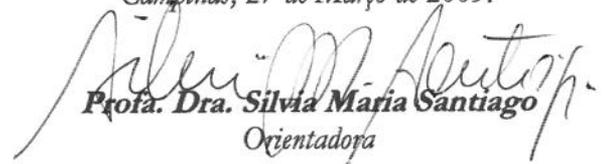


**ELIZABETH ERIKO ISHIDA NAGAHAMA**

*Este exemplar corresponde à versão final da  
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências  
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de  
Mestre em Saúde Coletiva.*

*Campinas, 27 de Março de 2003.*

  
**Prof. Dra. Silvia Maria Santiago**  
Orientadora

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA  
PRÉ-NATAL: A QUESTÃO DA RESOLUTIVIDADE**

**CAMPINAS**

**2003**

**UNICAMP**  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

**ELIZABETH ERIKO ISHIDA NAGAHAMA**

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA  
PRÉ -NATAL: A QUESTÃO DA RESOLUTIVIDADE**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós - Graduação  
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre  
em Saúde Coletiva.*

**ORIENTADORA: PROFA. DRA. SILVIA MARIA SANTIAGO**

**CAMPINAS**

**2003**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

N131a

Nagahama, Elizabeth Eriko Ishida

Avaliação de um programa de assistência pré-natal: a questão da resolutividade / Elizabeth Eriko Ishida Nagahama. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador : Silvia Maria Santiago

Dissertação ( Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Avaliação. 2. Cuidado pré-natal. 3. Saúde materno-infantil. I. Silvia Maria Santiago. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	UNICAMP
	N131a
V	EX
TOMBO BCI	55638
PROC.	16-124/03
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	17/09/03
Nº CPD	

CM00188503-9  
bib id 299989

# Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

**Orientador: Profa. Dra. Silvia Maria Santiago**

## **Membros:**

**1. Profa. Dra. Silvia Maria Santiago**

**2. Profa. Dra. Angela Maria Bacha**

**3. Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka**

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

**Data: 27/03/2003**

20030960

***DEDICO ESTE TRABALHO...***

*Ao meu filho, Victor Hugo, fonte de alegria, que na sabedoria dos seus cinco anos soube compreender e tolerar minhas ausências.*

*Ao meu esposo, Luís Cláudio, pela compreensão, apoio e atenção.*

*Aos meus pais, exemplos de vida, pela preocupação, carinho e dedicação.*

*Vocês foram e sempre serão o meu maior estímulo para seguir em frente.*

*Este trabalho também pertence a vocês.*

A Deus, por iluminar e estar presente em todos os meus caminhos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Silvia Maria Santiago, pelo incentivo, orientação e confiança na concretização deste trabalho.

Às sempre amigas Viviani, Éllen, Deise, Wladithe e Alexandra que acompanharam passo a passo o percurso deste caminho,

Ao meu irmão Renato, à Patrícia, Hiro e Hideki, pela acolhida em Campinas.

À minha irmã Cláudia, pelo incentivo.

À Diretoria de Enfermagem, a todos os colegas do Hospital Universitário de Maringá, especialmente à equipe do Ambulatório de Especialidades e funcionários do Serviço de Prontuário do Paciente.

À professora Cláudia, pela disponibilidade e ensinamentos na língua inglesa.

A todos os colegas de mestrado, pela troca de conhecimentos e amizade.

Aos docentes e funcionários do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pela cooperação.

À Coordenadoria de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (Capes), pelo apoio financeiro.

Às gestantes e seus filhos, fontes de inspiração, sem os quais esta pesquisa não teria sentido ou não existiria.

Enfim, a todos aqueles que deram idéias, sugestões, fizeram críticas, falaram palavras de ânimo, me estimularam e me suportaram, os meus sinceros agradecimentos.

*Vale a pena existir*

*De tudo ficaram três coisas:*

*A certeza de que estamos começando,*

*A certeza de que é preciso continuar e*

*A certeza de que podemos*

*ser interrompidos antes de terminar*

*Fazer da interrupção um caminho novo,*

*Fazer da queda um passo de dança,*

*Do medo uma escola,*

*Do sonho uma ponte,*

*Da procura um encontro,*

*E assim terá valido a pena existir!*

**Fernando Sabino**

---

	<b>PÁG.</b>
<b>RESUMO</b> .....	xxxiii
<b>ABSTRACT</b> .....	xxxvii
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	41
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	47
1.1. Avaliação em Saúde.....	49
1.2. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.....	54
1.3. O Programa Objeto do Estudo.....	57
1.4. Saúde Sexual e Reprodutiva e a Taxonomia das Necessidades de Saúde...	60
1.5. Resolutividade.....	65
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	67
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	71
3.1. Coleta de Dados.....	73
3.2. Validação da Pesquisa.....	74
3.3. Aspectos Éticos da Pesquisa.....	74
3.4. Tratamento e Apresentação dos Dados.....	74
3.5. Plano de Análise.....	75
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	83
4.1. Descrição da População em Estudo.....	85
4.2. Avaliação do Processo de Trabalho da Equipe Multiprofissional.....	96
4.3. Descrição da Assistência ao Binômio no Parto, Nascimento e Puerpério....	167

<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>187</b>
5.1. Sobre os Resultados do Estudo.....	189
5.2. Avaliando esta Avaliação.....	194
5.3. Recomendações.....	197
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>201</b>
<b>7. APÊNDICES.....</b>	<b>227</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>245</b>

ABO-Rh	Tipagem sanguínea e fator Rh
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AIDS	Acquired immunological deficiency syndrome
AIG	Adequado para a idade gestacional
AISM	Atenção integral à saúde da mulher
APNCU	Adequacy of prenatal care utilization
AU	Altura uterina
BCF	Batimentos cardíco-fetais
BPN	Baixo peso ao nascer
CEMM	Comitê estadual de prevenção de morte materna do Paraná
DEN	Departamento de Enfermagem
DHEG	Doença hipertensiva específica da gestação
DIU	Dispositivo intra-uterino
DPP	Data provável do parto
DST	Doença sexualmente transmissível
DUM	Data da última menstruação
GIG	Grande para a idade gestacional
GTT	Teste de tolerância à glicose
Hb	Hemoglobina
Hbs Ag	Antígeno Hbs
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papiloma vírus humano

Ht	Hematócrito
HUM	Hospital Universitário de Maringá
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade gestacional
ITU	Infecção do trato urinário
LAM	Método da amenorréia da lactação
NIS	Núcleo integrado de saúde
NPEA	População não economicamente ativa
NV	Nascido vivo
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organizacion Panamericana de la Salud
PAISM	Programa de assistência integral à saúde da mulher
PEA	População economicamente ativa
PHPN	Programa de humanização no pré-natal e nascimento
PIG	Pequeno para a idade gestacional
PNAD	Pesquisa nacional por amostra domiciliar
PPNBR	Programa de assistência pré-natal às gestantes de baixo risco
PPNBR/HUM	Programa de assistência pré-natal às gestantes de baixo risco do Hospital Universitário de Maringá
RCIU	Restrição de crescimento intra-uterino
Rh	Rhesus
RN	Recém-nascido
SINASC	Sistema de informações de nascidos vivos
SUS	Sistema Único de Saúde

TIG	Teste imunológico de gravidez
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USG	Ultrassonografia gestacional
UTI	Unidade de terapia intensiva
VDRL	Venereal disease research laboratory
WHO	World Health Organization

	<i>PÁG.</i>
<b>TABELA 1:</b> Dados demográficos das gestantes atendidas no PPNBR/HUM–1998/2001.....	86
<b>TABELA 2:</b> Atividade econômica das gestantes atendidas no PPNBR/HUM–1998/2001.....	91
<b>TABELA 3:</b> História reprodutiva das gestantes atendidas no PPNBR/HUM– 1998/2001.....	94
<b>TABELA 4:</b> Distribuição das gestantes segundo número de consultas com enfermeiro do PPNBR/HUM – 1998/2001.....	101
<b>TABELA 5:</b> Índice comparativo de adequação na utilização do cuidado pré-natal segundo critérios do APNCU e PHPN.....	105
<b>TABELA 6:</b> Sumário comparativo do índice de adequação na utilização do cuidado pré-natal segundo critério APNCU entre os anos 1998 – 2001.....	109
<b>Tabela 7:</b> Indicadores de qualidade da assistência pré-natal de gestantes atendidas no PPNBR/HUM – 1998/2001.....	116
<b>Tabela 8:</b> Distribuição do número de consultas realizada pelos profissionais da equipe multiprofissional do PPNBR/HUM – 1998/2001.....	123
<b>Tabela 9:</b> Distribuição das gestantes segundo o motivo de consulta com médico obstetra do PPNBR/HUM - 1998 /2001.....	124
<b>Tabela 10:</b> Distribuição dos motivos da discussão de caso clínico com médico obstetra do PPNBR/HUM - 1998/2001.....	125

<b>TABELA 11:</b>	Distribuição das gestantes segundo motivo de encaminhamento ao ambulatório pré-natal de Alto Risco do HUM - 1998/2001.....	128
<b>TABELA 12:</b>	Distribuição das gestantes segundo motivo de consulta com nutricionista do PPNBR/HUM – 1998/2001.....	136
<b>TABELA 13:</b>	Distribuição das gestantes segundo motivo de consulta com assistente social do PPNBR/HUM– 1998/2001.....	141
<b>TABELA 14:</b>	Distribuição das gestantes segundo motivo de consulta com fisioterapeuta do PPNBR/HUM– 2000/2001.....	143
<b>TABELA 15:</b>	Distribuição dos motivos de encaminhamento das gestantes ao médico obstetra/residente do setor de Pronto Atendimento do HUM - 1998/2001.....	144
<b>TABELA 16:</b>	Distribuição das gestantes segundo o local e motivo de encaminhamento interno.....	146
<b>TABELA 17:</b>	Intercorrências clínicas na consulta de revisão no puerpério tardio em puérperas atendidas no ambulatório PPNBR/HUM– 1998/2001.....	150
<b>TABELA 18:</b>	Assistência ao planejamento familiar em mulheres atendidas no PPNBR/HUM – 1998/2001.....	158
<b>TABELA 19:</b>	Indicações das cesáreas das gestantes atendidas no ambulatório PPNBR/HUM – 1998/2001.....	172
<b>TABELA 20:</b>	Intercorrências maternas no puerpério mediato durante a hospitalização – 1998/2001.....	181
<b>TABELA 21:</b>	Intercorrências durante a hospitalização nos recém-nascidos das mulheres atendidas no PPNBR/HUM– 1998/2001.....	183

	<i>PÁG.</i>
<b>FIGURA 1:</b> Fluxograma do processo de trabalho da equipe multiprofissional do PPNBR/HUM – 1998/2001.....	98
<b>FIGURA 2:</b> Distribuição das gestantes segundo número de consultas com enfermeiro do PPNBR/HUM 1998/2001.....	102
<b>FIGURA 3:</b> Distribuição dos exames laboratoriais realizado pelas gestantes atendidas no PPNBR/HUM – 1998/2001.....	113
<b>FIGURA 4:</b> Distribuição dos exames laboratoriais segundo critérios de adequação do PHPN e PPNBR/HUM.....	115
<b>FIGURA 5:</b> Indicadores de qualidade da assistência pré-natal segundo critérios de adequação do PHPN e PPNBR/HUM.....	122
<b>FIGURA 6:</b> Idade gestacional de encaminhamento ao ambulatório pré-natal de Alto Risco do HUM - 1998/2001.....	133
<b>FIGURA 7:</b> Distribuição do ganho de peso materno das gestantes atendidas no PPNBR/HUM – 1998/2001.....	137
<b>FIGURA 8:</b> Distribuição das mulheres atendidas no PPNBR/HUM segundo frequência à consulta de revisão puerperal.....	149
<b>FIGURA 9:</b> Situação do aleitamento materno no 30º dia de vida do recém-nascido de mulheres atendidas no PPNBR/HUM – 1998/2001..	152
<b>FIGURA 10:</b> Distribuição das mulheres atendidas no PPNBR/HUM segundo a idade gestacional de ocorrência do parto – 1998/2001.....	167

<b>FIGURA 11:</b> Distribuição das mulheres atendidas no PPNBR/HUM segundo o tipo de parto realizado – 1998/2001.....	168
<b>FIGURA 12:</b> Peso ao nascer dos recém-nascidos de mulheres atendidas no PPNBR/HUM– 1998/2001.....	178
<b>FIGURA 13:</b> Distribuição do tempo de permanência hospitalar das mulheres atendidas no PPNBR/HUM– 1998/2001.....	180

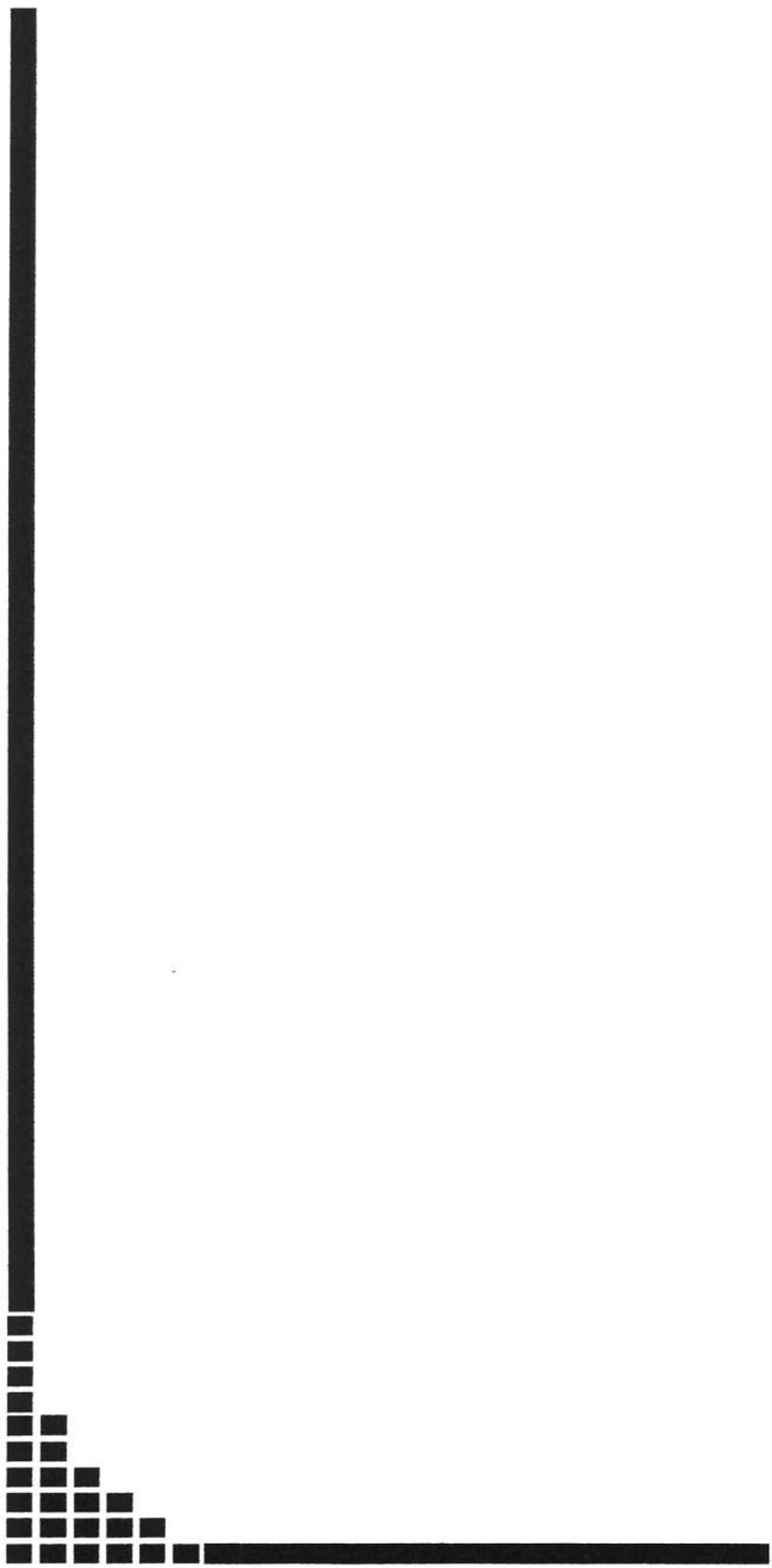
	<i>PÁG.</i>
<b>QUADRO 1:</b> Matriz de avaliação: processo.....	76



***RESUMO***

Este trabalho objetivou avaliar a qualidade da atenção do Programa de Assistência Pré-natal às Gestantes de Baixo Risco do Hospital Universitário de Maringá. A análise do processo correspondeu à avaliação da utilização do cuidado pré-natal e da capacidade resolutiva qualitativa da assistência prestada pela equipe multiprofissional, utilizando como critério de julgamento a garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida. A avaliação compreendeu um estudo retrospectivo do programa, efetuada através da transcrição de 213 prontuários hospitalares de gestantes, atendidas no período de janeiro/1998 a março/2001. Os dados coletados referiram-se à caracterização da população, ao atendimento da equipe multiprofissional no pré-natal e à assistência recebida no parto, nascimento e puerpério. As gestantes, em sua maioria, eram jovens, primigestas, com companheiro fixo e de classe econômica baixa. A avaliação da utilização do cuidado pré-natal apontou que 44,5% das gestantes iniciaram tardiamente o pré-natal no Hospital Universitário de Maringá, fato atribuído à busca por melhor qualidade no atendimento e à dificuldade de ingresso precoce no pré-natal da instituição. Contudo, após a admissão da gestante no programa, as consultas de pré-natal foram garantidas e o número de consultas foi adequado. Os indicadores propostos para avaliação da qualidade técnica da assistência permitiram concluir que o atendimento pré-natal foi adequado, pois 86% das gestantes realizaram os exames laboratoriais e 95,6% foram submetidas aos demais procedimentos técnicos indicadores de qualidade. A avaliação do processo de trabalho da equipe multiprofissional apontou um modelo assistencial que atende aos principais requisitos de qualidade da atenção no contexto da saúde sexual e reprodutiva e, portanto, que não se restringe aos procedimentos obstétricos. A adesão ao programa foi considerada satisfatória, indicando que houve aceitação da assistência proposta, sendo este um indicador da satisfação das usuárias com o atendimento recebido. Os resultados perinatais foram favoráveis, pois todas as crianças nasceram vivas, a maioria com boa vitalidade e peso adequado para idade gestacional. Uma das dificuldades no desenvolvimento do programa referiu-se à impossibilidade de garantir o acesso ao internamento hospitalar no trabalho de parto e parto. A dinâmica da atenção pré-natal estabelecida pela equipe multiprofissional proporcionou integralidade e continuidade dos cuidados e, com isso, determinou a capacidade de prestar assistência resolutiva.

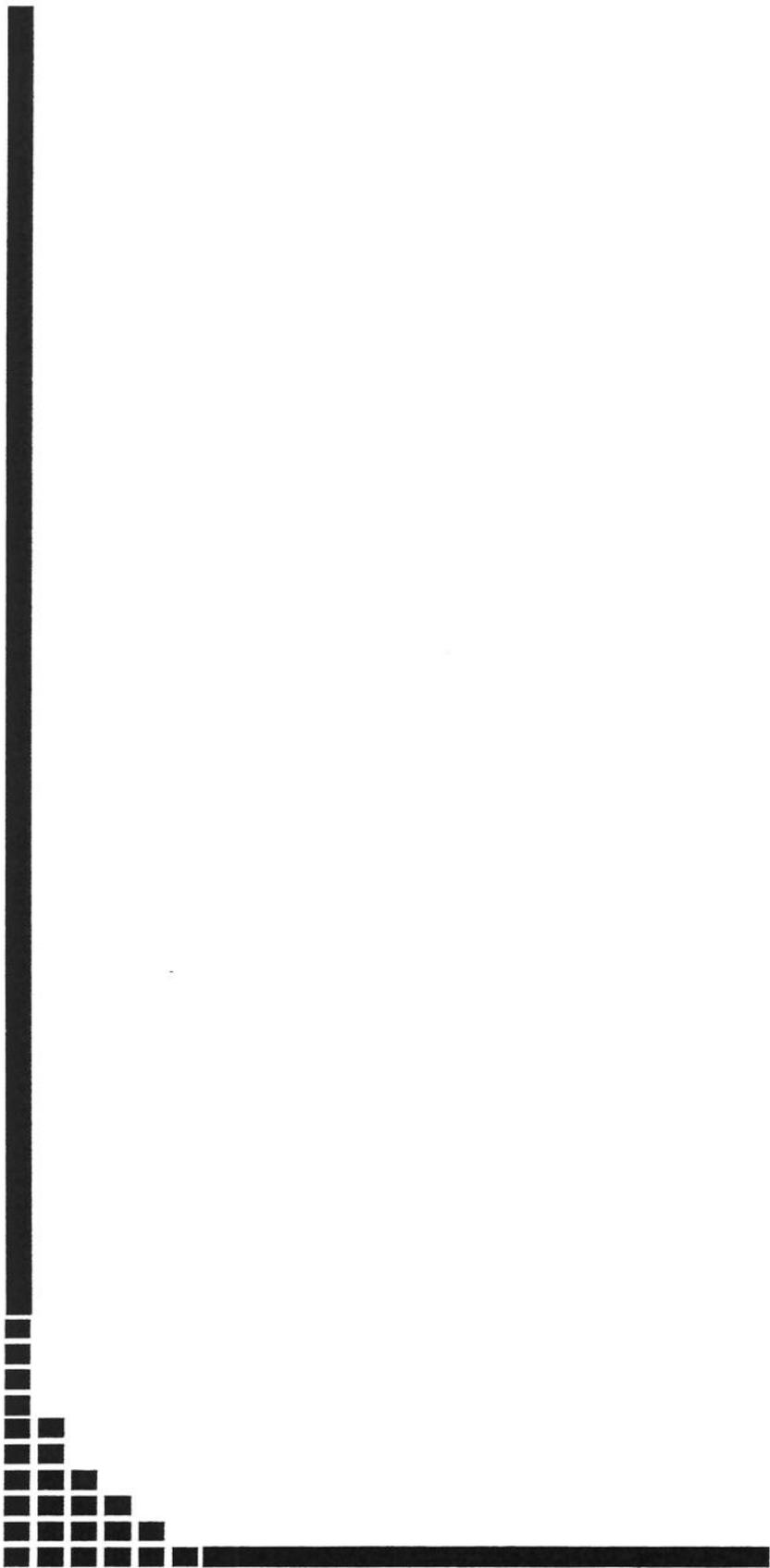
Palavras - chave: avaliação; cuidado pré-natal; saúde materno-infantil.



*ABSTRACT*

The aim of this work was to evaluate the quality of attention in the Program named Prenatal Assistance to pregnant women of low risk at the University Hospital of Maringá. The analysis of the proceeding was based on the evaluation of utilisation of prenatal care and qualitative resolutive capability in the assistance offered by the multi-professional group, using as a criterion the health needs, focusing on the guaranty of access to every technology which provides a better and longer life. The evaluation was a retrospective study in the program, made by a transcription of 213 hospital files of pregnant women who attended from January/1998 to March/2001. The data collected were the following: characterisation of population, multi-professional staff attending to pregnant women in prenatal period and assistance in delivery, born and puerperal periods. The pregnant women are young and primigesta, married and in a low social and economical condition. The evaluation of prenatal care pointed that 44,5% of pregnant women initiated the prenatal program later in the University Hospital of Maringá, because of they are searching for better quality attendance and indeed because of difficulties found to be attended by the hospital. However, after admission to the program, the pregnant woman had enough and guaranteed prenatal attendance. The indicators proposed to evaluation of technical quality in the assistance, permitted to infer that prenatal attendance was suitable to patients because 86% of those pregnant women made the laboratory exams and 95,6% were submitted to additional technical proceedings which were quality indicators. The work evaluation of the multi-professional staff showed an assistance model which fulfil the highest needs of quality in attention into the context of reproductive and sexual health and therefore it was not restricted to the obstetric proceedings. The participation in the program was satisfactory, indicating acceptance of the community to the project of assistance and indicating too the users' satisfaction on the attendance received. The results near birth were favourable, since every child was born alive, most of them presenting good vitality and suitable weight to the gestational age. One of the difficulties in the development of the program was referred the impossibility of guarantee the access to the hospitable intern in the childbirth work and childbirth. The dynamics in prenatal attention established by the multi-professional group was the responsible to integrity and continuing care and consequently was the determinant to the capability to offer resolutive assistance.

Keywords: evaluation; prenatal care; maternal childish health.



***APRESENTAÇÃO***

A mortalidade materna é um importante indicador da realidade social de um país e de seu povo, bem como da determinação política de realizar ou não ações de saúde comunitária.

Alguns autores apontam que a magnitude do problema da morte materna no Brasil é reflexo da qualidade da assistência recebida pelas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e, principalmente, da desintegração dos serviços de atenção à saúde da gestante (TANAKA,2000; COMITÊ...,2001).

Em 1997, a razão de morte materna no Brasil, obtida a partir de óbitos declarados, foi de 51.6 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Nas regiões Sul e Sudeste esses valores foram respectivamente de 72.8 e 57.7, enquanto no Nordeste e Norte, regiões nas quais a mortalidade materna é com maior freqüência subnotificada, foram de 39.9 e 36.9, respectivamente. Em relação às causas de morte materna, cerca de quatro em cada cinco mortes registradas são por causas obstétricas diretas. O principal grupo entre essas é o das doenças hipertensivas, que inclui a eclâmpsia/toxemia e síndromes relacionadas, responsável por 23,6% das mortes maternas registradas. Em segundo, vem a septicemia (8,1%) e problemas hemorrágicos durante o parto (8%). Complicações relacionadas ao aborto contabilizam 7,4% do total de mortes maternas, embora o nível de subnotificação pareça ser alto (BRASIL, 2000b, p. 7).

O Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná desenvolveu, a partir de 1994, estudos de casos que objetivavam apontar as causas de mortalidade materna segundo critérios de evitabilidade. A análise de 1.548 óbitos maternos, ocorridos no Paraná entre 1989 a 1998, demonstrou que em 1.330 (85,9%) mulheres o óbito era evitável, em 103 mulheres (6,7%) a morte foi considerada inevitável e em 115 mulheres (7,4%) foi considerada inconclusiva por falta de dados. Os resultados também ressaltaram que a qualidade da assistência pré-natal constitui uma das principais medidas para prevenção da mortalidade materna (COMITÊ..., 2001).

Desta forma, a assistência pré-natal é reconhecida, pelo seu impacto e transcendência, como um dos componentes que contribuem para redução significativa dos coeficientes de mortalidade materna.

Um dos pontos destacados no Seminário Nacional Assistência Obstétrica no Brasil (BRASIL, 2000e), em relação à assistência pré-natal, foi que, no SUS, o número de consultas pré-natal realizadas quadruplicou nos últimos cinco anos: 66% das gestantes brasileiras realizaram o pré-natal adequadamente, isto é, no primeiro trimestre de gestação e em 75% das gestações foram realizadas mais de quatro consultas (BRASIL, 2000d).

Contudo, a área técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde destaca que garantir o acesso à assistência pré-natal não é condição suficiente para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil. Uma assistência pré-natal adequada significa precocidade no acompanhamento, assiduidade nas visitas e boa qualidade de atendimento (MORAIS, 1999).

A política oficial do governo brasileiro sobre a saúde da mulher foi elaborada em 1984, consubstanciada no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que objetiva, através de sua implantação nos estados e municípios, a superação ou controle dos fatores que podem reduzir a morbi-mortalidade feminina.

Considerando a integralidade da assistência preconizada no PAISM, foi implantado, por equipe multiprofissional, o atendimento à gestante de baixo risco, no Hospital Universitário de Maringá/ Universidade Estadual de Maringá (HUM/UEM).

O atendimento, viabilizado em 1996 por meio de Projeto de Extensão, denominou-se Assistência Pré-natal às Gestantes de Baixo Risco do Ambulatório de Especialidades do HUM.

Como profissional de saúde e participante do programa houve o interesse em compreender melhor como esta prática vinha sendo desenvolvida pela equipe multiprofissional. A assistência proposta, limitada devido ao número de profissionais, gradativamente expandiu-se para atender ao aumento da adesão de pacientes ao projeto, integrando-se à rotina de atendimento da instituição. Esse fato exigiu mudanças na rotina de atendimento, ampliação e melhor capacitação da equipe multiprofissional. Outra razão para esta investigação é o fato do HUM ser um dos poucos serviços do município a oferecer assistência sistematizada e multiprofissional à gestante, conduzida basicamente pelo profissional enfermeiro.

De acordo com o Ministério da Saúde, a avaliação das ações da assistência pré-natal é considerada como uma das condições para garantir a efetividade dos cuidados à gestante, evidencia a qualidade com que a assistência é feita e, ao mesmo tempo, identifica os problemas de saúde da população alvo e o desempenho do serviço. Essas informações possibilitam a mudança de estratégia com a finalidade de melhorar a assistência prestada (BRASIL, 2000 a, p.14).

Apesar de não existirem muitas dúvidas, entre os diversos autores, sobre a importância da assistência antenatal na saúde da gestante e de seu conceito, a revisão da literatura demonstrou que as informações existentes sobre a qualidade da atenção pré-natal são limitadas, bem como existem poucos estudos na rede de serviços municipais sobre o tema.

Desta forma, poucos estudos analisam a assistência pré-natal de forma efetiva, confirmando-se a distância entre o discurso oficial – avaliação como componente indispensável do processo de gerenciamento e redirecionamento de atividades e procedimentos programados – e a ausência prática deste instrumental de gestão nos serviços de assistência à saúde.

No presente estudo, propôs-se a utilização da avaliação como instrumento de investigação, ao entender que as ações de avaliação de qualidade constituem instrumento fundamental, ágil e facilitador das mudanças pretendidas e que, ao serem incorporadas, sistematicamente aos serviços, revelarão se as atividades desenvolvidas, no seu âmbito, são adequadas e compatíveis em relação à realidade sanitária local e qual o seu impacto sobre o nível de saúde da população.

Quanto ao fato do estudo envolver o trabalho em equipe multiprofissional, cito as palavras proferidas por uma das técnicas da Área da Saúde da Mulher, no V Seminário Qualidade da Assistência ao Parto, as quais evidenciam a importância de abordar o enfoque multiprofissional na atenção à saúde da mulher:

Falar em equipe multiprofissional exige maturidade, tranquilidade e postura ética, pois como pode-se falar em equipe mutiprofissional em nossos serviços de saúde quando há dificuldades de diálogo entre os diferentes profissionais? O trabalho em equipe não deve colocar em

discussão quem deve coordenar, mas sim, qual é a melhor conduta e quem é o mais competente para atender às mulheres para que estas não sejam vítimas, mas cidadãs dentro dos serviços de saúde (SCHIRMER, 2002).

A complexidade evidenciada e a importância da integração grupal para levar a bom termo as ações da assistência pré-natal fizeram com que abordar o tema do trabalho através da equipe multiprofissional, bem como avaliá-lo, se apresentasse como um desafio. Considero que a leitura que se inicia é resultado do caminho que tenho percorrido: um contínuo e iterativo processo de aprendizagem, reflexão e trabalho.

Na introdução, relato o referencial teórico sobre avaliação, especialmente sobre a qualidade na avaliação de serviços de saúde, além de discorrer sobre o PAISM e descrever o programa objeto do estudo. A seguir, discuto a taxonomia das necessidades de saúde e o tema da resolutividade.

O trabalho prático referiu-se à caracterização da população em estudo e à avaliação propriamente dita, na qual a análise do processo foi explicitada em função do contexto do programa em estudo.

O estudo esteve centrado na avaliação do processo de trabalho da equipe multiprofissional do HUM, o qual correspondeu à somatória do cuidado prestado à gestante sob o ponto de vista do atendimento às suas necessidades de saúde, bem como na avaliação da utilização do cuidado pré-natal e adesão ao programa. Para análise do processo de assistência pré-natal foram propostos indicadores de qualidade da atenção à gestante. A seguir, descreveram-se as condições de saúde da mãe e do recém-nascido no parto, nascimento e puerpério.

Proponho-me a avaliar esse programa por acreditar que os resultados e conclusões do estudo contribuirão para definição de estratégias de serviço e promoção de melhoria na qualidade da assistência prestada.



## ***1. INTRODUÇÃO***

## 1.1. AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Diz-se que a avaliação, assim como o planejamento, é uma atividade que surgiu com o primeiro ser humano: quem pensa, planeja; quem planeja, avalia. No dia-a-dia, os seres humanos pensam, planejam e comparam, ou seja, avaliam (GIL, 1995).

A grande variedade de definições e diversidade terminológica sobre avaliação em saúde encontrada na literatura se deve à complexidade do objeto, que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções e os enfoques sobre saúde e práticas de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (1981, p.5) assim a conceitua:

A avaliação é um meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar as lições aprendidas para a melhoria das atividades em curso e para o planejamento de um programa mais satisfatório mediante uma seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura. Ela supõe uma análise crítica dos diferentes aspectos do estabelecimento e da execução de um programa e das atividades que constituem o programa, sua pertinência, sua formulação, sua eficiência e eficácia, seu custo e sua aceitabilidade por todas as partes interessadas.

Para Tanaka e Melo (2001, p.13), avaliar significa expor um valor assumido a partir de julgamento realizado, com base em critérios previamente definidos. Para avaliar, identifica-se uma situação específica, reconhecida como problema, e utilizam-se instrumentos e referências para emitir um juízo de valor, inerente a esse processo. A avaliação é constituída de etapas que podem ser agrupadas nas ações de medir, comparar e emitir juízo de valor.

Os mesmos autores salientam que é necessário considerar dois componentes principais para realizar uma avaliação: sua oportunidade, isto é, se o momento é apropriado para a realização da avaliação, e a audiência, a quem se destinam os resultados da avaliação.

O estudo de avaliação, embora utilize os mesmos processos gerais que a pesquisa – epidemiológicos, estatísticos, etc. –, difere-se desta porque a pesquisa pode terminar com a simples apresentação dos resultados, enquanto que a avaliação é encarada

como parte de um processo circular. Desta forma, a avaliação é definida por alguns autores (GIL, 1995; TANAKA e MELO, 2001) como um processo construtivo e técnico-administrativo que deve ser exercido por todos que estão envolvidos no planejamento e execução dos serviços ou programas de saúde e integrado ao processo de tomada de decisões, seja no nível operacional, seja no nível político.

Segundo Carvalho; Rosemburg e Buralli (2000,p. 74), um dos objetivos mais amplos da avaliação é sua utilização como instrumento para corrigir, melhorar as ações e aumentar a pertinência, a eficiência e a eficácia das atividades de saúde. Dentro desta perspectiva, a avaliação em saúde tem sua utilização prática nas várias fases do planejamento dos serviços de saúde e supõe um espírito aberto capaz de exercer uma crítica construtiva (GIL, 1995).

A avaliação pode ser classificada em externa quando realizada por pessoas alheias à equipe e à instituição que executa o projeto e interna se a organização que desenvolve o projeto/ programa é a mesma que desenvolve o trabalho de avaliação; formativa como aquela realizada durante o processo de desenvolvimento de um programa, com os objetivos de diagnóstico e de empreender melhorias ao programa e somativa como instrumento para a tomada de decisão em continuar, terminar, expandir ou readequar o programa objeto de avaliação, ou seja, tem a finalidade de promover um julgamento e avaliar os resultados de um programa (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 1997).

Hoje, tem-se valorizado as categorias intermediárias desta conceituação, privilegiando avaliações mistas, com componentes externos e internos dos serviços, assim como a avaliação somativa contém um forte componente formativo.

As preocupações com a qualidade dos serviços de saúde prestados à população constitui tema já considerado de interesse há décadas. Os Estados Unidos foram os pioneiros ao realizar, em 1910, o Relatório Flexner sobre educação médica, que investigava os cursos de medicina e os hospitais ( GIL, 1995).

Alguns autores (CAMPOS,1990; VUORI,1991; NOGUEIRA,1994) apontam a necessidade de avaliações de serviço, principalmente em sua dimensão qualitativa. Porém, o conceito de qualidade, na avaliação dos serviços de saúde, constitui questão complexa à medida que reflete julgamento de valores atribuídos a várias características, dimensões, e

aos atores envolvidos no processo, desde o gerente até o consumidor. Por isso, quando se fala sobre qualidade, é necessário especificar quais os aspectos da qualidade, qualidade definida por quem e qualidade para quem (VUORI, 1991; AKERMAN e NADANOVSKY, 1992).

Vuori (1991,p.19), definiu os componentes do conceito de qualidade de serviços de saúde e seus respectivos significados, como sendo:

- a) qualidade técnico-científica: a aplicação das ações em acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível;
- b) efetividade: capacidade de produzir o efeito desejado, quando em uso rotineiro; é a relação entre o impacto real e o impacto potencial;
- c) eficiência: relação entre o impacto real e o custo das ações;
- d) equidade: distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população.
- e) acesso: remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis;
- f) adequação: suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda;
- g) aceitação: fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e de outra natureza e com as expectativas dos usuários em potencial;
- h) eficácia: capacidade de produzir o efeito desejado, quando o serviço é colocado em condições ideais de uso.

