
	Norte	89	30,48	
	Oeste	30	10,27	
	Sul	60	20,55	
Idade	Mínima = 10 Mediana = 25 Média = 25,82 Máxima = 43			
Raça/Cor	Amarela	1	0,34	<0.001
	Branca	154	52,74	
	Ignorado	2	0,68	
	Negra	24	8,22	
	Parda	111	38,01	
Situação Conjugal	Com companheiro	259	88,70	<0.001
	Sem companheiro	33	11,30	
Ocupação Materna	Remunerada	136	46,58	0.242
	Não remunerada	156	53,42	
Escolaridade da	Até fundamental	90	31,06	<0.001

Mãe	Até nível médio	169	57,68	
	Até nível superior	28	9,55	
	Sem escolaridade	5	1,71	
Gestação Anterior	Sim	183	62,67	<0.001
	Não	109	37,33	
Intervalo menor que um ano entre as gestas	Sim	17	5,80	<0.001
	Não	275	94,2	
História obstétrica anotada	Não	19	6,51	<0.001
	Sim	173	59,25	
	Não se Aplica	100	34,25	

Fonte: Elaborado pelo autor.

De acordo com a Tabela 3, todas as mulheres (n=292) realizaram o pré-natal, dessas 267 (91,13%) realizaram o pré-natal na UBS e o local onde foi realizado o pré-natal foi significativo, poucas mulheres (n=6, 2,05%), classificadas no grupo risco intermediário ou alto risco, também buscaram atendimento no ambulatório especializado. Algumas dessas gestantes (n=15, 5,12%), também procuraram atendimento particular, principalmente quando se tratava da realização de exames laboratoriais ou de imagem.

Também foi significativo a maioria delas iniciar o pré-natal antes de 14 semanas de gestação (n=232, 79,45%) e na primeira consulta realizada, em 260 (89,04%) das fichas, o enfermeiro(a) que abriu o pré-natal.

Algumas foram classificadas como alto risco (n=55, 18,84%), entretanto, 25 (8,56%) não tinham registro do risco gestacional anotado, o que foi significativo estatisticamente.

Das entrevistadas, 263 (90,04%) foram classificadas como risco gestacional intermediário, porém, na ficha cadastral não constava o motivo do risco. As demais classificadas tinham causas variadas como a idade, hipertensão, infecção intestinal, infecção do trato urinário (ITU), aborto, obesidade, hipotireoidismo, descolamento de placenta, multigesta³, raça, fumante, gemelar⁴ e sífilis reagente.

³ Mulher que já esteve gestante mais de uma vez.

⁴ Filhos gêmeos.

Ainda, 117 (40,27%) delas não foram informadas sobre o risco gestacional nem estratificadas. Quando informada sobre o risco, o profissional responsável foi o enfermeiro(a) em 119 (40,75%) dos casos, com significância estatística.

A maioria das gestantes (n=205, 70,3%) não continuou o acompanhamento na UBS de origem e este é um dado significativo. As causas para o não acompanhamento foram diversas, porém, houve destaque na falta do registro, para 282 (96,59%) não havia registro na caderneta do pré-natal (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização do Pré-Natal das gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde de Foz do Iguaçu – PR, 2017

Variável	Categoria da variável	Freq. (n)	Freq. Relativa %	Valor p
Realizou pré-natal	Não	0	0	*
	Sim	292	100	
Local que realizou pré-natal	Ambulatório público especializado	4	1,37	<0.001
	UBS	267	91,44	
	UBS / Ambulatório público especializado	6	2,05	
	UBS / Convênio / Particular	15	5,14	
Início do Pré-Natal	<14 sem	232	79,45	<0.001
	14 a 27 sem	49	16,78	
	>27 sem	7	2,40	
Profissional primeira consulta SIS	NF/NA	4	1,37	
	Enfermeiro (a)	260	89,04	<0.001
	Médico CG	8	2,74	
	Médico GO	13	4,45	
	Não recorda	1	0,34	
	Não sabe informar	8	2,74	
Classificação de risco	Téc/Aux enfermagem	3	1,03	
	Não realizado	25	8,56	<0.001
	Alto Risco	55	18,84	
	Risco Habitual	178	60,96	
Motivo do Risco Intermediário	Risco intermediário	34	11,64	
	Sem registro	263	90,04	<0.001
	Cesáreas anteriores	1	0,34	
	Idade e Obesidade	7	2,38	
	HAS	2	0,68	
	Infecções	3	1,02	
	Hipotireoidismo	1	0,34	
	Problemas relacionados a gestação	2	0,68	
	Multigesta	6	2,04	

	Raça	3	1,02	
	Fumante	2	0,68	
	Gemelar	1	0,34	
	Sífilis reagente	1	0,34	
Informada sobre o risco	Não	117	40,27	<0.001
	Sim	175	59,73	
Qual profissional informou	Enfermeiro (a)	119	40,75	<0.001
	Médico (a)	50	17,12	
	Enfermeiro+Médico	3	1,03	
	Não foi Informada	116	39,73	
	Não Sabe informar qual profissional	4	1,37	
Continuou na UBS de origem	Sim	87	29,79	<0.001
	Não	205	70,3	
Por que não continuou na UBS de origem	Foi ser acompanhada pelo obstetra do alto risco	1	0,34	<0.001
	Foi para ambulatório de alto risco	3	1,03	
	A UBS que não tinha médicos especialistas	1	0,34	
	Não tinha obstetra na UBS	1	0,34	
	Não soube relatar	1	0,34	
	Não se aplica	282	96,59	
	Sem registro	1	0,34	
	Médico encaminhou	1	0,34	
	Consultava-se no particular	1	0,34	

Fonte: Elaborada pelo autor

Legenda: Sem: Semana; NF/NA: Não fez/ Não se aplica; Médico CG: Médico Clínico Geral; Médico GO: Médico Ginecologista Obstetrícia; Téc/Aux: Técnico/Auxiliar; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

*Não há cálculo de valor de p por se tratar de toda a população da amostra.

Conforme tabela 4, de acordo com o número de consultas, 237 (81,15%) haviam realizado 6 consultas ou mais, conforme preconizado pelo MS. Em contrapartida, 213 (72,95%) não realizaram consulta com o odontologista, sendo isso significativo. Das mulheres entrevistadas, 183 (62,67%) não realizaram o exame de Papanicolaou e 125 (42,81%) não realizaram o exame das mamas. O pré-natal foi classificado pela maioria como inadequado (n=214, 73,29%), também significativo, conforme a Tabela 4.

Em relação ao USG no primeiro trimestre, 106 (36,30%) não realizaram o exame de imagem. No segundo trimestre, 188 (64,38%) realizaram apenas 1 USG, dado semelhante ao terceiro trimestre, onde 176 (60,27%) haviam realizado apenas 1 exame de imagem.

A maioria realizou exames laboratoriais (n=286, 97,95%), um dado significativo é que ela foi informada qual hospital procurar atendimento (n=282, 96,58%), porém, 180 (61,64%) não visitaram a maternidade antes do parto. Ainda, também significativo, a maioria das gestantes (n=226, 77,40%) se sentiram satisfeitas com o atendimento e não se sentiram desrespeitada em nenhum momento durante o pré-natal (n=265, 90,75%), ainda na Tabela 4.