Donabedian (1980) apresentou uma definição do que seja a qualidade na atenção à saúde. Sua concepção está alicerçada no conceito de atenção como qualidade técnica na adequação do diagnóstico e terapêutica, com utilização da melhor técnica dentro dos princípios científicos e dos conhecimentos mais aceitos, aliado à qualidade do relacionamento interpessoal entre o prestador da assistência e o usuário. O mesmo autor, em 1990, ampliou o conceito de qualidade, desdobrando-o em dimensões que ele

denominou de sete pilares da qualidade – eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. O autor, particularmente preocupado com a aferição da qualidade do cuidado médico, propõe três componentes para a avaliação: estrutura, processo e resultado.

A avaliação da estrutura corresponde à avaliação dos recursos existentes para a execução dos serviços físicos – planta física, equipamentos e materiais de consumo –, humanos – número e qualificação dos profissionais – e financeiros – recursos utilizados para a manutenção da infra-estrutura e da tecnologia disponível. A avaliação estrutural tem se mostrado como uma maneira indireta de avaliação, que permite estimar a disponibilidade de recursos para prestar serviços a uma dada população.

Na avaliação do processo considera-se a execução das atividades e da dinâmica apresentada na inter-relação entre aquelas. Refere-se fundamentalmente ao que fazem os profissionais de saúde, do ponto de vista técnico, na condução da atenção à saúde e também na interação com os pacientes e reflete exatamente a essência da qualidade da atenção à saúde.

De acordo com Contandriopoulos (1997) a apreciação do processo, visando oferecer serviços para uma clientela, pode ser decomposta em três dimensões: a dimensão técnica, a dimensão das relações interpessoais e a dimensão organizacional. A dimensão técnica dos serviços aprecia a adequação dos serviços às necessidades. Inclui a apreciação da qualidade dos serviços, definida a partir dos critérios e das normas profissionais. Na dimensão das relações interpessoais, é focalizada a interação psicológica e social que existe entre os clientes e produtores de cuidados. A dimensão organizacional diz respeito à acessibilidade aos serviços e à extensão da cobertura dos serviços oferecidos pela intervenção, envolvendo, esta última, os aspectos de globalidade e de continuidade dos cuidados e dos serviços. Por globalidade e continuidade entende-se o caráter multiprofissional e interorganizacional dos cuidados, assim como sua continuidade no tempo e no espaço.

As avaliações de processo têm sobretudo importância para a tomada de decisões sobre o andar das atividades e contribuem para chamar a atenção sobre necessidade de corrigir o curso do programa ou projeto ainda em andamento (GIL, 1995, p. 39).

A avaliação de resultado refere-se aos efeitos ou aos produtos das ações realizadas pelos serviços de saúde, que modificaram a situação de saúde dos usuários ou da comunidade, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado. A avaliação dos resultados analisa a eficácia do sistema no que se refere à consecução de seus objetivos finais, inferindo, no caso da saúde, se houve melhoria das condições de saúde da clientela. O resultado pode ser dividido em: aspectos fisiopatológicos, quando referente a efeitos concretos na história natural das doenças, e em psicossociais, quando se referem aos efeitos resultantes do relacionamento social ocorrido entre os provedores e os usuários (TANAKA e CÉSAR, 1996).

Para Donabedian (1980) estrutura e resultado são medidas indiretas que se podem utilizar para avaliar a qualidade da atenção.

Scochi (1996, p.11) aponta que contabilizar e analisar os recursos é relevante no planejamento, mas, enquanto medida para avaliar qualidade, tem menos importância que os componentes de processo e de resultado. Deficiências estruturais podem, de fato, implicar baixa em qualidade, mas estrutura adequada não implica necessariamente alta qualidade; apenas aponta que possui potencial para isso. O resultado, todavia, pode ser avaliado pelas mudanças ocorridas no estado de saúde do indivíduo, que podem ser atribuídas à atenção à saúde recebida anteriormente. Processo é um enfoque que visa avaliar como a assistência foi prestada, considerando-se a disponibilidade de conhecimento técnico-científico e a relação interpessoal no momento do cuidado, constituindo-se, portanto, em medida direta do cuidado.

Em seus estudos Silva e Formigli (1994) e Scatena (2000) fazem referência às limitações e à baixa especificidade dos termos da tríade proposta por Donabedian. Estas limitações relacionam-se às inconsistências decorrentes da concepção sistêmica para a análise do real que supõem a existência de ordem, harmonia e direcionalidade numa relação

funcional entre os componentes da tríade, o que na prática concreta dos serviços de saúde não se verifica.

Desta forma, os autores supracitados recomendam que os componentes da tríade – estrutura, processo e resultado – sejam explicitados em função do contexto que se toma como objeto de estudo e da historicidade do objeto.

O modelo de avaliação que auxilia o pesquisador no estudo avaliativo e que considera a complexidade de programas como os da área da saúde constitui a matriz de avaliação proposta por Stake (Anexo B). O autor considerou a descrição e o julgamento como sendo os dois atos básicos da avaliação para desenvolver uma matriz de avaliação que considera a congruência entre o que foi projetado e o que foi efetivamente realizado, assim como as contingências para se viabilizar processos e produtos a partir da situação prévia à implantação do programa (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 1997).

## **1.2. O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**

A reconstrução histórica dos Programas de Saúde das décadas de 20 a 80 demonstra que as abordagens sobre a saúde das mulheres concentraram-se ou, principalmente, resumiram-se à área da reprodução. No Brasil, a própria denominação dos programas de saúde voltados para as mulheres, que foram criados no século XX, indicava qual era o enfoque do tratamento, em geral, programas de saúde materno-infantil, com estratégias voltadas, exclusivamente, a intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social, ou seja, os programas iniciais primaram pelo cunho nacionalista, associando o cuidado da saúde com a construção de uma nação forte e sadia. (OSIS, 1994, p. 8).

Na década de 1970, profissionais médicos envolvidos na experiência do Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva, na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), discutiam que tipo de atenção seria a melhor e mais adequada para a clientela que procurava os serviços oferecidos pela UNICAMP nessa área. Aos poucos, no final da

década de 70 e início dos anos 80, foi se tornando claro que a preocupação era “oferecer à mulher uma assistência integral, no sentido de enfatizar a necessidade do médico se preocupar com o corpo dela como um todo, e não apenas como órgãos isolados a serem tratados por diferentes especialistas” (OSIS, 1994). Desta forma desenvolveu-se uma nova abordagem de assistência à saúde da mulher denominado de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM).

A década de 1980 foi marcada por um crescente sentimento de democratização do país com a organização de movimentos sociais, como o movimento feminista e a AISM foi alvo de interesse de grupos organizados de mulheres para transformá-lo em um programa nacional.

Em 1983 foi elaborado por um grupo que reunia sanitaristas, psicólogas e sociólogas, representantes dos grupos de mulheres, demógrafos e pesquisadores das universidades o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse grupo ampliou o conceito de AISM, ao sugerir que o conceito do integral deveria enfatizar não só a integração do colo, da mama e do útero, mas também de outros aspectos não físicos da vida das mulheres; o integral referia-se também ao contexto social, psicológico e emocional das mulheres a serem atendidas (OSIS, 1994).

Desta forma, o significado da palavra integral no título deste programa expressa as divergências em relação aos outros programas de saúde voltados para a saúde da mulher e do conceito proposto, na década de 80, no movimento de Reforma Sanitária. O conceito de atendimento integral propôs a mudança do foco de atenção da mulher-mãe para a mulher em todas as épocas de sua vida; a saúde das mulheres colocada como fim e não como meio; a mudança do conceito de assistência à mãe-reprodutora para o de mulher - sujeito, no sentido de serem tratadas como cidadãs, na plenitude de seus direitos (OSIS, 1994).

O Ministério da Saúde definiu os objetivos programáticos do PAISM em duas áreas. A área de assistência clínico-ginecológica: controle e prevenção das ginecopatias prevalentes, controle e prevenção das DST/AIDS, controle e prevenção do câncer ginecológico e da mama, planejamento familiar, climatério; e área obstétrica: pré-natal, parto e puerpério, aleitamento materno, intercorrências obstétricas e vigilância epidemiológica da morte materna (BRASIL, 1984).

As Bases de Ação Programática do PAISM (BRASIL, 1984) definem como objetivos desse programa:

- a) aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda a população;
- b) melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado, tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais), e diminuindo o número de cesáreas desnecessárias;
- c) aumentar os índices de aleitamento materno, fornecendo as condições para implantação do alojamento conjunto;
- d) implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle das doenças sexualmente transmissíveis;
- e) implantar ou ampliar as atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estudos de infertilidade;
- f) evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada.

Osis (1998) e Galvão (1999) destacam que, apesar de não estar explícita no PAISM a expressão saúde reprodutiva, sua definição de saúde integral inclui plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela OMS em 1988 (FATHALLA, 1988):

Saúde reprodutiva significa: a) que as pessoas tenham a habilidade de reproduzir-se assim como de regular sua fertilidade com o maior conhecimento possível das conseqüências pessoais e sociais de suas decisões, e com acesso aos meios para implementá-las; b) que as mulheres possam ter acesso à maternidade segura; c) que a gravidez seja bem sucedida quanto ao bem-estar e da sobrevivência materna e da criança. Além disso, que os casais sejam capazes de ter relações sexuais sem medo de gravidezes indesejadas e de contrair doenças.

Bahamondes (2002) categoriza os componentes da atenção à saúde sexual e reprodutiva como sendo: informação e orientação sobre sexualidade segura; informação e orientação em planejamento familiar; atenção ao pré-natal, parto e puerpério e atenção ao recém-nascido; prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis/AIDS e infecções do aparelho reprodutivo e câncer ginecológico; atenção ao aborto; prevenção e tratamento da infertilidade e preparação para uma menopausa saudável.

Desta forma, o PAISM representou um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta (OSIS, 1998, p. 1).

### **1.3. O PROGRAMA OBJETO DO ESTUDO**

Em função da assistência preconizada no PAISM, foi implantado o atendimento à gestante de baixo risco, no Hospital Universitário de Maringá.

O Hospital Universitário de Maringá (HUM) é Órgão Suplementar da Universidade Estadual de Maringá (UEM), vinculado administrativamente à Reitoria da UEM e academicamente ao Centro de Ciências da Saúde, realizando atividades de assistência, ensino e pesquisa (UNIVERSIDADE..., 1999).

De acordo com o Plano Diretor (HOSPITAL...,2000) a missão institucional do HUM é prestar assistência à saúde em nível hospitalar, contribuindo para acolher o acesso da população ao sistema público de atenção à saúde e melhorar as condições para realização do ensino na área de saúde, oportunizando aos discentes espaço de formação que articule a assistência, o ensino e a pesquisa.

O HUM teve início com o convênio celebrado entre a Prefeitura Municipal de Maringá e a Universidade Estadual de Maringá para a construção de uma unidade hospitalar, denominada Pronto Socorro, em dezembro de 1986, em terreno do Campus da Universidade Estadual de Maringá.

Em julho de 1995, foi alterada a denominação de Pronto Socorro para Unidade de Pronto Atendimento em cumprimento à Resolução n.º 1.451/95, do Conselho Federal de Medicina. A Unidade de Pronto Atendimento é referência para o município de Maringá e, desde 1994, funciona das 19:00 às 7:00 horas nos dias úteis e vinte e quatro horas aos sábados, domingos e feriados.

Atualmente, o HUM abrange em sua estrutura Ambulatório Médico e de Enfermagem para assistência à saúde da comunidade universitária, serviços de diagnóstico por imagem, laboratório de análises clínicas e o Hemocentro Regional de Maringá.

Coloca à disposição do SUS 92 leitos de internação, distribuídos em 73 leitos nas Unidades de Internação e 19 leitos no Pronto Atendimento. Os leitos nas Unidades de Internação estão assim distribuídos: 15 na Pediatria, 15 na Clínica Cirúrgica, 15 na Clínica Médica, 15 na Ginecologia e Obstetrícia, 3 na Unidade de Terapia Semi-intensiva Neonatal, 4 na Unidade de Terapia Intensiva Adulto e 6 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (HOSPITAL...,2002a).

O HUM tem realizado atendimentos em diversas áreas, totalizando em 2002: 5.057 internações, 74.490 atendimentos no Pronto Atendimento, 16.861 consultas ambulatoriais, as quais geram outras atividades complementares (HOSPITAL..., 2002c).

Na área obstétrica, o HUM é considerado referência hospitalar em atendimento secundário à gestante de alto risco para os 30 municípios da 15ª regional de saúde e para o atendimento 24 horas de urgência e emergência na área de ginecologia e obstetrícia para o município de Maringá.

O Ambulatório de Especialidades foi implantado no HUM, em 1993, para proporcionar suporte científico e acadêmico a diversas categorias profissionais. Funcionava no Núcleo Integrado de Saúde III, de propriedade do município, e foi incorporado ao Hospital em novembro de 1994, quando o Pronto Atendimento restringiu seu horário de atendimento ao período noturno (19:00 - 7:00 horas). Desta forma, tem utilizando a estrutura do Pronto Atendimento em dias úteis e no período diurno (7:00 às 19:00 horas).

O Ambulatório é unidade de referência para consultas especializadas para 30 municípios da 15ª regional de saúde e conta com 50 especialidades nas áreas de clínica médica, cirúrgica, pediatria e ginecologia-obstetrícia (HOSPITAL..., 2002b).

O programa Assistência Pré-natal às Gestantes de Baixo Risco do Ambulatório de Especialidades do HUM foi implantado, em 1996, no Ambulatório de Especialidades do HUM. Esse atendimento foi viabilizado por meio de um projeto de extensão, proposto pelos Departamentos de Enfermagem e de Medicina da UEM e o HUM, com o objetivo de prestar atendimento qualificado, através de equipe multiprofissional composta por: 5 enfermeiras, do HUM; 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta e 2 nutricionistas, do HUM; 3 médicos obstetras da Disciplina de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana, do Departamento de Medicina/ Universidade Estadual de Maringá (UEM); 1 docente da Disciplina de Saúde da Mulher e da Criança, do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (DEN/UEM) e acadêmicos de Enfermagem.

A assistência proposta, que justificou a necessidade de compor equipe multiprofissional, fundamentou-se no conceito da assistência integral à saúde da mulher, elaborada pelo PAISM em 1984: a compreensão e abordagem da gestante para além de sua especificidade reprodutiva, considerando o contexto social, psicológico e emocional das mulheres a serem atendidas (BRASIL, 1984).

As características desse programa referem-se ao caráter de ensino e do modelo assistencial proposto, no qual o profissional enfermeiro conduz a assistência pré-natal em conjunto com os profissionais da equipe multiprofissional.

Para operacionalizar o projeto, os profissionais participantes dedicam parte de sua carga horária de trabalho (4 a 6 horas semanais) às atividades propostas e, portanto, não exercem atividades exclusivas de atendimento pré-natal.

O projeto destina-se a prestar assistência pré-natal qualificada às gestantes de baixo risco, com ações de saúde sistematizadas, objetivando atender às necessidades da gestante e obter melhores efeitos sobre a saúde da mãe e do concepto. Seus objetivos são: prevenir, identificar e tratar moléstias próprias da gestação; realizar diagnóstico precoce e

instituir tratamento às doenças preexistentes que agravam a gestação, parto e puerpério; realizar rastreamento de gestação de alto risco e encaminhar ao ambulatório específico; desenvolver educação à saúde da gestante; orientar medidas terapêuticas em relação às queixas comuns da gestação; transmitir informações sobre psicoprofilaxia do parto e possibilitar aprimoramento profissional na área de obstetrícia a enfermeiros, estudantes de Enfermagem e Psicologia.

Em 1996, foi elaborado, pela equipe multiprofissional, o protocolo de assistência com o objetivo de organizar o atendimento, nortear a prática integral e interdisciplinar e atender às necessidades de saúde da clientela assistida.

A rotina de atendimento compreende: triagem para avaliação do risco gestacional; agendamento de consultas subseqüentes; exame físico geral e gineco-obstétrico; solicitação de exames laboratoriais e ultrassonografia obstétrica; avaliação da evolução da gestação; práticas educativas individuais; psicoprofilaxia; consulta mensal com a nutricionista; encaminhamento e avaliação de outros profissionais da equipe, quando necessário; consulta de revisão puerperal e encaminhamento ao ambulatório de planejamento familiar.

O protocolo, revisado no ano de 2001, fundamentou-se nas recomendações contidas no manual técnico de assistência pré-natal (BRASIL, 2000a) e foi adaptado às condições locais, procurando garantir o atendimento integral (Anexo A).

#### **1.4. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E A TAXONOMIA DAS NECESSIDADES DE SAÚDE**

O Comitê de Prevenção de Morte Materna do Paraná reconhece que a oferta de serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva com qualidade é requisito para o efetivo exercício da cidadania, a sobrevivência neonatal e materna com qualidade e a redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal (COMITÊ..., 2002).

Os serviços de qualidade sob a perspectiva de gênero são aqueles que respondem às necessidades de saúde integral das usuárias, com alternativas técnicas de alto nível e com respeito à sua dignidade; que melhoram sua auto-estima, autonomia, percepção e exercício do desejo à saúde, colaboram no processo de decidir e promovem a participação consciente e equitativa dos homens nos processos de saúde sexual e reprodutiva. Uma atenção de saúde de boa qualidade na saúde reprodutiva das mulheres será aquela que, inscrita na noção de saúde integral, resolve o motivo da consulta levando em consideração a história, o trabalho, a vida cotidiana, as necessidades e a subjetividade das usuárias (ZAPATA, 1997, p. 32).

Em relação à assistência pré-natal, alguns autores enumeram os vários aspectos que envolvem a qualidade da atenção.

Victora (2001, p. 16) aponta que o pré-natal adequado requer serviços acessíveis – em termos de local geográfico e de horário de funcionamento –, de baixo custo e de qualidade adequada. O autor ressalta que no Brasil a baixa qualidade da assistência é, provavelmente, problema ainda mais grave de que a sub-utilização.

Para Tanaka (2000, p.8) a assistência pré-natal adequada incorpora vários aspectos : acessibilidade, qualidade da atenção e a ação coletiva de integralização de todo o processo gravídico. A autora ressalta que o aumento isolado no número de consultas de pré-natal não trará redução significativa da mortalidade materna no Brasil. Desta forma, defende que “o pré-natal não deveria ser considerado como se tivesse um fim em si mesmo: é necessário, além da melhoria na qualidade da atenção, a integração entre o serviço pré-natal e de atenção ao parto”.

O manual técnico de assistência pré-natal do Ministério da Saúde (BRASIL, 1988; 2000a) estabelece que o atendimento às reais necessidades de saúde da população de gestantes deve ser considerado na organização da assistência pré-natal a fim de obter melhores efeitos sobre a saúde da mãe e do recém-nascido. Portanto, na área específica da Saúde da Mulher, o atendimento das necessidades de saúde desta população é considerado como um dos parâmetros de qualidade e integralidade da atenção prestada pelo serviço de saúde.

Cecílio (2001), ao discutir sobre os modelos tecno-assistenciais em saúde, aponta que o sistema de saúde deve ser organizado a partir das necessidades dos usuários, a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, em determinado momento, e não qualquer tipo de modelo assistencial que possa ser previamente definido. Defende o princípio de que o sistema de saúde deve ser pensado sob o ponto de vista das necessidades de saúde do usuário, como sendo o centro de intervenções e práticas de trabalhadores, equipes, serviços e rede de serviços.

Este autor trabalha com uma taxonomia de necessidades de saúde funcionalista construída a partir de conceitos normativos, descritivos e operacionais que pode ser apreendida em quatro grandes conjuntos.

– Necessidade de boas condições de vida

A saúde como qualidade de vida visa superar a visão polarizada da medicina sobre a saúde, contemplando as condições de vida e as relações sociais no espaço urbano. A saúde é vista com respeito à vida e defesa do ecossistema e enfatiza a intersetorialidade como principal estratégia de articulação política e operacional na promoção à saúde (SILVA JÚNIOR, 1996).

As necessidades de boas condições de vida, incluindo o direito de melhores condições de moradia, de saneamento básico, de alimentação adequada, de emprego, de educação para todos, são obrigações básicas para que o indivíduo e o coletivo almejem a saúde. Para que estas possam ser vistas como respeito à vida, é necessário o trabalho de intersetorialidade como estratégia política e operacional na promoção da saúde, superando a visão biologicista, fundamentada no corpo humano e, assim, garantindo a atenção integral da saúde (MATSUMOTO, 1999, p.89).

– Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida.

A necessidade de acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida é entendida como sendo a necessidade que as pessoas têm de poder se utilizar da “tecnologia certa, no momento certo”, conforme sua necessidade sentida ou não: é a garantia do acesso a todas as atividades programáticas, a participação em grupos de risco, o acesso à consulta do especialista (MATSUMOTO, 1999, p. 128).

Bradshaw (apud MATSUMOTO, 1999, p.64) indica que as necessidades de saúde podem ser identificadas a partir de diversas perspectivas: do planejador, do técnico ou instituição que oferece os serviços, assim como do indivíduo e coletividade que vêm à procura de acesso às tecnologias.

Desta forma, identifica quatro tipos de necessidades:

- a) necessidade normativa: é a que define o técnico, o profissional, o administrador, em relação a uma determinada norma desejável ou ótima. A necessidade reflete necessariamente o estado atual dos conhecimentos e dos valores que a determinam;
- b) necessidade sentida: refere-se à percepção que as pessoas têm sobre seus problemas de saúde ou o que desejam dos serviços de saúde;
- c) necessidade expressa: equivale à demanda de cuidados e de serviços – a necessidade sentida que leva à busca de serviços;
- d) necessidade comparativa: entendida como a necessidade de que um indivíduo ou grupo deveria expressar e que apresenta as mesmas características que outros indivíduos ou grupo na qual se identificou uma necessidade.

Garantir acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida pode ser trabalhada em duas abordagens: coletiva ou individual. A concepção da necessidade individual é apresentada por Campos (1992a) e Cecílio (1994).

Segundo Cecílio (2001), as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas e só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual, pois há necessidades diferentes de vínculos para diferentes pessoas em diferentes momentos, assim como diferentes necessidades de consumo de determinadas tecnologias de saúde, diferentes necessidades ligadas às condições de vida e diferentes necessidades de construção da autonomia no modo de andar a vida .

Desta forma, o autor defende a idéia de que a utilização de cada tecnologia de saúde não deve ser aquela estabelecida unicamente pelos profissionais de saúde, mas deve ser definida a partir da necessidade real de cada pessoa, em cada singular momento em que vive.

– Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)

Campos (1992b) defende que o vínculo, a acolhida e o responsabilizar-se pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual deveriam sobredeterminar todo desenho de modelo de saúde. Enfoca, ainda, que o vínculo entre profissional ou equipe de saúde com o paciente torna-se um dos instrumentos que potencializa transformações na prática de saúde ao aumentar a eficácia das ações de saúde e ao introduzir a forma de controle social exercida pelos próprios usuários do serviço de saúde.

Climent (1987) aborda que a gravidez e o parto, como fatos sociais, implicam uma série de relações pessoais entre clientes e profissionais, gerando vínculos. Quando se estabelece um vínculo, cada integrante da relação tem uma representação interna do outro, sabe quais suas necessidades e expectativas, reconhece as diferenças do outro a partir do reconhecimento de si próprio e desta forma se estabelece um compromisso com a tarefa em comum.

– Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”.

Nogueira, em 1994, reconhece como condição básica de cidadania a autonomia do paciente: autonomia não só para escolher o fornecedor de serviços, mas principalmente o livre arbítrio sobre o que pode e deve ser feito pela medicina a seu corpo e mente, o direito de opinar e escolher os procedimentos alternativos com sua capacidade de discriminação no próprio processo de diagnose e terapia.

Segundo Matsumoto (1999), todo objetivo de um trabalho terapêutico deveria ser o de aumentar a capacidade de autonomia do usuário/paciente e perceber o indivíduo enquanto sujeito com condições de escolher seu “modo de andar a vida”, uma relação entre sujeitos. Para atingir este objetivo, torna-se necessário que o trabalho terapêutico facilite o entendimento do usuário quanto a seu organismo, sua doença e suas relações com o meio

social, para que este tenha maior disponibilidade de escolher entre vários modos de "andar a vida", e aumentar suas condições de instituir normas que ampliem e melhorem sua capacidade de sobrevivência, da forma mais ampla possível.

O trabalho terapêutico que visa estimular a capacidade de autonomia do sujeito deve contemplar a educação em saúde. Esta objetiva realizar a eleição informada de comportamentos ou ações que devem facilitar as capacidades dos indivíduos e dos grupos sociais para terem o máximo poder sobre suas vidas. O autocuidado deve ser concebido não só do ponto de vista biológico, mas o usuário deve ser valorizado enquanto sujeito histórico, social, cheio de subjetividades e com sua própria cultura (MATSUMOTO, 1999, p.164).

A necessidade de aumentar a capacidade de autonomia do usuário/paciente é considerada como uma das tarefas do profissional de saúde no atendimento à mulher na consulta de pré-natal. Para tanto, o manual técnico de assistência pré-natal, do Ministério da Saúde, destaca que o profissional de saúde deve dedicar-se a escutar as demandas da gestante durante o atendimento pré-natal, transmitindo, nesse momento, o apoio e a confiança necessárias para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto (BRASIL, 2000a, p.7) .

## **1.5. RESOLUTIVIDADE**

A capacidade resolutiva ou resolutividade constitui um dos princípios que regem a organização do SUS (BRASIL, 1990), sendo apontada como principal indicador da eficácia de um serviço de saúde.

Estudos que conceituam e abordam o tema demonstram que este tem sido discutido com diversos enfoques, variando de acordo com as práticas de saúde e objeto de trabalho investigados.

Para Campos (1988) e Halal et al.(1994), resolutividade é definida como sendo a capacidade do serviço de solucionar os problemas que lhe são apresentados, representando a porcentagem de pacientes que não foram encaminhados para atendimento especializado.

Por outro lado, Peduzzi e Schraiber (1993) e Merhy e Onocko (1997) entendem que capacidade resolutiva dos serviços é a capacidade de utilizar toda a tecnologia disponível para responderem satisfatoriamente às necessidades de saúde individuais e coletivas dos usuários. Essa abordagem foi trabalhada nos estudos de Gimenes (1992) e Tanaka (1994).

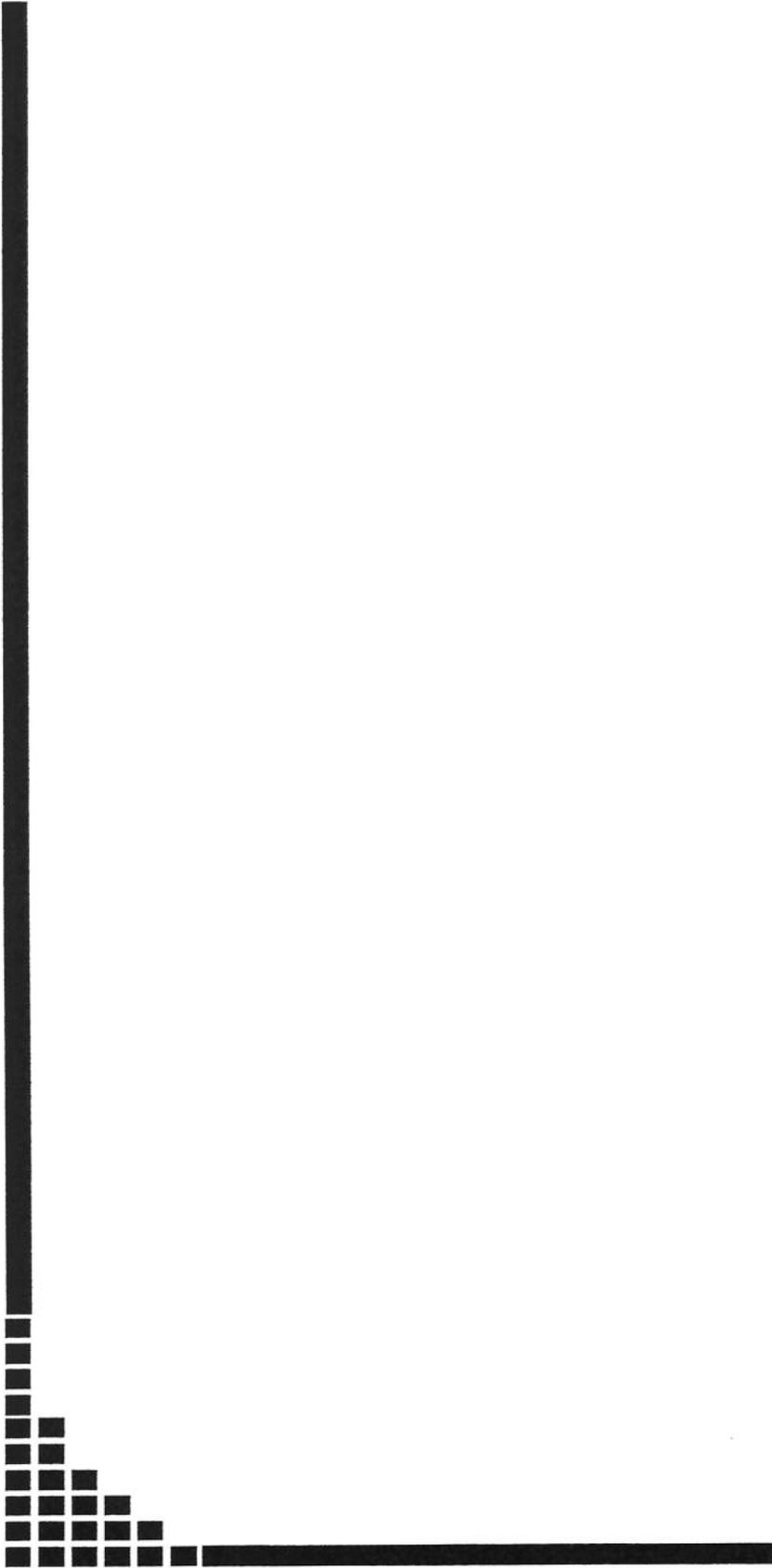
Outros autores ainda abordaram resolutividade sob o ponto de vista das tecnologias dos serviços de saúde (RIBEIRO, 1998), enquanto Scatena (2000) utilizou indicadores representativos da resolutividade do serviço de saúde e Turrini (2001) a adesão ao tratamento.

Segundo Campos (1988), a capacidade resolutiva de um serviço de saúde supõe dois aspectos: a capacidade de absorver o número de assistência solicitada – capacidade resolutiva quantitativa ou acesso – e a capacidade de resolver os casos atendidos – capacidade resolutiva qualitativa.

Siméant (1984) define capacidade resolutiva quantitativa como sendo a capacidade que tem um profissional, estabelecimento ou nível de atenção de um sistema de saúde para atender a todos que solicitam cuidados de saúde. Esta depende unicamente de um fator quantitativo: da demanda de atenção que se pode atender, que, por sua vez, depende da quantidade e do rendimento dos instrumentos de atenção disponíveis. Por outro lado, a capacidade resolutiva qualitativa refere-se à capacidade do profissional de saúde em estabelecer o nível de atenção para satisfazer as necessidades do paciente, a qual está condicionada à complexidade da atenção prestada, ao grau de capacitação dos recursos humanos, e à complexidade dos serviços de apoio – materiais, diagnósticos – e terapêuticos envolvidos na prestação dos serviços.

Desta forma, a resolutividade tem sido discutida com diferentes enfoques, mais ou menos abrangentes, e depende de quem avalia e o que se avalia no momento.

No presente estudo, a capacidade resolutiva do programa foi avaliada com enfoque na capacidade resolutiva qualitativa (SIMÉANT, 1984) e, portanto, em função do atendimento às necessidades de saúde, relacionada à garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida (CECÍLIO, 2001).



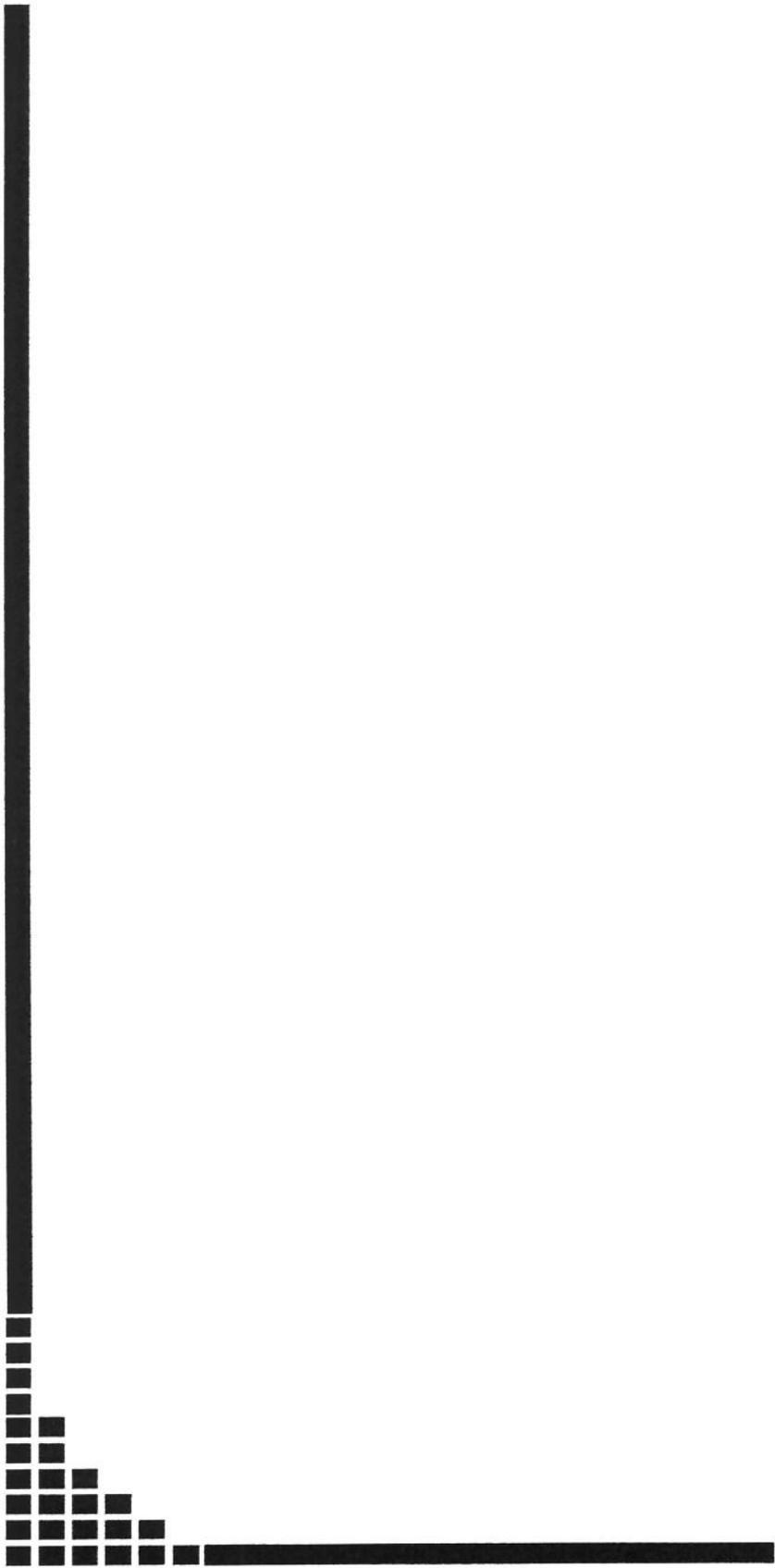
## ***2. OBJETIVOS***

## **2.1. OBJETIVO GERAL**

Avaliar a qualidade da atenção do Programa Assistência Pré-natal às Gestantes de Baixo Risco do Hospital Universitário de Maringá (PPNBR/HUM) com enfoque na capacidade resolutiva da assistência prestada pela equipe multiprofissional.

## **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a clientela atendida no PPNBR/HUM, segundo variáveis demográficas, sociais e história reprodutiva.
- Avaliar a utilização do cuidado pré-natal no PPNBR/HUM.
- Determinar a taxa de adesão ao Programa.
- Propor indicadores de avaliação da qualidade da assistência pré-natal.
- Analisar a capacidade resolutiva qualitativa do processo de trabalho da equipe multiprofissional.
- Identificar as condições de saúde da mãe e do recém-nascido no parto, nascimento e puerpério.



***3. METODOLOGIA***

Realizou-se um estudo avaliativo transversal do PPNBR/HUM, interno e formativo, objetivando subsidiar a gestão do programa.

Apoiando-se na concepção de Tanaka (2000) – a gravidez não deve ser compreendida apenas como um evento, mas como um processo que possui três etapas: pré-natal, parto e puerpério, as quais devem ser vistas como um todo – a avaliação do programa compreendeu a análise da assistência prestada durante o ciclo gravídico-puerperal.

### **3.1. COLETA DE DADOS**

Esta avaliação compreendeu um estudo retrospectivo do PPNBR/HUM, efetuada através da transcrição de 213 prontuários hospitalares de gestantes atendidas no período de janeiro/1998 a março/2001. Os dados foram coletados no período de abril a maio/2002, em formulário próprio (Apêndice A), e referiram-se ao atendimento da equipe multiprofissional no pré-natal e a assistência recebida no parto, nascimento e puerpério.

Os prontuários são universalmente identificados como uma das fontes mais importantes de registro, bem como constituem ferramenta importante na análise de um serviço de saúde, pois permitem interrogar quanto a equipe tem considerado o grau de autonomia, as condições de vida e mesmo a garantia de acesso a todas as tecnologias para uma determinada pessoa (CECÍLIO, 2001, p. 13).

Apoiando-se na concepção de Kessner (1974) de que “bom desempenho e bom prontuário caminham conjuntamente”, a qualidade dos registros foram úteis como parâmetro de medida da qualidade da atenção prestada.

A análise dos procedimentos realizados durante o atendimento pela equipe foi baseado nas premissas relativas à auditoria de prontuário, quais sejam: o que não está escrito “não foi executado” (LEMBCKE, 1967).

### **3.2. VALIDAÇÃO DA PESQUISA**

Avaliar a qualidade da assistência é processo complexo e pode muitas vezes ser influenciada pela subjetividade, principalmente quando realizada por um avaliador interno, como ocorreu neste estudo. Para evitar, ou reduzi-la ao mínimo, foram estabelecidos padrões de qualidade como parâmetros para estimar a adequação dos procedimentos, trabalhando-se, portanto, com critérios explícitos validados por especialistas da área.

O estudo-piloto, incluindo o pré-teste do formulário e os procedimentos de campo, foi conduzido para uma estimativa inicial de confiabilidade antes da estratégia de coleta de dados ser efetivamente utilizada e proporcionou a identificação das dificuldades e possíveis erros de técnicas, o ajuste do instrumento, e aperfeiçoamento do procedimento de coleta de dados.

Foi realizado também o pré-teste da digitação e do processamento dos dados coletados.

### **3.3. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá e da Universidade Estadual de Campinas, atendendo à determinação da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa. A solicitação da autorização para a realização da coleta de dados foi feita por meio de contato escrito com a diretoria médica da instituição objeto do estudo (Apêndice C).

### **3.4. TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS**

Os dados coletados foram digitados no programa Excel e transportados para o software estatístico Statistic versão 6.0., no qual realizou-se a análise exploratória dos dados. Utilizaram-se recursos gráficos, tabelas e medidas descritivas para obtenção das informações do estudo.

### 3.5. PLANO DE ANÁLISE

O plano de análise foi realizado em etapas subseqüentes, compreendendo:

- descrição da população em estudo;
- avaliação do processo de trabalho da equipe multiprofissional;
- descrição da assistência prestada ao binômio no parto, nascimento e puerpério, explicitados em função do contexto do programa em estudo.

As variáveis selecionadas para a pesquisa, assim como sua descrição, estão contidas no Apêndice B.

A descrição da população de estudo compreendeu 213 gestantes que se inscreveram no programa no período de 1998-2001. O motivo das perdas e exclusões, durante o estudo, das 94 gestantes, foram: encaminhamento ao ambulatório de gestação de alto risco, perdas fetais, abandono do programa ou mudança de cidade. Portanto, para avaliação do processo de trabalho da equipe multiprofissional e descrição da assistência prestada ao binômio no parto, nascimento e puerpério, permaneceram 119 gestantes, que realizaram o acompanhamento pré-natal no ambulatório de baixo risco até o seu termo.

Com o intuito de buscar a objetivação da pesquisa e proceder a comparação e valoração dos dados referentes ao processo foi utilizada a Matriz de Avaliação de Stake (Anexo B), cujo critério de julgamento foi a garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida (CECÍLIO, 2001).

Desta forma, a análise do processo, abordada em sua dimensão técnica e organizacional, correspondeu à avaliação da utilização do cuidado pré-natal, da capacidade resolutiva qualitativa da assistência prestada pela equipe multiprofissional do HUM, bem como do exame da taxa de adesão ao programa (Quadro 1).

**QUADRO 1: Matriz de avaliação: processo**

<b>MATRIZ</b>	<b>DESCRITIVA</b>	<b>MATRIZ</b>	<b>DE</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
<b>Item</b>	<b>Observação</b>	<b>Critério</b>	<b>Padrão</b>	<b>Julgamento</b>
P R O C E S S O	Processo de trabalho da equipe multiprofissional	Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	Capacidade para proporcionar acesso precoce e número de consultas adequadas no pré-natal	APNCU  PHPN
			Capacidade resolutiva qualitativa: qualidade técnico-científica da ação	Descrição do processo de trabalho da equipe multi profissional  Avaliação da qualidade técnico científica da ação: PHPN PPNBR/HUM  Adesão ao programa.

### **3.5.1. Utilização do cuidado pré-natal**

A utilização do cuidado pré-natal mensura a precocidade no ingresso e a adequação no número de consultas de pré-natal.

A avaliação foi realizada considerando dois parâmetros de julgamento: o índice de adequação da utilização do cuidado pré-natal (APNCU) e os critérios recomendados no componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal - do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (PHPN).

## APNCU

O primeiro critério de julgamento utilizado foi o Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-natal (Adequacy of Prenatal Care Utilization - APNCU), criado por Kotelchuck em 1987. Segundo o autor, o início precoce da assistência pré-natal constitui o primeiro passo e uma das melhores estratégias para melhoria no cuidado pré-natal, e conseqüentemente, para a promoção de melhores resultados perinatais. (KOTELCHUCK, 1994).

O índice APNCU caracteriza a adequação da utilização do cuidado pré-natal em duas dimensões independentes e distintas:

- a) Adequação do início do cuidado pré-natal ou mês em que o cuidado pré-natal iniciou: considera que quanto mais precoce, mais adequado o cuidado pré-natal. Estabelece a distribuição da gestação em 4 grupos: meses 1 e 2; 3 e 4; 5 e 6; e 7 a 9. A adequação do início do cuidado pré-natal corresponde a:

Ótimo: 1º ou 2º mês;

Adequado: 3º ou 4º mês;

Intermediário: 5º ou 6º mês;

Inadequado: 7º mês ou mais tarde, ou sem assistência pré-natal.

- b) Adequação dos cuidados recebidos ou porcentagem de visitas recebidas ajustadas para o mês de início da assistência pré-natal e para a idade gestacional da ocorrência do parto. A medida da adequação dos cuidados recebidos corresponde à razão entre o número de visitas recebidas do número esperado de visitas. O número esperado de visitas é baseado no padrão de visitas pré-natais para gestações não complicadas recomendado pelo American College of Obstetricians and Gynecologists (1985): 1 visita por mês até 28 semanas, 2 visitas por mês até 36 semanas e 1 visita por semana até o nascimento.

A adequação dos cuidados recebidos (proporção do número de visitas recomendado pelo ACOG recebidas desde o início do cuidado pré-natal até o término da assistência pré-natal ou nascimento) corresponde a:

Ótimo: maior ou igual 110%;

Adequado: 80-109%;

Intermediário: 50-79%;

Inadequado: menos que 50%.

Desta forma, o Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-natal combina a adequação do início da assistência pré-natal (mês de início da assistência) e a adequação da utilização do cuidado pré-natal (número de consultas realizadas) como sendo:

Ótimo: cuidado pré-natal iniciado até o 4º mês e realização de 110% ou mais das visitas recomendadas .

Adequado: cuidado pré-natal iniciado até o 4º mês e realização de 80-109% das visitas recomendadas .

Intermediário: cuidado pré-natal iniciado até o 4º mês e realização de 50-79% das visitas recomendadas.

Inadequado: cuidado pré-natal iniciado após o 4º mês ou realização de menos que 50% das visitas recomendadas .

## **PHPN**

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pela Portaria nº 569 do Ministério da Saúde, em 01/06/2000, constituindo uma das diretrizes para reorientar o modelo de assistência à saúde da mulher. Esse programa visa concentrar esforços para reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, principalmente no que se refere à assistência humanizada e segura (BRASIL, 2000c).

No contexto da assistência integral à Saúde da Mulher, o PHPN apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais (BRASIL, 2001a, p. 25).

O Componente I do PHPN – Incentivo à Assistência Pré-natal – recomenda critérios mínimos de qualidade para o adequado acompanhamento pré-natal e assistência à puérpera (BRASIL, 2000c).

Desta forma, o município deve assegurar uma série de procedimentos mínimos, quais sejam:

- Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês da gestação;
- Realizar, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal;
- Realizar uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
- Realizar os seguintes exames laboratoriais:
  - A- ABO-Rh (tipagem sanguínea e fator Rh), na primeira consulta;
  - B- VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
  - C- Urina – rotina (urina I), (elementos anormais e sedimentos) - um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
  - D- Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
  - E- Hb/Ht, na primeira consulta;
  - F- Oferta de testagem Anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;

- Aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda do esquema recomendado) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
- Realização de atividades educativas;
- Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;
- Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Portanto, o segundo critério de julgamento para mensurar a utilização do cuidado pré-natal correspondeu aos critérios recomendados no componente I do PHPN, quais sejam:

- Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês da gestação;
- Realizar, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal.

### **3.5.2. Capacidade resolutiva qualitativa**

A capacidade resolutiva qualitativa foi avaliada considerando o trabalho da equipe multiprofissional referente a:

- qualidade técnico-científica da assistência, mensurada a partir de critérios explícitos;
- descrição da assistência prestada à gestante pela equipe multiprofissional;
- encaminhamentos internos e externos realizados;
- adesão às consultas de pré-natal, consulta de revisão puerperal e ambulatório de planejamento familiar.

Para avaliar em maior detalhe a atenção pré-natal utilizaram-se 15 indicadores de qualidade técnico-científica da assistência. Entre estes, oito são recomendações do componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal – do PHPN (BRASIL, 2000c).

Pelo fato destes procedimentos serem considerados critérios mínimos de qualidade para o adequado acompanhamento pré-natal, foram incorporados ao estudo sete procedimentos técnicos normatizados sobre a atenção do PPNBR/HUM, quais sejam:

- Coleta do exame de colpocitologia oncótica;
- Coleta do exame de bacterioscopia de secreção vaginal a fresco;
- Realização de sorologia para hepatite B;
- Realização de sorologia para toxoplasmose IGg e IGM;
- Realização, no mínimo, de um exame de ultrassonografia gestacional;
- Realização do exame das mamas;
- Realização de orientação sobre aleitamento materno no pré-natal.

Em síntese, os indicadores propostos para avaliar a qualidade técnico-científica da assistência pré-natal são enumerados a seguir.

a) Realização dos seguintes exames laboratoriais:

- ABO-Rh (tipagem sanguínea e fator Rh), na primeira consulta;
- VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
- Urina – rotina (Urina I) - um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
- Hb/Ht, na primeira consulta;
- Oferta de testagem anti-HIV;

- Sorologia para hepatite B;
- Toxoplasmose IGg e IGM.
- Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
- b) Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante (segunda do esquema recomendado) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
- c) Realização do exame das mamas;
- d) Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;
- e) Garantia, às gestantes classificadas como de risco, de atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco;
- f) Realização, no mínimo, de um exame de ultrassonografia gestacional;
- g) Realização de exame ginecológico: colpocitologia oncótica e bacterioscopia de secreção vaginal;
- h) Realização de orientação sobre aleitamento materno no pré-natal.



## ***4. RESULTADOS E DISCUSSÃO***

Este foi um estudo transversal realizado entre gestantes atendidas no programa de assistência pré-natal de baixo risco do Hospital Universitário no município de Maringá-Paraná. Nesse sentido, é importante ressaltar que os resultados encontrados não refletem a totalidade da assistência pré-natal do município. Uma vez que o estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada por equipe multiprofissional de um serviço de saúde do município com estas características, pode-se afirmar que os resultados atenderam à proposta inicial.

Os resultados e a discussão deste estudo estão assim distribuídos ao longo deste capítulo:

4.1. Descrição da população em estudo

4.2. Avaliação do processo de trabalho da equipe multiprofissional

4.3. Descrição da assistência prestada ao binômio no parto, nascimento e puerpério

#### **4.1. DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO**

A descrição da população de estudo compreendeu 213 gestantes que se inscreveram no programa no período de 1998-2001. Desta forma, incluía, inicialmente, em cada ano, as gestantes que foram encaminhadas, durante a evolução gravídica, ao ambulatório de gestação de alto risco, sofreram perdas fetais, abandonaram o programa ou mudaram de cidade. Referiu-se, em específico, ao grupo de mulheres que conseguiu atendimento no Hospital Universitário, o qual é reconhecido como uma instituição de ensino que atende a uma parcela da população, segundo Medici (2001), que tem dificuldade de acesso aos serviços oferecidos.

Os dados das tabelas a seguir apresentam o perfil demográfico, social e reprodutivo da população em estudo segundo idade, situação conjugal, escolaridade, procedência, motivo do acompanhamento pré-natal no HUM, atividade econômica e história reprodutiva.

**TABELA 1 - Dados demográficos das gestantes atendidas no PPNBR/HUM – 1998/2001**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
Menos de 15	2	0,9
15 – 19	58	27,2
20 – 24	76	35,7
25 – 29	49	23,0
30 – 34	22	10,3
Mais de 34	6	2,9
<b>Situação Conjugal</b>		
Casada	128	60,0
Solteira	53	24,9
Amasiada	29	13,6
Separada	1	0,5
Divorciada	1	0,5
Ignorada	1	0,5
<b>Escolaridade</b>		
1º grau completo e incompleto	113	53,1
2º grau completo e incompleto	77	36,2
3º grau completo e incompleto	15	7,0
Não registrado	08	3,7
<b>Procedência</b>		
Maringá	199	93,4
Outra cidade	14	6,6
<b>Motivo do acompanhamento pré-natal no HUM</b>		
Indicação de vizinho/amigo/parente	75	35,2
Indicação de profissionais do HUM	70	32,9
Procura espontânea pelo serviço	35	16,4
Indicação pelo Posto de saúde	7	3,3
Outro	8	3,8
Não registrado	18	8,4

Os dados da tabela 1 mostram que a maioria das mulheres (69%) estava na faixa etária de 20 a 34 anos, tratando-se, portanto, de uma população jovem. A média de idade foi 23 anos, variando de 14 a 39 anos. Nas faixas etárias extremas do período reprodutivo encontravam-se 66 (31%) mulheres, sendo 60 (28,1%) adolescentes e 6 (2,9%) gestantes idosas.

Para Rezende (1991) e Zugaib e Sancovski (1994), biologicamente a mulher estaria melhor preparada para a gravidez e parturição após 18-20 anos, podendo-se estender este período até os 30 anos.

Considerando-se esta faixa etária como mais propícia para a gravidez, parto e puerpério, verifica-se que 69% das gestantes estudadas estariam em condições favoráveis para enfrentar esta fase. Esse resultado pode explicar em parte a classificação de baixo risco em que se enquadram estas clientes.

De acordo com o Manual de Assistência Pré-natal do Ministério da Saúde, a idade menor que 17 e maior que 35 anos é considerada fator de risco na gravidez (BRASIL, 2000a) devido à maior possibilidade de doenças intercorrentes, como a hipertensão arterial, hemorragias, amniorrexe prematura, diabetes; complicações do trabalho de parto; baixo peso ao nascer, prematuridade, deformidades e anomalias cromossômicas (PARADA e PELÁ, 1999).

Segundo Victora (2001), a estimativa indireta de mortalidade infantil para mães com menos de 20 anos demonstra ser 30% superior à de mães com 20 a 29 anos de idade.

Estudo realizado por Sapata (1999), que avaliou o programa de assistência pré-natal de baixo risco em unidade de saúde no município de Maringá, revelou distribuição semelhante ao encontrado no presente estudo: 73,8% na faixa etária de 20 a 34 anos e 2,9% acima de 35 anos. Contudo, o índice de adolescentes foi de 23,2%.

Outro estudo, desenvolvido por Carvalho (1996), verificou os seguintes percentuais: 15,5% de menores de 20 anos, 76,3% entre 20 a 34 anos e 8,2% acima de 35 anos.

Milagres (1997), analisando a gravidez na adolescência em Maringá, encontrou um índice de 16,4% de gestantes com idade variando de 13 a 19 anos.

Observou-se, portanto, que o percentual de gestantes adolescentes atendidas no HUM foi superior ao registrado em outros estudos no município, exigindo da equipe que presta assistência cuidados criteriosos para alcançar uma evolução gravídica favorável.

A escolaridade materna tem sido amplamente utilizada em estudos de saúde materno-infantil como uma das variáveis que caracteriza o nível sócio-econômico das famílias devido à facilidade na obtenção do dado, pelo fato desta influenciar na gestação (CUCOLO, 1990; CARVALHO, 1996) e por constituir um dos indicadores de nível sócio econômico que tem maior repercussão sobre a mortalidade infantil (FAÚNDES et al., 1982).

Quanto à escolaridade, 113 (53,1%) mulheres informaram que freqüentaram pelo menos o primeiro grau e 30% destas não o completaram. Cursaram o segundo grau 36,2% das gestantes e apenas 7% estudaram até o nível superior. Não houve ocorrência de analfabetos, definido como sendo as pessoas que apenas assinam o nome e aquelas sem educação formal (FUNDAÇÃO..., 1991).

A baixa escolaridade de mulheres é apontada como um dos fatores de risco na gravidez (BRASIL, 2000a), pois está associada ao baixo peso ao nascer, à perimortalidade, neomortalidade e mortalidade infantil, assim como ao aumento do número de partos e menor número de consultas médicas no pré-natal (FAÚNDES et al., 1982). A associação da mortalidade perinatal, neonatal e infantil às mães com menor escolaridade pode decorrer não só do menor conhecimento quanto à importância do pré-natal, do intervalo interpartal ideal, do acompanhamento de rotina de seu recém-nascido, como também do acesso mais difícil aos serviços de puericultura, em virtude da menor condição social (HAIDAR, OLIVEIRA e NASCIMENTO, 2001).

Estudo realizado pelo Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna apontou ainda que o risco de óbito materno está associado diretamente ao grau de escolaridade materna: o risco de morte materna para mulheres sem escolaridade foi de 202,5 por 100.000 N. V., enquanto que, nas pacientes com 2º e 3º graus, os índices observados foram de 30,5 e 38,2 por 100.000 N. V. (COMITÊ..., 2001).

No que se refere à situação conjugal, grande parte das mulheres (73,6%) era unida por casamento ou consensualmente; 24,9% solteiras e 1% separadas ou divorciadas. A situação conjugal insegura é considerada fator de risco na gravidez, pois está associada a algumas complicações obstétricas, como parto pré-termo, baixo peso ao nascer e aumento da mortalidade perinatal (FAÚNDES et al., 1982; TEDESCO, 1999; BRASIL, 2000 a).

O fato da maioria das gestantes apresentarem companheiro fixo no momento da gravidez pode ser considerado como fator favorável à evolução gravídica, atribuído ao significado do companheiro como suporte afetivo, à oportunidade do casal em assumir o compromisso pela vida e bem estar do filho e ao início precoce e maior número de consultas de pré-natal (OSIS et al., 1993).

A autora supracitada ainda ressalta que a mulher solteira demora mais para aceitar a gestação e tem menos conhecimento acerca do que fazer em caso de ficar grávida, o que poderia explicar o início tardio das consultas de pré-natal e o menor número de consultas.

Estudo de Faúndes et al. (1982) destacam que a condição de solteira e de ter baixa escolaridade constituem importantes preditores de maus resultados perinatais. Contudo, os referidos autores evidenciam que a influência destas duas variáveis sobre os resultados perinatais praticamente desaparecem se estas mulheres tiverem assistência pré-natal adequada, demonstrando, desta forma, que a qualidade da assistência pré-natal compensa os fatores negativos citados anteriormente.

Na distribuição das mulheres quanto à procedência, verificou-se que quase a totalidade das gestantes residia em Maringá (93,4%). A proporção de mulheres procedentes de outros municípios (Paiçandu, Sarandi, Mandaguari, Santa Fé e Jandaia do Sul) foi pequeno (6,6%).

Quanto ao motivo de escolha para o acompanhamento pré-natal no HUM, verificou-se que a maioria (71,4%) procurou o serviço por indicação de um profissional da área da saúde (36,2%) e de vizinhos, amigos ou parentes (35,2%). A parcela da população que procurou espontaneamente o serviço (16,4%) correspondeu às gestantes que conheciam ou já tinham experiência de assistência pré-natal ou internação hospitalar no HUM.

Esses dados são semelhantes aos encontrados por Oliveira (2000), e divergentes do estudo realizado por Santos et al. (2000) no qual investigaram-se as razões maternas para escolha do local de acompanhamento pré-natal em Pelotas – RS.

Estudo de Santos et al. (2000) apontou que a proximidade foi o principal critério para escolha do local de acompanhamento pré-natal (46,8%). Outros critérios foram a qualidade do serviço oferecido (31,2%) e ter algum convênio (10,1%). É importante destacar que mais de 85% das mães referiram ter como serviço mais próximo de casa um posto de saúde, porém 52,2% não utilizaram este serviço alegando como razão principal a má qualidade do atendimento.

Chama atenção a indicação do serviço pré-natal do HUM pelo profissional que atua no posto de saúde, pois todos os postos de saúde do município têm responsabilidade por área de abrangência delimitada e mantêm serviço de assistência pré-natal à gestante de baixo risco.

No que se refere à inserção no mercado de trabalho, 53% das mulheres não exerciam atividade econômica e 47% exerciam atividade remunerada. De modo predominante, as gestantes que não exerciam atividade remunerada eram donas de casa (85,8%). Chama atenção o pequeno número de mulheres que estudava (14,2%) pois, dado a quantidade de mulheres jovens (69%), esperava-se obter maior número de estudantes. Este dado vem confirmar pesquisas que assinalam que o processo gestacional constitui motivo prevalente para abandono dos estudos, principalmente para as gestantes adolescentes (OLIVEIRA, 2000; TASE, 2000).

Conforme indica a tabela 2, os principais grupos de atividade econômica foram: serviços domésticos (25%); ajudantes e auxiliares (24%) e corte e costura (10%). As ocupações de nível superior corresponderam a apenas 3% da população estudada.

**TABELA 2 - Atividade econômica das gestantes atendidas no PPNBR/HUM – 1998/2001**

<b>ATIVIDADE ECONÔMICA</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>%</b>
<b>Sem atividade econômica</b>	<b>113</b>	<b>53,0</b>
Do lar	97	85,8
Estudante	16	14,2
<b>Com atividade econômica</b>	<b>100</b>	<b>47,0</b>
Serviços Domésticos	25	25,0
Auxiliar administrativo / secretária	16	16,0
Corte e costura	10	10,0
Ajudante geral/serviços gerais	8	8,0
Zeladora	7	7,0
Professora	6	6,0
Vendedora	4	4,0
Maquinista	2	2,0
Auxiliar de Odontologia	2	2,0
Enfermeira	1	1,0
Contadora	1	1,0
Psicóloga	1	1,0
Outros	17	17,0
<b>TOTAL</b>	<b>213</b>	<b>100,0</b>

Estes dados são concordantes com pesquisa realizada em novembro/2001 (DATAFOLHA, 2002), a qual aponta que o serviço doméstico constitui a principal ocupação remunerada das brasileiras (21% da força de trabalho feminino). O mesmo estudo assinala o perfil da empregada doméstica, no qual a maioria delas (84%) apresenta baixa escolaridade, indicando que a disponibilidade de mão de obra relativamente barata e o grande número de trabalhadoras sem qualificação garantem a prevalência da ocupação no Brasil.

Tedesco (1999) descreve que a associação entre gravidez e trabalho tem sido motivo de interesse médico desde o final do século passado e recomenda que, na abordagem das repercussões do trabalho à gravidez, deverão ser considerados os aspectos referentes às características do trabalho, elementos de exposição e profissões.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), as ocupações que exigem esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse são consideradas fatores de risco na gravidez.

Tedesco (1999, p. 129) ressalta que as ocupações categorizadas como de prestação de serviços, na qual inclui o serviço doméstico remunerado e de zeladoria – as quais correspondem a 32% da população em estudo –, são as que mostram maior risco para abortamentos, malformações e baixo peso ao nascer. Estes riscos aumentados são decorrentes do esforço físico no trabalho, trabalho em pé e da exposição a certos compostos, em especial os solventes orgânicos, presentes em praticamente todos os produtos de limpeza.

Conforme assinala Tedesco (1999, p. 130), a atividade não-remunerada deve ser considerada como motivo de preocupação para a equipe de saúde, sendo falsa a crença de que a mulher que se ocupa somente dos trabalhos domésticos tem menor sobrecarga física e emocional. Segundo o autor, as características extenuantes do trabalho caseiro, aliado à ausência de descanso semanal, férias, licença remunerada em caso de doença, tornam-no estressante física e emocionalmente e esta pode ser a ligação com o observado efeito adverso da gestação. Além disso, o trabalho doméstico é apresentado, com quase unanimidade, como favorecedor de partos prematuros.

O perfil das mulheres quanto à atividade econômica deve ser considerado durante a assistência pré-natal, visto que a proporção de mulheres que exercia trabalho não remunerado foi significativo (53%) e entre as que recebiam remuneração, pouco mais que dois terços delas (72%) realizavam serviços auxiliares, o que determina baixa renda familiar. Este perfil sócio-econômico reflete o perfil denominado de alto risco social pelo Comitê Estadual de Prevenção de Morte Materna no Paraná: mulheres com baixa renda e escolaridade e sem ocupação definida, representam um grupo no qual existe a probabilidade de óbito materno (COMITÊ..., 2001, p. 28).

Analisando-se as características relativas ao grau de escolaridade e atividade econômica desta população pode-se afirmar que a clientela que procura o programa pré-natal do HUM é constituída, prioritariamente, por mulheres que pertencem à classe econômica baixa, característica da maioria da população que procura o atendimento em Hospital Universitário (ALMEIDA e MELLO JORGE, 1998).

A história reprodutiva da mulher exige atenção da equipe, principalmente no que se refere à história de complicações obstétricas (FEDERAÇÃO..., 2000).

A tabela 3 demonstra que, em relação ao número de gestações, 46% das mulheres estava vivenciando a sua primeira gravidez, 30,1% eram secundigestas e 23,9% multigestas.

**TABELA 3 - História reprodutiva das gestantes atendidas no PPNBR/HUM – 1998/2001**

<b>HISTÓRIA REPRODUTIVA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Gestações</b>		
1	98	46,0
2	64	30,1
3	41	19,2
4 ou mais	10	4,7
<b>Partos</b>		
0	160	75,1
1	30	14,1
2	19	8,9
3 ou mais	4	1,9
<b>Cesáreas</b>		
0	160	75,1
1	38	17,9
2 ou mais	15	7,0
<b>Abortos</b>		
0	183	86,0
1	27	12,7
2 ou mais	3	1,3
<b>Natimorto</b>		
0	210	98,6
1	3	1,4
<b>Nascidos vivos</b>		
0	121	56,8
1	51	24,0
2	33	15,5
3 ou mais	8	3,7
<b>Filhos vivos</b>		
0	121	56,8
1	53	24,9
2	31	14,5
3 ou mais	8	3,8

Considerando que uma parcela das gestantes era primigesta e, dentre elas, 28,1% adolescentes, ressalta-se a necessidade do trabalho efetivo da equipe de saúde no período gestacional, parto e puerpério para evitar complicações e, até mesmo, para propiciar experiência positiva que contribuirá com uma boa evolução gravídica futura.

Em relação à multiparidade, a importância de reconhecer esta condição decorre do maior risco de parto prematuro, descolamento prematuro da placenta e rotura uterina para este grupo de gestantes.

Do total de mulheres, mais da metade (56,8%) não tinha filhos vivos; as demais, 24,9 % tinham um filho; 14,5% dois e apenas 3,8% tinham três ou mais filhos. Como estas famílias têm constituição pouco numerosa, de certa forma, são amenizados os efeitos do nível sócio-econômico, podendo reduzir a influência negativa deste fator na evolução da gravidez.

Como resultado da gestação encontraram-se 14% de abortamentos e 1,4% de nascidos mortos. Observou-se que o perfil demográfico, social e reprodutivo das gestantes tem sofrido modificações no decorrer do programa, as quais devem subsidiar a assistência prestada pela equipe multiprofissional.

Estudo realizado por Balan (1996), no qual foi analisada a assistência oferecida às gestantes atendidas no PPNBR/HUM no período de setembro de 1994 a abril de 1996, apontou que a maior parte das mulheres eram jovens (61%), sendo 30,6% adolescentes, índice semelhante ao encontrado no presente estudo. Contudo, no referido período, não houve registro de atendimento de mulheres na faixa etária acima dos 35 anos de idade, o qual, no presente estudo, correspondeu a 2,9% da população estudada.

Quanto à atividade econômica, o perfil prevalece: cerca de 50% das mulheres não desenvolviam atividade remunerada, e entre as demais, a maior proporção constituiu-se de domésticas (20%).

Em relação ao estado civil, no período de 1994 a 1996, metade das mulheres eram solteiras; no estudo atual, a grande maioria (73,6%) apresenta companheiro fixo.

Observa-se que, em relação à escolaridade, houve aumento significativo do grau de escolaridade relacionado ao nível secundário: de 16,7% (período 1994 a 1996) para 36,2% no estudo atual.

Outra mudança relaciona-se à história reprodutiva das mulheres. No período de 1994 a 1996, encontrou-se 61,1% primigestas e, no presente estudo, esta proporção caiu para 46%. Esta queda foi proporcional ao aumento no número de multigestas: de 11% no período de 1994 a 1996 para 23,9% no presente estudo.

#### **4.2. AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

O objetivo, nesta subseção, foi descrever e analisar o processo de trabalho da equipe multiprofissional.

A capacidade resolutiva do programa foi avaliada com enfoque na capacidade resolutiva qualitativa (SIMÉANT, 1984) e, portanto, em função do atendimento às necessidades de saúde, relacionada à garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida (CECÍLIO, 2001). Este critério constitui um dos quatro grupos da taxonomia das necessidades de saúde, descrito por Cecílio (2001) na proposta da integralidade da atenção no espaço da micropolítica de saúde.

A precocidade no ingresso e a assiduidade nas consultas de pré-natal constituem benefícios indiscutíveis à saúde do binômio, sendo consideradas condições ideais para se obter assistência efetiva e acesso à tecnologia adequada na atenção pré-natal.

Portanto, pretendeu-se, inicialmente, avaliar a utilização do cuidado pré-natal e, posteriormente, analisar-se a capacidade resolutiva qualitativa do programa.

A utilização do cuidado pré-natal foi mensurada conforme critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (PHPN) e Índice de Adequação da Utilização do Pré-natal (APNCU). A capacidade resolutiva qualitativa englobou a análise da qualidade técnica da assistência, baseada em critérios

recomendados no componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal – do PHPN e do protocolo de atendimento do PPNBR/HUM; bem como, a descrição do atendimento realizado pela equipe multiprofissional do HUM e de outros profissionais do HUM; e os encaminhamentos internos e externos realizados.

Considerando, ainda, que a adesão ao programa constitui um indicador da qualidade da assistência prestada, determinou-se a taxa de adesão das gestantes às ações desenvolvidas, que se iniciaram no pré-natal e terminaram no planejamento familiar.

Para apresentar de forma sistemática o atendimento realizado, descreveu-se o fluxograma do atendimento da equipe multiprofissional.

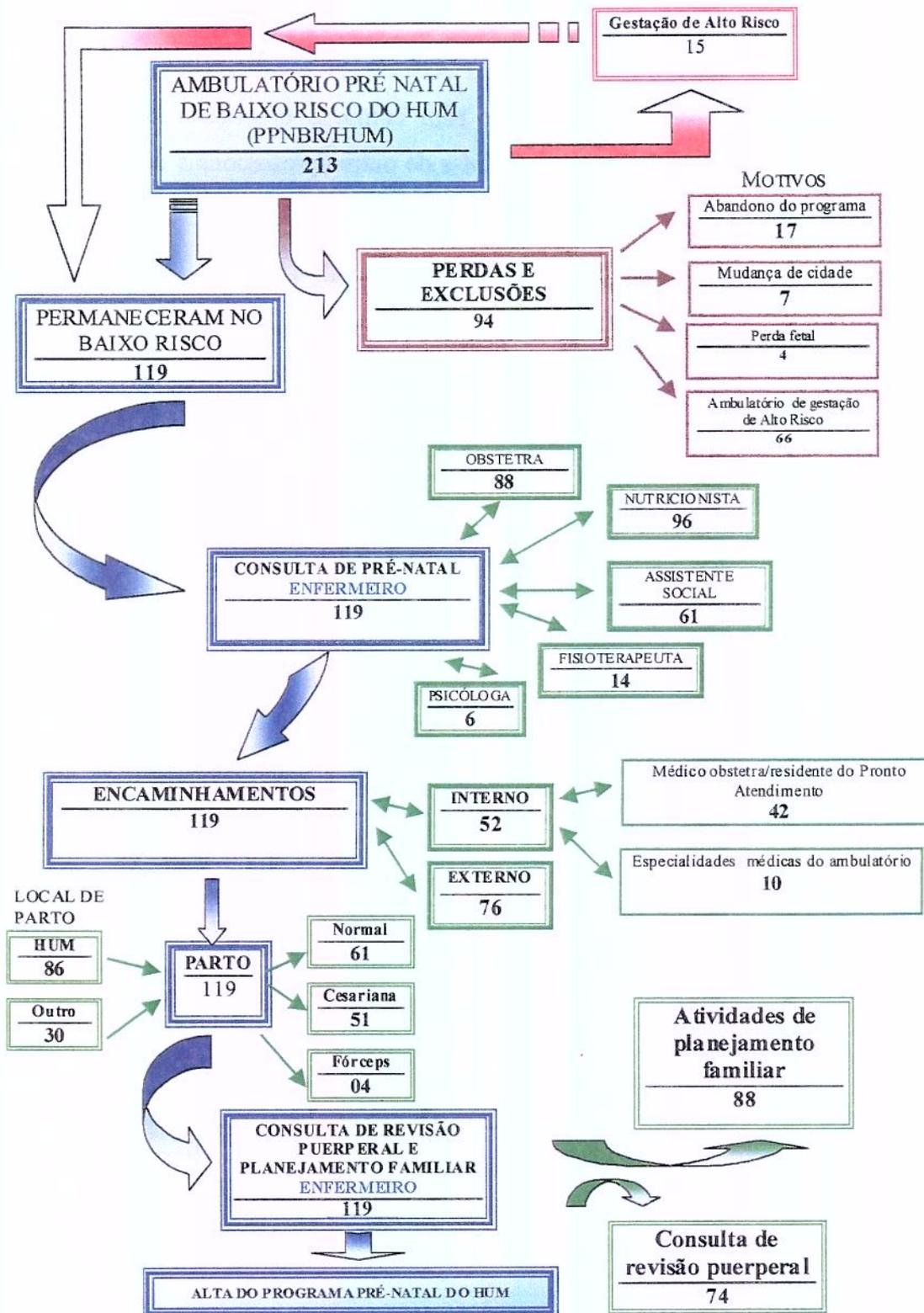


FIGURA 1 – Fluxuograma do processo de trabalho da equipe multiprofissional do PPNBR/HUM

#### 4.2.1. A atenção pré-natal prestada pela equipe multiprofissional do PPNBR/HUM

Conforme demonstra a figura anterior, 213 gestantes iniciaram o acompanhamento pré-natal no HUM no período 1998- 2001. Durante a evolução gravídica 4 (1,9%) sofreram perdas fetais precoces; 7 (3,3%) solicitaram a transferência do pré-natal para outro serviço devido à mudança de cidade; 66 (31%) mulheres foram encaminhadas para acompanhamento no ambulatório de gestação de alto risco e 17 (7,9%) gestantes abandonaram o programa.

Desta forma, 119 (55,9%) gestantes foram acompanhadas pela equipe multiprofissional do PPNBR/HUM no ciclo gravídico puerperal.

Inicialmente, avaliou-se o atendimento prestado pelo enfermeiro, seguida da descrição da assistência prestada por outros profissionais da equipe.

#### ENFERMEIRO

Segundo Grandi e Sarasqueta (1997), o controle pré-natal deve ter como objetivo a precocidade do ingresso, a periodicidade dos atendimentos e a captação das gestantes.

O início precoce da assistência pré-natal é reconhecido por diversos autores como uma das principais condições para obter-se assistência pré-natal efetiva, sendo este relacionado à disponibilidade da gestante em procurá-lo, à capacidade da oferta e acesso ao serviço e à qualidade da assistência prestada à população (KOTELCHUCK, 1994; KAESTNER, 1999; BRASIL 1984; 2000a; 2000c ).

Estudo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b), representativo da população da área urbana em 26 capitais brasileiras, apontou que a mediana do número de consultas de pré-natal em 1999 foi sete e o mês de início da primeira consulta dois. Porém, as desigualdades regionais foram marcantes: a região Sul foi a que apresentou a maior proporção de mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal (63%), enquanto que a Norte a menor (36%).

Além das desigualdades regionais, que enunciam dificuldades no acesso à assistência pré-natal, dois estudos longitudinais, realizados em Pelotas/RS, demonstram a relação direta entre nível de renda e desempenho na assistência pré-natal: quanto pior o nível de renda e maior os fatores de risco, mais baixo o desempenho da assistência à saúde (VICTORA et al., 1989; COSTA, 1996).

Os referidos autores registraram ainda que as mulheres de baixa renda foram, proporcionalmente, as que menos procuraram cuidados de pré-natal, tiveram menor média de consultas e buscaram assistência médica mais tardiamente.