Tabela 4. Variáveis da assistência prestada no pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de Foz do Iguaçu – PR, 2017

Variável	Categoria da variável	Freq. (n)	Freq. Relativa %	Valor p
N consultas pré-natal	6 ou mais	237	81,15	<0.001
	3 a 5	43	14,73	
	0 a 2	9	3,08	
	Não	3	1,03	
N consultas odontológicas	Sim	79	27,05	<0.001
	Não	213	72,95	
Citologia Oncótica	Antes da gravidez	81	27,74	<0.001
	Não fez	183	62,67	
	Sim	28	9,59	
Exames das mamas	Não	125	42,81	<0.001
	Sem registro	4	1,37	
Classificação pré-natal	Sim	163	55,82	<0.001
	Adequado	6	2,05	
	Inadequado	214	73,29	
USG 1 trimestre	Intermediário	72	24,66	<0.001
	1	156	53,42	
	2	20	6,85	
	3	7	2,40	
	88	3	1,03	
USG 2 trimestre	Não fez	106	36,30	<0.001
	1	188	64,38	
	2	40	13,70	
	3	13	4,45	
	4	3	1,03	
USG 3 trimestre	88	4	1,37	<0.001
	Não fez	44	15,07	
	1	176	60,27	
	2	22	7,53	
	3	22	7,53	
Fez exames laboratoriais	88	4	1,37	<0.001
	Não fez	68	23,29	
Informada a procurar o	Sim	286	97,95	<0.001
	Não	4	1,37	
	Não informado	2	0,68	
	Sim	282	96,58	<0.001

hospital	Não	10	3,42	
Visitou a maternidade antes do parto	Sim	112	38,36	<0.001
Satisfação com o pré-natal	Não	180	61,64	<0.001
	Satisfeita	226	77,40	
	Insatisfeita	40	13,70	
	Nem satisfeita nem insatisfeita	23	7,88	
Se sentiu desrespeitada no pré-natal	Não sabe	3	1,03	<0.01
	Sim	27	9,25	
	Não	265	90,75	

Fonte: Elaborada pelo autor

Verificou-se que 259 (88,36%) delas não participaram do grupo de gestante. A maioria buscou informação (n=206, 70,55%) sobre a gestação, contudo percebe-se que 183 (62,67%) usou como fonte a *internet* e esta foi uma variável significativa. As demais fontes, como mãe/sogra, amigas, televisão, livro/revistas, enfermeiro e o médico não foram usados como fonte para sanar as dúvidas referentes ao estado gestacional e isso também foi significativo (Tabela 5).

Tabela 5. Variáveis com relação à Educação em Saúde no Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde de Foz do Iguaçu – PR, 2017

Variável	Categoria da variável	Freq. (n)	Freq. Relativa %	Valor p
Participou de grupo de gestante	Sim	34	11,64	<0.001
	Não	258	88,36	
Buscou informação durante a gravidez	Sim	206	70,55	<0.001
	Não	86	29,45	
Internet	Sim	183	62,67	<0.001
	Não	109	37,33	
	Não	109	37,33	
Mãe/Sogra	Sim	57	19,52	<0.001
	Não	235	80,48	
Amiga	Sim	38	13,01	<0.001
	Não	254	86,99	
TV	Sim	16	5,48	<0.001
	Não	276	94,52	
Livro / Revistas	Sim	11	3,77	<0.001

	Não	281	96,23	
Enfermeiro	Sim	40	13,70	<0.001
	Não	252	86,30	
Médico	Sim	61	20,89	<0.001
	Não	231	79,11	

Fonte: Elaborada pelo autor

Segundo a Tabela 6, nota-se que para as pacientes da região Norte da cidade, as opiniões indicaram que o pré-natal foi inadequado (n=67, 22,9%).

Tabela 6. Correlação com a classificação do pré-natal e os distritos onde as gestantes foram atendidas em Foz do Iguaçu – PR, 2017

Distrito	Adequado n ₁ (%)	Intermediário n ₂ (%)	Inadequado n ₃ (%)	Total (%)	P-valor
Leste	3 (1,0)	16 (5,5)	50 (17,1)	69 (23,6)	0.6616
Nordeste	2 (0,7)	12 (4,1)	30 (10,3)	44 (15,1)	
Norte	0 (0,0)	22 (7,5)	67 (22,9)	89 (30,5)	
Oeste	0 (0,0)	8 (2,7)	22 (7,5)	30 (10,3)	
Sul	1 (0,3)	14 (4,8)	45 (15,4)	60 (20,5)	
Total	6 (2,1)	72 (24,7)	214 (73,3)	292 (100,0)	

Fonte: Elaborada pelo autor

Do total de mulheres que classificaram o pré-natal como inadequado, 111 (38%) se intitularam da raça cor branca, embora este não seja um dado significativo (Tabela 7).

Tabela 7. Correlação com a classificação do pré-natal e raça/cor da pele indicada pela gestante em Foz do Iguaçu – PR, 2017

Raça / Cor de pele	Adequado n ₁ (%)	Intermediário n ₂ (%)	Inadequado n ₃ (%)	Total (%)	P-valor
Amarela	0	1 (0,3)	0	1 (0,3)	0.542
Branca	4 (1,4)	39 (13,4)	111 (38,0)	154 (52,7)	
Preta	1 (0,3)	5 (1,7)	18 (6,2)	24 (8,2)	
Parda	1 (0,3)	27 (9,2)	83 (28,4)	111 (38,0)	
Ignorada	0	0	2 (0,7)	2 (0,7)	
Total	6 (2,1)	72 (24,7)	214 (73,3)	292 (100)	

Fonte: Elaborada pelo autor

Em relação à Tabela 8, percebe-se que pessoas com escolaridade com ensino médio completo ou não, assumem como inadequado o atendimento do pré-natal (n=120, 71,01%).

Tabela 8. Correlação com a classificação do pré-natal e escolaridade indicada pela gestante em Foz do Iguaçu – PR, 2017

Escolaridade	Adequado n ₁ (%)	Intermediário n ₂ (%)	Inadequado n ₃ (%)	Total (%)	P-valor
--------------	--------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------	---------

Ensino Fundamental compl/ incomp	5 (5,6)	19 (21,1)	66 (73,3)	90 (100)	0.008951
Ensino médio compl/incomp	0 (0)	49 (28,99)	120 (71,01)	169 (100)	
Ensino superior comp/incomp	1 (3,57)	4 (14,28)	23 (82,15)	28 (100)	
Total					

Fonte: Elaborada pelo autor

Legenda: Compl/incomp: Completo/Incompleto

Todas as variáveis apresentadas a partir de agora foram testadas e apenas as que deram significância serão apresentadas. O teste Qui-quadrado para independência realizado para a categoria selecionada de cada variável, evidenciou que a escolaridade e a correlação com o distrito sanitário é significativa ($p < 0,01$).

O local onde foi realizado o pré-natal ($p < 0,001$), se continuou acompanhamento na UBS de origem (valor $p < 0,009$) e o enfermeiro sendo o profissional que informou o risco para a maioria ($p < 0,002$), também foram dados significativos.