De acordo com Neumann (2000), isto pode ser explicado pela dificuldade de acesso: a pesquisa sobre Padrões de vida do IBGE de 1996/97 aponta que os mais pobres esperam mais do que o dobro para serem atendidos (FUNDAÇÃO..., 1998).

O momento da primeira visita pré-natal, bem como a frequência das visitas antenatais são usualmente referidos como possíveis elementos contribuintes na diminuição das taxas de morbimortalidade perinatal (MORAIS et al., 1998).

O aumento no número de consultas de pré-natal é inversamente proporcional a taxas de mecônio no líquido amniótico, de Índices de Apgar menores que 7 no primeiro minuto e quinto minutos, de natimortalidade, bem como na incidência dos nascimentos pré-termo e de fetos de baixo peso (FAÚNDES et al., 1982; MORAIS et al., 1998; 1999).

Estudo sobre a evolução da mortalidade materna no Paraná no período de 1989-1998, apontou que a maior parte dos óbitos maternos (59%) ocorreu em mulheres que realizaram o pré-natal inadequadamente, ou seja, compareceram a menos de seis consultas de pré-natal, demonstrando a relação entre número de consultas de pré-natal e mortalidade materna (COMITÊ..., 2001).

O manual técnico de assistência pré-natal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000 a) recomenda que o intervalo entre as consultas de pré-natal deve ser de quatro semanas e, após a 36ª semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias. Desta forma, atende-se à recomendação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento em obter-se o mínimo de seis consultas durante o período gestacional (BRASIL, 2000c). A

Organização Mundial da Saúde também considera como adequado o número mínimo de seis visitas pré-natais (WORLD..., 1952). Por sua vez, o Programa Protegendo a Vida da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná preconiza o mínimo de 7 consultas como o ideal para o período gestacional (PARANÁ..., 1996).

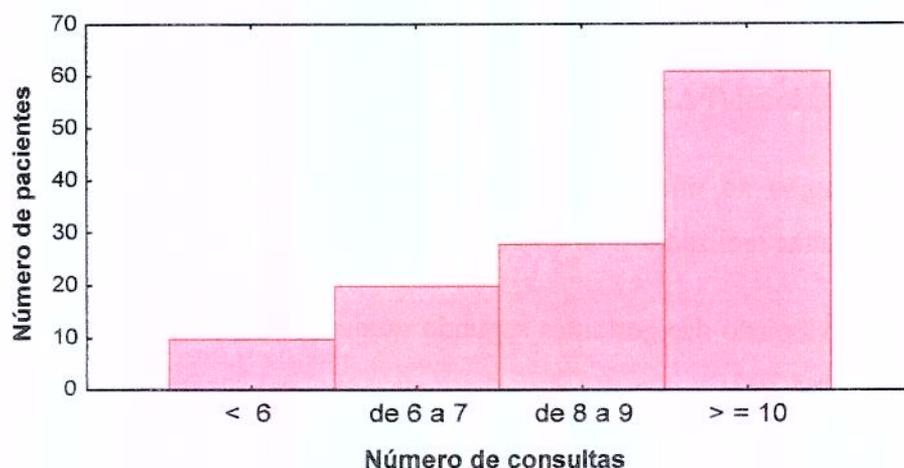
Em relação ao número de consultas de pré-natal, a tabela 4 e a figura 2 enumeram as consultas realizadas pelo enfermeiro durante a assistência pré-natal.

**TABELA 4 – Distribuição das gestantes segundo número de consultas com enfermeiro do PPNBR/HUM – 1998/2001**

Número de consultas	N	%
01   03	1	0,8
03   05	4	3,4
05   07	11	9,2
07   09	28	23,6
09   11	25	21,0
11   13	26	21,9
13   15	16	13,4
15   17	6	5,0
17   19	2	1,7
TOTAL	119	100,0

Na tabela 4, chama atenção o fato de haver grande diversidade no número de consultas realizada pelas gestantes, variando de 2 a 17, com a média de 9,8 consultas. Esta característica do PPNBR/HUM já havia sido apontada anteriormente por Balan (1996), pois, em seu estudo, o número de atendimentos variou de 4 a 15 consultas.

No total, foram realizadas 1162 consultas de pré-natal pela equipe de enfermagem do PPNBR/HUM.



**FIGURA 2** – Distribuição das gestantes segundo número de consultas com enfermeiro do PPNBR/HUM – 1998/2001

A figura 2 aponta que o número de consultas de pré-natal apresentou a seguinte ordem decrescente de freqüência: 61 (51%) gestantes realizaram 10 ou mais consultas; 28 (24%) de 8 a 9 consultas; 20 (17%) de 6 a 7 consultas e 10 (8%) menos que 6 consultas.

Ao comparar-se o número de consultas de pré-natal com parâmetros recomendados pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, pode-se inferir que 91,6% das mulheres tiveram atendimento considerado como adequado; se comparado aos parâmetros do programa Protegendo a Vida no Estado do Paraná, este índice corresponde a 86,6%. Estes índices foram superiores ao encontrado em estudos na região Sul e Sudeste do Brasil, no qual observaram-se valores que variaram de 50% a 77,5% (OSIS et al., 1993; NEUMANN, 2000).

Segundo dados do Ministério da Saúde, referentes ao número de consultas de pré-natal no Brasil até o mês de junho/2002, houve aumento expressivo do número de atendimentos, que passou de 3,4 milhões em 1995 para 10,2 milhões em 2002. A média de consultas por gestante passou de 1,2 para 4,2 (BRASIL, 2002).

Estudos realizados nas regiões Sul - Sudeste do Brasil demonstraram que o número médio de consultas variou de 5,3 a 8,2 (HALPERN et al., 1998; NEUMANN, 2000; SANTOS et al., 2000; SILVEIRA, SANTOS e COSTA, 2001).

Em Maringá, foram encontrados dois estudos que avaliaram a assistência pré-natal em núcleos integrados de saúde do município. Scochi (1996) evidenciou que 80% das gestantes realizaram mais de seis consultas de pré-natal, das quais 38% ultrapassaram dez consultas. Sapata (1999), ao avaliar programa de assistência ao pré-natal de baixo risco em núcleo integrado de saúde, apontou que a maioria das gestantes estudadas (59,3%), realizou seis ou mais consultas de pré-natal, tendo uma média de 6,6 consultas médicas.

Portanto, o número médio de consultas de pré-natal encontrado no presente estudo demonstrou ser superior aos parâmetros mínimos recomendados pelos órgãos nacionais e internacionais de saúde, aos relatados em outros estudos brasileiros e a pesquisas realizadas em serviços públicos de saúde do município.

Este maior número de consultas poderia apontar para a *medicalização* da assistência. Contudo, como um dos objetivos do programa constitui o desenvolvimento de trabalho terapêutico que estimule a capacidade de autonomia das mulheres, este indicador representa a possibilidade de desenvolver continuamente prática educativas, o atendimento das necessidades de saúde individuais, maior duração da relação profissional - gestante, bem como indica adesão ao programa proposto.

Conforme descrito inicialmente, a utilização do cuidado pré-natal foi mensurada conforme critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (PHPN) e Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-natal (APNCU).

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - PHPN (BRASIL, 2000c) recomenda que a assistência pré-natal deve ser iniciada no primeiro trimestre de gestação e a gestante deve receber, no mínimo, seis atendimentos para avaliação do desenvolvimento gestacional. Estas são recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde desde a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984), no sentido de se obter intervenções oportunas, tanto preventivas como educativas e terapêuticas, na assistência pré-natal.

Kotelchuck, após examinar as limitações do Índice de adequação do cuidado pré-natal de Kessner – um dos principais índices de adequação do cuidado pré-natal utilizado nos Estados Unidos – propôs o índice de adequação da utilização do cuidado pré-natal (APNCU). Este índice ressalta a precocidade da assistência como medida da utilização do cuidado pré-natal e, com menos ênfase, a continuidade dos cuidados pré-natais. Seu indicador é considerado sensível para medir a utilização do cuidado pré-natal, pois distingue se a inadequação dos cuidados no pré-natal foi atribuído ao início tardio da assistência ou ao número insuficiente de visitas (KOTELCHUCK, 1994).

O índice de utilização do cuidado pré-natal mensura a qualidade da assistência em relação à idade gestacional de início da assistência pré-natal (mês de início do cuidado pré-natal), enquanto que a adequação dos cuidados recebidos refere-se à realização do número de consultas de pré-natal considerado como ideal. Ressalta-se ainda que, na utilização destes dois critérios, foi considerada a idade gestacional do início da assistência pré-natal como sendo a identificada na consulta de triagem no pré-natal de baixo risco do HUM, mesmo se a gestante já havia iniciado a assistência pré-natal em outra instituição.

A tabela abaixo classifica e compara a adequação da utilização do cuidado pré-natal do PPNBR/HUM considerando os dois critérios.

**TABELA 5 - Índice comparativo de adequação na utilização do cuidado pré-natal segundo critérios do APNCU e PHPN**

Critério de avaliação	Categoria	APNCU		PHPN	
		N	%	N	%
Utilização do cuidado pré-natal	Ótimo	36	30,3	-	-
	Adequado	30	25,2	66	55,5
	Intermediário	50	42,0	-	-
	Inadequado	3	2,5	53	44,5
Adequação dos cuidados recebidos	Ótimo	12	10,0	-	-
	Adequado	58	48,8	109	91,6
	Intermediário	46	38,7	-	-
	Inadequado	-	-	10	8,4
Sumário do índice de adequação na utilização do cuidado pré-natal	Ignorado	3	2,5	-	-
	Ótimo	5	4,2	-	-
	Adequado	39	32,8	66	55,5
	Intermediário	19	16,0	-	-
	Inadequado	53	44,5	53	44,5
	Ignorado	3	2,5	-	-

Quanto à idade gestacional de início do cuidado pré-natal, a tabela 5 demonstra que, em relação ao critério APNCU, o cuidado foi considerado ótimo para 30,3% das gestantes; adequado para 25,2%; intermediário para 42% e inadequado para 2,5% das mulheres. Quando comparado ao índice do PHPN, a adequação da utilização do cuidado pré-natal foi de 55,5% e a inadequação de 44,5%.

Ao considerar-se o número de consultas de pré-natal, observou-se que, de acordo com o critério APNCU, o cuidado pré-natal foi ótimo para 10% das gestantes; adequado para 48,8%, intermediário para 38,7% e não houve inadequação para este índice. Por outro lado, conforme critérios do PHPN, o cuidado recebido foi classificado como adequado para 91,6% das mulheres e inadequado para 8,4%.

Portanto, ao considerar-se o sumário do índice de adequação (APNCU e PHPN), a utilização do cuidado pré-natal foi inadequado para 53 (44,5%) gestantes. Este resultado foi atribuído ao início tardio da assistência pré-natal (após o mês 4) e não ao número insuficiente de visitas, pois não houve inadequação dos cuidados recebidos (relativo ao número de consultas de pré-natal) ao utilizar-se o índice APNCU. Este mensura a adequação do cuidado pré-natal, ajustando o número de consultas de pré-natal para a idade gestacional de início e do término da assistência (ocorrência do parto), o que não ocorre ao utilizar-se o índice do PHPN, que avalia como adequadas seis consultas de pré-natal, independente dos dois fatores considerados no índice APNCU.

Corroboram destas afirmações os dados obtidos na figura 2, na qual 10 (8,4%) gestantes fizeram menos que seis consultas de pré-natal. Observou-se que, entre estas, oito iniciaram o pré-natal no segundo e duas no terceiro trimestre de gestação, sendo a média de idade gestacional do início do pré-natal, neste grupo, de 23,3 semanas. Verificou-se ainda que, neste grupo, sete gestantes já haviam iniciado o pré-natal em outra unidade de saúde e “transferiram-se espontaneamente” para o pré-natal no HUM ao final do segundo ou início do terceiro trimestre. Chamou atenção o registro em prontuário hospitalar de que o principal motivo para a transferência referiu-se à necessidade de garantia de vaga para o parto no HUM.

Desta forma, pode-se inferir que, para este grupo de gestantes, o menor número de consultas esteve relacionado ao início tardio da assistência pré-natal no HUM, provavelmente devido ao fato de o HUM ser a segunda opção de escolha para o atendimento, associado à necessidade de garantia da vaga para o parto.

Chama atenção, neste estudo, o fato de que, ao identificar a procedência das 53 mulheres que iniciaram tardiamente o pré-natal no HUM (após o mês 4), o início tardio da assistência, representada por 36 (68%) gestantes, ocorreu devido à transferência espontânea de outro serviço – 78% deslocaram-se do Posto de Saúde próximo à sua residência.

Alguns autores apontam a ocorrência de peregrinação das mulheres em busca de assistência pré-natal. Tase (2000) referiu em seus estudos que 52% das mulheres iniciaram o pré-natal no segundo trimestre da gestação devido à demora no agendamento da

primeira consulta ou à falta de vaga nas unidades básicas de saúde próximas de suas residências, que originou a procura em duas ou três unidades básicas de saúde. Por outro lado, Bonadio (1996) relatou que, apesar do acesso ao atendimento pré-natal em instituições de saúde próximas às suas residências, várias gestantes têm optado pelo atendimento em instituições filantrópicas, deslocando-se de diversas regiões da cidade de São Paulo e até mesmo de outros municípios em busca de cuidado durante a gravidez.

Oliveira (2000) ressalta em seu trabalho que os principais fatores que tem contribuído para a busca da gestante pelo cuidado pré-natal em outras instituições de saúde constituem a qualidade técnica e humana dos profissionais de saúde.

No município de Maringá dois estudos realizados em núcleos integrados de saúde demonstram o aumento expressivo da busca pela população de atendimento em serviços de saúde fora da sua área de abrangência. Rainha (1994) observou que, em relação à clientela atendida pelo NIS II Operária em agosto de 1993, 31% procediam de outros bairros, sendo que, em 1987, este percentual era de apenas 10%. Por sua vez, Sapata (1999) observou o fato de que no NIS II Mandacaru é marcante a preferência das gestantes por determinados gineco-obstetras, fato que interfere na maior demanda de atendimento para consulta de pré-natal a estes profissionais, inclusive de gestantes de outros municípios. Ao mesmo tempo, a referida autora assinala que a não garantia da realização do parto pelo obstetra que realiza o pré-natal no NIS incentiva a busca de médicos em outras unidades de saúde.

Para Rainha (1994), a ocorrência desta situação em Maringá é conflitante aos eixos norteadores da proposta de organização do modelo assistencial do município que, por pressupor atendimento descentralizado, mantém 23 unidades básicas de saúde em vários pontos do município, sendo o planejamento dos serviços realizado em função da população abrangida.

Sobre esta questão, Campos (1988, p. 113) afirma que a adscrição da clientela à determinada unidade de saúde mensura diretamente o grau de qualidade ou de resolutividade da mesma. Desta forma, quanto maior a qualidade ou a resolutividade da unidade, maior será a proporção da demanda teoricamente pertencente àquela área que faz

uso da unidade. Inversamente, quanto maior a parcela dessa população adscrita que busca serviços fora da área, menor será a resolutividade dessa área. Ainda segundo esse autor, existem aqueles a quem não é dada a opção e devem compulsoriamente dirigir-se aos únicos serviços que os podem atender. Se os que podem optar elegem determinado serviço, é porque o serviço escolhido deve ter, segundo a sua percepção, determinada qualidade ou resolutividade para superar as das outras possíveis opções.

Unglert (1987), complementa a idéia do autor supracitado ao inferir que a população inteligente, na busca pela sobrevivência, procura atenção a seus problemas de saúde considerando as distintas modalidades de acessibilidade de serviços, estabelecendo, assim, área de influência mais ou menos dispersas.

Estes dados também ressaltam o contingente de mulheres que dependiam basicamente do serviço público de assistência à saúde, o que reforça a característica de uma população predominantemente de baixa renda e a importância do setor público como provedor do cuidado entre a população atendida.

Ao analisar estes dados em conjunto com os obtidos na tabela 1, infere-se que o principal motivo de procura da assistência pré-natal no HUM foi a busca por melhor qualidade na assistência, já que foi indicada por terceiros (71,4%) ou pelo fato da mulher ter conhecimento prévio do atendimento (16,4%). Acrescenta-se a este fato as características do Hospital Universitário – centro de atendimento médico de alta complexidade e tecnologia –, e a concepção que existe entre a população de que, *quanto maior e mais complexo o estabelecimento, melhor o atendimento* (MEDICI, p. 153, 2001).

**TABELA 6** - Sumário comparativo do índice de adequação na utilização do cuidado pré-natal segundo critério APNCU entre os anos 1998 - 2001

SUMÁRIO	ANO			
	1998	1999	2000	2001
Adequado	20,0%	35,6%	48,4%	20,0%
Ótimo	-	6,7%	6,4%	-
Intermediário	20,0%	15,7%	9,9%	40,0%
Inadequado	60,0%	42,22%	40,0%	40,0%

Ao comparar a adequação na utilização do cuidado pré-natal nos anos de 1998-2001, pode-se inferir que o percentual de gestantes que obteve assistência considerada como adequada aumentou cerca de duas vezes nos anos 1999/2000, bem como houve diminuição no número de gestantes com assistência pré-natal classificada como intermediário e inadequado. Pelo fato desta classificação depender basicamente da idade gestacional de início da assistência pré-natal (quanto mais precoce, melhor o cuidado pré-natal), pode-se apontar que duas mudanças na rotina de atendimento influenciaram este resultado. O primeiro referiu-se ao aumento do número de enfermeiros no programa a partir de 1999, que proporcionou ampliação do número de vagas para atendimento pré-natal e aumento da capacidade de oferta do serviço. Outro fator associou-se à implantação da rotina de triagem no ambulatório para encaminhamento da gestante ao ambulatório de gestação de baixo ou alto risco, o qual proporcionou agendamento de consulta de pré-natal de forma mais ágil.

Portanto, as referidas mudanças na rotina de atendimento possibilitaram o ingresso precoce no cuidado pré-natal.

Estes achados são concordantes com Kaestner (1999), o qual refere que o início precoce da assistência pré-natal depende da disponibilidade da gestante em procurá-lo, da capacidade de oferta do serviço e ainda do acesso ao mesmo, ou seja, de fatores que podem estar ligados à gestante e ao serviço de saúde.

No presente estudo, os instrumentos não possibilitaram mensurar o quanto cada fator contribuiu para o início tardio do cuidado pré-natal para 53 (44,5%) gestantes. Contudo, os dados apontaram que a insatisfação com a qualidade do atendimento levou-as a transferirem-se espontaneamente para o pré-natal no HUM e isto ocasionou a admissão tardia na atenção pré-natal do HUM.

Por outro lado, quando verificada a adequação da utilização do cuidado pré-natal para o grupo de mulheres que iniciou o pré-natal no HUM, ou seja, que não transferiram seu atendimento pré-natal de outro serviço para o HUM, observou-se que 32% das mulheres iniciaram tardiamente o acompanhamento pré-natal. Isto aponta que existiram dificuldades no ingresso precoce ao cuidado pré-natal no HUM.

Estas afirmações são respaldadas pelo estudo de Scochi (1996, p. 122), realizado no município de Maringá, o qual identificou que a municipalização propiciou maior acesso da população aos serviços de saúde, todavia este processo não foi acompanhado do desenvolvimento de ações preventivas sistemáticas. Um dos exemplos citados pela autora referiu-se à captação das gestantes pelos NIS, em Maringá : “ é a valorização da gestante pelo pré-natal que a leva a buscar a atenção; não é o serviço que procura captar essa população”. Desta forma, a autora apontou que as mulheres estão estimuladas a fazer o pré-natal, mas por vezes o serviço de saúde não está apto a recebê-las.

Conclui-se, portanto, que 53 (44,5%) gestantes iniciaram tardiamente o pré-natal no HUM, fato atribuído, provavelmente, aos fatores relacionados ao serviço: a busca por melhor qualidade no atendimento e a dificuldade no ingresso precoce ao cuidado pré-natal no HUM.

Segundo o índice APNCU, não houve inadequação dos cuidados recebidos, indicando que as consultas de pré-natal foram garantidas para todas as gestantes inscritas no programa e que a adesão à assistência pré-natal foi alta.

A adesão do paciente ao serviço de saúde é considerada indicador da qualidade da assistência (UNITED...,1991; BERTONI e SANTOS, 2000), pois está relacionada, diretamente, á qualidade da atenção prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2000 a); ao acesso, resolutividade do serviço e satisfação da clientela

(TURRINI, 2001); e, de modo preponderante, à aliança terapêutica estabelecida na relação médico-paciente (FLETCHER, 1989; BRASIL, 2000a; TASE, 2000).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a) estabelece que os profissionais devem se preocupar em promover a adesão das gestantes à assistência pré-natal, seja em relação à assiduidade na consulta ou no cumprimento da terapêutica, pois constitui fator essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil.

Registrou-se que a taxa de adesão da gestante ao pré-natal foi de 92,1% e que 17 (7,9%) mulheres abandonaram o acompanhamento pré-natal, principalmente ao termo da gestação (entre 37 a 40 semanas). Cabe ressaltar que entre estas, 9 retornaram para consulta de revisão puerperal e ao ambulatório de planejamento familiar. Isto pode ser considerado reflexo da desintegração da assistência, decorrente da incapacidade de garantir a integralidade da atenção no pré-natal, trabalho de parto e parto.

Quanto aos fatores de adesão ao pré-natal, estudos demonstram associação significativa entre características sócio econômicas e utilização dos serviços pré-natais. Particularmente no que se refere à escolaridade, Osis et al. (1993) e Rodrigues Filho, Costa e Ieno (1994) apontaram que quanto maior a escolaridade materna, maior o comparecimento às consultas de pré-natal, bem como o cumprimento das normas referentes ao início precoce da assistência e ao número de consultas de pré-natal. Outros fatores que interferem na utilização do cuidado pré-natal são a residência urbana, o número de filhos e as condições de habitação (RODRIGUES FILHO, COSTA e IENO, 1994).

Portanto, concluiu-se que, em relação à utilização do cuidado pré-natal, houve dificuldade para o ingresso precoce, porém, as consultas de pré-natal foram garantidas para as gestantes admitidas no programa.

Cabe ressaltar que os dois índices utilizados (PHPN e APNCU) mensuram somente a utilização do cuidado pré-natal e, portanto, não avaliam a qualidade da assistência pré-natal.

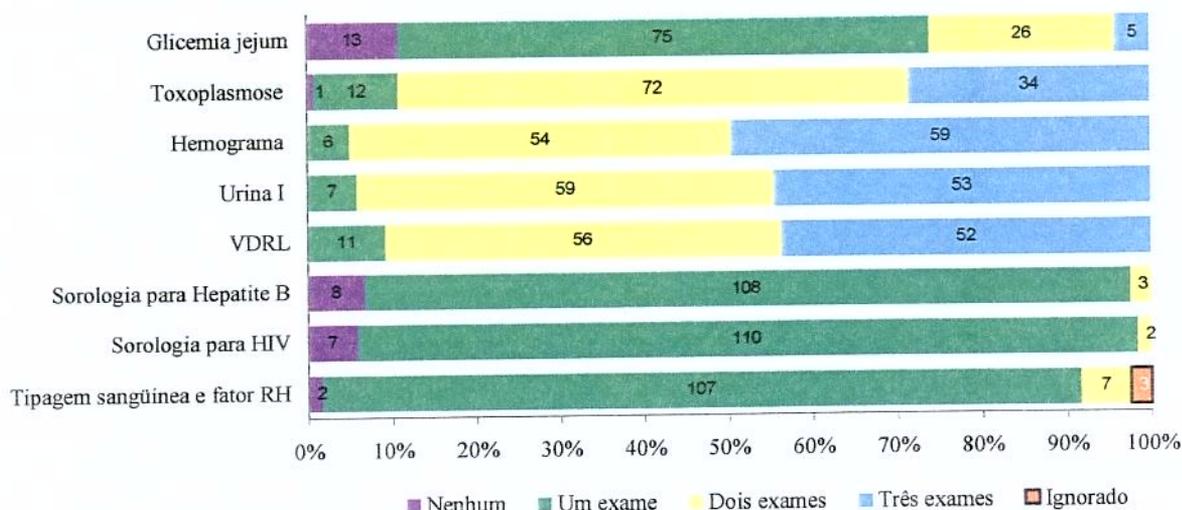
Além disso, como discutido anteriormente, a utilização do cuidado pré-natal depende diretamente de fatores relacionados aos serviços e às próprias gestantes.

Por outro lado, a realização dos procedimentos que mensuram a qualidade técnica do pré-natal dependem exclusivamente dos serviços (NEUMANN, 2000).

Ao considerar-se esta afirmação e a concepção de alguns autores (TANAKA, 2000; SILVEIRA, SANTOS e COSTA, 2001) de que o número de consultas não garante a qualidade da atenção e, portanto, não significa necessariamente melhor qualidade no atendimento, foi analisada a qualidade técnica da atenção prestada à gestante pela equipe multiprofissional do PPNBR/HUM. Portanto, o objetivo de mensurar a qualidade técnica da assistência prestada pela equipe multiprofissional do PPNBR/HUM foi o de determinar a capacidade resolutiva qualitativa do programa. Esta análise foi, inicialmente, realizada considerando o cumprimento, pela equipe de enfermagem, de 15 procedimentos técnicos considerados como indicadores da qualidade da consulta de pré-natal.

Victora (2001, p. 20) aponta que as informações existentes sobre a qualidade da atenção pré-natal no Brasil são limitadas, sendo que o único indicador representativo disponível é a proporção de mulheres que receberam duas ou mais imunizações contra o tétano durante a gestação.

A realização dos exames laboratoriais constitui um dos procedimentos considerados como indicadores de qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro no pré-natal.



**FIGURA 3** – Distribuição dos exames laboratoriais realizados pelas gestantes atendidas no PPNBR/HUM – 1998/2001

Os dados da figura 3 indicam que quase a totalidade das gestantes realizou os exames preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000c), quais sejam: Tipagem sanguínea e Rh (95,7%); sorologia para HIV (94,1%); VDRL (100%); Urina I (100%) e Ht/Hb (100%) e Glicemia de jejum (89,1%). Quanto à realização dos demais exames laboratoriais preconizados no PPNBR/HUM, 99,2% das gestantes realizaram a sorologia para Toxoplasmose e 93,3% Sorologia para Hepatite B.

De acordo com Reiche et al. (2000), diversos estudos soro-epidemiológicos têm enfatizado a importância em saúde pública das infecções congênitas e perinatais, sendo que a sífilis, a toxoplasmose, a hepatite B e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana constituem, no Brasil, as principais doenças infecciosas encontradas em gestantes que podem ser transmitidas da mãe para o feto ou para o recém-nascido. Desta forma, os autores enfatizam que a realização de testes sorológicos que permitam o diagnóstico dessas doenças, durante o período pré-natal, assume importância crucial.

Segundo SESA (PARANÁ...,2001), a hepatite B é uma doença que exige muita atenção no Paraná pela sua gravidade e alta prevalência do portador B na região sudoeste do Estado. Sendo assim, a investigação rotineira em gestantes é preconizada no Paraná, pois na ausência da adoção de qualquer medida imunoprolática, as crianças nascidas de mães AgHBs positivas correm alto risco de sofrer infecção pelo vírus da hepatite B e desenvolver infecção persistente, com evolução para hepatite crônica ativa e carcinoma hepatocelular (MIURA, 1993).

Quanto à realização do exame de urina I, a maioria das gestantes realizou entre dois a três exames durante a gestação (94,1%). Essa intervenção é considerada fundamental na assistência pré-natal, à medida que a detecção e o tratamento da bacteriúria assintomática na gestação apresenta-se como fator importante na prevenção do baixo peso ao nascer (VICTORA, 2001).

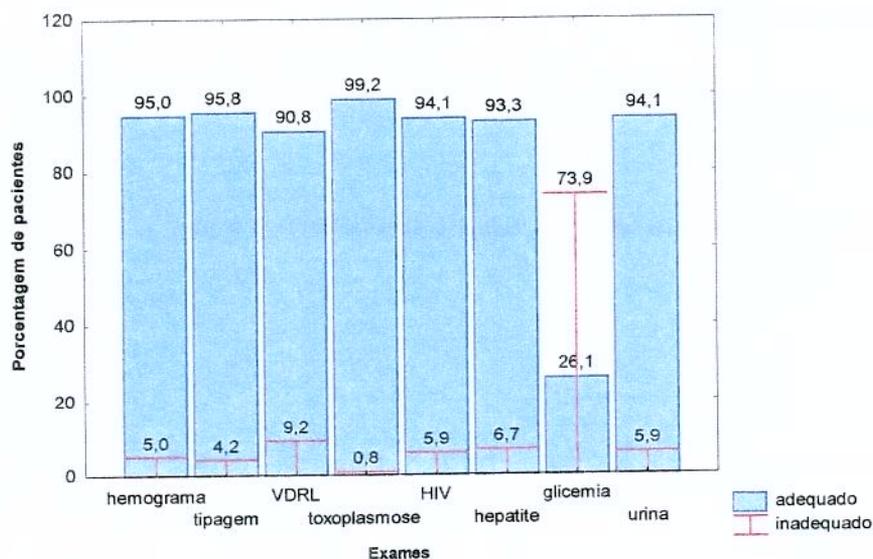
A questão do exame de VDRL mostra-se como um aspecto importante na avaliação de cuidados de pré-natal, devido ao fato de o tratamento adequado, se instituído antes do 4º mês da gravidez, proporcionar 94% de recém-nascidos normais (REZENDE, 1991).

A realização rotineira de sorologia para HIV na gestação representa melhoria da qualidade do pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o uso de terapia anti-retroviral combinada a partir da 14ª semana de gestação é capaz de reduzir significativamente a carga viral plasmática do HIV para níveis indetectáveis, com taxas de transmissão perinatal inferiores a 3% (BRASIL, 2002).

A soroprevalência do HIV, em gestantes/parturientes no Brasil, é de 0,6% (REICHE et al., 2000; BRASIL, 2002), sendo que os casos de AIDS, no Paraná, se dividem em 7.493 homens e 3.487 mulheres, o que representa uma mulher doente para cada dois homens. Maringá é considerado o terceiro município com maior número de casos registrados da doença no Estado (PARANÁ..., 2002a ; 2002b ).

Apesar do Paraná ser considerado o primeiro estado brasileiro a oferecer o teste anti-HIV para gestantes em todos os municípios, através do Sistema Único de Saúde (SUS), apenas 47,7% das gestantes realizam o teste anti-HIV no Estado (PARANÁ, 2002b).

Observou-se, neste estudo, que 94,1% das gestantes realizaram a sorologia para HIV, em contraste com outros estudos no qual 66% ou dois terços das mulheres com HIV, que deram à luz no ano 2001, fizeram o parto sem saber que estavam com o vírus (BRASIL, 2002).



**FIGURA 4** - Distribuição dos exames laboratoriais segundo critérios de adequação do PHPN e PPNBR/HUM

Ao verificar-se a adequação da realização dos exames em relação ao número de exames e época de realização, conforme preconiza o PHPN e rotina do PPNBR/HUM, encontrou-se a média de adequação de 86% (figura 4) .

Em relação ao exame glicemia de jejum, somente para 26,1% das gestantes o exame foi realizado adequadamente, pois o PHPN (BRASIL,2000c) preconiza a realização de dois exames durante a gestação.

Registrou -se ainda que 17 (14,2%) gestantes realizaram o teste de tolerância à glicose simplificado no 3º trimestre de gestação, solicitados conforme o protocolo de assistência pré-natal do HUM. A curva glicêmica foi solicitada para 17 (14,2%) gestantes, em função do teste de tolerância à glicose simplificado apresentar resultado maior ou igual a 140mg/dl. Foi diagnosticado um caso de diabetes gestacional.

Desta forma, pode-se inferir que a equipe de enfermagem não tem cumprido a rotina preconizada pelo Ministério da Saúde e nem a estabelecida no programa para o rastreamento de diabetes gestacional.

**TABELA 7 – Indicadores de qualidade da assistência pré-natal de gestantes atendidas no PPNBR/HUM – 1998/2001**

VARIÁVEL	N	%
<b>Fez exame citopatológico</b>		
Sim	104	87,4
Não	15	12,6
<b>Quantidade de bacterioscopia de secreção vaginal realizada durante o pré-natal</b>		
Nenhum	17	14,3
Um	86	72,3
Dois	15	12,6
Três	1	0,80
<b>Fez exame das mamas</b>		
Sim	119	100,0
<b>Vacina antitetânica</b>		
Completa	112	94,1
Incompleta	3	2,5
Ignorado	4	3,4
<b>Avaliação de risco gestacional durante o pré-natal</b>		
1 – 2 vezes	87	73,1
3 – 4 vezes	30	25,2
5 vezes	2	1,7
<b>Quantidade de ultrassonografia gestacional</b>		
Um	21	17,6
Dois	67	56,3
Três	31	26,1
<b>Recebeu orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal</b>		
Nenhuma vez	10	8,4
1 – 2 vezes	63	53,0
3 – 4 vezes	35	29,4
5 – 6 vezes	11	9,2

Em relação aos demais procedimentos listados como indicadores de qualidade da assistência pré-natal, os dados da tabela 7 indicaram os seguintes resultados: 94,1% das gestantes estavam com esquema de vacina antitetânica completo; receberam orientação sobre amamentação 91,6% das mulheres e, para 63 (53%) gestantes, esta orientação foi realizada entre uma a duas vezes; todas as gestantes realizaram pelo menos um exame de ultrassonografia gestacional, sendo que muitas delas (82,4%) fizeram de dois a três exames; todas as gestantes foram submetidas à avaliação de risco gestacional, e esta avaliação ocorreu de uma a duas vezes para 73,1% das participantes do programa. O exame citopatológico foi realizado em 87,4% das gestantes e a bacterioscopia de secreção vaginal a fresco para 85,7%. Todas elas tiveram suas mamas examinadas.

Segundo NEUMANN (2000, p. 59), o exame especular e de mamas constituem procedimentos médicos indicadores de qualidade da assistência e devem ser utilizados na avaliação da qualidade da atenção ao pré-natal pois são procedimentos que dependem diretamente da disponibilidade de tempo do profissional de saúde e exigem maior tempo de consulta, pois “a paciente deve tirar a roupa e deitar”.

O autor ressaltou em seus estudos que a menor qualidade de atendimento, durante as consultas de pré-natal, esteve associada aos mais pobres e com maior risco, sendo que o atendimento do SUS apresentou qualidade menos adequada, principalmente quanto à realização dos dois procedimentos médicos utilizados como indicadores de qualidade citados anteriormente.

No presente estudo, registrou-se que 86,6% das gestantes foram submetidas ao exame especular (colpocitologia oncótica e bacterioscopia de secreção vaginal) e todas tiveram suas mamas examinadas.

O exame das mamas é considerado procedimento simples e fundamental para a saúde da mulher e do seu filho, no que se refere ao sucesso da prática de amamentação, pois proporciona oportunidade para correção de anomalias de conformação dos mamilos, orientação quanto aos cuidados com as mamas e a preparação psicológica da gestante e de seus familiares, ressaltando as vantagens do aleitamento materno (GIUGLIANI et al., 1994; SANTOS et al., 2000).

Cabe observar que em relação às gestantes que não foram submetidas ao exame de colpocitologia oncótica, em 12 (10%) mulheres não houve necessidade de coleta pelo fato do último exame ter sido realizado há menos de um ano e três gestantes negaram-se a colher material para o exame. Este dado indica que a maioria das mulheres atendidas no Programa (87,4%) não havia feito o exame de colpocitologia oncótica há pelo menos um ano, o que corrobora com estudo realizado por Scochi (1996), em Maringá, no qual registra que 57% das mulheres entrevistadas haviam realizado o colpocitológico há mais de um ano ou nunca tinham feito tal exame.

A prevalência de queixas associadas à leucorréia foi significativa, pois 102 (85,7%) gestantes foram submetidas ao exame de bacterioscopia de secreção vaginal. Deste total, mais de dois terços delas (72,3%) realizou um exame, 12,6% dois e para uma gestante foram necessários três exames durante a assistência pré-natal, indicando a ocorrência de recidivas de infecções vaginais, principalmente devido à candidíase vaginal.

É bem documentado na literatura que gestantes com infecção genital baixa apresentam maior risco de rotura prematura espontânea das membranas, de trabalho de parto prematuro e de infecção puerperal, provavelmente decorrentes de corioamnionite (SIMÕES et al. 1998; ADAD et al., 2001).

Faúndes, Pinotti e Bacha (1987, p. 37), ao discorrerem sobre o uso de tecnologia apropriada no atendimento à mulher, citam o conceito de tecnologia apropriada definida pela OMS: "a utilização de qualquer pessoa competente, método, procedimento, técnica, equipe e outros instrumentos que sejam simples, eficazes, com eficiência econômica e aceitáveis socialmente, e que se apliquem de maneira sistemática para resolver os problemas concretos de saúde no contexto do programa sanitário de cada país".

Os autores preconizam que é necessário a avaliação científica cuidadosa de toda nova tecnologia para estabelecer seu lugar e suas limitações, evitando que ela extrapole das indicações em que é realmente útil e eficiente. Apontam, ainda, que os principais problemas de saúde da mulher brasileira se resolvem eficazmente com tecnologias simples, incluindo o atendimento pré-natal.

Desta forma, na literatura consultada, encontrou-se divergência quanto à necessidade de realizar ultrassonografia gestacional em pacientes de baixo risco, bem como em relação ao número de exames necessários para este grupo de gestantes.

O manual técnico de assistência pré-natal às gestantes de baixo risco (BRASIL, 2000a) determina que o exame de ultrassonografia gestacional (USG) deve ser realizado nos casos em que não for possível determinar a idade gestacional clinicamente; Marussi e Neme (1999) defendem que deveriam ser oferecidos, no mínimo, dois exames ecográficos: um no final do 1º trimestre e outro com 20 semanas para avaliação morfológica do feto. Por outro lado a FEBRASGO (FEDERAÇÃO..., 2000) infere que é plenamente possível realizar-se um bom pré-natal de baixo risco sem a execução de USG. Porém, reconhece que a qualidade e segurança do acompanhamento clínico, de forma ideal, seria beneficiada com a realização do exame entre a 10ª e 14ª semanas no 1º trimestre, entre 20 e 22 semanas no 2º trimestre e, se possível, entre 32 e 34 semanas no 3º trimestre. Diante dessa recomendação, no HUM, padronizou-se a realização de, no mínimo, dois exames de USG: o primeiro entre 11-13 semanas (USG de Translucência Nucal), o segundo entre 20 a 23 semanas (USG morfológico) e no terceiro trimestre, se necessário.

Conforme indica a tabela 7, a maioria das gestantes (82,4%) obteve acesso à realização de USG gestacional entre duas a três ocasiões.

Silva e Bordin (1992), referem que o pré-natal constitui momento propício para se transmitir conhecimentos, já que é um dos únicos momentos em que a mulher pode discutir seu corpo do ponto de vista da higidez e não do agravo. O retorno periódico do casal ou da gestante proporciona, ainda, ao profissional, discutir a série de mudanças que a mulher observa em si.

A prática educativa constitui tecnologia apropriada para a saúde, pois reconhece que as pessoas constituem o primeiro recurso para cuidar de sua própria saúde e que podem tomar medidas judiciosas e eficazes no interesse de seu bem estar físico, psicológico e social (CLIMENT, 1987). Zampieri (2001), compara o processo educativo a um instrumento integrante da orquestra que interpreta os sons de uma melodia: constitui-se em instrumento afinado, à medida em que favorece a autonomia, a auto-realização e o

desenvolvimento do ser humano, ou um instrumento que desafina, impedindo a emissão das notas musicais que contemplam os valores humanos. A autora considera a educação uma dimensão do processo de cuidar, sendo um dos principais componentes na assistência à gestante, parturiente, puérpera e família.

Quanto à prática educativa realizada no pré-natal, a orientação sobre aleitamento materno é referida como um dos principais marcadores da qualidade da assistência relacionada à prática do aleitamento materno (NEUMANN, 2000). A maioria das gestantes, representada por 109 (91,6%) mulheres, beneficiou-se destas informações.

Apesar das amplas recomendações (BRASIL, 1991; 2000a; ORGANIZAÇÃO..., 1989) de que toda gestante deve beneficiar-se de atividades educacionais e promocionais sobre a amamentação durante o pré-natal, o levantamento bibliográfico demonstrou que a frequência na realização deste procedimento variou de 31% a 80% (BRASIL, 1991; GIUGLIANI, 1994; LIMA, 1997; NEUMANN, 2000; SANTOS et al., 2000), confirmando que esta prática não tem sido efetivamente realizada nos serviços de saúde.

Trabalho realizado por Sandre - Pereira et al. (2000), que objetivou conhecer o nível de informação sobre a amamentação entre as mulheres que participaram do programa pré-natal em maternidade-escola do Rio de Janeiro, apontou que as informações sobre amamentação não são plenamente fixadas pelas mulheres, talvez pela forma como são realizadas as atividades educativas, não resultando em boa fixação do conteúdo. Nesse sentido, estudos indicam que a orientação individual ou o aconselhamento face-a-face por profissionais treinados tem efeitos altamente positivos na promoção do aleitamento materno quando comparado à execução de classes pré-natais sobre aleitamento materno (KISTIN, 1990; VICTORA, 2001).

Outro fator associado ao trabalho educativo refere-se à periodicidade das orientações para promoção do aleitamento materno. Neumann (2000) cita estudos indicadores que orientações dadas em curto espaço de tempo (três meses) foram pouco efetivas na modificação de comportamentos conseqüentes de experiências acumuladas por muito tempo e fortemente influenciadas pelo ambiente presente e passado.

Giugliani (1994) ainda recomenda que as estratégias de promoção da amamentação devem adaptar-se à cultura das populações, a seus hábitos, crenças, nível sócio-econômico, entre outros aspectos, visando sempre ao objetivo principal que é a conscientização de sua importância.

As orientações sobre aleitamento materno para as gestantes do PPNBR foram realizadas de forma contínua durante o pré-natal, individualmente e em atividades de grupo, cuja frequência de orientações variou de uma a seis vezes, com a média de 2,5 vezes para cada gestante.

Quanto ao profissional que realiza as orientações sobre aleitamento materno, Lima (1997) apontou que 80% das enfermeiras o fazem rotineiramente, enquanto que o assunto é abordado por apenas 18% dos médicos. No presente estudo, observou-se que a grande maioria das gestantes (91,7%) recebeu orientações da equipe de enfermagem (enfermeiro/ discente de enfermagem) e em apenas 9 (8,3%) casos pela nutricionista do programa.

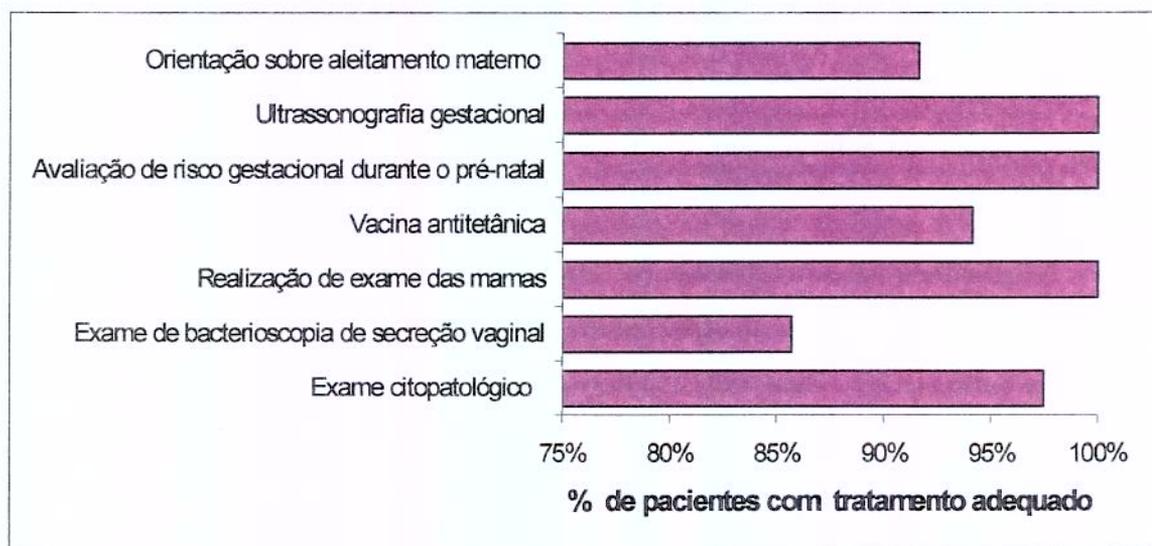
Examinando-se a frequência da realização dos procedimentos considerados como importantes no pré-natal, o presente estudo demonstrou registro superior quando esta é comparada a outros (RATTNER, 1991; COSTA e CARDOSO, 1996; OBA, 1998; COSTA et al., 2000; ZARDO, 2000; SILVEIRA, SANTOS e COSTA, 2001) e consistente com estudo de Bertoni e Santos (2000). Entre os estudos citados, destaca-se o de Costa e Cardoso (1996) no qual analisaram programa de assistência pré-natal com característica semelhante a este, ou seja, multiprofissional, com caráter de ensino e extensão.

Conforme preconiza o Ministério da Saúde, na atenção às gestantes ditas de baixo risco, deve-se atentar para o aparecimento ou agravamento dos fatores de risco na gestação (BRASIL, 2000d). A utilização dos critérios de risco gestacional permite ainda verificar de que forma os serviços são utilizados (HALPERN et al., 1998).

De acordo com Luz, Neves e Reis (1998, p. 369), define-se fator de risco como toda característica ou circunstância determinável de uma pessoa ou de grupo de pessoas que, segundo os conhecimentos que se possuem, associam-nos a um risco anormal de sofrer um processo patológico ou de serem afetados desfavoravelmente por tal processo.

Quanto à realização de avaliação do risco gestacional, todas as mulheres foram submetidas à avaliação na consulta de triagem pré-natal e na primeira consulta de pré-natal, pois constituem procedimentos normatizados desde a implantação do Programa no HUM. Observou-se, ainda, que a avaliação do risco gestacional ocorreu além destas ocasiões, principalmente na ocasião de discussão do caso clínico com os médicos-obstetras participantes do Programa (tabela 10).

A figura 5 demonstra que a média de realização dos procedimentos técnicos indicadores de qualidade da assistência pré-natal, preconizado pelo PHPN e rotina do PPNBR/HUM, foi de 95,6%.



**FIGURA 5** - Indicadores de qualidade da assistência pré-natal segundo critérios de adequação do PHPN e PPNBR/HUM

Faúndes, Pinotti e Bacha (1987) inferem que a tecnologia apropriada no atendimento à mulher não se restringe a material e equipamentos, incluindo também indivíduos, posturas e a forma de relacionamento entre o sistema de saúde e o usuário dos serviços.

Segundo Aumann e Baird (1986), o fornecimento de cuidados de saúde no pré-natal, seja de risco ou não, do ponto de vista ideal, deveria avaliar não só o processo fisiológico, mas também a maneira como a paciente está se adaptando à gestação, os suportes e recursos de que dispõe, o tipo de vida que leva e o sistema de crenças pessoais adotadas pela gestante e família. Os cuidados de saúde no pré-natal devem buscar avaliar a saúde da mulher e do feto, bem como seu desenvolvimento em todas as dimensões – fisiológica, social, psicológica, cultural e espiritual. A participação de uma equipe multiprofissional no pré-natal pode ser considerada tecnologia apropriada no atendimento à gestante, à medida que confere qualidade aos serviços, por atender as necessidades individuais de cada gestante (DUTRA et al., 1991).

A seguir, avaliou-se a assistência prestada por outros profissionais da equipe multiprofissional, bem como descreveram-se os encaminhamentos internos e externos realizados.

**TABELA 8 – Distribuição do número de consultas realizada pelos profissionais da equipe multiprofissional do PPNBR/HUM – 1988/2001**

Número de consultas	PROFISSIONAIS									
	Médico obstetra		Nutricionista		Assistente social		Psicóloga		Fisioterapeuta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhum	36	30,2	23	19,4	58	48,8	58	90,6	50	78,2
1	60	50,4	24	20,1	37	31,0	4	6,2	11	17,2
2	13	10,9	27	22,7	13	11,0	1	1,6	2	3,1
3	6	5,0	19	16,0	6	5,0	-	-	1	1,5
4	3	2,5	17	14,3	2	1,7	-	-	-	-
5	1	0,8	08	6,7	2	1,7	1	1,6	-	-
6	-	-	1	0,8	1	0,8	-	-	-	-

## MÉDICO OBSTETRA

Para mais da metade das gestantes, representada por 83 (69,8%) mulheres, foi solicitada avaliação do médico obstetra na assistência pré-natal. Deste total, em 60 delas (50,4%) ocorreu uma avaliação; necessitaram de duas avaliações 13 (10,9%) mulheres e as demais, 10(8,3%), o número de avaliações ocorreu entre três a cinco ocasiões.

Conforme rotina do programa, a avaliação da gestante pelo médico obstetra foi realizada através da discussão de caso clínico para definição de conduta (68,7%) ou solicitação de consulta médica (interconsulta) no ambulatório de gestação de alto risco (31,3%).

Os motivos para o encaminhamento à consulta médica e da discussão de caso clínico estão descritos, respectivamente, nas tabelas 9 e 10.

**TABELA 9** – Distribuição das gestantes segundo o motivo de consulta com médico obstetra do PPNBR/HUM - 1998 /2001

<b>MOTIVO</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>%</b>
Rotina 3º trimestre	7	26,9
Internação por trabalho de parto a termo	2	7,7
Gestação pós-termo	2	7,7
Citomegalovírus na gestação atual	2	7,7
Suspeita de RCIU	1	3,8
Hiperemese gravídica	1	3,8
Cólica renal	1	3,8
Taquicardia e dispnéia	1	3,8
DHEG leve e avaliação de idade gestacional	1	3,8
Dor persistente em baixo ventre, falta de ar e fadiga	1	3,8
Varizes em vulva	1	3,8
Lesões vesiculares em colo uterino	1	3,8
Agendar parto operatório	1	3,8
Avaliação de pós-operatório de apendicectomia	1	3,8
Taquicardia fetal	1	3,8
Portadora de Papiloma Vírus Humano	1	3,8
Nódulo em mama	1	3,8
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

A tabela acima indica que o motivo principal de encaminhamento para consulta médica referiu-se à avaliação no 3º trimestre (com 39 semanas de gestação), conforme rotina preconizada no ano de 1998.

A partir de 1999 esta rotina foi alterada pela equipe, sendo atribuído ao profissional enfermeiro o acompanhamento da gestante até o término da gestação, exceto nos casos de gestação pós-termo e/ou intercorrências que comprometam o bem estar materno-fetal.

Os dados da tabela 10 indicam que os principais motivos para discussão de caso clínico referiram -se à necessidade de avaliar exames e prescrever medicamentos, atividade não realizada pelo profissional enfermeiro até o ano de 1999. O exame mais freqüente foi o exame de bacterioscopia de secreção vaginal a fresco, seguido do Hemograma e Urina I.

**TABELA 10** – Distribuição dos motivos da discussão de caso clínico com médico obstetra do PPNBR/HUM - 1998/2001

<b>MOTIVO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>%</b>
Avaliação de exame: bacterioscopia de secreção vaginal a fresco	47	43,1
Prescrição de medicamentos: antianêmico, antibioticoterapia, tratamento de leucorréia	43	39,4
Avaliação de exame: hemograma ( anemia)	13	11,9
Avaliação de exame: urocultura (ITU)	8	7,3
Avaliação de exame: urina I (hematúria)	8	7,3
Avaliação de exame: colpocitologia oncótica (inflamatório)	7	6,4
Avaliação de cardiocografia	5	4,6
Investigação de diabetes gestacional	4	3,7
Autorização para realizar laqueadura tubária	4	3,7
Suspeita de DHEG leve	4	3,7
Suspeita RCIU	2	1,8
Avaliação de idade gestacional	1	0,9
Baixo peso e prescrição de polivitamínico	1	0,9
Escabiose	1	0,9
Autorização para tratamento odontológico	1	0,9
Sangramento vaginal	1	0,9
Hipertensão arterial transitória	1	0,9
Citomegalovírus na gestação atual	1	0,9
Avaliação de risco gestacional	1	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

Vale ressaltar que a partir do ano 2000, considerando a prevalência de infecções vaginais e anemia na população assistida, a avaliação dos exames laboratoriais e a prescrição de medicamentos para tratamento de anemia e infecções cérvico-vaginais (tricomoniase, candidíase e vaginose bacteriana) foi realizada pela equipe de enfermagem do programa. Isto foi viabilizado através da implantação do protocolo de prescrição de medicamentos à gestante de baixo risco, padronizado em conjunto com a equipe médica do PPNBR/HUM e aprovado pela Superintendência do HUM, o que proporcionou aumento na resolutividade do atendimento pré-natal feito pelo enfermeiro.

A anemia durante a gravidez implica no aumento da morbidade tanto da mãe como do feto, associando-se à toxemia, infecções, predisposição para insuficiência cardíaca e aumento na morbidade pós-parto materna. Já, para os fetos, as conseqüências traduzem-se por prematuridade, baixo peso ao nascer (principalmente quando associa-se a anemia ao baixo peso materno) e aumento na mortalidade perinatal (FEDERAÇÃO..., 2000).

A necessidade de suplementação do ferro para esta população justificou-se, principalmente, pelas condições alimentares insatisfatórias das gestantes.

Chama a atenção a situação de três gestantes, sendo uma delas idosa (39 anos) e duas com infecção aguda por citomegalovírus durante a gestação. Estas deveriam ser acompanhadas no ambulatório de gestação de alto risco, mas, após a discussão de caso clínico, optou-se pela permanência no ambulatório de baixo risco pelo fato do binômio estar em boas condições de saúde.

Ressalta-se que, para todos os casos descritos anteriormente, as gestantes foram avaliadas pelo médico obstetra por solicitação da enfermeira e reencaminhadas ao ambulatório de baixo risco para continuidade da assistência.

Por outro lado, a tabela 11 relaciona as gestantes que, após a discussão de caso clínico com o médico obstetra, foram encaminhadas para continuidade de acompanhamento no ambulatório de gestação de alto risco.

A definição de risco gestacional tem sido variada, com alguns autores privilegiando aspectos maternos, outros fetais ou ambos. O conceito de gestação de alto risco utilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000d, p.13) é "aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas

que as da média da população considerada". Para Delascio e Almeida (1974, p.4) a gestação de alto risco é caracterizada pela existência de fatores que agravam o risco materno e que podem reduzir as possibilidades de desenvolvimento e/ou sobrevivência do concepto, elevando-se os índices de prematuridade, natimortalidade precoce e tardia e mortalidade neonatal.

Os autores supracitados definem risco gravídico como sendo a oportunidade a agravos físicos, psíquicos e sociais a que estão expostos a gestante e o feto.

Os fatores que podem levar uma gravidez ao risco são diversos. O manual técnico de assistência pré-natal do Ministério da Saúde enumera 34 condições consideradas como fatores de risco na gravidez, agrupadas em quatro grandes grupos: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior à gestação atual; doenças obstétricas na gestação atual; e intercorrências clínicas (BRASIL, 2000 d).

O referido manual recomenda que a realidade epidemiológica local deverá ser levada em consideração para mapear os riscos de cada gestante, principalmente devido às diferenças sócio-econômico-culturais encontradas nas diversas regiões brasileiras. Esta visão do processo saúde-doença, denominada Enfoque de Risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros.

**TABELA 11** – Distribuição das gestantes segundo motivo de encaminhamento ao ambulatório pré-natal de Alto Risco do HUM - 1998/2001

<b>MOTIVO</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>%</b>
<b>Intercorrências clínicas</b>	<b>33</b>	<b>41,3</b>
Toxoplasmose	6	7,6
Infecção do trato urinário	5	6,3
Hipertensão arterial crônica	5	6,3
Cardiopatía	4	5,0
Ginecopatía	3	3,8
Papiloma Vírus Humano	2	2,5
Epilepsia	2	2,5
Sífilis	1	1,2
Citomegalovírus	1	1,2
Neuropatia	1	1,2
Hemopatía: talassemia menor	1	1,2
Psicopatía	1	1,2
Hemorroidas	1	1,2
<b>Doenças obstétricas na gestação</b>	<b>33</b>	<b>41,3</b>
Suspeita de RCIU e oligodrámnio	7	8,9
DHEG leve	7	8,9
Obesidade	6	7,6
Polidrámnio	2	2,5
Baixo peso com suspeita de RCIU	2	2,5
Hiperemese gravídica e baixo peso	2	2,5
Diabetes gestacional	2	2,5
Dor persistente em baixo ventre	1	1,2
Suspeita de má-formação	1	1,2
Gestação gemelar	1	1,2
Trabalho de parto prematuro	1	1,2
Isoimunização	1	1,2
<b>Características individuais</b>	<b>7</b>	<b>8,7</b>
Gestante maior de 35 anos	4	5,0
Gestante menor de 15 anos	3	3,7
<b>Condições sociais desfavoráveis</b>	<b>3</b>	<b>3,7</b>
Resistência ao Programa pré-natal	2	2,5
Dependência de drogas ilícitas	1	1,2
<b>Histórico reprodutivo</b>	<b>3</b>	<b>3,7</b>
Trabalho de parto prematuro	1	1,2
Incompetência ístmocervical	1	1,2
Má formação congênita	1	1,2
<b>Rotina do 3º trimestre</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

No presente estudo, 66 (31%) mulheres foram encaminhadas ao ambulatório de gestação de alto risco. Este número pode ser considerado elevado quando comparado aos Estados Unidos (entre 10 – 20%) e à estimativa do Ministério da Saúde, que considera que as gestações de baixo risco representam cerca de 80% de todas as mulheres grávidas (BRASIL, 1988).

Parada e Pelá (1999) apontam que, embora a proporção de gestação de alto risco seja inferior à de médio e baixo-risco, é responsável por uma elevada morbimortalidade perinatal, acarretando ônus social e econômico. Além disso, a maior parte das mortes obstétricas pode ser prevenida, caso se identifiquem, oportunamente, as gestações de risco (PERNOLL, 1980).

Os dados da tabela 11 demonstram que os motivos do encaminhamento ao ambulatório de gestação de alto risco foram variados. Estas intercorrências impossibilitaram que as gestantes fossem acompanhadas no pré-natal de baixo risco, tendo em vista a necessidade de acompanhamento e monitorização materna e fetal, situações estas que exigem a intervenção do profissional médico e não apenas do enfermeiro.

Ressalta-se que todas as gestantes encaminhadas ao ambulatório de gestação de alto risco obtiveram vaga no referido ambulatório pelo fato dos três médicos obstetras participantes do PPNBR/HUM serem os responsáveis pelo referido ambulatório. A existência destes encaminhamentos também apontou que o serviço é provido de meios para resolução de problemas que possam surgir, sem que seja necessário o encaminhamento a outra instituição de saúde.

Desta forma, o PPNBR/HUM tem cumprido um dos critérios de qualidade da assistência pré-natal recomendado pelo PHPN, referente à garantia às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2000c). Este achado é divergente do encontrado no estudo de Zardo (2000), no qual foi apontado a subutilização do ambulatório de risco.

Entre os motivos que justificaram o encaminhamento das gestantes ao ambulatório de gestação de alto risco, a maioria associou-se às intercorrências clínicas e obstétricas na gestação (82,6%), seguido de características individuais (8,7%), condições sociais (3,7%), história reprodutiva desfavorável (3,7%) e rotina do 3º trimestre (1,3%).

Quando analisado separadamente cada fator, observou-se que os principais motivos de encaminhamento foram: suspeita de restrição de crescimento intra-uterino (RCIU) e oligoidrâmnio (8,9%); doença hipertensiva específica da gestação - DHEG leve (8,9%); extremos reprodutivos (8,7%); toxoplasmose (7,6%); obesidade (7,6%); infecção do trato urinário (6,3%) e hipertensão arterial crônica (6,3%).

Segundo Almeida e Mello Jorge (1998) a RCIU, que resulta em nascidos vivos considerados pequenos para idade gestacional, constitui importante fator de risco para a mortalidade neonatal, tanto para recém-nascidos de pré-termo e a termo. Esses autores apontam que os fatores de risco para esta condição constituem as gestações de pré-termo e pós-termo, idade materna de 35 anos e mais, grau de instrução inferior ao primeiro grau completo. As principais causas são: baixo consumo de calorias durante a gestação, fatores étnicos, baixo índice de massa corporal pré-gestacional, baixa estatura materna e tabagismo. Desta forma, a RCIU está mais freqüentemente presente em mulheres desnutridas (VICTORA, 2001, p. 23).

Segundo Belizán et al. (1978) a medida sistemática e cuidadosa da altura uterina constitui método acurado para rastrear RCIU. Além de ser técnica simples e de baixo custo, o diagnóstico precoce poderá melhorar o prognóstico destes bebês.

No presente estudo, a suspeita da RCIU foi verificada no exame clínico seriado (discrepância entre a idade gestacional e medida da altura uterina) e associou-se ao oligoidrâmnio, constatado no exame ultrassonográfico de 3º trimestre de gestação.

Segundo Yamamoto e Miyadahira (1997) o volume de líquido amniótico, avaliado através das diferentes técnicas ultrassonográficas, está claramente relacionado com o crescimento fetal. A taxa de 8,9% de oligoidrâmnio, neste estudo, foi superior à relatada na literatura: entre 0,5 a 5,5% das gestações (YAMAMOTO e MIYADAHIRA, 1997; FEDERAÇÃO..., 2000).

A hipertensão arterial é a doença que mais freqüentemente complica a gravidez, sendo responsável, em 1997, por 23,6% das mortes maternas registradas no Brasil (BRASIL, 2000b).

No presente estudo houveram 12 (15,2%) mulheres com doença hipertensiva, índice superior ao esperado, 5 a 10% das gestações. Entre estas, 5 (6,3%) mulheres apresentavam hipertensão arterial crônica e 7 (8,9%) das mulheres evoluíram para DHEG leve.

A idade materna constituiu 8,7% dos motivos para o encaminhamento ao ambulatório de gestação de risco, representado, por 4 (5%) gestantes idosas e 3 (3,7%) adolescentes.

Segundo a FEBRASGO (FEDERAÇÃO, 2000, p.13) as gestantes adolescentes têm dificuldades com as adaptações fisiológicas necessárias à gestação, tendo risco de complicações devido a alimentação inadequada, excessivo ganho de peso, doença hipertensiva específica da gestação, parto prematuro e desajuste emocional. A gestação acima de 35 anos sofre aumento na incidência de hipertensão arterial crônica, diabetes e anomalias genéticas.

O CEMM-PR (COMITÊ..., 2001) em estudo sobre a mortalidade materna no Estado do Paraná, no período de 1989-1998, apontou que, em relação à incidência de morte materna segundo faixa etária, o maior risco de óbito foi no grupo de gestantes com idade superior a 45 anos (108,4/100.000 N.V. ) e nas gestantes com idade abaixo de 15 anos (92,42/100.000 N.V.).

Cabe ressaltar que a população atendida no período constituiu-se de 60 gestantes adolescentes e, entre estas, apenas três com idade inferior a 15 anos foram encaminhadas ao ambulatório de gestação de alto risco; em relação às gestantes idosas, entre as 6 mulheres que constituíam essa população, quatro foram encaminhadas ao respectivo ambulatório. Conforme protocolo de atendimento pré-natal do HUM, todos os casos a serem encaminhados ao ambulatório de gestação de alto risco deveriam ser discutidos com a equipe médica do programa e, apesar da idade ser um fator de risco

reprodutivo para os casos citados anteriormente, não constituiu fator isolado que justificasse o encaminhamento ao ambulatório de gestação de alto risco.

Os fatores que justificaram o encaminhamento das três gestantes adolescentes ao alto risco associaram-se a condições sociais desfavoráveis encontradas neste grupo: resistência ao acompanhamento e tratamento pré-natal (dois casos) e dependência de drogas ilícitas (um caso).

Conforme Brasil (2000d) a ausência de controle pré-natal, por si mesma, é um fator de risco para a gestante e o recém-nascido. O uso de drogas ilícitas na gestação, como: maconha, cocaína, crack e morfina, está associado com maior incidência de doenças de transmissão sexual, de gestações acompanhadas de malformação fetal, abortamento, doenças infecto-contagiosas, desnutrição materna e fetal, baixo peso ao nascer, RCIU, parto prematuro e síndrome de abstinência do recém-nascido (FEDERAÇÃO..., 2000).

Em relação à incidência de infecções na gestação, destacou-se a ocorrência de toxoplasmose (7,6%) e infecção do trato urinário (6,3%).

A toxoplasmose é causada pelo *Toxoplasma gondii* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, cuja taxa de infecção fetal é variável em função da idade gestacional da contaminação materna. Entre os agravos anatômicos e funcionais decorrentes dessa afecção podem ser observados RCIU, morte fetal, prematuridade e/ou toxoplasmose congênita com microftalmia, microcefalia com ou sem hidrocefalia, retardo mental, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e calcificações (BRASIL, 2000d, p. 74).

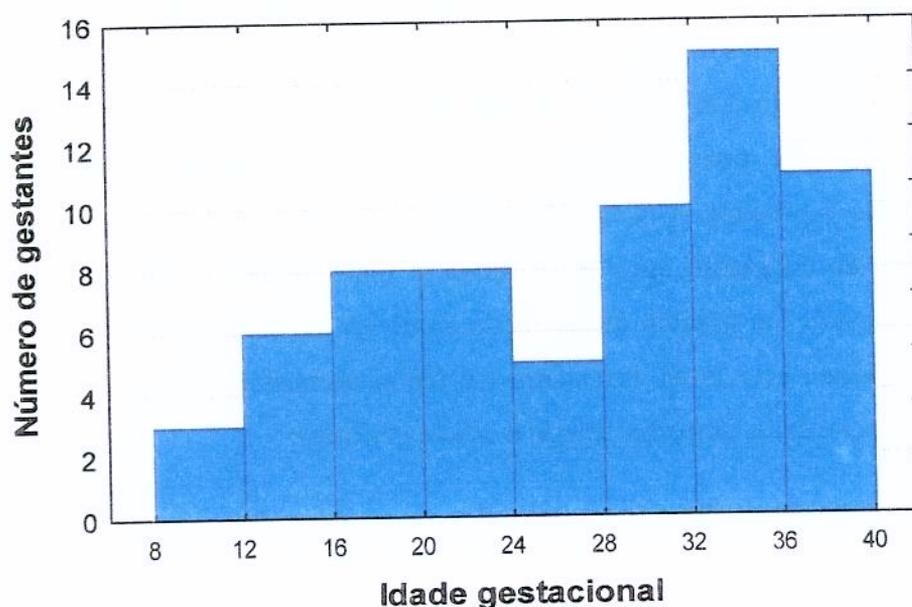
A prevalência de infecção materna correspondeu a 6 (7,6%) mulheres, resultado divergente de outros estudos realizados: 1,8% (REICHE et al.,2000); 8,7% (PEDREIRA, 1995).

Apesar da rotina do PPNBR/HUM preconizar a realização de exame sorológico para rastreamento da toxoplasmose desde o 1º trimestre de gestação ou na primeira visita pré-natal, o diagnóstico da infecção materna foi realizado no 2º trimestre (4 casos) e 3º trimestre (2 casos). Este fato pode ser atribuído ao intervalo de cerca de 30 dias entre a

primeira consulta de pré-natal e a coleta da sorologia e ao início tardio da assistência pré-natal. Este fato é considerado lamentável, já que muitos fetos poderão se beneficiar de tratamento médico antenatal precoce, cuja eficácia já está bem estabelecida (COUTO, 1998).

A infecção do trato urinário (ITU) constitui causa importante de morbidade durante a gestação, e está associada ao aborto, parto prematuro e baixo peso. Representa ainda uma das principais causas de septicemia na gravidez e a sexta causa de morte neonatal, confirmando ser, desta forma, uma grave complicação durante a gestação (FEDERAÇÃO..., 2000).

Segundo Duarte et al. (1997), a prevalência da infecção urinária durante a gravidez varia com a população em estudo, dependendo de alguns fatores, entre eles, nível sócio-econômico, paridade, presença de infecções genitais, diabetes, hipertensão arterial e anemia. Os referidos autores apontam prevalência de infecção urinária em 4,7% das gestantes estudadas. No presente estudo correspondeu a 6,3%.



**FIGURA 6 – Idade gestacional de encaminhamento ao ambulatório pré-natal de Alto Risco do HUM - 1998/2001**

A figura 6 demonstra a idade gestacional de encaminhamento ao ambulatório de gestação de alto risco, que variou de 8 3/7 a 38 5/7 semanas de gestação. A média foi de 26,7 semanas, com desvio-padrão de 8,6 semanas.

Para a grande maioria das gestantes, o encaminhamento ocorreu no decorrer do acompanhamento no ambulatório pré-natal de baixo risco, sendo 4,5% no primeiro trimestre, 40,9% no segundo e 54,6% no terceiro trimestre de gestação.

Merece destaque o percentual de mulheres encaminhadas no terceiro trimestre de gestação, sobretudo após a 32ª semana. Isto pode ser atribuído ao fato de que as principais intercorrências verificadas no estudo foram aquelas que incidem no terceiro trimestre, quais sejam: suspeita de RCIU e oligodrâmnio (8,9%) e DHEG leve (8,9%).

Este achado leva à refletir sobre a prática atual dos serviços de atenção pré-natal : a “alta do pré-natal” a partir da 36ª - 38ª semana de gestação.

Tase (2000), na análise dos motivos do término do pré-natal para gestantes de alto risco em hospital na região de São Paulo, apontou que 10% delas foram dispensadas da assistência pré-natal a partir de 32 ou 34 semanas de gestação, bem como Monteiro e Cunha (1994) relataram que muitas gestantes estranhavam quando a consulta, após a 36ª semana, era agendada, pois achavam que a partir desse momento só caberia aguardar o trabalho de parto e procurar a maternidade. Isto provavelmente indica que a alta do pré-natal tem sido tão freqüente, que as gestantes a incorporaram como prática normal na assistência pré-natal. Tal prática, denominada como iatrogênica por Lima (1997, p.90), se adotada no programa em estudo, implicaria em deixar de assistir a um número significativo de fetos com riscos de sofrimento, asfixia e morte perinatal.

## NUTRICIONISTA

A avaliação do estado nutricional materno antes e durante a gestação é fundamental para a saúde do binômio, pois proporciona a identificação de mulheres com risco de complicações gestacionais e do nascimento de crianças com RCIU. A orientação quanto à ingestão de uma dieta saudável constitui ainda parte importante na promoção do aleitamento materno (GIUGLIANI, 1994).

Victora (2001) aborda que a melhoria da nutrição materna, assim como a redução do fumo durante a gravidez, constituem fatores de grande importância para diminuição da incidência do baixo peso ao nascer.

Foram encaminhadas para avaliação da nutricionista do programa 118 mulheres, portanto, exceto uma das mulheres assistidas no pré-natal. Ela não foi encaminhada por decisão da equipe de enfermagem e nutricionista, pelo fato da mesma referir que o único alimento consumido era o *cachorro-quente*, já que seu emprego era o de vendedora deste produto.

O número de consultas com a nutricionista variou de 1 a 6, com a média de 2 atendimentos para cada gestante. Entre as 96 gestantes avaliadas, 51 (42,8%) delas realizaram entre uma a duas consultas, 36 (30,3%) entre três a quatro consultas e 9 (7,5%) de cinco a seis consultas.

Ao considerar-se que a rotina do PPNBR/HUM preconiza que a gestante seja encaminhada mensalmente à nutricionista, este número de consultas fica aquém do esperado, aliado ao fato de que uma parcela de mulheres (19,5%) não aderiu à consulta com o referido profissional.

Isto pode ser atribuído à rotina estabelecida no programa, no qual a consulta com a nutricionista é realizada após a consulta de enfermagem, exigindo permanência da gestante por algumas horas no ambulatório, aliado à falta de estrutura física adequada para que a profissional atenda às gestantes em área física próxima do local de realização da consulta de pré-natal. Estes seriam fatores que dificultariam o acesso interno da gestante ao profissional de saúde.

Outros fatores podem estar relacionados à pouca importância que algumas gestantes dão à alimentação adequada no período gestacional, aos aspectos culturais, assim como ao baixo nível sócio-econômico da maioria da população atendida, no qual a orientação alimentar poderia não estar condizente com suas possibilidades econômicas.

Desta forma, os motivos da não adesão da equipe de enfermagem, bem como das gestantes, deverão ser amplamente discutidos com a equipe de saúde a fim de otimizar o atendimento realizado pela profissional.

Em relação a não adesão, Sackett (1995), um dos mais importantes investigadores na questão da “compliance”, refere que a adesão a orientações para mudanças no estilo de vida, como a dietoterapia, só são seguidas por 30% dos pacientes.

Entre os problemas relacionados à nutrição, os maus hábitos alimentares são prevalentes, pois geralmente são de longa duração e difíceis de serem mudados. Porém, a maioria das mulheres muda sua dieta durante o curso da gravidez, sendo que esta fase passa a ser uma boa oportunidade para a formação de bons hábitos alimentares, os quais persistirão no decorrer de sua vida.

Os motivos de encaminhamento à nutricionista estão descritos na tabela abaixo.

**TABELA 12** – Distribuição das gestantes segundo motivo de consulta com nutricionista do PPNBR/HUM – 1998/2001

MOTIVO	FREQÜÊNCIA	%
Orientação nutricional	35	23,3
Anemia	25	16,7
Baixo peso	23	15,3
Náuseas/vômitos	21	14,0
Sobrepeso	19	12,7
Azia	11	7,3
Constipação intestinal	10	6,7
Dieta hipercalórica	2	1,3
Hiperemese gravídica	1	0,7
Malácia	1	0,7
Inapetência	1	0,7
Ignorado	1	0,7
TOTAL	150	100,0

Os dados da tabela 12 demonstram que 23,3% das gestantes foram encaminhadas à nutricionista exclusivamente para orientação nutricional; o maior número, representado por 115 (76,7%) gestantes foi encaminhado devido a intercorrências registradas na consulta de enfermagem. Entre as intercorrências registradas, as prevalentes foram anemia (16,7%), seguida de baixo peso (15,3%), náuseas e vômitos (14%) e sobrepeso (12,7%).