Na mesma linha, temos as variáveis com dados significativos: realizou USG morfológica ($p < 0,002$), buscou informação na gravidez (valor $p < 0,005$), buscou informações na gravidez com mãe/sogra teve (valor $p < 0,02$) e o número de consultas ($p < 0,02$).

Tabela 9. Frequências absolutas e relativas com relação a assistência ao pré-natal realizado em Foz do Iguaçu – PR, 2017.

Variável	Adequado n ₁ (%)		Intermediário n ₂ (%)		Inadequado n ₃ (%)		P-valor
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	Valor p
Proporção							
Leste	3	1,0	50	17,01	16	5,5	0.6368
Nordeste	2	0,7	30	10,3	12	4,1	
Norte	0	0,0	67	22,9	22	7,5	
Oeste	0	0,0	22	7,5	8	2,7	
Sul	1	0,3	45	15,4	14	4,8	
Escolaridade							
Fund com / incom	5	1,7	66	23	19	6,6	0.01
Médio com / incom	0	0,0	120	41,8	49	17,1	
Super com / incom	1	0,3	23	8	4	1,4	
Local realizado o Pré-Natal							
Amb pub esp	1	0,3	2	0,7	1	0,3	0.001
UBS	4	1,4	193	66,1	70	24	
UBS/Amb pub esp	1	0,3	5	1,7	0	0,0	
UBS / CONV / Part	0	0,0	14	4,8	1	0,3	

na gravidez: Enfermeiro											0.0005
Não	64	21,9	29	9,9	77	9,2	27	18,8	55	86,3	
Sim	5	1,7	15	5,1	12	1,0	3	1,7	5	13,7	
Informação na gravidez: Mãe e Sogra											0.04
Não	59	20,2	34	11,6	63	21,6	26	8,9	53	18,2	
Sim	10	3,4	10	3,4	26	8,9	4	1,4	7	2,4	
Informação na gravidez: Livro e revistas											0.03
Não	68	23,3	40	13,7	83	28,4	30	10,3	60	20,5	
Sim	1	0,3	4	1,4	6	2,1	0	0,0	0	0,0	

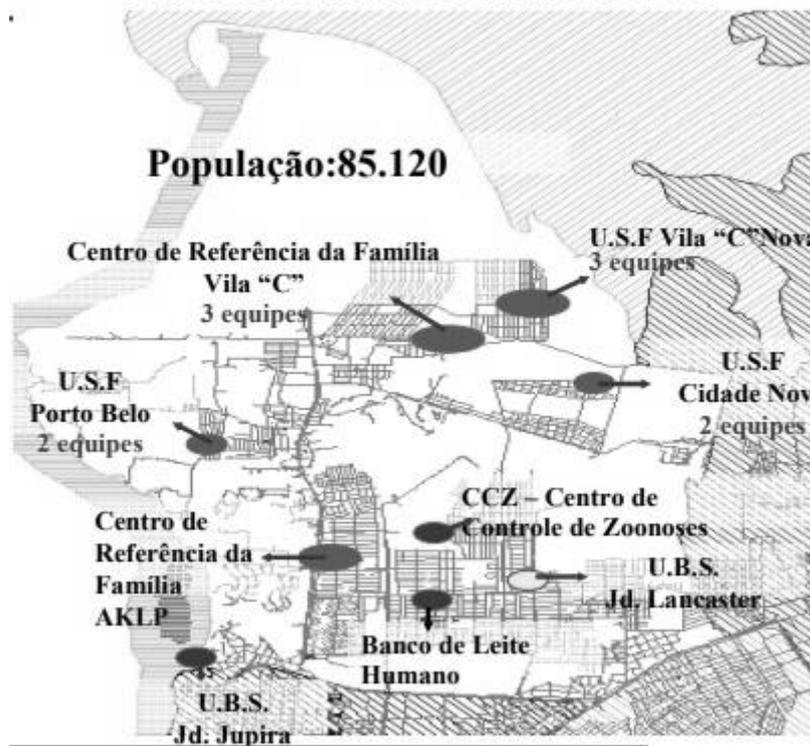
Fonte: Elaborada pelo autor

P-valor do teste Qui-Quadrado para independência.

8 DISCUSSÃO

O Distrito Sanitário Norte é o maior em abrangência e territorialidade, logo, é natural que tenha mais números de mulheres atendidas (FOZ DO IGUAÇU, 2013).

Figura 1 – Mapa do Distrito Sanitário Norte da cidade de Foz do Iguaçu, PR



Fonte: Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu, Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

Relacionada à faixa etária, os estudos de Pereira; Oliveira; Koller *et al.*, (2018) e Felczak *et al.*, (2018) trouxeram como idade predominante para as gestantes de 20 a 25 anos (26,38%) de acordo com o que eles estavam propondo, o que coincide com o presente estudo que obteve como média de idade 25,85 anos. Porém, conforme o IBGE (2018) as mulheres com faixa etária dos 15 aos 24 anos diminuíram a taxa de fertilidade, e estão engravidando mais tardiamente, reflexos dos tempos atuais. Contudo, chama à atenção a idade mínima registrada de 10 anos.

Correspondente à variável raça, na qual constatou-se que a grande maioria, 154 (52,74%) delas, era da raça branca, enquanto 111 (37,88%) eram de raça parda e somente 24 (8,19%) eram da raça negra. Esses dados também condizem com outro estudo Felczak *et al.*, (2018). Cabe destacar que a raça negra é considerada

fator de risco intermediário para desenvolvimento de comorbidades comparada com a raça parda ou branca, conforme a Linha Guia (SESA, 2018).

Com relação à situação conjugal, 259 (88,7%) das gestantes tem companheiros, corroborando com os estudos publicados no ano de 2018 por Pereira; Oliveira; Koller *et al.*, e Felczak. É de extrema importância ressaltar a presença de um companheiro nesta fase, o que traz as gestantes segurança psicológica, emocional e afeto, além de ajudar financeiramente durante esse processo (ANJOS *et al.*, 2014).

O estudo apresentou que a maioria das gestantes não exerciam trabalho remunerado 156 (53,42%), na época do parto. Porém, sabe-se que as mulheres além de desempenhar papéis importantes fora de casa são dentro do seu lar que ela acaba desempenhando seu papel de maior valia, como cuidar dos filhos e do lar. Não estar exercendo trabalho remunerado não significa que não está trabalhando (PEREIRA, OLIVEIRA, KOLLER *et al.*, 2018).

A maioria das mulheres entrevistadas foi composta por gestantes de baixa escolaridade, ensino médio completo 169 (57,68%), e ensino fundamental em 91 (31,06%), o que se assemelha ao estudo de Pereira; Oliveira; Koller *et al.* (2018). Há um lento processo em andamento com relação aos padrões culturais de gênero, que questiona as relações atuais (IBGE, 2018).

Além das características socioeconômicas, também foram identificadas características gerais das gestantes atendidas no pré-natal. O perfil obstétrico corresponde na sua maioria a multigesta 181 (61,77%), e das primigestas⁵ 112 (38,23%). Em controvérsia, o estudo de Andrade *et al.*, (2015) trouxe que as mulheres estão gestando mais tarde, e com isso, o intervalo interpartal está sendo igual ou maior que 5 anos, conforme o que os programas do MS vem preconizando.