A prevalência de anemia vem corroborar com dados obtidos na tabela 10, na qual a maior parte das solicitações de avaliação do médico obstetra foi atribuída à prescrição de medicamentos (suplementação de ferro).

Chama atenção o caso de uma gestante que apresentou compulsão por ingerir terra, carne crua e ração. Tal fato pode ser explicado como o modo de suprir, de maneira inusitada e incomum, algumas carências físicas e psíquicas, e entendido como intensa regressão ou como reflexo da necessidade de chamar atenção (TEDESCO, ZUGAIB e QUAYLE, 1997).

De acordo com Krause (1998) dois indicadores do estado nutricional materno tem relação consistente com o peso de nascimento do bebê: tamanho materno (altura e peso pré-gravídico) e ganho de peso durante a gravidez.

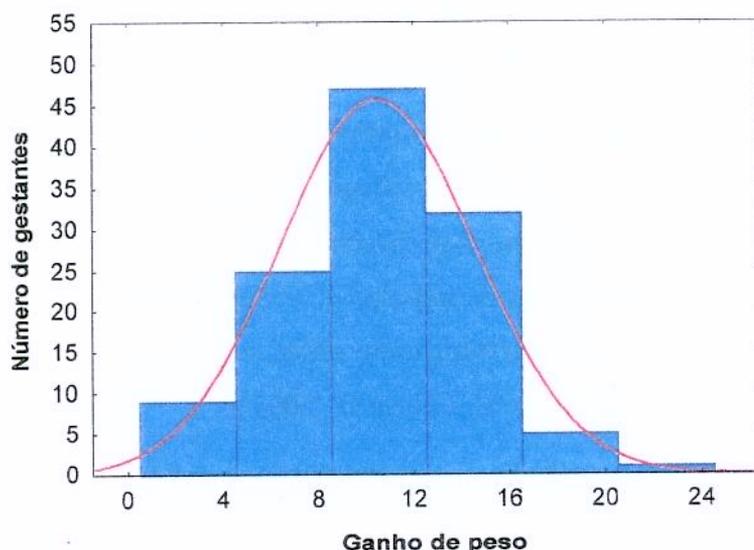


FIGURA 7 – Distribuição do ganho de peso materno das gestantes atendidas no PPNBR/HUM – 1998/2001

No presente estudo, todas as gestantes tiveram a condição nutricional monitorada, sendo o nomograma de Rosso (ROSSO, 1985) utilizado para calcular o percentual de peso ideal para altura.

A figura 7 demonstra que o ganho de peso materno durante a gestação foi bastante diversificado, correspondendo ao mínimo de 0,500g e ao máximo de 21,800g, com a média de 10,500g. Este ganho médio de peso é considerado como o ganho de peso normal e desejável, ou seja, de 9 a 11,5kg durante a gestação, conforme o Committee on Maternal Nutrition (KRAUSE,1998) e Ministério da Saúde (BRASIL,1988; 2000a).

Observou-se que 53,8% das gestantes apresentaram ganho ponderal inadequado, sendo que 37 (31,1%) mulheres foram classificadas com sobrepeso e 27 (22,7%) com baixo peso. A proporção de gestantes com peso adequado foi de 46,2%.

Por outro lado, ao se considerarem as recomendações atuais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a) quanto ao ganho de peso na gravidez – entre 08 a16 kg –, observa-se que a proporção de baixo peso aumenta para 26% e a de sobrepeso diminui, significativamente, para 6,7%. A proporção de gestantes com peso adequado aumenta consideravelmente, passando para 67,2%.

Estudos que investigam o estado nutricional de gestantes brasileiras indicam que os índices de sobrepeso, baixo peso e peso adequado, estabelecidos a partir do índice de massa corporal e/ou Curva de Rosso, são diversificados, variando principalmente em função das características heterogêneas da população brasileira (idade, escolaridade, raça, paridade, região geográfica), no qual problemas de saúde relacionados à obesidade e pré-obesidade coexistem com a desnutrição (NUCCI et al., 2001).

Portanto, no presente estudo, o percentual de gestantes com baixo peso e sobrepeso foi inferior ao encontrado em estudo realizado por Pereira (1993) e Sarni et al.(1999) e superior ao investigado por Fujimori et al. (1997). Quanto às gestantes consideradas eutróficas, foram encontradas proporções que variaram entre 30,5% a 50% (PEREIRA,1993; FUJIMORI et al.,1997; SARNI et al.,1999).

Salienta-se que o ganho ponderal das gestantes estudadas foi considerado a partir da primeira consulta realizada no HUM. Portanto, gestantes que iniciaram o pré-natal tardiamente (44,5%) poderiam ter alcançado o peso recomendado se computado o ganho de peso desde o início da gravidez e, por outro lado, as gestantes com ganho ponderal acima da média esperada poderiam ter seu peso mais controlado pela equipe de saúde se tivessem sido assistidas desde o início do pré-natal.

A evolução para o sobrepeso ainda pode estar relacionado ao ganho ponderal inadequado desde o início da gestação e, principalmente, à crença de que *a mulher grávida deve comer por dois e pode comer de tudo e o quanto quiser*.

Em relação ao sobrepeso, estudo de coorte, realizado em serviços de pré-natal do SUS em seis capitais brasileiras, apontou a prevalência de 25%, sendo mais freqüente em mulheres mais velhas, negras, com menor grau de escolaridade, múltiparas e que viviam na região Sul e Sudeste do Brasil (NUCCI et al., 2001). A referida autora também ressaltou, em seu estudo, que a proporção de sobrepeso para o baixo peso foi de 4:1, sendo que o sobrepeso associou-se a vários riscos de complicações de gravidez, como diabetes gestacional, macrossomia, pré-eclâmpsia e morbimortalidade perinatal.

Apesar da prevalência do baixo peso para a população estudada ser relativamente baixa (22,7%), o principal motivo para o encaminhamento da gestante ao ambulatório de gestação de alto risco para sete mulheres, conforme dados da tabela 11, referiu-se à suspeita de RCIU.

Estudos indicam que, em populações menos privilegiadas, o fator sócio-econômico supera a influência de outros fatores, tais como idade materna e paridade na determinação da RCIU (NÓBREGA, 1982). Quanto a esta questão, Tedesco (1999) assinala que o tema da desnutrição materna deve ser considerado numa dimensão mais complexa, tendo implicação o contexto psicossocial em que vivem estas mulheres, o aporte financeiro insuficiente, a insegurança econômica e familiar, as más condições de higiene e moradia, enfim, gestantes desnutridas representam mulheres que viveram em ambiente desfavorável, comeram mal quando criança e que, como adultos, mantêm as mesmas condições de baixa qualidade de vida.

Como as deficiências nutricionais são socialmente determinadas, a erradicação completa do problema depende da erradicação dos grandes contrastes econômicos e sociais gerados e mantidos pelo processo de produção e distribuição dos bens e serviços. Por outro lado, isto não justifica desconsideração com a nutrição na gravidez, ao contrário, condições adequadas de alimentação devem ser preocupação constante durante a assistência pré-natal, já que partos prematuros e restrição de crescimento intra-uterino são mais freqüentes em mulheres desnutridas (VICTORA, 2001).

Contudo, o autor supracitado chama atenção para o fato de que as intervenções disponíveis para melhorar a nutrição materna em um país como o Brasil, onde a prevalência de desnutrição em adultos é baixa, são de factibilidade limitada e intervenções nutricionais podem ter como efeito colateral um aumento no sobrepeso e obesidade, o que seria preocupante pelo fato de estas prevalências já apresentarem aumentos recentes.

De qualquer forma, Batista Filho e Rissin (1993) apontam que medidas paliativas, como a distribuição de suplementos alimentares para mulheres no último trimestre de gestação, ajudam a corrigir os casos de baixo peso em gestantes.

Considerando a necessidade de contribuir para melhoria de qualidade de vida das gestantes e boa evolução gravídica, os dados a seguir demonstram o atendimento realizado pela assistente social.

#### ASSISTENTE SOCIAL

As medidas sociais, principalmente a melhoria das condições de renda familiar e escolaridade, são destacadas pelo Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (COMITÊ...,2001) como uma das medidas de prevenção da mortalidade materna. Foram encaminhadas para avaliação da assistente social 61 (51,3%) mulheres. O número de consultas com o profissional variou entre 1 a 6 consultas, sendo que a maioria das gestantes 37 (31%) realizou uma consulta, 13 (11%) duas consultas; 11(9,2%) de três a seis consultas.

**TABELA 13** – Distribuição das gestantes segundo motivo de consulta com assistente social do PPNBR/HUM - 1998/2001

<b>MOTIVO</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>%</b>
Viabilizar exame de ultrassonografia gestacional	44	60,3
Necessidade de vale transporte	5	6,8
Necessidade de cesta básica alimentar	5	6,8
Orientação sobre direitos trabalhistas na gestação	4	5,5
Orientação social para laqueadura tubária	3	4,1
Dificuldade financeira devido ao desemprego	3	4,1
Necessidade de enxoval	3	4,1
Viabilizar compra de medicamentos	3	4,1
Necessidade de creche para os filhos	1	1,4
Necessidade de mudança de horário na escola	1	1,4
Não registrado	1	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

Os dados da tabela 13 indicam que o principal motivo para encaminhamento à assistente social referiu-se à realização de ultrassonografia gestacional (60,3%) em serviços externos ao HUM. A equipe de saúde também identificou a necessidade de oferecer condições que favorecessem o acesso e participação da gestante no programa através do fornecimento de vale transporte, visto que grande parte das gestantes atendidas procediam de outros bairros do município de Maringá.

Observa-se que para 20 (27,3%) gestantes, o encaminhamento à assistente social relacionou-se às dificuldades financeiras relatadas pelas mulheres, como a necessidade de enxoval e compra de medicamentos. Viabilizar cesta básica alimentar para melhoria das condições nutricionais das gestantes também foi solicitado.

Chama atenção o fato de que, para as mulheres que exerciam atividade econômica nas categorias de serviços domésticos e costureira, ocorreram dificuldades para a execução da função, principalmente ao final da gestação. As mulheres pertencentes ao primeiro grupo executavam atividades que exigiam grande esforço físico, e, no segundo caso, eram induzidas a permanecer grande período de tempo sentadas. Outras gestantes encontraram dificuldade para serem dispensadas do trabalho mesmo com a apresentação do atestado de consulta de enfermagem e da orientação quanto a este direito trabalhista. Uma das mulheres referiu ter sido demitida do emprego devido à condição de ser gestante.

Três gestantes foram avaliadas pela assistente social em função da indicação de laqueadura tubária, já que faz parte da rotina no HUM a avaliação de equipe multidisciplinar para realização do procedimento.

### PSICÓLOGA

A psicóloga foi incorporada à equipe multiprofissional do HUM a partir do ano 2000. Desta forma, entre as 64 gestantes atendidas no programa nos referidos anos, em apenas seis casos (9,4%) houve necessidade de encaminhamento à profissional.

Os motivos que justificaram o encaminhamento referiram-se à depressão (50%), ansiedade (37,5%) e nervosismo (12,5%).

### FISIOTERAPEUTA

A fisioterapeuta foi integrada à equipe do PPNBR/HUM no ano 2000, sendo que sua atuação ocorre de forma efetiva em reuniões mensais realizadas com as gestantes. Nesta ocasião, as mulheres e seus acompanhantes são orientados quanto à correção postural, técnicas de massagem, alongamento e respiração.

Quanto ao atendimento individual, em 14 (21,8%) casos houve necessidade de encaminhamento para consulta com a fisioterapeuta. Realizaram uma consulta 11 (17,2%) gestantes; as demais, representado por 3 (4,6%) mulheres, realizaram entre duas a três consultas.

Os motivos que justificaram o encaminhamento estão listados na tabela abaixo.

**TABELA 14** – Distribuição das gestantes segundo motivo de consulta com fisioterapeuta do PPNBR/HUM– 2000/2001

MOTIVO	FREQÜÊNCIA	%
Orientação postural	5	33,3
Lombalgia	3	20,0
Dor no joelho	3	20,0
Dor na panturrilha	1	6,7
Lombociatalgia	1	6,7
Dor nas costelas e tórax	1	6,7
Dor nas costas	1	6,7
TOTAL	15	100,0

É reconhecido que as alterações fisiológicas começam na primeira semana de gestação e continuam durante toda ela, sendo que as principais alterações no sistema músculo esquelético constituem o amolecimento das cartilagens pélvicas, o aumento da mobilidade das articulações sacroilíaca, sacrococcígea e da sínfese pubiana e o relaxamento acentuado dos ligamentos (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).

Sob influência destes fatores ocorre aumento da lordose na gravidez, com queixa freqüente de lombalgia/lombociatalgia pela maioria das gestantes, cujas medidas terapêuticas incluem, entre outras, a orientação postural, massagens e exercícios orientados por profissional capacitado.

Desta forma, a tabela 14 indica que o motivo mais freqüente para o encaminhamento á fisioterapeuta relacionou-se à orientação postural (33,3%), seguido de lombalgia (20%) e dor no joelho (20%).

## OUTROS ENCAMINHAMENTOS INTERNOS REALIZADOS

Os encaminhamentos internos compreenderam o encaminhamento da gestante ao médico obstetra e/ou residente do Pronto Atendimento e docentes médicos de outras especialidades do Ambulatório Geral de Especialidades do HUM, isto é, profissionais locados no HUM, mas que não fazem parte da equipe multiprofissional do PPNBR/HUM.

Cabe esclarecer que as gestantes encaminhadas a estes profissionais foram reencaminhadas para o ambulatório de baixo risco após avaliação do profissional ou especialista, exceto nos casos que exigiram internação hospitalar.

– Médico obstetra/residente do Setor de Pronto Atendimento do HUM

**TABELA 15** – Distribuição dos motivos de encaminhamento das gestantes ao médico obstetra/residente do setor de Pronto Atendimento do HUM - 1998/2001

MOTIVO	FREQÜÊNCIA	%
Avaliação de cardiotocografia	11	22,4
Amniorrexe prematura	8	16,3
Trabalho de parto a termo	7	14,3
Realização de amnioscopia	6	12,2
Hipertensão arterial leve	3	6,1
Cólica renal	2	4,1
Infecção do trato urinário	2	4,1
Sangramento vaginal	2	4,0
Dor em baixo ventre	1	2,0
Crise de bronquite asmática	1	2,0
Internação por Diabetes gestacional	1	2,0
Hiperemese gravídica	1	2,0
Escabiose	1	2,0
Suspeita de apendicite	1	2,0
Gestação pós-termo	1	2,0
Dor abdominal persistente	1	2,0
TOTAL	49	100,0

O enfermeiro solicitou avaliação do médico obstetra/residente do Pronto Atendimento para 42 (35,2%) gestantes. O número de solicitações variou de 1 a 3 vezes, sendo que muitas gestantes, representado por 35 (83,4%) mulheres, foram encaminhadas uma vez; 7 (16,6%) gestantes foram avaliadas entre 2 a 3 vezes.

A cardiotocografia é realizada pelo enfermeiro, a partir de 40 semanas de gestação, a cada 3 dias, até a ocorrência do parto e/ou em casos de alterações na frequência cardíaca fetal. Realizaram cardiotocografia 48 (40,3%) gestantes, sendo que em 11 casos (22,4%) ocorreram alterações na vitalidade fetal.

Desta forma, segundo a tabela 15, o principal motivo para o encaminhamento ao plantonista do Pronto Atendimento foram alterações da vitalidade fetal registradas no exame de cardiotocografia, seguido de amniorrexe prematura (16,3%), trabalho de parto a termo (14,3%) e realização de amnioscopia (12,2%). Os demais motivos referiram-se a queixas apresentadas pela gestantes na consulta de pré-natal e que indicaram intervenção precoce, sendo inviável aguardar a avaliação dos médicos obstetras participantes do programa.

Uma situação que pode ilustrar esta afirmação referiu-se ao caso de gestante de 20 semanas na qual suspeitou-se de apendicite aguda e, após confirmação do diagnóstico, o procedimento cirúrgico foi realizado no HUM.

Segundo Gurgel, Carvalho e Araújo (1998) a apendicite aguda é a mais freqüente complicação não-obstétrica que necessita de laparotomia de emergência, pois na gravidez a doença apresenta um evoluir mais rápido, a perfuração apendicular é duas a três vezes mais comum e o prognóstico mais ominoso.

Pode-se afirmar que neste caso o acesso à avaliação por outro profissional de saúde, bem como a existência de tecnologia adequada foi fundamental para a evolução favorável do binômio, pois a referida gestante não apresentou complicação clínica/obstétrica após o procedimento cirúrgico e prosseguiu o acompanhamento obstétrico no ambulatório de gestação de baixo risco.

– Outras Especialidades do Ambulatório Geral de Especialidades do HUM

Foram encaminhadas para outras especialidades/serviços do Ambulatório 64 (53,8%) mulheres. A tabela 16 demonstra que o motivo de encaminhamento mais freqüente foi para realização de ultrassonografia gestacional, representado por 54 (84,3%) gestantes. A necessidade de encaminhamento para outras especialidades médicas foi pequena (15,7%), sendo a especialidade mais requisitada a pneumologia.

**TABELA 16** – Distribuição das gestantes segundo o local e motivo de encaminhamento interno

LOCAL	MOTIVO	FREQÜÊNCIA	%
Serviço de ultrassonografia	Realizar ultrassonografia gestacional	54	84,3
Ambulatório de Pneumologia	Asma brônquica/bronquite	4	6,2
Ambulatório de Psiquiatria	Ansiedade e depressão devido ao parto normal	2	3,1
Ambulatório de Otorrinolaringologia	Sinusite	1	1,5
Banco de Leite Humano	Estímulo e orientação quanto ao aleitamento materno	1	1,5
Ambulatório de Moléstia infecciosa	Citomegalovírus na gestação	1	1,5
Ambulatório de Cardiopediatria	Alteração na cardiocografia: feto com bradicardia persistente	1	1,5
TOTAL	..	64	100,0

#### ENCAMINHAMENTOS EXTERNOS REALIZADOS

Para 76 (63,8%) das gestantes, foi necessário o encaminhamento a serviços externos ao HUM, seja pela ausência deste serviço no setor ou pela não disponibilidade de vaga.

O motivo mais freqüente para o encaminhamento externo relacionou-se à necessidade de realização de ultrassonografia gestacional para 60 ( 78,9%) mulheres.

Foram encaminhadas ao posto de saúde 13 gestantes, sendo 10 casos para o serviço de odontologia devido às queixas de sangramento gengival e cárie dentária e três gestantes para aferição de pressão arterial semanal.

Três gestantes foram encaminhadas à Clínica da Mulher para realização de colposcopia e confirmação de diagnóstico de HPV, devido à ausência de vaga no ambulatório do HUM.

#### **4.2.2. Assistência no puerpério**

Conforme Miranda et al. (1996), a avaliação das condições maternas no período puerperal constitui o desfecho da assistência prestada ao parto, sendo considerada etapa fundamental no ciclo gravídico puerperal.

Rattner (1991) assinala que a existência do encaminhamento da puérpera para realização da consulta de puerpério como mecanismo de contra-referência demonstra a preocupação da instituição em garantir o bem-estar do binômio. A autora aponta que, embora o ciclo gravídico puerperal compreenda a fase que se inicia com a concepção e que termina ao final do puerpério, as instituições o tratam como se fossem três episódios distintos e desintegrados, sendo raro todos esses períodos receberem assistência de uma mesma instituição.

Shimo e Nakano (1999) inferem que, apesar da maioria dos profissionais de saúde considerarem o período puerperal como uma fase passageira, sem grandes riscos e/ou problemas, estudiosos o consideram como período crítico, onde há rápida modificação física e psíquica, entre estas: o retorno do organismo às condições pré-gravídicas, o processo de lactação, o processo de aquisição de um novo papel, as tarefas maternas, a imagem corporal, a sexualidade e outros.

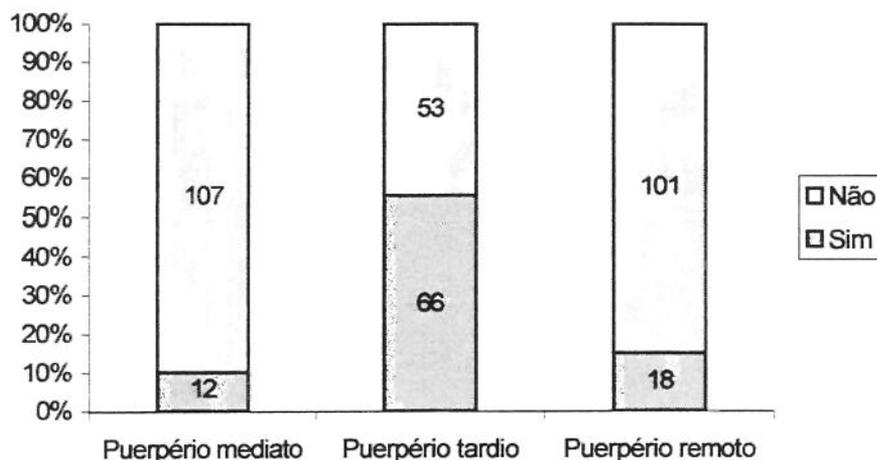
Miranda et al. (1996) recomendam que a consulta pós parto deve ocorrer 30 a 42 dias após o parto. O benefício ao binômio refere-se ao apoio à amamentação, o planejamento familiar, a avaliação e tratamento das queixas das puérperas e o encaminhamento para tratamento daquelas que apresentam patologia.

A adesão à consulta de revisão puerperal no presente estudo foi representado por 74 (62,1%) puérperas, sendo que mais da metade (55,4%), o fez no período compreendido entre 30 a 42 dias pós-parto.

Este índice, apesar de relativamente baixo, foi superior ao parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1990), no qual, no mínimo, 50% das mulheres deverão realizar a consulta de revisão puerperal. Foi também superior ao encontrado por Balan (1996) no período de 1994 -1996 (38,9%) e consistente com o encontrado em outros estudos, cuja frequência variou de 31% a 74,5% (RATTNER, 1991; COSTA e CARDOSO, 1996; MIRANDA et al., 1996; BERTONI e SANTOS, 2000; SANTOS et al., 2000; COSTA et al., 2000).

Bertoni e Santos (2000) apontaram que a baixa escolaridade materna e o início tardio da assistência pré-natal foram os fatores associados à baixa adesão à consulta de revisão puerperal para mulheres residentes em Pelotas. Em relação à escolaridade, eles assinalam que os possíveis fatores determinantes para as mães com menor escolaridade aderirem com menor frequência à consulta de revisão puerperal podem relacionar-se ao fato das orientações para a revisão não serem tão frequentes quanto as demais, ou que, sendo orientadas, não lembram da recomendação recebida.

Dessa forma, os autores recomendam que o aconselhamento para revisão puerperal a este grupo de mulheres seja feito de forma mais efetiva durante o período pré-natal.



**FIGURA 8** - Distribuição das mulheres atendidas no PPNBR/HUM segundo frequência à consulta de revisão puerperal

Quanto à frequência à consulta de revisão no puerpério mediato, a figura 8 demonstra que somente 12 (10%) puérperas a realizaram. Este resultado pode ser atribuído à rotina do internato de medicina em obstetrícia, a qual determina que as mulheres que tiveram o parto realizado no HUM (74,1%) deverão ser avaliadas pelo residente/interno de medicina que acompanhou o parto.

As 12 puérperas que realizaram consulta com enfermeiro no período referiram-se às mulheres que tiveram o parto em outra instituição, pois neste caso foram referenciadas para a mesma unidade em que efetuou-se a assistência pré-natal.

Neste grupo de gestantes, as intercorrências mais comuns foram queixas de tontura, fraqueza e astenia, às relacionadas à episiotomia – deiscência de sutura, edema, hematoma e dor – e à lactação – fissura mamilar, engurgitamento mamário e dificuldade para a amamentar.

O comparecimento à consulta de enfermagem no puerpério tardio foi representado por 66 (55,5%) mulheres. Entre estas, 42 (63,6%) puérperas apresentaram evolução normal e 24 (36,4%) apresentaram intercorrência/morbididade.

**TABELA 17 – Intercorrências clínicas na consulta de revisão no puerpério tardio em puérperas atendidas no ambulatório PPNBR/HUM – 1998/2001**

<b>INTERCORRÊNCIA</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>%</b>
<b>Distúrbios relacionados à lactação</b>	<b>10</b>	<b>34,5</b>
Dor ao amamentar	2	6,9
Fissura mamilar	2	6,9
Desmame precoce	2	6,9
Engurgitamento mamário/sinais inflamatórios	2	6,9
Hipogalactia/ dificuldade para amamentar	2	6,9
<b>Relacionados ao parto operatório</b>	<b>3</b>	<b>10,3</b>
Sinais inflamatórios	1	3,4
Formação de quelóide em cicatriz cirúrgica	1	3,4
Hematoma	1	3,4
<b>Relacionados á episiotomia</b>	<b>3</b>	<b>10,3</b>
Deiscência de sutura	2	6,9
Edema	1	3,4
<b>Outros</b>	<b>13</b>	<b>44,9</b>
Cefaléia/ tontura/fadiga	4	13,9
Lombalgia/ nuchalgia	2	6,9
Leucorréia	2	6,9
Hipertensão arterial leve	2	6,9
Dor em baixo ventre	1	3,4
Depressão	1	3,4
Não imunizada com Mathergan	1	3,4
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

Os dados da tabela 17 demonstram que a queixa mais comum, no período, referiu-se a presença de cefaléia, tontura e fadiga (13,9%).

Shimo e Nakano (1999), em análise reflexiva acerca da adaptação psico - física e social da mulher no puerpério, relataram que é comum encontrar mulheres nos primeiros dias pós - parto, de aparência fadigada, queixando-se de exaustão física e psíquica. As autoras ressaltam que esta condição relaciona-se, freqüentemente, à labilidade emocional, característica na primeira semana pós-parto, à responsabilidade de assumir novas tarefas e a limitação de algumas atividades. Soifer (1986, p.63) descreve também o período puerperal como sendo o de uma situação de delimitação entre o perdido – a gravidez – e o adquirido – o filho.

Desta forma, a equipe de saúde deve estar atenta à condição psico-social da puérpera e à necessidade de apoio no processo de adaptação a esta nova situação, considerando-se ainda que os fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranqüilidade são fundamentais para uma amamentação bem sucedida (GIUGLIANI, 1994).

Há evidências que o apoio social, incluindo o grupo familiar e os serviços de saúde, afeta diretamente o bem-estar individual, além de intervir sobre o impacto dos eventos estressantes (BERTONI e SANTOS, 2000).

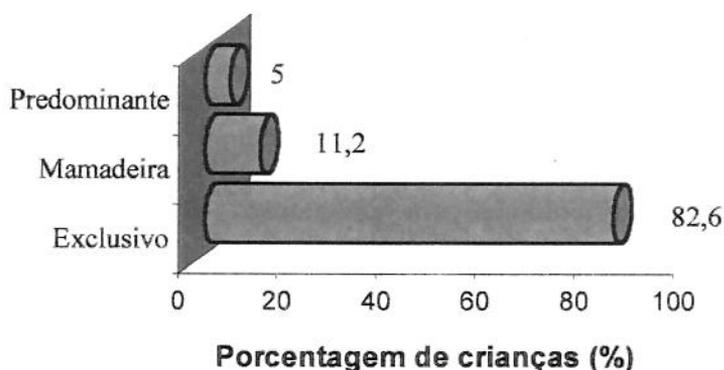
Os distúrbios relacionados à lactação representaram, em seu conjunto, intercorrência mais comum (34,5%). A persistência de queixas referentes à fissura mamilar, hipogalactia e dificuldade para amamentar, registradas desde a internação hospitalar no pós-parto (tabela 20), confirmaram as dificuldades encontradas pelas puérperas no manejo do aleitamento materno.

No puerpério remoto, a grande maioria das puérperas, 101(84,9%), não realizou consulta e entre as que realizaram (15,1%) a queixa mais comum referiu-se à presença de leucorréia. Observou-se que as intercorrências registradas na consulta de revisão puerperal representaram, de modo preponderante, eventos inerentes ao período puerperal. Houve registro de um caso de depressão puerperal.

Segundo Hatcher et al. (1994) e Miranda et al. (1996), o período puerperal constitui fase na qual a mulher está geralmente motivada a evitar outra gestação, sendo, portanto, um momento oportuno para que o profissional de saúde realize o aconselhamento quanto à necessidade individual de contracepção e recomende o seu uso imediato ou tardio.

Quanto às orientações realizadas na consulta de revisão puerperal, a maioria das puérperas, representado por 62 (83,8%) mulheres, recebeu orientação sobre o aleitamento materno, bem como para 64 (86,4%) puérperas as orientações sobre os métodos contraceptivos foram realizadas.

Em seu trabalho, Victora (2001,p.51) ressalta não ter encontrado pesquisas brasileiras sobre a qualidade do atendimento puerperal, referindo que, provavelmente, esta qualidade não seja superior ao atendimento ao parto ou pré-natal. O único estudo sobre atendimento puerperal encontrado referiu-se ao estudo de Bertoni e Santos (2000), no qual a frequência de orientações sobre aleitamento materno e contracepção foram consistentes com os achados no presente estudo, tendo valores respectivos de 84,3% e 86,8%.



**FIGURA 9** – Situação do aleitamento materno no 30º dia de vida do recém-nascido de mulheres atendidas no PPNBR/HUM – 1998/2001

Alguns autores demonstram que o período mais crítico, do qual depende a adesão ou não da puérpera à amamentação, é representado pelo primeiro mês de vida da criança ( HILL et al. , 1997; REA et al., 1997). Assim, quando consegue-se que uma mãe amamente seu filho até o final do primeiro mês, é muito provável que se consiga sua manutenção por muito mais tempo.

Os dados da figura 9 foram obtidos na ocasião da consulta de revisão puerperal (30º dia pós-parto), sendo que, em 38 (31,9%) casos, não foi possível identificar a situação do aleitamento materno devido ao não retorno da puérpera à consulta agendada. Foi registrado um óbito no 16º dia de vida do recém-nascido.

Entre os 80 casos em que foi possível investigar a situação do aleitamento materno, identificou-se que 66 (82,6%) crianças estavam em aleitamento materno exclusivo, 9 (11,2%) em mamadeira e 4 (5%) em aleitamento predominante. Em um caso não havia registro da situação do aleitamento materno.

Esta prevalência de aleitamento materno exclusivo foi superior ao encontrado em outros estudos brasileiros, cujos índices variaram de 14,2% a 71,8% (NEUMANN, 2000; RONA et al., 2000; BRASIL, 2001b; FERRARI AUDI, 2002) e superior quando comparado ao do município de Maringá, que correspondeu a 47,7% no ano de 1999 (VITURI, 2001).

No presente estudo, chamou a atenção o fato de duas gestantes relatarem desde o início das consultas de pré-natal o desejo de não amamentar e, mesmo com as orientações realizadas pela equipe, não se obteve sucesso na promoção do aleitamento materno. Para uma delas, no período de hospitalização no puerpério, foi observado dificuldade na interação mãe-filho e, conseqüentemente, na prática da amamentação, talvez pelo fato da gravidez não ter sido desejada.

Sobre esta questão, Giugliani (1994) aborda que, há muito, o aleitamento materno deixou de ser visto como um ato natural, fisiológico e que, ao contrário do ditado popular, o aleitamento materno não é um ato puramente instintivo, sendo que as mulheres que amamentam não o fazem por necessidade ou tradição: elas optam pela amamentação.

Desta forma, para que o início e o estabelecimento do aleitamento tenham êxito, as mães necessitam do apoio não apenas de suas famílias e comunidades, mas também de todo o sistema de saúde. Estudos comprovam que intervenções de serviços de saúde na promoção do aleitamento materno foram capazes de aumentar significativamente a prevalência do aleitamento materno (ORGANIZAÇÃO...,1989;ORGANIZAÇÃO...,1993; BARROS et al., 1994).

Segundo Sandre-Pereira et al. (2000), os trabalhos que avaliam o impacto de serviços de atenção pré-natal na prática do aleitamento materno demonstraram dificuldade em se chegar a um consenso sobre este assunto, porém estudos indicam o impacto positivo que a qualidade da atenção pré-natal tem sobre a duração do aleitamento materno (ALLEN e PELTO, 1985; LYNCH, 1986), assim como serviços com programas especiais de orientação, quanto à amamentação durante o pré-natal, tem mostrado índices de aleitamento melhores (WINIKOFF et al., 1987; JENNER, 1988; KISTIN, 1990; PEREZ e VALDES, 1991).

A "Iniciativa Hospital Amigo da Criança" tem sido apontada como um dos elementos que contribuiu para o aumento dos índices de amamentação no Brasil (LAMOUNIER, 1998).

A literatura aponta vários determinantes que influenciam na opção das mães em amamentar seus filhos, bem como em manter o aleitamento materno, quais sejam: educação materna (menos de 8 anos de escolaridade), desmame precoce em filhos anteriores (antes dos 3 meses), ausência de orientação no pré-natal, falta de apoio do marido/companheiro, ausência de empregada doméstica na casa e presença de parentes ajudando nos afazeres domésticos, adolescentes e primíparas, trabalho informal ou desemprego materno, uso de chupeta, baixo peso ao nascer e trabalho materno (GIUGLIANI, 1992; VENÂNCIO et al., 2002; GONÇALVES, 2002; FERRARI AUDI, 2002).

### 4.2.3. Assistência ao planejamento familiar

Com a alta hospitalar fecha-se o elo da assistência à maternidade, em coordenação com a assistência pré-natal e as ações do planejamento familiar.

Segundo Oliveira (1985), a questão do planejamento familiar abarca os temas mais diversos, desde o desejável espaçamento dos nascimentos, ao tratamento da infertilidade, à erradicação do aborto e à educação sexual.

A assistência à anticoncepção constituiu um dos pontos cruciais na formulação da atenção integral à saúde da mulher proposta pelo PAISM e foi considerada ação indissociável dentro do contexto das demais ações básicas de assistência às necessidades de saúde da mulher (OSIS,1998).

O planejamento familiar tem um profundo impacto na saúde da mulher e da criança, sendo que os benefícios da anticoncepção referem-se à prevenção seletiva de gestações de alto risco e de abortamentos provocados; à prevenção da mortalidade materna por causas obstétricas indiretas; ao bem-estar físico, psíquico e social das pessoas pela oportunidade destas regularem sua fertilidade de acordo com seus desejos; e à possibilidade de ter filhos no número e oportunidades definidos pela mulher ou em conjunto com seu parceiro. A nível individual, o planejamento familiar se propõe a obter melhor harmonia conjugal através de medidas que evitam a gravidez indesejada (FAÚNDES; PETTA; NASCIMENTO, 1999; VICTORA, 2001).

Os direitos de reprodução abrangem direitos humanos reconhecidos em leis nacionais e internacionais, os quais baseiam-se no reconhecimento de que todo casal e indivíduo tem o direito de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, encarando a paternidade como um ato responsável (FUNDO..., 2002) .

Apesar dos dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 (SOCIEDADE...,1997) indicarem que 76,7% das mulheres em uniões estáveis utilizavam algum método anticoncepcional, estudos indicam que pelo menos 350 milhões de casais em todo o mundo que desejam espaçar ou evitar uma gravidez carecem de acesso a métodos de planejamento familiar e outros 120 milhões de mulheres não dispõem de serviços acessíveis e apoio para o uso de contraceptivos (FUNDO..., 2002, p.13 ).

O Ministério da Saúde preconiza que as egressas do parto e puerpério devem receber orientação de alternativas de regulação da fertilidade mediante orientação sobre o uso dos métodos contraceptivos, implementação das técnicas mais simples e referência dos casos que exijam maior complexidade na sua execução. Para tanto, deverão ser encaminhadas ao serviço de planejamento familiar (BRASIL, 1996).

O ambulatório de planejamento familiar, implantado no HUM em 1993, preconiza o acompanhamento da mulher/ casal em ações de anticoncepção por meio de orientação realizado em grupo e atendimento individual nas consultas de enfermagem. O trabalho objetiva realizar o aconselhamento quanto aos métodos contraceptivos classificados como naturais, de barreira, hormonais e definitivos, bem como o acompanhamento da mulher/casal por equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, assistente social e psicóloga.

Para o grupo de puérperas cujo parto foi realizado no HUM, o encaminhamento ao ambulatório de planejamento familiar é realizado pelo interno/residente de medicina na alta hospitalar, ou pelo enfermeiro que acompanhou as consultas de pré-natal, durante a visita ao binômio no puerpério mediato.

Considerando a recomendação de alguns autores (HEGG et al.,1987; SILVA, 1990; MIRANDA et al., 1996) sobre a época ideal de instituição dos métodos contraceptivos (por volta da 6ª semana em mulheres não lactantes e na 10ª semana nas lactantes), no HUM adotou-se a rotina de encaminhar a mulher/casal ao ambulatório de planejamento familiar no período de quatro a seis semanas pós-parto pois, nesse período, em torno de 26% das puérperas já retornaram a atividade sexual (MIRANDA et al., 1996).

Observou-se que a adesão ao ambulatório de planejamento familiar foi de 88 (74%) mulheres, sendo que o comparecimento à consulta individual (58,9%) foi superior ao obtido no atendimento em grupo (44,5%). O número de mulheres que participou das duas atividades foi baixo (6,7%). Esta taxa de adesão foi superior ao encontrado em estudo realizado por Balan (1996), que foi de 44,5%.