Cabe salientar que a história obstétrica deve ser preenchida, pois é com base nos dados anotados, que será realizado o cuidado a gestante e classificação para que ela realize o pré-natal no local de acordo com a sua estratificação, em 19 (6,51%) dos casos, não foi registrada a história da gestante e 173 (59,25%) foi registrada, 100 (34,25%) não se aplica. O acompanhamento constitui um conjunto de exames laboratoriais, imagens, procedimentos clínicos e educativos com o intuito de monitorizar a evolução da gravidez, detectar antecipadamente e tratar as

⁵ Primeira gestação da mulher

intercorrências mais recorrentes neste período (HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013).

Nas últimas décadas houve redução da mortalidade infantil no Brasil. Tal fato está principalmente relacionado com ações dos serviços de saúde e entre elas, a assistência ao pré-natal. A maioria, 292 (100%) realizaram o pré-natal. (BRASIL, 2012b).

Conforme a Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 a consulta de enfermagem é uma ação realizada privativamente pelo enfermeiro e tem como principal objetivo oportunizar condições para a promoção da saúde da gestante e melhoria na qualidade de vida dessa mulher (COFEN, 1987).

O enfermeiro é o principal responsável para abertura do pré-natal e acompanhamento da gestante através da consulta de enfermagem, demonstrando interesse pela gestante e pelo seu modo de viver a vida, ouvir reclamações e considerar suas preocupações e angustias referente à gestação. Podendo assim contribuir com mudanças concretas e saudáveis na vida das gestantes, da sua família e da comunidade em si, realizando um papel educativo (COUTINHO *et al.*, 2014).

Tendo em consideração o pré-natal a maioria, 292 realizaram o pré-natal, dessas 267 (91,44%) realizaram o pré-natal em serviço pública de saúde – UBS, dados se assemelham ao estudo de Santos *et al.*, (2018). A mulher deve procurar atendimento no território de cobertura da sua moradia, a UBS deve ser a porta de entrada para realização do pré-natal, como menciona a linha guia do MS (SESA, 2018). A UBS é considerada o melhor lugar para acolher as demandas durante a gravidez e realizar um cuidado longitudinal e continuado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Conforme o MS e o programa de RMP são imprescindíveis que o início do pré-natal seja <14 semanas de gestação, os resultados dessa pesquisa trouxeram que 232 (79,45%) que iniciaram o pré-natal <14 semanas de gestação, a RMP quer garantir que até 2020 acesso e atenção, promovendo para a população segurança e qualidade na gestação, parto e puerpério e que haja funcionamento da rede de atenção materno e infantil em todo o Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A maioria das fichas de pré-natal, 260 (89,04%) foi aberta por enfermeiros. Vale ressaltar a importância do enfermeiro no processo de atendimento à gestação. Assegurado pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, a Portaria n.

1.459/2011 do MS, o enfermeiro está habilitado a acompanhar todo o pré-natal de baixo risco, como também fornecer assistência ao parto de baixo risco, ao puerpério e à criança, além de orientar sobre o parto normal, amamentação com o objetivo de promover a saúde e evitar distúrbios no processo saúde doença (BRASIL, 2011).

É de extrema importância para avaliação do risco gestacional, anotar os problemas de saúde atuais e prévios e a história obstétrica. Deve-se identificar através de anamnese e exame físico a história clínica com o objetivo de identificar gestantes com situações de saúde que podem complicar a gravidez, como diabetes pré-gestacional, a hipertensão, as cardiopatias, os distúrbios da tireóide e os processos infecciosos, incluindo IST (BRASIL, 2012).

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) existe três estratificações de risco para a gestante são elas, Risco Habitual (RH), Risco Intermediário (RI) e Alto Risco (AR). RH corresponde às gestantes que não apresentam fatores de risco. RI são gestantes que apresentam fatores riscos relacionados às particularidades individuais como raça, etnia, idade, escolaridade. AR trata-se de gestantes que apresentam fatores de risco correlacionados a doenças prévias da gestação como hipertensão arterial, dependente químico, cardiopatas, pneumopatas, nefropatas, diabetes, hipertireoidismo e outras comorbidades (SESA, 2018).

As gestantes dessa pesquisa foram classificadas 55 (18,84%) como alto risco, essas gestantes devem ser acompanhadas em hospitais de alta complexidade que contenham UTI adulto, UTI neonatal e pediátrica ou em ambulatórios especializados (SESA, 2018).

Vale ressaltar nesse estudo, a importância da anamnese e do registro/anotações de enfermagem. As anotações são consideradas um instrumento de enfermagem legal, que deve ser preenchido com autenticidade e veracidade, pois o mesmo fornece informações a respeito dos cuidados prestados e serve como ferramenta para avaliação dos pacientes (BORSATO *et al.*, 2011). Em contrapartida, as gestantes classificadas como risco intermediário 34 (11,64%) não indicavam o porquê da classificação, e as demais tinham como causas comorbidades diversas.

É imprescindível que se reconheça os fatores de risco gestacional com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e com isso amplificar o acesso de qualidade. As gestantes denominadas de “alto risco” são gestantes que

devem ser acompanhado devido os fatores de risco, pois podem apresentar maior probabilidade de evolução gestacional desfavorável (BRASIL, 2012).

A mulher quando realiza a abertura do pré-natal deve ser realizado anamnese da paciente, e anotado as informações relevantes, com base nisso, deverá ser selecionado a estratificação de risco da gestante, mesmo sabendo a importância de estratificar a mulher durante o período gestacional para que ela faça um acompanhamento correto, constituindo um instrumento de melhoria nos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil Santos *et al.* (2018), 117 (40,27%) delas não foram informadas sobre o risco gestacional nem estratificadas.

De acordo com o MS e conforme assegurado pela Lei do Exercício Profissional pelo Decreto nº 94.406/87, o enfermeiro pode realizar o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, é apto para realizar consultas, acompanhamento de gestantes, e também promoção de vínculo entre mãe e filho. O profissional que realizou a abertura no SISPRENATAL como a primeira consulta foi o enfermeiro 119 (40,75%), a consulta de enfermagem é uma ação independente que deve ser realizada privativamente pelo enfermeiro (ASSUNÇÃO *et al.*, 2019).

Maiorias das gestantes relataram não ter continuado o tratamento na UBS de origem 205 (70,3%), e quando perguntado o porquê não continuou a grande maioria das respostas 282 ficou em não se aplica. Dado pode estar relacionado a erro durante a entrevista das gestantes.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, recomenda-se que para um pré-natal adequado, deve haver a realização de pelo menos seis consultas. Dado assemelha-se a esta pesquisa e a de Gomes; César (2013) na qual a maioria das gestantes realizou 6 consultas ou mais.

Durante o período gestacional a mulher sofre mudanças corporais e isto interfere diretamente na saúde e desenvolvimento do feto. Os cuidados com a saúde bucal devem ser realizados e é considerado vital para evitar os fatores de risco (GONÇALVES; SONZA, 2018). Apesar da importância, foi observado que 213 (72,95%) não haviam realizado o atendimento odontológico. Conforme a pesquisa de Gonçalves; Sonza (2018), as gestantes costumam esquivar-se das consultas odontológicas por desinformação, ou achar que a consulta não é prioritário.

De acordo com Instituto Nacional do Câncer (INCA), ocorrem aproximadamente 530 mil novos casos de câncer de colo do útero no mundo, o mesmo é considerado o quarto tipo de câncer mais comum que atinge mulheres,

responsável por 265 mil óbitos por ano (INCA, 2019). Apesar de este dado ser alarmante, 184 (62,8%) não realizou o exame de Papanicolaou. Esse dado mostra a fundamental importância dos métodos educativos com essa população, não somente para aumentar a frequência e a adesão à busca de atendimento, como para fortalecer os sinais e sintomas de alerta para a detecção precoce do câncer (BRASIL, 2013).

O exame das mamas é de extrema importância para a detecção de lesões palpáveis precoces, das gestantes 126 (43%) não realizaram o exame. O enfermeiro também deve solicitar o exame de mamografia quando houver indicação clínica, como nódulo, pele da mama com aspecto de casca de laranja, irritação ou abaulamento da pele, edema e eritema, a solicitação pode ser realizada pelo profissional da UBS. O enfermeiro deve realizar orientações sobre a forma que o exame é feito e interagir com a usuária reforçando a importância da realização do exame (BRASIL, 2013).

Para categorizar a qualidade do cuidado no pré-natal é utilizado o índice de Kessner, que categoriza o mesmo como adequado, intermediário e inadequado com base no trimestre de início da assistência, número de consultas em conjunto com a idade gestacional da mulher, além da associação entre a atenção ao pré-natal e os efeitos do nascimento, como prematuridade e baixo peso ao nascer. Maioria das gestantes 214 (73,29%) classificou o pré-natal como inadequado. Quanto ao número adequado de consultas que devem ser realizadas o índice de Kessner segue as recomendações do Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) (SILVA; LIMA; COSTA; FILHO, 2013).

Os exames laboratoriais durante o período do pré-natal são de extrema importância para tomar condutas, e permitem um acompanhamento específico e detalhado do estado de saúde da mulher ainda no início do processo gestacional, dessas 286 (97,95%) das gestantes realizaram os exames laboratoriais solicitados. No estudo de Balsells (2018), em contrapartida, trouxe que a maioria das gestantes não realizou os exames laboratoriais de forma adequada. Vale ressaltar que para o controle de sífilis e do HIV, é recomendado que pelo menos 90% das gestantes realizem o exame durante o início do pré-natal, não realizar os exames está de modo direto associado às altas taxas de transmissão vertical da infecção por sífilis e HIV e a fato de óbitos perinatais evitáveis.

Na Linha Guia (2018) do programa RMP, reforça que a gestante deve ser orientada a qual serviço buscar atendimento na hora do parto, dessas 282 (96,58%) sabia qual unidade de saúde procurar quando houvesse intercorrência relacionado ao parto ou na hora do nascimento do bebê. Porém, 180 (61,64%) não visitaram a maternidade antes do parto para conhecer o local.

Vale lembrar que para um atendimento de qualidade o enfermeiro deve fortalecer a assistência prestada com a paciente, através do diálogo quanto à importância do pré-natal, realização dos exames laboratoriais e procedimentos realizados durante as consultas de pré-natal. Das gestantes, 226 (77,40%) relataram que estavam satisfeitas com o pré-natal. E, 265 (90,75%) informaram que durante o pré-natal não se sentiram desrespeitada (GRANDO *et al.*, 2012).

A educação em saúde são ações que permitem uma afinidade entre o profissional de saúde e as usuárias do serviço, além de promover uma assistência humanizada. Salientando a importância do grupo de gestante, 258 (88,36%) não participaram desse processo de aprendizagem. Constitui como uma das funções do enfermeiro desenvolver ações educativas com pacientes, visando promover a saúde (PIO; OLIVEIRA, 2014).

O período gestacional é ciclo importante na vida de qualquer mulher e refere a um período em que ocorrem muitas dúvidas sobre o ciclo gravídico. É um período que ocorre mudanças físicas e emocionais na mulher, o corpo se transforma a cada dia e isso traz muitas dúvidas às futuras mães (SILVA, 2013). De acordo com essa pesquisa, 206 (70,56%) das gestantes buscaram informações sobre o período em que se encontravam grávidas. Dessas, 183 (62,67%) procuraram informações na internet, dado bem expressivo. Mesmo levando em consideração a experiência de vida, mãe/sogra 235 (80,46%) não foram consultadas, juntamente com amigas 254 (86,99%). Apesar de serem consideradas próximas, a maioria optou por buscar informações na *internet* para sanar as dúvidas que surgiam no decorrer do período gestacional. Os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento do pré-natal, médicos e enfermeiros, 231 (79,11%) e 252 (86,30%) respectivamente, também não foram procurados para responder as dúvidas que surgiram.

Desde 1999 a Secretaria Municipal da Saúde com apoio do princípio de descentralização do SUS, utilizada da distritalização como forma de organização administrativa. A cidade de Foz do Iguaçu está dividida em cinco Distritos Sanitários.

O mapa da Figura 2 apresenta a cidade de Foz do Iguaçu e os cinco Distritos Sanitários.

Figura 2 – Mapa da cidade de Foz do Iguaçu e os cinco Distritos Sanitários



Fonte: Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu, Plano Municipal de Saúde 2010-2013

Conforme a lei complementar Nº 303, de 20 de dezembro de 2018, aprovada pela Câmara Municipal e sancionada pelo Prefeito da cidade, delimitou os novos perímetros urbanos da cidade. Existiam 290 bairros na cidade, a nova lei alterou para 37, os dividindo em 12 regiões (FOZ DO IGUAÇU, 2018). O distrito Norte, 67 (22,9%) foi o mais citado como inadequado quando avaliado a assistência ao pré-natal, na região Norte fica localizado os bairros da Vila C, Cidade Nova, Porto Belo e

outros. Depois de sancionada a lei, agora essa região é conhecida como, Região II que contempla os bairros Cidade Nova, Bairro Itaipu Binacional, Bairro Pólo Universitário e Bairro Porto Belo. Considerado uma área carente na cidade de Foz do Iguaçu.

O mapa da Figura 5 demonstra as novas 12 regiões criada a partir da lei complementar nº303, de 20 de dezembro de 2018.

Figura 3 – Mapa de Foz do Iguaçu, dividido por 12 regiões.



Fonte: Foz do Iguaçu (2018)

9 CONCLUSÃO

A partir da análise dos resultados sobre o perfil sócio econômico de mulheres atendidas no pré-natal em uma cidade referência no atendimento a gestante de alto risco, evidenciou-se que a população feminina tinha a faixa etária mínima de 10 anos e máxima de 43 anos de idade; era branca; com companheiros; com nível médio completo ou incompleto.

Ao caracterizar as gestantes, foi evidenciado que a maioria era não primigesta, com interpartal maior de 1 ano, tinha história obstétrica anotada, a maioria havia realizado pré-natal, as consultas foram realizadas em UBS conforme preconiza o MS e as consultas foram realizadas por enfermeiros.