Os motivos que têm justificado o aumento na procura de métodos anticoncepcionais por parte das mulheres são vários: expansão dos meios de comunicação, consciência da sexualidade feminina, dificuldades maternas enfrentadas pela maioria da

população urbana, o crescente papel da mulher na família e no trabalho e, principalmente, o desejo das mulheres em ter menos filhos para preservar sua saúde e cuidar melhor dos próprios filhos (DIAS e ROGENSKI, 1991; ARILHA, 2002).

Para Dias e Rogenski (1991), a escolha do método contraceptivo ideal pela mulher/casal envolve vários aspectos: acesso aos métodos, condições materiais e emocionais para o uso, relacionamento afetivo-sexual, motivação, acompanhamento clínico, condições clínicas da mulher e a fase da vida da mulher/casal.

Pode-se afirmar que, oferecer à mulher/casal a possibilidade de receber orientações individuais e em grupo sobre contracepção oportuniza o esclarecimento de dúvidas e auxilia na decisão da escolha do método contraceptivo, principalmente quando trata-se de mulheres predominantemente jovens, com intervalos interpartais curtos, e de baixo nível sócio-econômico.

Observou-se ainda que algumas mulheres compareceram de duas a três vezes à consulta individual, no ambulatório, em decorrência da indecisão na escolha do método contraceptivo.

Para as puérperas assistidas, a orientação, aconselhamento e avaliação quanto à escolha do método contraceptivo é dirigido à provável influência do contraceptivo sobre o aleitamento materno, bem como deste sobre o método escolhido. Desta forma, o foco da orientação é realizado à luz do binômio mãe-filho, levando em consideração o fato de a mulher estar ou não amamentando, para que possa optar pela combinação do método contraceptivo que tenha menor probabilidade de interferir com a lactação ou introduzi-lo quando a lactação já não mais suprime a ovulação. A escolha do método contraceptivo durante a lactação também visa garantir maior tempo de amamentação para o recém-nascido, protegendo a saúde da mulher e da sua prole.

Albuquerque (1985) ressalta que, qualquer que seja a metodologia empregada para a contracepção, os sucessos e insucessos, falhas e complicações, estão numa dependência muito estreita com a habilidade e experiência do pessoal que presta assistência nesta área.

A tabela 18 demonstra algumas características da assistência ao planejamento familiar prestada às mulheres participantes do PPNBR/HUM.

A opção pelo método contraceptivo apresentou a seguinte ordem decrescente de frequência: método da amenorréia da lactância (LAM) associado ao uso do preservativo masculino (30%), DIU (20%), minipílula (18,6%), laqueadura tubária (8,6%), anticoncepcional hormonal injetável (4,3%), minipílula e preservativo masculino (1,4%), LAM (1,4%). Duas mulheres ficaram indecisas quanto à opção do método contraceptivo e em nove casos não foi identificada a opção do método pela ausência de registros.

**TABELA 18** – Assistência ao planejamento familiar em mulheres atendidas no PPNBR/HUM – 1998/2001

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Compareceu para consulta de enfermagem no ambulatório de planejamento familiar</b>		
Sim	70	58,9
Não	49	41,1
<b>Compareceu para orientação em grupo sobre planejamento familiar</b>		
Sim	53	44,5
Não	66	55,5
<b>Compareceu à consulta de enfermagem e orientação em grupo sobre planejamento familiar</b>		
Sim	8	6,7
Não	111	93,3
<b>Método contraceptivo escolhido</b>		
Preservativo masculino e LAM	21	30,0
DIU	14	20,0
Minipílula e LAM	13	18,6
Laqueadura tubária	6	8,6
Anticoncepcional hormonal injetável	3	4,3
Minipílula e preservativo masculino	1	1,4
LAM	1	1,4
Indecisa	2	2,9
Ignorado	9	12,8

A lactação materna é aceita por vários autores como fator determinante na regulação natural da fecundidade feminina e duração da amenorréia pós-parto (ALBUQUERQUE, 1985; SILVA, 1990; BAHAMONDES, 2002), sendo reconhecido o fato de que o intervalo entre os nascimentos em populações que amamentam é, em média, 50% maior do que nas populações que não praticam o aleitamento materno (BROWN, 1982).

Contudo, observa-se que poucas mulheres conhecem e/ou tem confiança na utilização da amamentação como único método contraceptivo. A tabela 18 confirma estes dados, pois apenas uma puérpera optou em utilizar o LAM como único método contraceptivo; a maioria (72,9%) optou em adotar um método contraceptivo complementar.

Corroborou destas afirmações estudo realizado por Silva (1990), cujos resultados demonstraram que quase todas as puérperas têm algum conhecimento ou crença sobre a lactação como fator contraceptivo, porém a insegurança quanto à utilização do método LAM como método contraceptivo eficaz demonstrou ser grande, principalmente devido aos conhecimentos errôneos ou crenças que podem desmotivar as mulheres a amamentar ou influenciar na adoção ou não de métodos contraceptivos.

Pinotti e Faúndes (1988) apontam que, no Brasil, o dispositivo intra-uterino (DIU) não chega a constituir 1% dos métodos utilizados pela mulher brasileira, sendo que a proporção de utilização do DIU como método contraceptivo, apresentada neste trabalho (20%), foi semelhante à encontrada em pesquisa realizada no Hospital das Clínicas em Minas Gerais (MIRANDA et al., 1996) e superior à divulgada em outros estudos brasileiros, cujos índices variaram entre 0,1% a 13% (SOCIEDADE...,1997; BERTONI e SANTOS, 2000; CARVALHO, PIROTTA e SCHOR, 2001).

Atribui-se essa diferença à disponibilidade do método contraceptivo no HUM, fato que não ocorre com a maioria das mulheres no sistema público de saúde em Maringá. O HUM é o único serviço do município que possui assistência sistematizada na área de contracepção, por ser credenciado no Ministério da Saúde como Centro de Referência

Docente-Assistencial à saúde da mulher, dispõe de métodos contraceptivos e têm profissionais treinados para realizar a inserção do DIU.

O DIU é considerado método altamente efetivo e assegura à mulher uma boa condição de amamentação, pois esta não será afetada e a lactação não interferirá na permanência do DIU (HEGG et al.,1987; PINOTTI e FAÚNDES, 1988), além de ter o aumento de sua efetividade em puérperas que amamentam (ALBUQUERQUE,1985). Estudos demonstram, inclusive, um aumento real da lactação associada ao uso de DIUs (HEGG et al.,1987) .

Quanto aos métodos de barreira, tanto para o homem quanto para a mulher, são considerados como adequados para o período puerperal, não interferem no processo de amamentação e, se usados corretamente, apresentam taxa de falha de 2 a 12% (BRASIL, 1996).

Os contraceptivos hormonais, que têm em sua composição somente progestágenos (minipílulas), parecem contribuir para um aumento da produção de leite e a quantidade que passa ao leite e poderia ser absorvida pelo intestino do bebê é praticamente desprezível, bem menor que com o uso da pílula comum. Na prática, o índice de gravidez é de 4 a 10%, porém a utilização da minipílula, somada à ação contraceptiva da amamentação oferece eficácia excelente ( ALBUQUERQUE, 1985; PINOTTI e FAÚNDES, 1988). Da mesma forma, alguns trabalhos têm demonstrado que os contraceptivos injetáveis à base de progestagênios são isentos de qualquer efeito nocivo à lactação e têm efeito positivo no sentido de aumentar a quantidade de leite (HEGG et al.,1987; ALBUQUERQUE, 1985).

Os achados neste estudo apresentam divergência considerável quando comparado a outros que investigam o acesso da mulher brasileira aos métodos contraceptivos. A literatura consultada indicou que a prevalência de uso de algum método contraceptivo, pelas mulheres brasileiras, é similar aos países desenvolvidos (70% das mulheres em idade fértil), porém, ao se analisar a qualidade desta cobertura, verifica-se que a anticoncepção fica circunscrita à pílula e à esterilização feminina. (COSTA, 1996; SOCIEDADE...,1997; SCHOR et al., 2000).

Isto denota que recai sobre a mulher a responsabilidade por esta prática, aliada à desinformação e dificuldade de acesso a uma ampla variedade de métodos contraceptivos e seu uso pouco eficiente, devido à má qualidade do acompanhamento médico. Foram estes fatores que, provavelmente, favoreceram para que a esterilização se tornasse o principal recurso para suprir a demanda das mulheres por meios para regular sua fecundidade, não havendo, no projeto de vida da mulher brasileira, outra possibilidade senão a associação entre a cesariana e a esterilização (MARCOLINO, 1994; COSTA, 1996).

De acordo com dados da Divisão Populacional da ONU, em todo o mundo, a laqueadura tubária é o método contraceptivo usado por 20% do público feminino. Contudo, o Brasil é um dos três países que tem mais de um terço da população feminina esterilizada (COLLUCCI, 2002).

Neste estudo, observou-se que, apesar do aconselhamento e disponibilidade dos métodos contraceptivos reversíveis, a laqueadura tubária foi opção para 6 (8,6%) mulheres. Entre as mulheres que iniciaram o pré-natal de baixo risco no HUM, somente duas tiveram indicação médica para laqueadura tubária, sendo realizado o procedimento cirúrgico no HUM.

Pode-se afirmar, portanto, que as puérperas atendidas no HUM tiveram acesso à assistência na área de contracepção conforme preconiza o Ministério da Saúde, fato demonstrado pela escolha de métodos contraceptivos considerados como adequados para o período puerperal.

A autonomia e autocuidado constitui um dos quatro grupos da taxonomia das necessidades de saúde, proposto por Cecílio (2001) e, portanto, questão contemplada no trabalho em equipe do PPNBR/HUM através da prática educativa relacionada a vários aspectos da saúde do binômio e desenvolvida continuamente desde o pré-natal até o planejamento familiar.

#### 4.2.4. Algumas considerações sobre o trabalho em equipe multiprofissional

Abordar a qualidade da assistência pré-natal e destacar nela o enfoque multiprofissional representou tarefa difícil, uma vez que a temática apresenta-se abrangente e complexa. Buscou-se considerar, no presente estudo, o trabalho realizado pela equipe multiprofissional como uma forma de trabalho coletiva.

A importância da composição de equipe multiprofissional para viabilizar a assistência pré-natal de maneira mais efetiva e, portanto, dirigida às necessidades de saúde individuais de cada gestante é indiscutível, sendo defendida por vários autores (PEIXOTO, 1981; REZENDE, 1991; BRASIL, 2000 a; TYRREL e ARAÚJO, 2002). Contudo, alguns autores consideram que o trabalho em equipe multiprofissional constitui uma forma de trabalho coletivo que ainda está por ser construído (TYRREL e ARAÚJO, 2002; SCHIRMER, 2002).

Particularmente em países pobres e de assistência médica precária, a gravidez constitui, na maioria das vezes, a única oportunidade para algumas mulheres serem atendidas por diferentes profissionais da área, o que reafirma a necessidade de uma assistência pré-natal centrada no binômio mãe-conceito e encaminhada por equipe multiprofissional (REZENDE, 1991).

O trabalho em equipe e a integralidade das ações têm sido propostas da reforma sanitária brasileira incorporadas pelas políticas de saúde, entendendo-se que essas formas de trabalho representam melhor qualidade dos serviços prestados no setor de saúde (PEDUZZI, 1998).

Cecílio (2001) denomina como "integralidade focalizada" a integralidade da atenção de saúde obtida como resultado do esforço e confluência dos múltiplos saberes e práticas de cada profissional de saúde e da equipe multiprofissional como um todo, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde. O resultado dessa "integralidade focalizada" seria o de conseguir traduzir e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde, captadas em sua expressão individual.

Para Schraiber et al.(1999, p.232), as necessidades de saúde expressam múltiplas dimensões – social, psicológica, biológica e cultural –, sendo que a nenhum agente isolado cabe ser responsável pela realização da totalidade das ações de saúde demandadas. Os autores ressaltam, desta forma, a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados, com vistas à assistência integral de saúde, seja de especialidades de uma mesma área profissional, seja de áreas distintas – multiprofissionais.

Expressões do tipo trabalhar em equipe, trabalho multidisciplinar, equipes multiprofissionais, equipes de trabalho, equipes interdisciplinares e outras tem sido usadas na área de saúde. Contudo, de acordo com Peduzzi (2001) e Schraiber et al. (1999), o uso destas expressões nem sempre traduz o que na realidade é feito, pois na maioria dos serviços de saúde não existem reais equipes de trabalho multidisciplinar e sim profissionais de diversas áreas de conhecimento, locados num mesmo local de trabalho, realizando ações isoladas e justapostas.

Segundo Peduzzi (1998), um grupo de profissionais só configura uma equipe quando opera de modo cooperativo, convergindo seus objetivos para uma dada situação, de forma a haver complementariedade e não soma ou superposição; pressupõe o desencadeamento de um processo permanente de ação-reflexão-ação, onde todos os envolvidos compactuem seus saberes a serviço do desvendamento da realidade e do enfrentamento dos problemas. Atuar em equipe multiprofissional significaria, portanto, incorporar ângulos de visão de vários sujeitos, com seus aportes de conhecimento diversificados, na identificação e análise de problemas de saúde da população, como forma de orientar, mais objetivamente e com maior sucesso, as intervenções a serem desenvolvidas.

As atitudes que levam o profissional a estar aberto e disponível ao diálogo, às mudanças, a compartilhar conhecimentos, à incorporação de novos conhecimentos oriundos de outras disciplinas constituem a denominada atitude interdisciplinar, a qual favorece para que os profissionais falem a mesma linguagem, se complementem, enfim, que não tomem atitudes opostas.

O nível de interação e integração reflete na qualidade da assistência, uma vez que a mulher e a família percebem e sentem-se mais tranquilas e seguras. Por outro lado, passa a existir cumplicidade na equipe, diminuem ou eliminam-se os riscos ocasionados pelas condutas isoladas ou descontextualizadas (BRÜGGEMANN, 2001, p.56). Portanto, a referida autora defende a idéia de que a atitude interdisciplinar dos profissionais que integram o mundo da maternidade tem o potencial de humanizar a equipe de saúde e, conseqüentemente, a assistência.

Conforme citado em Peduzzi (1998), a articulação das ações, coordenação, integração dos saberes e a interação dos agentes da equipe multiprofissional ocorrem por meio da mediação simbólica da linguagem. Diante de tal evidência, conclui-se que a comunicação entre os profissionais de saúde e a troca de informações constituem o denominador comum do trabalho em equipe.

Para Schraiber et al. (1999), pensar esta interação ou comunicação dos agentes da equipe é pensá-la não somente como meio que permite estabelecer as correlações e os nexos entre as distintas ações, mas também como a construção de consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais.

A interação e comunicação dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do PPNBR/HUM desenvolveram-se das seguintes formas:

- a) discussão de casos clínicos das gestantes com a equipe de enfermagem, bem como com os demais profissionais da equipe que proporcionam o aprimoramento científico dos profissionais e caracterizam o enfoque individualizado que os profissionais dão a cada mulher, como um sujeito singular dentro do programa;
- b) discussão semanal – avaliação de exames laboratoriais, evolução da gestação, condutas e encaminhamentos ao pré-natal de alto risco – com a equipe de médicos do Programa, nos quais são estabelecidos planos terapêuticos específicos a cada gestante;

- c) registro do atendimento em prontuário hospitalar único e multidisciplinar, o qual proporciona o conhecimento do atendimento prestado por todos os profissionais que assistem à gestante, seja na atenção ambulatorial ou internação hospitalar;
- d) encaminhamento da gestante aos profissionais internos e externos ao HUM, que especifica o motivo do encaminhamento e as condutas de cada profissional;
- e) realização de reuniões científicas mensais da equipe de enfermagem, na qual ocorre o aprimoramento dos profissionais;
- f) reuniões com a equipe multiprofissional para definição de estratégias, rotinas e propostas de atendimento, proporcionando a reflexão e construção do projeto assistencial comum.

De acordo com Peduzzi (1998), quando a equipe é multiprofissional, devem ser consideradas, também, as conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional, bem como a preservação das respectivas especificidades. A integração da equipe demanda, simultaneamente, preservar as diferenças técnicas e flexibilizar as fronteiras entre as áreas profissionais.

Sobre esta questão, Campos (1997) descreve que a crescente especialização de médicos, psicólogos, fisioterapeutas e enfermeiros vem diminuindo a capacidade de resolver problemas e aumentando a alienação desses profissionais em relação aos resultados de suas práticas, pois cada especialista encarrega-se de uma parte da intervenção, ninguém se responsabiliza pelo resultado global do tratamento e o paciente é penalizado com a fragmentação no atendimento.

O autor sugere o desafio de combinar graus de polivalência com certo nível necessário e inevitável de especialização, ou seja, um trabalho com os conceitos de Campo de Competência e de Responsabilidade e o de Núcleo de Competência e de Responsabilidade. O Núcleo corresponde ao conjunto de saberes e de responsabilidades singulares a cada profissão ou especialidade, que seria o marcador da diferença entre os membros de uma equipe. Por outro lado, o Campo compreende os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades.

Tendo como base as idéias do referido autor, pode-se inferir que, no PPNBR/HUM, o profissional enfermeiro é o "administrador" da assistência pré-natal, trabalhando com os limites de competência e da responsabilidade operacional de cada profissional da equipe e, ao mesmo tempo, com o conceito de vínculo definido e adscrição individual de clientela. Nesse sentido, o enfermeiro é o responsável pela condução dos casos em conjunto com os demais membros da equipe multiprofissional, à medida em que é solicitado apoio de membros da equipe ou de outros serviços de saúde de forma matricial. Desta forma, a atuação de outros membros da equipe realiza-se focalmente, conforme a solicitação e a necessidade sem, contudo, descaracterizar a responsabilidade do enfermeiro pelo caso. Seria o trabalho em equipe descrito por Campos (1997,p.250): "equipe, mas com definição clara de responsabilidades e preservando-se de maior autonomia para profissionais dentro do contexto de cada equipe de saúde".

No tocante ao profissional que realiza a consulta de pré-natal, poucos estudos abordam a atuação do profissional enfermeiro.

Dutra et al. (1991), descreveram o serviço de assistência pré-natal na Maternidade Alexander Fleming no Rio de Janeiro, no qual o enfermeiro realiza as consultas de pré-natal de baixo risco, alternando as consultas mensais com o médico obstetra.

Estudo realizado por Coimbra e Silva (2000), com puérperas atendidas em maternidades financiadas pelo SUS, no município de São Luís, apontou que o pré-natal foi realizado pelo profissional médico em 75,4% dos casos; pelo enfermeiro em 11,2% e por ambos em 13,4% dos casos. O percentual de atendimentos pré-natais feito pelo profissional enfermeiro neste município foi de 7,9%, e de 4,2% no Brasil como um todo (SOCIEDADE..., 1997).

Em Maringá, Sapata (1999) apontou que, no programa pré-natal de baixo risco do NIS Mandacaru, 33,2% das gestantes inscritas não tiveram acesso à consulta de pré-natal realizada pelo enfermeiro e em apenas 4,2% alcançou-se a concentração estabelecida.

Desta forma, verificou-se que o programa em estudo apresenta algumas características diferenciadas: assistência sistematizada, multiprofissional e conduzida basicamente pelo profissional enfermeiro.

### 4.3. DESCRIÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AO BINÔMIO NO PARTO, NASCIMENTO E PUERPÉRIO

Segundo Rattner (1991), o hospital que presta a assistência ao parto pode ser considerado o “locus” privilegiado para a avaliação da atenção, já que é onde se realiza o clímax de nove meses de expectativa. Seu desempenho é determinado pelo conhecimento dos fatos, problemas e assistência que precedeu seu atendimento, o qual determinará as condições de vida e saúde do binômio mãe-filho após a alta.

#### 4.3.1. Assistência ao parto

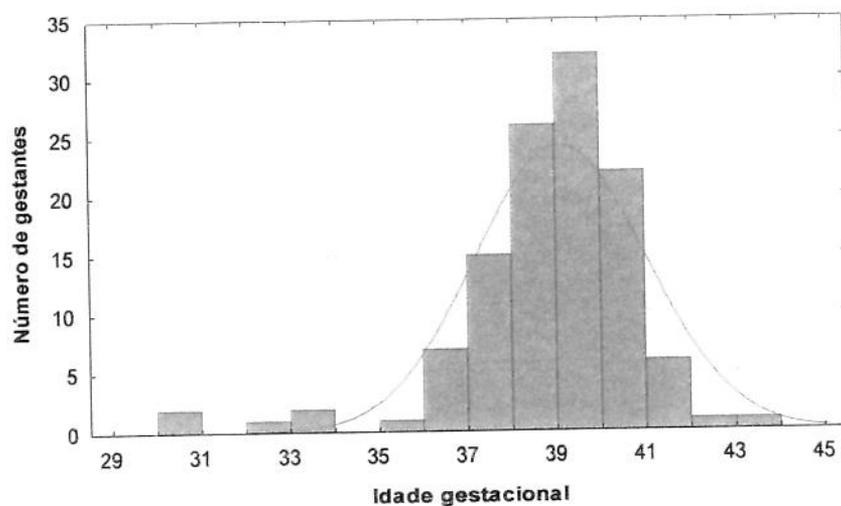


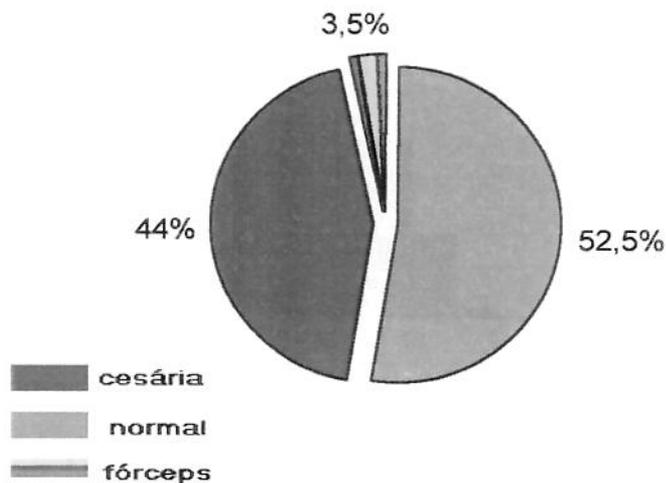
FIGURA 10 - Distribuição das mulheres atendidas no PPNBR/HUM segundo a idade gestacional de ocorrência do parto – 1998/2001

A evolução da gravidez até o termo é o aspecto mais evidente nas gestações de baixo risco, porém pode ser um dos indicadores de assistência adequada, pois a grande maioria das gestantes evoluíram favoravelmente, tendo a ocorrência do parto no período considerado como ideal.

A época da ocorrência do parto variou de 31 a 43 semanas, com a mediana de 39 semanas de gestação. Número considerável de mulheres (42%) teve o parto realizado com 39 semanas de gestação.

Desta forma, a figura 10 demonstra que 106 (91,4%) crianças nasceram de gestação a termo, 8 (6,9%) corresponderam à condição de pré-termo e 2 (1,7%) foram classificadas como pós-termo.

Estas taxas são consistentes com registro de nascidos vivos ocorridos em Maringá nos anos de 1999 a 2001 (SISTEMA..., 2002a), no qual as taxas de pré-termo foram de 6,1%, termo de 93,3% e pós-termo de 1,2%.



**FIGURA 11** - Distribuição das mulheres atendidas no PPNBR/HUM segundo o tipo de parto realizado – 1998/2001

Quanto ao tipo de parto, os dados da figura 11 demonstram a ocorrência de 51 (44%) partos cirúrgicos. O parto normal ocorreu para 61 (52,5%) mulheres, enquanto que o uso do fórceps em 4 (3,5%) casos. Em três casos não foi possível identificar o tipo de parto.

Este resultado corrobora com índices de partos normais e cesáreas encontrados em estudo de Balan (1996) e no HUM no mesmo período (SISTEMA..., 2001).

Apesar de existirem divergências entre os diferentes autores sobre qual seria a taxa ideal de cesariana, a Organização Mundial da Saúde afirma que não se pode justificar, do ponto de vista médico, taxas de cesárea superiores a 15% (WORLD..., 1985) e que, além dessa proporção, todas as intervenções seriam desnecessárias (RATTNER, 1991).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, p. 14) ressalta que se, por um lado, a cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto, inclusive por consumir recursos preciosos do sistema de saúde.

A elevação nas taxas de utilização da cesariana para a resolução do parto é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, embora tenha avançado mais genericamente no continente americano. No Brasil, em específico, chega a ser considerada epidêmica (BRASIL, 2001a). A utilização indiscriminada do procedimento operatório faz com que passe a ser denominada como sendo a *desne-cesária* (SANTOS, 2002).

Victora (2001) assinala que o coeficiente de cesariana no Brasil alcança o índice de 36,4% do total de partos; o coeficiente é mais baixo no Nordeste (20,4%) e Norte (25,5%), mas representa quase a metade do total de partos nas demais regiões do país. Particularmente na região Sul, as taxas são as mais elevadas (48%) e estão concentradas nas mulheres de baixa renda e baixo risco (SANTOS, 2002).

Dados da 15ª regional de saúde (SISTEMA..., 2001) revelaram que a taxa de cesariana nos 30 municípios que compõem esta regional variou de 40,3 % a 86,1%, sendo que, em 80% dos municípios, observou-se taxas acima de 50%. O município de Maringá registrou índice de 73,4%. O relatório ainda demonstrou que, no ano 2000, a frequência de

partos cesários nos hospitais de Maringá variaram entre 49% a 90,8%, sendo que no HUM o índice encontrado foi de 50,8%.

Desta forma, a frequência de cesáreas encontrada nos 30 municípios que compõem a 15ª regional de saúde fica distante da ideal, bem como a verificada nos hospitais no município de Maringá.

O Ministério da Saúde tem promovido, desde 1998, uma série de incentivos para a redução do número de partos cirúrgicos em nosso país, quais sejam: cobertura da previdência social da analgesia durante o parto; financiamento de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica; inclusão na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra”; pagamento de um percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos de cada hospital; e campanha junto ao Conselho Federal de Medicina em que se mostre que “parto normal é natural” (BRASIL, 2001a).

Avaliação realizada pelo Ministério da Saúde, quanto à situação das cesáreas no país após as Portarias nº 2816 e nº 865/MS, demonstrou que parece ter ocorrido redução significativa da taxa de cesarianas apresentadas ao SUS, as quais declinaram de 32% em 1997, para 28% em 1998, 25% em 1999 e 24% em 2000 (BRASIL, 2001a, p. 24).

Entretanto, reduzir os coeficientes de cesarianas é tarefa complexa, à medida em que envolve fatores históricos, estruturais e conjunturais, os quais têm sua gênese fundamentada na forma como a sociedade, em geral, e a medicina, em particular, encaram a mulher. Trata-se da denominada *medicalização do corpo feminino* (BRASIL, 2001a, p. 14), na qual a gravidez é encarada como doença e o parto como procedimento cirúrgico (SANTOS, 2002).

Contribuem, ainda, para os índices elevados de partos cirúrgicos vários fatores:

- a) conveniência do médico, pela possibilidade da cesárea ser realizada em menos de uma hora, enquanto que um parto normal pode se estender por várias horas;

- b) o fato das gestantes não estarem sendo preparadas para o parto normal. Estudo realizado por Cuccolo (1990), que investigou as causas do elevado índice de cesariana de um hospital geral de Maringá, indicou que 97,3% das puérperas não receberam orientações no pré-natal sobre as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto;
- c) a cesariana é caracterizada como um bem de consumo (NEUMANN, 2000) aliado à concepção do caráter inócuo das cesáreas como produto do aprimoramento técnico, reiterada através da mídia. Estudos indicam que coeficientes de cesarianas altos associam-se ao fato de que muitas dessas cirurgias são voluntárias (VICTORA, 2001).
- d) percepção, por parte dos médicos, de que esse tipo de parto é mais seguro que o parto normal.
- e) os fatores ligados ao obstetra. Goyeert et al. (1989), ao estudo de 11 obstetras de uma mesma instituição, observou que a taxa de cesariana variou de 19,1% a 42,3% na dependência do julgamento do profissional. Desta forma, os autores indicaram que o médico tem uma influência importante sobre a incidência de cesáreas, perdendo apenas para a nuliparidade.
- f) associação com esterilização. A proibição, até recentemente, da esterilização no Brasil fazia com que as mães requisitassem cesariana aos médicos para que simultaneamente pudesse ser feita a laqueadura de trompas; como a previdência social não cobria tal procedimento a família efetuava um pagamento adicional ao médico. Estudo a respeito da contracepção, realizada pela Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD), evidenciou que três quartos de todas as laqueaduras foram feitas no momento do último parto (MORELL, 1994).

Os dados da tabela 19 demonstram que a indicação mais freqüente para o parto cirúrgico ocorreu em razão direta do diagnóstico de alteração da vitalidade fetal (19,7%). A segunda causa recaiu sobre a presença de distocia funcional e bolsa rota (13,1%), seguido de desproporção céfalo-pélvica (10,5%) e cesárea anterior (9,2%).

Estas indicações são semelhantes ao encontrado em outros estudos brasileiros (VIGIANO et al., 1983; FAÚNDES e CECATTI, 1991; TASE, 2000).

**TABELA 19** – Indicações das cesáreas das gestantes atendidas no ambulatório PPNBR/HUM – 1998/2001

INDICAÇÃO	FREQÜÊNCIA	%
Sofrimento fetal agudo	15	19,7
Distocia funcional	10	13,1
Bolsa rota	10	13,1
Desproporção céfalo-pélvica	8	10,5
Iteratividade	7	9,2
DHEG leve	6	7,9
Intervalo interpartal menor que 24 meses	3	3,9
Laqueadura tubária a pedido	2	2,6
Falha na indução do parto	2	2,6
Feto macrossômico	2	2,6
Gestação prolongada	2	2,6
Apresentação pélvica	1	1,3
A pedido: medo do parto normal	1	1,3
Transtorno de ansiedade: fobia do parto normal	1	1,3
Placenta prévia	1	1,3
Descolamento crônico de placenta	1	1,3
Ignorado	6	7,9
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao sofrimento fetal agudo intra-parto, Faúndes e Silva (1998) ressaltam que, nos últimos tempos, o monitoramento eletrônico contínuo intermitente tem servido para ampliar a segurança da vigilância fetal, embora sua interpretação equivocada contribua para muitas cesáreas desnecessárias devido a erros de interpretação. Alguns autores ainda referem que a indicação de cesariana é consideravelmente mais alta em instituições onde a monitoração fetal contínua é utilizada (LEVENO et al., 1986).

Chama a atenção neste estudo a indicação do parto cirúrgico devido à fobia do parto normal cujo diagnóstico foi realizado pelo psiquiatra no decorrer da assistência pré-natal. Tratava-se de gestante jovem que, durante a assistência pré-natal, relatou ansiedade mediante a possibilidade de ocorrência do parto normal. Tal situação exigiu da equipe de saúde a orientação cuidadosa e ênfase nas informações quanto aos tipos de parto, o encaminhamento à psicóloga e ao psiquiatra, sendo que este último firmou o diagnóstico de transtorno de ansiedade: fobia do parto normal, a qual subsidiou a indicação do parto cirúrgico. Desta forma, este caso representou o acolhimento e a individualização do atendimento pela equipe multiprofissional.

Segundo Tase (2000), os hospitais de ensino, para os quais são referenciados os casos de maior gravidade com iminente risco materno e fetal, apresentam taxas de procedimentos cirúrgicos em geral mais elevadas que a média verificada em outras instituições.

Porém, torna-se necessária avaliação criteriosa das indicações dos partos cesáreos realizados no HUM, pois, no presente estudo, tratavam-se de gestações de baixo risco.

A este respeito, dados do CEMM-PR (COMITÉ..., 2001) indicaram uma distribuição injusta do acesso à tecnologia médico-obstétrica: mulheres com alto risco, e que realmente necessitam da cesariana, muitas vezes não têm acesso a este recurso, enquanto um grande número de gestantes de baixo risco se expõem às cesarianas sem necessidade. Este fato vem confirmar a questão do regulamento do cuidado inverso na saúde (HART, 1971).

Outro significado para o elevado índice de cesáreas para essa população esteja provavelmente ligado a fatores que, isoladamente ou em conjunto, geram medo e ansiedade e influenciam na evolução do trabalho de parto e parto, quais sejam:

- a) a assistência ao trabalho de parto e parto não é prestada pela mesma equipe do pré-natal, pois a parturiente é assistida por plantonista desconhecido pela gestante.
- b) com certa frequência, a parturiente é encaminhada a outro hospital, devido à falta de leitos no HUM.
- c) o despreparo da gestante para o momento do parto. Dois estudos realizados em Maringá, em períodos distintos, apontaram que as principais causas para indicação de cesáreas eletivas foram a laqueadura tubária e o medo das dores do parto normal (CUCCOLO, 1990; SERAFIM, DELL AGNOLO e PAULA, 1996). Segundo eles, a cesariana é compreendida pelas mulheres como procedimento que envolve menor sofrimento e dor, principalmente pelo medo do parto normal, pela comodidade, praticidade ou maior segurança.
- d) o perfil da população atendida, pois um número considerável de gestantes (46%) estava vivenciando a sua primeira gravidez. Principalmente em nulíparas, existe a tríade medo-tensão-dor, que estabelecem um círculo vicioso e, além de proporcionar grande sofrimento, perturbam a coordenação uterina, dando origem a distocias funcionais, no qual a dilatação e apagamento da cérvix não acontece (TEDESCO, ZUGAIB e QUAYLE, 1997).

Um ponto a ressaltar refere-se ao local de realização do parto para este grupo de gestantes. Conforme rotina de assistência no PPNBR/HUM, as gestantes são orientadas a procurar o Pronto Atendimento do HUM na ocorrência de sinais e sintomas de trabalho de parto. Havendo vaga para realização do parto, a internação é realizada; do contrário, a gestante é encaminhada a outra instituição cadastrada na central de leitos hospitalares conveniada ao SUS.

Desta forma, no pré-natal, a gestante é orientada no sentido de que a realização do pré-natal não significa a garantia de vaga para internação para o parto no HUM.

Observou-se que, para 114 (95,7%) mulheres, o Pronto Atendimento do HUM foi o primeiro local de procura para a assistência ao parto; entre as demais, três procuraram hospitais privados no momento do parto, por já terem feito esta opção durante o pré-natal; duas optaram em realizar a cesariana e laqueadura tubária e dirigiram-se a dois hospitais em cidades vizinhas (Ourizona e Paiçandu) pelo fato destes apresentarem preços mais acessíveis para realização do procedimento.

A maioria das mulheres (excluindo as cinco que se dirigiram a outros hospitais) teve seu parto realizado no primeiro local de procura pela assistência ao parto, correspondendo a 86 (74,1%) mulheres assistidas no HUM. Contudo, para as demais, representado por 26 (22,4%) mulheres, ocorreu o encaminhamento a outra instituição conveniada ao SUS para realização do parto, sendo que, para 13 (11%) mulheres, houve necessidade de deslocamento para outro município, considerando que não existia vaga SUS disponível no município de Maringá.

Esta problemática da assistência ao parto na região de Maringá foi também abordado por outros autores.

Estudo realizado por Sapata (1999), que objetivou avaliar o programa de assistência pré-natal em Núcleo Integrado de Saúde de Maringá, evidenciou que somente 44,4% das gestantes freqüentaram o pré-natal na unidade até o 9º mês da gestação. A referida autora atribui esta taxa de abandono à evasão da gestante para outras unidades de saúde ou municípios devido à proximidade da residência ou à fatores ligados à assistência ao parto, tais como: garantia da assistência gratuita ao parto em outro município ou custo inferior aos praticados nos hospitais de Maringá.

Sanchez et al. (1997), utilizando informações do SINASC, observaram que os partos de mulheres residentes em Maringá realizados fora do município passou de 5,7% em 1994 para 9,3% em 1995, 10,4% em 1996, 21,6% em 1997 e 20,9% em 1999 (VITURI, 2001). Dentre os 28 municípios da área de abrangência da 15ª regional de saúde, os que mais receberam gestantes de Maringá foram: Mandaguaçu (30%), Mandaguari (16,9%), Paiçandu (14,9%), Sarandi (13%), Itambé (11,7%) e Ourizona (8,5%).

A necessidade de encaminhamento da gestante a outra instituição e, principalmente, a outros municípios, para realização do parto, é significativo se for lembrado que Maringá é considerado o município pólo de sua região, contando com ampla rede de hospitais com leitos obstétricos.

Estes fatos são considerados lamentáveis à medida que confirmam o problema crônico de disponibilidade de leitos para o Sistema Único de Saúde, apontam para um modelo assistencial local que não consegue oferecer atenção integral à saúde da mulher e representam a falta de integração entre a equipe que realiza o pré-natal e aquela que presta assistência ao parto, favorecendo a descontinuidade na saúde do binômio mãe-filho, culminando com maior risco de morte da mulher e da criança. (TANAKA et al., 1989).

Portanto, uma das principais dificuldades encontradas no desenvolvimento do PPNBR/HUM refere-se à impossibilidade de garantir acesso ao internamento hospitalar da gestante que realiza o acompanhamento pré-natal no HUM (baixo e alto risco) no trabalho de parto e parto devido à falta de vagas na unidade de internação.