Classificadas na sua maioria como risco habitual, a maioria foi informada sobre o risco gestacional, porém, uma parcela importante relata não ter sido comunicada, sabemos da importância da estratificação no início do pré-natal, esclarecendo e alertando as gestantes locais que deva procurar auxílio em caso de dúvidas ou problemas relacionados à gestação.

Este estudo possibilitou um olhar mais crítico sobre a assistência prestada a essas gestantes, analisando as características sócio demográficas e obstétricas da população estudada, destacando a importância das anotações fornecidas e realizadas sobre a anamnese e classificação de risco, com a intenção de conhecer as gestantes, suas particularidades e as necessidades de cada uma.

A promoção da saúde deve ser compreendida como uma importante vertente para a prevenção de doenças e complicações no processo de adoecimento, além de ser um meio de transmissão de informações em saúde por meio do processo educativo, sendo assim, promovendo o enfrentamento de situações que acabam interferindo na qualidade de vida das pessoas.

Com as informações obtidas nesse estudo, estima-se que estudos futuros sejam realizados com base nas informações colhidas nessa pesquisa, visando melhorias no atendimento a gestante. Criando projetos de promoção e prevenção da saúde, trabalhar a educação continuada com os enfermeiros, visto que a maioria dos profissionais que estava presente durante o período gravídico era os enfermeiros.

10 REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. D. SANTOS, J. S. MAIA, M. A. C. MELLO, D. F. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery**. v. 19, n.1, p. 181-186. 2015.

ANDRIGUE, K.C.K. TRINDADE, L D L. AMESTOY, S C. Formação acadêmica e educação permanente: influências nos estilos de liderança de enfermeiros. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental Online**. v.9, n.4, p. 971-977, 2017.

ANJOS, J. C. S. PEREIRA, R. R. FERREIRA, P. R. C. MESQUITA, T. B. P.PICANÇO JÚNIOR, O. M. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco. **Revista Paraense de Medicina**. v.28, 2014.

ASSUNÇÃO, C. S. RIZZO, E. R.. SANTOS, M. E. BASÍLIO, M. D. MESSIAS, C. M. CARVALHO, J. B.O Enfermeiro no Pré-Natal: Expectativas de Gestantes. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. v.11, n.3, p.576-581, 2019.

BAGGIO, M. A. PEREIRA, F. C. GUIMARÃES, A. T. B. CALDEIRA, S. VIERA, C. S. Programa rede mãe paranaense: análise da atenção pré-natal em uma regional de saúde. **Cogitare Enfermagem**. v.21, n.3, p. 01-10, 2016.

BARBOSA, C. P. AIRES, J. B. FARIAS, I. Y. S. LINHARES, F. M. P. GRIZ, S. M. S. Educação em saúde auditiva do neonato e lactente para profissionais de enfermagem. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 79, n. 2, p. 226-232, 2013.

BALSELLS, M. M. D. et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 247-254, 2018.

BORSATO, F. G. ROSSANEIS, M. A. HADDAD, M. C. F. L. VANNUCHI, M. T. O. VITURI, D. W. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n.4, p.527-533, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N°569, de 1º de Junho de 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 19 mar. 2019.

BRASIL. **Resolução da CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem [Internet]**. Brasília (DF); 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80 p.: il. – (Série I. História da Saúde).

BRASILb. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha [*Internet*]. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 22 mar. 2019.

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CARDOSO, E. B. Em defesa da pátria: proteção social, infância e maternidade no Estado Novo. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, v.4, n. 8, 2012.

CASSIANO, A. C. M. CARLUCCI, E. M. S. GOMES, C. F. BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público Brasília*, v.65, n.2, p.227-244, 2014.

CARVALHO, S. M. et al. Práticas educativas na promoção da amamentação e valorização da cultura: uma análise de experiência. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental Online*. p. 793-796, 2010.

COFEN. DECRETO N 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 20 mar. 2019.

COUTINHO, T. MONTEIRO, M. F. G. SAYD, J. D. TEIXEIRA, M. T. B. COUTINHO, C. M. COUTINHO, L. M. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 11, p. 563-569, 2010.

COUTINHO, E. C. SILVA, C. B. CHAVES, C. M. B. NELAS, P. A. B. PERREIRA, V. B. C. AMARAL, M. O. DUARTE, J. C. Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, p. 17-24. 2014.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n. 12, p. 2647-2655, 2006.

FELCZAK, C. RAVELLI, A. P. X. SKUPIEN, S. V. RICKEN, M. H. BAYER, L. C. D. ALMEIDA, E. A. Perfil de gestantes cardiopatas: alto risco. **Cogitare Enfermagem**. v.23, n.2, 2018.

FOZ DO IGUAÇU. Diário oficial. LEI COMPLEMENTAR Nº 303, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2018. Disponível em: http://www.pmfi.pr.gov.br/ArquivosDB?idMidia=106581&fbclid=IwAR08v96Jl37izS8VWpf0wr4smvhtaGKELrr1QstNhsy63J8O-IlxH_Q7ykU Acesso em: 30 abr. 2019.

FOZ DO IGUAÇU. Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu, Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013. Disponível em: <http://www.pmfi.pr.gov.br/Portal/VisualizaObj.aspx?IDObj=10950>. Acesso em: 02 mai. 2019.

GOMES, R. M. T. CÉSAR, J. A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.8, n.27, p.80-9, 2013.

GONÇALVES, P. M. SONZA, Q. N. Pré-natal odontológico nos postos de saúde de Passo Fundo/RS. **Journal of Oral Investigations**, v.7, n.2, p. 20-32, 2018.

GRANDO, T. CARDOSO, S. M. M. FONTANA, R. RODRIGUES, F. C. P. Consulta pré-natal: Satisfação das usuárias do SUS. **Cogitare Enfermagem**. v.17, n.2, p.336-41, 2012.

JARDIM, M. J. A. SILVA, A. A. FONSECA, L. M. B. Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. v.11, p. 432-440. 2019.

JUNIOR, A. R. F. FILHO, J. T. O. RODRIGUES, M. E. N. G. ALBUQUERQUE, R. A. S. SIQUEIRA, D. D. ROCHA, F. A. A. O enfermeiro no pré-natal de alto risco: papel profissional. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 41, n. 3, p. 650-667, 2017.

IBGE. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 20 fev. 2019.

IBGE. Cidades e estados. Paraná. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html>?acesso em: 20 mar. 2019.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Gestor e Profissional de Saúde. Conceito e Magnitude. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude> Acesso em: 27 mar. 2019.

IPARDES. Instituto Paranaense de desenvolvimento Econômico e Social. Caderno estatístico Município de Foz do Iguaçu. Março, 2019. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85850> Acesso em: 22 mar. 2019.

HASS, C. N. TEIXEIRA, L. B. BEGHETTO, M. G. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 22-30, 2013.

LINHA GUIA. REDE MÃE PARANAENSE. 7ª Edição, 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf. Acesso em: 22 mar. 2019.

LISBOA, L. ABREU, D. M. X. LANA, A. M. Q. FRANÇA, E. B. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-2011*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Brasília, v.24, n.4, p.711-720, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede Cegonha. Portaria N° 650, de 5 de outubro de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html. Acesso em: 19 mar. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede cegonha reduz mortalidade materna em 21% no 1º ano do programa, diz saúde [Internet]**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/rede-cegonha-reduz-mortalidade-materna-em-21-no-1o-ano-doprograma-diz-saude>. Acesso em: 22 mar. 2019.

MOREIRA, M. LOPES, J. CARVALHO, M. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7.

MORSE, M. L. FONSECA, S. C. BARBOSA, M. D. CALLI, M. B. EYER, F. P. C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.4, p. 623-638, abr. 2011.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (UNOBR). 17 objetivos para transformar nosso mundo. Agenda 2030. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/> Acesso em: 27 nov. 2017.

OLIVEIRA, H. M. GONÇALVEZ, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF) v. 57, n. 6, p. 761-3, 2004.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DO SAÚDE DO PARANÁ (SESA). Programa Rede Mãe Paranaense: Linha guia. [Internet] Paraná: SESA; 2012. Disponível: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm_1.pdf. Acesso em: 22 mar. 2019.

PEREIRA, F. G. F. PINHEIRO, S. J. CAETANO, J. Á. ATAÍDE, M. B. C. Características de práticas de educação em saúde realizadas por estudantes de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. v.21, n. 2, p. 01-07, 2016.

PEREIRA, S. S. M. OLIVEIRA, M. N. J. KOLLER, J.M. R. C. MIRANDA, F. C. A. RIBEIRO, I. P. OLIVEIRA, A. D. S. Perfil de Gestantes Acometidas de Parto Prematuro em uma Maternidade Pública. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. v.10, n. 3, p. 758-763, 2018.

PEREIRA, S. S. M. OLIVEIRA, M. N. J. KOLLER, J. M. R. C. MIRANDA, F. C. A. RIBEIRO, I. P. OLIVEIRA, A. D. S. Perfil de Gestantes Acometidas de Parto Prematuro em uma Maternidade Pública. **Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**,v. 10, n.3, p. 758-763, 2018.

PIZZO, L.G.P. ANDRADE, S.M. SILVA, A.M.R. MELCHIOR, R. GONZALEZ, A.D. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.23, n.3, p.908-918, 2014.

PIO, D.A. M. OLIVEIRA, M.M.. Educação em Saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde e Sociedade**. v.23, n.1, p.313-324, 2014.

ROCHA, B. S. ANDRADE, M. A promoção da saúde na assistência pré-natal realizado pelos enfermeiros no programa de saúde da família. **Informe-se em promoção da saúde**, v.4, n.1, p. 28-30, 2008.

SALCI, M. A. MACENO, P. ROZZA, S. G. SILVA, D. M. G. V. BOEH, A. E. HEIDEMANN, I. T. S. B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 224-30, 2013.

SANTOS, L. A. V. LARA, M. O. LIMA, R. C. R. ROCHA, A. F. ROCHA, E. M. GLÓRIA, J. C. R. RIBEIRO, G. C. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais. ***Ciência Saúde Coletiva [Online]***, v. 23, n. 2, p. 617-625. 2018

SAÚDE. Mãe Curitibana. Disponível em:

<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mae-curitibana> Acesso em: 19 set. 2019

SESA. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Linha Guia – Rede Mãe Paranaense. [Internet] Paraná: SESA, 2018. Disponível em:

http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf Acesso em: 16 mar. 2019.

SILVA, E. P. LIMA, R. T. COSTA, M. J. C. FILHO, M. B. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. ***Revista Panamericana de Salud Pública***. v.33, n.5, p.356–62. 2013.

SILVA, E.A.T. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. ***Revista O Mundo da Saude***, v.37, n.2. p.208-215, 2013.

SOUZA, V. B. ROECKER, S. MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. ***Revista Eletrônica de Enfermagem***, v.13, n.2, p.199-210, 2011.

11 APÊNDICES

11.1 APÊNDICE A

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Número do Instrumento/Ficha:.....(ordem para digitação)
 Data da Entrevista: ___/___/___ Entrevistador(es):.....e:
 () 9ª RS () 10ª RS () 17ª RS
 Município do parto:.....Hospital do parto:.....
 Data Admissão:___/___/___ Data Parto: ___/___/___ Data ALTA: ___/___/___
 Nome da Puérpera:
 Registro Hospitalar (Prontuário):
LOCAL DE RESIDÊNCIA
 Endereço:Nº:.....
 Bairro:
Complemento:.....
 Cidade:
 UBS/USF de referência:.....
 Telefone materno c/ whatsapp se possível:.....
 Acesso ao facebook materno:
 Telefone paterno:.....
 Telefone (s) parente mais próximo:
 OBS do Entrevistador:

OBSERVAÇÃO PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO:

Na 3ª COLUNA geralmente há 2 opções de fonte para obtenção de dados ASSINALE A (s) FONTE (s) de coleta.

I. Aspectos Sócio-Demográficos

1. Idade _____ anos. Prontuário()
2. Raça/cor:
 (1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena Prontuário)
3. Situação conjugal:
 (1) Com companheiro (2) Sem companheiro Prontuário() Entrevista ()
9. Escolaridade MÃE:anos de estudo da MÃE da criança
 (1)Fundamental-Compl.

- (2) Fundamental-Incompl.
- (3) Médio Compl.
- (4) Médio-Incompl.
- (5) Superior-Compl.
- (6) Superior-Incompl.
- (7) sem escolaridade

Prontuário () Entrevista ()

11. Condição de Ocupação materna
- 1) Remunerada Qual profissão?
 - (2) Não remunerada

Entrevista ()

II. Antecedentes clínicos (ANTES DE ENGRAVIDAR)

15. Foi orientada por profissional da saúde sobre os Antecedentes e Risco Gestacional:

- (1) Sim Qual profissional?.....
- (2) Não Por quê? _____
- (99) Não se aplica

CPN ()

Prontuário ()

Entrevista ()

III. História da GESTAÇÃO ANTERIOR

28. Nº gestações anteriores:

- (1) Nenhuma gestação anterior - **VÁ para item IV questão 36**
- (2) Uma (3) Duas (4) Três (5) Quatro (6)

Prontuário ()

Cartão Pré-natal

(CPN)

33. Intervalo Interpartal < 1 ano:

- (1) Sim Motivo/causa:.....
- (2) Não Prontuário () Entrevista ()

34. História obstétrica pregressa anotada no Cartão Pré-Natal

- (1) Sim (2) Não Por quê? _____
- (99) Não se aplica

CPN () Prontuário () Entrevista ()

III. Assistência Pré-Natal (GESTAÇÃO ATUAL)

IV.

37. Realizou Pré-Natal:

- (1) Sim (2) Não Por quê? _____
- CPN () Prontuário ()

38. Local que realizou o pré-natal:

- (1) UBS
- (2) ambulatório público especializado

CPN () Prontuário () Entrevista ()

60. Consulta com Odontologia:

(1) uma (2) duas (3) três (4) quatro (5) ≥ 5 (6) não fez - **responda a questão 61**

CPN () Entrevista ()

62. Participou grupo gestantes Pré-natal:

(1) Sim (2) Não por quê?.....**(VÁ para questão 68)**

Entrevista ()

68. Na gestação buscou informação sobre gravidez, parto e bebê:

(1) Sim (assinale a questão a seguir)

(2) Não Por quê?.....

.....**(VÁ para questão 72)** Entrevista ()

69. Qual(is) fonte de informação sobre a gravidez/parto/bebê:

(1) Internet (2) mãe/sogra (3) amigas (4) programa TV (5) livro/revistas (6) c/ enfermeiro (7) com médico (8) outro profissional.....

(9) Outra fonte..... (99) Não se aplica

Entrevista ()

72. Assistência Pré-Natal (Classificação Adequação Pré-Natal):

Início do PN: () < 14^a sem.

() 14^a - 27^a sem.

() > 27^a sem.

Nº de consultas: () 6 ou mais () 3 a 5 () 0 a 2

CPN ()

74. FEZ exames Laboratoriais durante o Pré-Natal:

(1) Sim (2) Não Por quê?.....

(88) Sem registro

CPN () Entrevista ()

81. Classifique a Adequação do processo de atendimento Pré-Natal (COUTINHO, 2010)

(1) Adequado

(2) Intermediário

(3)

Inadequado

ADEQUADO (preenche TODOS os critérios): Início do PN anterior a 14 semanas; 6 ou mais consultas; IG, AU, PA e peso materno: 5 ou mais registros; BCF: 4 ou mais registros; apresentação fetal: 2 ou mais registros. Exames laboratoriais básicos (ABO-Rh e Hb/Htc: 1 registro; glicemia, VDRL e urina I: 2 registros).

INADEQUADO (ocorrência de, pelo menos, UMA das condições): Início do PN após 27 semanas; 2 ou menos consultas; IG, AU, PA, peso materno, BCFs: 2 ou menos registros ou nenhum registro de apresentação fetal. Nenhuma anotação de exame laboratorial.

INTERMEDIÁRIO: é definido pelas demais associações. (DIGITADOR)

82. Exame das mamas:

(1) Sim (2) Não Motivo?.....

(88) Sem registro

CPN () Entrevista ()

86. Coleta de Citologia Oncótica:

(1) Colhido preventivo no pré-natal

(2) Não realizou

(3) colheu antes da gravidez num período menor de 1 ano

CPN () Entrevista ()

93. Foi informada que hospital procurar em caso de emergência:

(1) Sim Qual?

(2) Não Entrevista()

94. Visitou a maternidade antes do parto:

(1) Sim (2) Não Por quê?

..... Entrevista()

103. Em algum momento dos atendimentos no PRÉ-NATAL se sentiu DESRESPEITADA por algum profissional:

(1) Sim (responda as questões a seguir)

(2) Não **VÁ para questão 106**

Entrevista()

11.2 APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido você para participar desta pesquisa intitulada “**Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto e puerpério e da criança**”. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a Implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária. Este estudo foi autorizado pela 10ª RS de Cascavel, 9ª RS de Foz do Iguaçu e 17ª RS de Londrina e com parecer favorável de 2017 do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR.

Precisaremos encontrar você em três momentos para realizar entrevista: primeiro na maternidade; segundo visitando sua casa seis meses após o parto; terceiro, um ano e seis meses após o parto, todas as duas visitas iremos ligar para você e agendar data e horário, respeitando sua disponibilidade. Iremos perguntar sobre como foi o seu pré-natal, parto, puerpério e seguimento do seu filho após alta a maternidade. Em momento algum seu nome será divulgado, garantimos o sigilo e anonimato, visto que você será identificada com a letra M (mãe/usuária) e numerada pela ordem das entrevistas (1, 2, 3, etc).

Durante a entrevista, se você se sentir desconfortável, poderemos encerrá-la, bem como, você poderá se recusar a participar do estudo a qualquer momento. Não será cobrado, nem pago qualquer valor ou honorário, para você participar do estudo. Solicito sua autorização para que as informações possam ser utilizadas na pesquisa, nos artigos a serem publicados e nas apresentações de trabalhos em eventos. Os resultados poderão subsidiar propostas de ações para melhorar a assistência das mulheres e crianças nos serviços de saúde na Rede Mãe Paranaense. O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra arquivada com o pesquisador. Para maiores informações ou em caso de não querer mais participar do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina pelo telefone (43)3371-4000.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do estudo.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Como pesquisador, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

Pesquisador

Cidade:.....-PR,.....de.....de 201_

12 ANEXO

12.1 ANEXO A

COMITÉ DE ÉTICA



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE MÃE PARANANENSE NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA: O CUIDADO DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E DA CRIANÇA

Pesquisador: Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67574517.1.1001.5231

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.053.304

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa avaliativa que apresenta como intuito completar a tríade das pesquisas avaliativas (gestores, profissionais que atendem a população e usuários) tendo como foco a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária em municípios de três Regionais de Saúde. Para isto, utilizar-se-á tanto a abordagem quantitativa, a partir dos sistemas de informação, como a abordagem qualitativa para compreender como está sendo realizada a assistência materno-infantil após a implantação desta rede.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde nos municípios das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as mulheres e crianças segundo variáveis socioeconômicas e demográficas; Caracterizar a assistência pré-natal, ao parto, puerpério e seguimento da criança nas Regionais de Saúde; Identificar os determinantes para agravos materno-infantis nas Regionais de Saúde;

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.053.304

Descrever a assistência no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança prestada nas Regionais de Saúde conforme os objetivos do Programa Rede Mãe Paranaense; Verificar a relação entre a organização da rede assistencial nas Regionais de Saúde e a adequação do cuidado no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança; Apreender a percepção da mulher sobre a assistência prestada nas Regionais de Saúde.

no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Tendo em visto o fato de que uma das estratégias de coleta de dados será entrevista com gravação, pode haver constrangimento da participante do estudo. Da mesma forma, caso tenham ocorridos eventos negativos na vivência do ciclo gravídico puerperal em análise, falar sobre o mesmo pode gerar desconforto emocional. Os pesquisadores se comprometem a acolher e tomar as providências cabíveis para cada caso específico, de acordo com o ítem V da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.

Benefícios:

A partir dos resultados obtidos do presente estudo espera-se que estes possam subsidiar propostas de ações que visam cumprir os objetivos e princípios da Rede Mãe Paranaense e, por conseguinte, que gestores favoreçam a oferta de recursos adequados e suficientes (materiais, estrutura e humanos) aos profissionais que prestam assistência à mulher gestante, parturiente, puérpera e criança nos diferentes níveis de cuidado que atenda as expectativas dos usuários, um direito de todos. Também que, no âmbito do ensino e pesquisa, instigue novas investigações na temática em outras Regionais de Saúde do Paraná, bem como em outros estados brasileiros. Haverá benefício direto às participantes por meio de orientações em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a avaliação da implementação de políticas na área de saúde da mulher.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisas Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.053.304

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_727323.pdf	26/04/2017 07:09:44		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoASSINADA.pdf	26/04/2017 07:08:37	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEvf.pdf	08/04/2017 10:18:51	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	vfProjeto_Detalhado.pdf	08/04/2017 10:17:39	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HUOPCascavel.pdf	08/04/2017 10:12:40	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HU.pdf	08/04/2017 10:10:27	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_SESA.pdf	08/04/2017 10:10:04	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 09 de Maio de 2017

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br