Esta situação é reflexo do contexto político (macro) da assistência obstétrica em Maringá e região:

- a) a diminuição do número de leitos hospitalares oferecidos pelo SUS - Sistema Único de Saúde - é uma realidade em Maringá, que vem forçando pacientes a percorrerem longas distâncias para se internarem;
- b) a ausência de vinculação das gestantes, durante o pré-natal, à maternidade de referência. Somente a partir de outubro/2002, organizou-se a assistência ao parto no município, visando cumprir o objetivo do componente II do PHPN do Ministério da Saúde – organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal;
- c) o HUM é considerado referência hospitalar para os 28 municípios da 15ª Regional de Saúde em atendimento secundário à gestante de alto risco e para o atendimento 24 horas de urgência e emergência na área de ginecologia e obstetrícia para o município de Maringá. Devido ao número insuficiente de leitos (quinze), não tem conseguido atender a esta demanda.

Apesar destes problemas, observou-se que a proporção de mulheres acompanhadas no PPNBR/HUM que tiveram o parto realizado no HUM aumentou (74,1%), quando comparado ao encontrado por Balan, em 1996 (55,5%).

#### **4.3.2. Assistência ao nascimento**

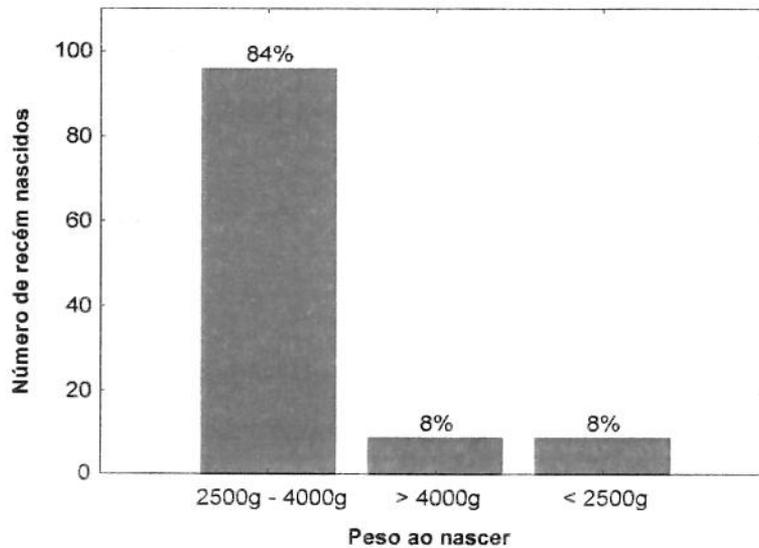
Entre os 119 recém-nascidos, uma parcela significativa, 73 (61,4%), não apresentou intercorrência ao nascimento, 24 (20,1%) apresentaram intercorrência e, em 22 (18,5%) casos, este dado não estava disponível.

A presença de circular de cordão cervical ocorreu em 10 (41,7% ) dos casos, seguido de 8 (33,3%) casos de cianose central, bossa serossangüínea 5 (20,8%) e 1 caso (4,2%) de hipóxia neonatal grave.

Necessitaram de aplicação de oxigênio inalatório ao nascimento 5 (20,8%) crianças, e em 1 delas foi realizada intubação orotraqueal, seguida de ventilação assistida.

Verificou-se que, apesar do registro de intercorrências, 99 (83,1%) recém-nascidos apresentaram Índice de Apgar entre 7 e 10 no quinto minuto de vida, indicando boas condições de vitalidade fetal. O único recém-nascido que apresentou-se deprimido (Apgar 4 no quinto minuto de vida) foi em decorrência de anóxia neonatal grave ao nascimento.

De acordo com Mariotoni e Barros (2000) o peso ao nascer é utilizado para descrever e classificar a população de recém-nascidos, constituindo-se forte preditor de morbidade e mortalidade infantil e, portanto, pode refletir a qualidade de vida a que a população é submetida.



**FIGURA 12** - Peso ao nascer dos recém-nascidos de mulheres atendidas no PPNBR/HUM- 1998/2001

Quanto ao peso ao nascimento, a figura 12 indica que 96 (84%) recém-nascidos foram classificados como tendo peso adequado à idade gestacional (AIG), 9 (8%) como sendo grandes para a idade gestacional (GIG) e 9 (8%) categorizados como pequenos para a idade gestacional (PIG). Em 5 casos, não foi possível obter este dado.

O baixo peso ao nascer é o maior determinante da mortalidade infantil, sendo responsável por dois terços de todas as mortes neonatais (PUFFER e SERRANO, 1987), além de determinar risco maior de adoecer no primeiro ano de vida (HORTA et al., 1996).

Segundo Victora (2001), o baixo peso ao nascer (BPN) é determinado por dois processos distintos: a duração da gestação – parto prematuro – e a velocidade de crescimento fetal – restrição de crescimento intrauterino (RCIU).

Diversos estudos apontam um aumentado risco de mortalidade para recém-nascidos com BPN, ao passo que a mortalidade infantil entre prematuros mostra ser pelo menos duas vezes mais alta do que entre aqueles com RCIU (BARROS et al., 1987; BAILEY et al., 1990; MENEZES et al., 1996).

Kramer (1990) ressalta que, nos países do primeiro mundo, a principal causa do baixo peso ao nascer é a prematuridade e, nos menos desenvolvidos, a RCIU. No Brasil, cerca de metade dos recém-nascidos de BPN são prematuros, e metade sofreram RCIU (VICTORA, 2001).

Monteiro, Benicio e Ortiz (2000) apontam que, dentre os determinantes que aparentemente são específicos da RCIU, destaca-se o consumo calórico insuficiente durante a gestação, ligado a fatores étnicos, baixo índice de massa corporal pré-gestacional, baixa estatura materna e tabagismo. O autor enfatiza que uma atenção pré-natal apropriada trata da maioria destes problemas, mas o estado nutricional da mãe antes e durante a gestação também é importante.

Por outro lado, anormalidades placentárias e incompetência do colo uterino são determinantes específicos da prematuridade. Alguns autores apontam que a escolaridade materna constitui fator fortemente associado ao baixo peso ao nascer (VICTORA et al., 1989), relacionado, principalmente, à RCIU (ALMEIDA e MELLO JORGE, 1998), mas não com nascimentos pré-termo (HORTA et al., 1996).

Almeida e Mello Jorge (1998) verificaram que as mães com grau de instrução inferior ao primeiro grau apresentaram uma chance 70% superior de apresentar nascimentos com RCIU quando comparadas às mulheres que tinham o primeiro grau completo ou mais de instrução. Entre as mães com nível universitário, não foi encontrado nascimento com restrição de crescimento intra-uterino.

A taxa de BPN, no presente estudo (8%), corrobora com índices assinalados por Victora (2001). O autor aponta que a prevalência do baixo peso ao nascer, no Brasil, é relativamente baixa (8,5%) e ligeiramente superior à prevalência atual de 6% em países desenvolvidos.

Não houve ocorrência de muito baixo peso (menos que 1.500g), sendo que este variou entre 1570g a 2490g, com média de 2113g.

Neste estudo, a ocorrência do baixo peso ao nascer esteve associada ao parto prematuro em 5 casos e, em 4 casos, a gestação foi a termo, indicando ocorrência de RCIU.

### 4.3.3. Condições maternas durante a hospitalização no puerpério imediato e mediato

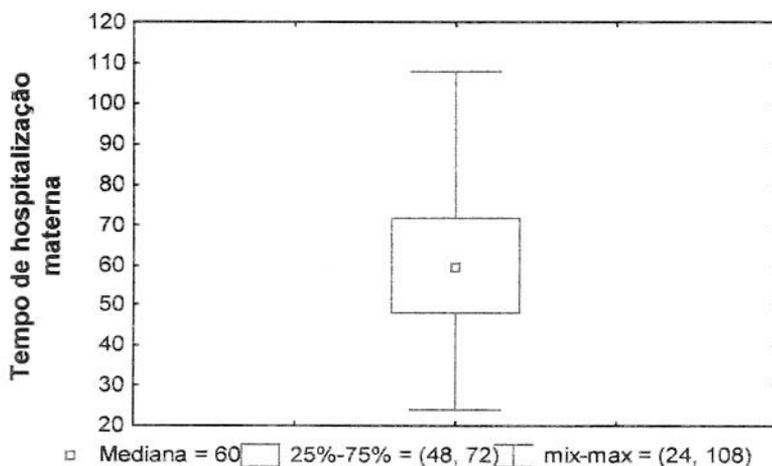


FIGURA 13 - Distribuição do tempo de permanência hospitalar das mulheres atendidas no PPNBR/HUM- 1998/2001

O tempo de hospitalização materna variou de 24 a 108 horas, com a mediana de 60 horas de internação (figura 13). A permanência de 48 a 72 horas, no pós-parto, justifica-se principalmente no cuidado em preservar boas condições maternas que permitam a alta hospitalar, bem como pela oportunidade da mãe aprender a cuidar de si mesma e de seu filho.

Na avaliação das condições maternas após o parto, foram abordadas as intercorrências registradas durante a hospitalização relacionadas ao puerpério imediato (da 1ª à 2ª hora) e mediato (da 2ª hora até o 10º dia pós-parto). Não houve registro de internação da parturiente que se estendesse até o puerpério tardio (do 11º até 42º dia pós-parto). Em 22 (17,6%) casos, não foi possível obter este dado pelo fato de o parto ter sido realizado em outra instituição.

No puerpério imediato, a maioria, 84 (86,5%), não apresentou intercorrência. Dentre as 13 mulheres que apresentaram intercorrência, a mais comum foi a reação alérgica relacionada ao bloqueio da raquianestesia. Foi registrado um caso de hipotonia uterina.

Por outro lado, no puerpério mediato, encontraram-se 64 (53,8%) puérperas com intercorrência durante a hospitalização e 33 (27,7%) com evolução normal. Os dados da tabela 20 demonstram que as intercorrências mais comuns relacionaram-se à lactação (18,8%), ao trato gastrointestinal (6,9%), aparelho cardiovascular e parto operatório (4,1%) e à realização da episiotomia (3,7%).

**TABELA 20** – Intercorrências maternas no puerpério mediato durante a hospitalização – 1998/2001

<b>INTERCORRÊNCIA</b>	<b>FREQUENCIA</b>	<b>%</b>
<b>Relacionado à lactação</b>	<b>41</b>	<b>18,8</b>
Fissura mamilar	31	14,3
Hipogalactia	4	1,8
Sinais flogísticos em mama/ dor	4	1,8
Dificuldade para amamentar	2	0,9
<b>Relacionado ao trato gastrointestinal</b>	<b>15</b>	<b>6,9</b>
Flatulência/ distensão abdominal	7	3,2
Constipação intestinal	5	2,3
Pirose/ epigastralgia	3	1,4
<b>Relacionado ao aparelho cardiovascular</b>	<b>9</b>	<b>4,1</b>
Hipotensão arterial	5	2,3
Hipertensão arterial leve	3	1,4
Taquicardia	1	0,4
<b>Relacionado ao parto operatório</b>	<b>9</b>	<b>4,1</b>
Sinais inflamatórios/ dor	6	2,7
Hematoma	3	1,4
<b>Relacionado à episiotomia</b>	<b>8</b>	<b>3,7</b>
Edema/ hematoma/ dor	6	2,7
Deiscência de sutura	2	1,0
<b>Relacionado ao estado emocional</b>	<b>8</b>	<b>3,7</b>
Ansiedade	3	1,4
Irritabilidade/ cefaléia	3	1,4
Depressão	1	0,5
Recusa a ser examinada pelo obstetra	1	0,5
<b>Relacionado ao trato urinário</b>	<b>3</b>	<b>1,4</b>
Bexigoma	2	1,0
Disúria	1	0,4
<b>Outros</b>	<b>6</b>	<b>2,7</b>
Broncoespasmo	1	0,4
Tosse	1	0,4
Hipoglicemia	1	0,4
Anemia moderada	1	0,4
Anemia grave com necessidade de hemoterapia	1	0,4
Hemorragia tardia por retenção placentária	1	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>

A intercorrência que chamou a atenção referiu-se ao número significativo de mulheres que apresentou fissura mamilar.

A fissura mamilar constitui uma das dificuldades circunstanciais para a amamentação que pode desencadear o desmame precoce e, portanto, culminar com a interrupção da amamentação (GARCIA-MONTRONE e ROSE, 1996). As medidas que podem evitar as lesões mamilares correspondem ao preparo das mamas durante a gestação. Contudo, um fator a ser ressaltado refere-se ao acompanhamento e orientação da prática da amamentação pela equipe de saúde no puerpério.

Conforme recomendações da Organização Mundial da Saúde, a equipe de saúde deve estar disponível para oferecer auxílio às mães que iniciam o aleitamento materno auxiliando-a a posicionar corretamente o recém-nascido ao seio, informando sobre a amamentação, reflexo de descida do leite, mecanismo de lactação, técnicas de amamentação, cuidados com a mama e extração manual do leite (ORGANIZAÇÃO..., 1993).

Observou-se que as intercorrências apresentadas pelas mulheres, tanto no puerpério imediato quanto no mediato, representaram, quase em sua totalidade, intercorrências inerentes ao período puerperal. As exceções referiram-se a um caso de depressão puerperal, a uma puérpera cujo diagnóstico de anemia grave exigiu hemoterapia e à ocorrência de hemorragia tardia devido à retenção placentária, cujo parto foi realizado em outra instituição.

#### **4.3.4. Condições do recém-nascido durante a hospitalização**

O tempo de hospitalização para os recém-nascidos variou de 24 a 109 horas, com a mediana de 65 horas. O período de internação mais freqüente foi de 48 horas.

Entre os 97 recém-nascidos, 89 (91,7%) permaneceram no alojamento conjunto durante o período de hospitalização, indicando que a maior parte tinha boas condições de saúde. Necessitaram de assistência especializada 8 (8,3%) recém-nascidos, sendo 3

internados na unidade de berçário e 5 na unidade de terapia intensiva neonatal (UTI). Desta forma, o acesso a tratamento em serviço especializado foi garantido para este grupo de recém-nascidos.

Exceto o recém-nascido que foi a óbito, todos tiveram alta hospitalar em boas condições de saúde.

Na avaliação das condições dos recém-nascidos após o parto, foram abordadas as intercorrências registradas durante a hospitalização. Conforme demonstra a tabela 21, entre os 119 recém-nascidos, 61(51,3%) apresentaram intercorrência durante a hospitalização; 36 (30,2%) apresentaram evolução normal e, em 22 (18,5%) dos casos, não foi possível obter o dado pelo fato do parto ter sido realizado em outra instituição e/ou município.

**TABELA 21** – Intercorrências durante a hospitalização nos recém-nascidos das mulheres atendidas no PPNBR/HUM– 1998/2001

<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>%</b>
Icterícia neonatal	31	36,6
Eritema tóxico	17	20,0
Dificuldade na sucção/pega no seio	11	13,0
Transtornos cardiovasculares	7	8,2
Malformações congênitas	6	7,0
Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios	6	7,0
Hérnia umbilical/ Onfalite/ Hiperemia coto umbilical	3	3,5
Infecção neonatal	2	2,3
Transtornos neurológicos	1	1,2
Morte neonatal precoce	1	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

Os transtornos hematológicos ocorreram em 31(36,6%) recém nascidos, estando a icterícia neonatal fisiológica presente em 83,9% dos casos. A fototerapia foi indicada para 5 (16,1%) crianças. O eritema tóxico ocorreu em segundo lugar, com 17 (20%) casos.

Echeverría (1997) revisou as condições de nascimento dos recém-nascidos portadores desta afecção em um hospital na Espanha e concluiu que quanto menos natural e espontâneo o parto, mais são as possibilidades do recém-nascido apresentar o eritema tóxico. A maioria dos casos esteve relacionada ao sofrimento fetal durante o nascimento, medicação materna, circular de cordão umbilical, bolsa rota, utilização de fórceps e realização de cesáreas.

Chama a atenção, na tabela 21, a dificuldade de sucção/ pega no seio para 11 (13%) recém-nascidos Este dado vem corroborar com os obtidos na tabela 20, no qual observou-se que para 31 puérperas ocorreu fissura do mamilo no puerpério mediato.

Observou-se ainda que, dentre os 11 recém-nascidos citados anteriormente , 5 necessitaram de complemento do Banco de Leite Humano do HUM.

Quanto aos transtornos cardiovasculares, 7 (8,2%) crianças apresentaram diagnóstico de Sopro Inocente pelo cardiopediatra, sendo que 2 recém-nascidos foram encaminhados para acompanhamento no ambulatório do HUM após a alta hospitalar.

Atualmente, segundo Victora (2001), as malformações estão em segundo lugar entre as causas de mortalidade infantil e em terceiro na mortalidade de menores de cinco anos, sendo responsável por 10,5% delas.

A ocorrência de malformações congênitas, neste estudo, foi de 7%, e correspondeu a duas crianças com síndrome genética a esclarecer; uma com luxação congênita do quadril; uma com atresia de esôfago; uma com dilatação do III ventrículo cerebral, diagnosticado desde o pré-natal, e um recém-nascido com má-formação anal.

Entre as cinco crianças que necessitaram de internação em UTI, três casos corresponderam a recém-nascidos prematuros: o primeiro (33 semanas) com desconforto respiratório e taquipnéia adaptativa, o segundo (31 semanas) com Doença da Membrana Hialina grau II/III e infecção neonatal e o terceiro (34 semanas) com anóxia neonatal moderada e síndrome genética a esclarecer; um recém-nascido com atresia de esôfago e desconforto respiratório leve permaneceu internado em UTI em outra instituição; houve um caso de óbito neonatal precoce (16º dia de vida) devido a hipóxia neonatal grave (trabalho de parto prolongado), edema cerebral e falência de múltiplos órgãos.

Quanto aos recém-nascidos internados na unidade de berçário, dois receberam antibioticoterapia, sendo o primeiro devido à bolsa rota materna (36 horas) e o outro devido à onfalite após 72 horas de nascimento; um recém-nascido prematuro (31 semanas) apresentou distress respiratório, com necessidade de oxigenoterapia em capacete de oxigênio e fototerapia contínua.

Apesar do registro de intercorrências durante a hospitalização com os recém-nascidos e puérperas, 87 (73%) destes tiveram alta hospitalar em bom estado geral. Em 8 casos a mãe obteve alta hospitalar e o recém-nascido permaneceu internado em unidade de berçário/ terapia intensiva. Em apenas 1 caso houve solicitação de alta a pedido.



## *5. CONCLUSÃO*

## 5.1. SOBRE OS RESULTADOS DO ESTUDO

O presente estudo avaliou a qualidade da atenção do Programa Assistência Pré-natal às Gestantes de Baixo Risco do Hospital Universitário de Maringá com enfoque na capacidade resolutiva da assistência prestada por equipe multiprofissional. Os dados colhidos e as análises desenvolvidas permitiram a sistematização conclusiva, conforme exposição abaixo.

As gestantes atendidas eram, em sua grande parte, jovens (69%), primigestas, com companheiro fixo e residentes no município de Maringá. A proporção de gestantes adolescentes foi alta (28,1%).

A população estudada constituiu-se, principalmente, de mulheres de classe econômica baixa, característica essencial da população que procura atendimento em Hospital Universitário e, portanto, denominadas de "alto risco social" (COMITÊ..., 2001), na qual a probabilidade de morbimortalidade materna e perinatal é maior. Contudo, a evolução gravídica foi favorável, tendo como resultado das gestações 91,4% de partos de termo, 100% de crianças nascidas vivas, a maioria com boa vitalidade (83,1%) e peso adequado para idade gestacional (84%). As intercorrências mais comuns durante a hospitalização foram a icterícia neonatal, o eritema tóxico e a dificuldade de sucção/ pega no seio. A alta hospitalar em boas condições de saúde ocorreu para 73% do binômio.

Quanto às intercorrências puerperais, 53,8% das mães apresentaram problemas inerentes ao período, sendo o mais comum a fissura mamilar. O acesso a métodos contraceptivos adequados foi garantido para as mulheres no período puerperal.

Não houve registro de morte materna, tendo ocorrido um óbito neonatal no 16º dia de vida, decorrente de hipóxia grave no parto.

A condição do concepto ao nascimento é referida por Zardo (2000) como indicador de resultado da assistência, porém, sendo a população composta por gestantes de baixo risco, de certa forma, estes resultados eram esperados. Por outro lado, com relação ao parto, a taxa de cesáreas foi alta (44%). Esta autora considerou, em seu estudo, a taxa de cesárea como indicador de resultado e, portanto, da qualidade da assistência, enquanto

Rattner (1991) utilizou a taxa de cesárea como sendo um bom indicador da adequação deste procedimento e da qualidade da assistência ao parto.

No presente estudo, optou-se em não utilizar a taxa de cesárea como indicador da qualidade da assistência recebida no pré-natal devido aos diversos fatores intervenientes nesta taxa, os quais foram discutidos no capítulo anterior. No entanto, esta taxa é vista de modo crítico, neste trabalho, como um indicador de risco potencial para as gestantes que freqüentam o serviço, visto a sua associação com o aumento da mortalidade materna no país.

O foco deste estudo consistiu em avaliar o processo de trabalho da equipe multiprofissional, utilizando como critério de julgamento a garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, enquanto proposta de integralidade da atenção no espaço da micropolítica de saúde (CECÍLIO, 2001).

A avaliação da utilização do cuidado pré-natal apontou que 44,5% das gestantes iniciaram tardiamente o pré-natal no HUM, fato atribuído à busca por melhor qualidade no atendimento, demonstrado pela transferência espontânea de gestantes de outros serviços para o PPNBR/HUM e a dificuldade de ingresso precoce no pré-natal do HUM.

Contudo, a utilização do índice APNCU demonstrou que, após a admissão da gestante no programa, as consultas de pré-natal foram garantidas, o número de consultas foi adequado e, com isso, a adesão à assistência pré-natal foi alta. Portanto, concluiu-se que, em relação à utilização do cuidado pré-natal, houve dificuldades para o ingresso precoce na assistência pré-natal, porém, as consultas de pré-natal foram garantidas para as gestantes admitidas no programa.

Foram utilizados indicadores de avaliação da qualidade da assistência pré-natal, os quais permitiram concluir que, em sua dimensão técnica, o atendimento pré-natal foi adequado, pois 86% das gestantes realizaram os exames laboratoriais e 95,6% foram submetidas aos demais procedimentos técnicos de qualidade. Pode-se considerar, segundo os parâmetros utilizados, que as gestantes tiveram acesso a uma assistência de qualidade no programa de pré-natal.

Contudo, algumas ressalvas devem ser feitas quanto ao protocolo de exames laboratoriais para gestantes de baixo risco proposto no programa. Segundo Vuori (1991, p. 19-20), a qualidade técnico-científica é definida como sendo a aplicação apropriada do conhecimento médico disponível, bem como da tecnologia no cuidado com o paciente. O autor recomenda que o nível qualitativo dos cuidados de saúde deve ser mantido dentro da área em que os benefícios são maiores do que os custos. Assim, o nível qualitativo ótimo fica no ponto onde a relação custo-benefícios alcança seu máximo. Desta forma, o autor ressalta que, "qualidade técnico-científica é uma questão de otimização e não de maximização". Para Medici (2001), os hospitais universitários, ao utilizarem alta tecnologia e envolverem ensino e pesquisa, são hospitais caros, pois não apresentam uma relação eficiente entre custos e resultados. Além disso, o fato de disporem de pessoal mais qualificado ou mais recursos físicos não os leva, necessariamente, a prestarem uma atenção médica de melhor qualidade. Diante destas considerações, verifica-se a necessidade de discutir, com a equipe multiprofissional, o protocolo de solicitação de exames laboratoriais às gestantes do programa, no sentido de serem tecnicamente adequadas em sua dimensão política e econômica, além de técnica.

O encaminhamento aos profissionais da equipe multiprofissional ocorreu em função do atendimento às necessidades individuais das gestantes e apresentou a seguinte ordem decrescente de frequência: nutricionista (99,1%), médico obstetra (69,8%), assistente social (51,3%), fisioterapeuta (21,8%) e psicóloga (9,4%).

O número de gestantes encaminhadas ao ambulatório de alto risco foi alto (31%), atribuído, entre outros fatores, à avaliação contínua das condições de saúde materno-fetais e vigilância do risco gestacional. Contudo, todas as gestantes encaminhadas ao ambulatório de gestação de alto risco tiveram acesso a tratamento especializado no HUM. Este achado é divergente do encontrado no estudo de Zardo (2000), no qual foi apontado a subutilização do ambulatório de risco.

Entre os motivos que justificaram o encaminhamento das gestantes ao ambulatório de gestação de alto risco, a maioria associou-se às intercorrências clínicas e obstétricas na gestação (82,6%), seguido de características individuais (8,7%), condições sociais (3,7%), história reprodutiva desfavorável (3,7%) e rotina do 3º trimestre (1,3%).

Os principais motivos para o encaminhamento foram a suspeita de RCIU associado ao oligodrânio e DHEG leve. Observou-se que a suspeita de RCIU relacionou-se à anemia e baixo peso materno. Este dado reflete, de certa forma, o perfil sócio-econômico da população assistida, no qual as deficiências nutricionais são, provavelmente, determinadas socialmente. Apesar disto, a prevalência de crianças com baixo peso ao nascer (8%) não diferiu da registrada no Brasil como um todo (8,5%).

Uma parcela das gestantes foi encaminhada para avaliação por outros profissionais do HUM, sendo em 35,2% dos casos para o médico obstetra do Pronto Atendimento e 15,7% para outras especialidades médicas do ambulatório. Verificou-se que a realização do atendimento pré-natal de baixo risco no Hospital Universitário, em estrutura conjunta ao Pronto Atendimento e Ambulatório de Especialidades, facilitou e garantiu o acesso da gestante aos recursos humanos, materiais e tecnológicos necessários para cada caso. Estes foram fatores determinantes, para algumas gestantes, na obtenção da resolutividade na assistência.

A realização de ultrassonografia gestacional foi o motivo mais freqüente para a solicitação de serviços externos ao HUM.

A prevalência do aleitamento materno exclusivo no 30º dia de vida do recém-nascido foi superior a de outros serviços de saúde do Brasil referida em publicações, e aos do município de Maringá. Isto relacionou-se, possivelmente, ao processo de trabalho da equipe multiprofissional, pois os dois procedimentos marcadores de qualidade para o aleitamento materno (exame das mamas e orientação sobre a prática da amamentação) foram realizados para a grande maioria das gestantes.

Outro indicador de qualidade da assistência foi a adesão ao programa, representada por 92,1% na atenção pré-natal; 62,1% na consulta de revisão puerperal e 74% no ambulatório de planejamento familiar. Esse percentual de participação evidencia que o modelo assistencial proposto foi aceito, representando um indicador da satisfação das usuárias com o atendimento recebido.

O abandono da consulta de pré-natal ocorreu, principalmente, ao termo da gestação, indicando que o abandono esteve associado à procura pela assistência ao parto. Desta forma, uma das dificuldades no desenvolvimento do Programa referiu-se à impossibilidade de garantir o acesso ao internamento hospitalar no trabalho de parto e parto, atribuído ao contexto político da assistência obstétrica em Maringá, no qual não existia, no período da assistência analisada, sistema de referência no município que vinculasse a gestante a maternidades de referência, aliado à falta de vagas na unidade de internação no HUM.

A atuação efetiva do enfermeiro no PPNBR/HUM confirmou que o atendimento pré-natal à gestante de baixo risco pode ser realizado por este profissional, conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a). Constatou-se, ainda, que o trabalho em equipe proporciona melhoria na qualidade e resolutividade na assistência.

Quanto à avaliação do processo de trabalho da equipe multiprofissional, em sua dimensão organizacional, o estudo apontou um modelo assistencial que responde às necessidades de saúde individuais das gestantes, não somente aquelas específicas do período gravídico, mas que atendem aos principais requisitos de qualidade da atenção dentro do contexto da saúde sexual e reprodutiva, quais sejam: assistência no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido; informação e orientação em planejamento familiar; prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis/HIV, infecções do aparelho reprodutivo e câncer ginecológico.

A existência de recursos físicos, humanos, materiais, diagnósticos e terapêuticos envolvidos na atenção à saúde, o mecanismo de encaminhamentos internos e externos e a dinâmica de atenção da equipe multiprofissional proporcionaram integralidade e continuidade dos cuidados e, portanto, determinaram a capacidade do programa em prestar assistência resolutiva.

## 5.2. AVALIANDO ESTA AVALIAÇÃO

Avaliar a qualidade de um programa de saúde e mensurar sua resolutividade constituiu processo complexo, à medida que existiram dificuldades para definir e explorar os dois temas – qualidade e resolutividade – e, conseqüentemente, para avaliar a qualidade do cuidado.

Em relação ao percurso metodológico, optou-se em focalizar neste estudo a avaliação do processo de trabalho da equipe multiprofissional pelo fato desta ser considerada uma medida direta do cuidado que reflete a essência da qualidade da atenção à saúde (SCOCHI, 1996).

O estudo avaliativo abordou inicialmente a precocidade do ingresso na consulta de pré-natal, avaliou esta assistência, e estendeu-se até o planejamento familiar. Portanto, não se restringiu à assistência pré-natal. Esta visão da integralidade do ciclo gravídico-puerperal possibilitou avaliação efetiva do programa.

É reconhecido que avaliar a qualidade da assistência é processo complexo que pode, muitas vezes, sofrer influência da subjetividade, principalmente quando realizada por um avaliador interno, como ocorreu neste estudo. Por este motivo, a seleção dos indicadores e parâmetros foi uma das principais e mais difíceis tarefas no estudo, pois procurou-se trabalhar com critérios explícitos e tecnicamente adequados que pudessem retratar de forma idônea e acurada a assistência prestada.

Para tanto, considerou-se o contexto político do sistema de saúde e da rede de serviços de saúde, entendendo-se que estes eram aspectos e parâmetros factíveis que deveriam ser incorporados ao processo avaliativo.

A avaliação do processo de trabalho compreendeu a utilização de 15 indicadores da qualidade técnico-científica da assistência pré-natal, a descrição do processo de trabalho da equipe multiprofissional, além da determinação da taxa de adesão ao programa.

Grande parte dos indicadores utilizados fundamentaram-se nos padrões de qualidade recomendados pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000c) já que representavam procedimentos a serem cumpridos para uma assistência pré-natal adequada, preconizados desde a implantação do PAISM. Outros representavam o enfoque de risco reprodutivo, e todos implicavam em procedimentos técnicos cuja inobservância ou uso inadequado poderiam acarretar riscos ao binômio. Optou-se por incorporar, a estes indicadores, procedimentos técnicos de rotina da Assistência Pré-natal de Baixo Risco do HUM, como forma de avaliar a qualidade autogerida pelo serviço, ajustando-os ao contexto local.

Contudo, a seleção de um número grande de indicadores trouxe algumas dificuldades operacionais para a análise dos dados e sua transformação em informações úteis para avaliar o programa. Desta forma, observou-se que seria adequado a seleção de alguns indicadores essenciais, capazes de representar e sintetizar a qualidade do programa em estudo.

A escolha pela abordagem quantitativa, os instrumentos utilizados, os indicadores e parâmetros selecionados proporcionaram o conhecimento e exploração do objeto da avaliação, revelaram informações sobre os méritos e falhas do programa, ou seja, foram capazes de mensurar a capacidade resolutiva qualitativa do programa e os limites do estudo.

O primeiro limite do estudo relacionou-se à metodologia e instrumentos utilizados, que não foram capazes de mensurar a capacidade resolutiva quantitativa do programa, mas permitiram analisar a utilização do cuidado pré-natal.

A opção em utilizar dois critérios de julgamento para mensurar a utilização do cuidado pré-natal foi adequado. O Índice de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-natal (APNCU) permitiu conclusões importantes, as quais não seriam conhecidas se fosse utilizado apenas o Índice do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde. Contudo, uma ressalva quanto ao uso deste indicador referiu-se à utilização do *sumário* do índice de adequação na utilização do cuidado pré-natal, o qual não permitiu distinguir se a inadequação dos cuidados no pré-natal foi atribuído ao início tardio da assistência ou ao número insuficiente de visitas.

Outro limite do estudo foi a dificuldade em estabelecer parâmetros para avaliação do processo de trabalho de cada profissional que assistiu à gestante, uma vez que não foi encontrado, na literatura, padrão técnico que pudesse subsidiá-la. Sendo assim, a escolha do critério de julgamento – garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida – permitiu explorar a dinâmica da assistência, a articulação das ações e a interação da equipe de saúde, mas não avaliou efetivamente o trabalho de cada profissional do Programa.

Apesar de não ser objetivo deste trabalho avaliar a qualidade dos registros em prontuário, algumas considerações foram passíveis de serem feitas. Os objetivos deste estudo foram alcançados e, portanto, factíveis, devido à qualidade dos registros, os quais foram suficientes, como fonte de informações, para mensurar a qualidade da atenção prestada. Ressalta-se que todos os prontuários foram localizados e continham, em quase sua totalidade, registros completos sobre a assistência à gestação, parto e puerpério.

Este achado foi divergente do encontrado em outros estudos (SCOCHI, 1996; COSTA et al.,1998; OBA e TAVARES,1998), nos quais o prontuário médico não constituiu em bom instrumento de avaliação devido à falta de registros. Estas podem refletir deficiências na execução e resolução da assistência (TANAKA,1995) e depor, negativamente, na avaliação da qualidade (LEMBCKE, 1967).

Pode-se apontar que as informações e conclusões obtidas no estudo avaliativo foram oportunas, identificaram a qualidade do programa e subsidiarão a tomada de decisão dirigida às ações e atividades na assistência pré-natal.

Finalmente, o estudo desvendou a avaliação como atividade fundamental no redirecionamento e melhoria das atividades e ações e a necessária incorporação desta prática pelos profissionais que desempenham ações no planejamento, execução e gestão dos serviços ou programas de saúde.

### 5.3. RECOMENDAÇÕES

A importância da avaliação de processo refere-se, principalmente, à análise das atividades em execução, que contribuem para corrigir o curso do programa ou o projeto em andamento. Esta forma de avaliação é particularmente importante na área da saúde, visto que o processo de trabalho envolvido é complexo e relevante na determinação dos resultados obtidos. Estes, por sua vez, podem apresentar diferentes dimensões que vão além de algumas ações de saúde.

Este trabalho procurou iluminar os intervenientes do processo envolvido no atendimento às gestantes no PPNBR/HUM e, em complemento ao que já foi apresentado, aponta-se algumas necessidades de modificação do serviço:

- Discutir, com a equipe multiprofissional, a reformulação do impresso de consulta de pré-natal, referente aos dados de escolaridade (em anos de estudo); dados sócio-econômicos; e avaliação da condição nutricional.
- Implantar a utilização do impresso "Solicitação de atendimento multiprofissional" quando a gestante for encaminhada para avaliação da nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta e assistente social do programa.
- Buscar estratégias para viabilizar o ingresso precoce das gestantes no pré-natal.
- Realizar discussão de caso clínico com médico obstetra do programa quando a gestante for encaminhada do ambulatório de gestação de alto para o de baixo risco.
- Discutir, com a equipe médica, o protocolo de solicitação de exames laboratoriais e de exames de ultrassonografia gestacional.
- Identificar, no pré-natal, as gestantes com fatores de risco de interrupção precoce da amamentação e estabelecer medidas de incentivo ao aleitamento materno e prevenção do desmame precoce.

- Discutir, com a equipe multiprofissional, os motivos de não adesão da gestante à consulta com a nutricionista, a fim de otimizar o atendimento realizado pela profissional.
- Discutir com a nutricionista os parâmetros para avaliação da condição nutricional e de ganho de peso materno durante a gestação.
- Sistematizar atenção diferenciada à gestante com baixo peso e anemia, no sentido de prevenir a RCIU.
- Viabilizar alternativas de orientação alimentar adequadas ao período gravídico e acessíveis à população de baixa renda.
- Incluir a odontologia no programa e sistematizar a assistência à gestante no pré-natal e à criança no primeiro ano de vida.
- Enfatizar, nas consultas de pré-natal de terceiro trimestre, a importância da consulta de revisão puerperal e o acompanhamento no ambulatório de planejamento familiar.
- Fazer busca ativa por meio de aerograma, telefone, visita domiciliar, dentre outros recursos, de puérperas que não retornarem para consulta de revisão.
- Implantar atividades de sala de grupo de espera – atividades educativas, confecção de enxoval para o bebê, crochê, entre outros.
- Otimizar a participação da assistente social, psicóloga e nutricionista nas atividades mensais em grupo de gestantes e nos grupos de orientação em sala de espera.
- Na busca de maior autonomia das pacientes, incluir como tema das reuniões mensais de gestantes e nas consultas de revisão puerperal, orientações sobre contracepção, enfatizando a amamentação como método de planejamento familiar e a alimentação da criança no primeiro ano de vida.

- Incorporar às atividades mensais em grupo a oportunidade das gestantes discutirem o significado e suas expectativas em relação à assistência pré-natal prestada pela equipe multiprofissional.
- Identificar o que as gestantes consideram importante no atendimento de suas necessidades individuais para que possam conduzir com mais autonomia a gestação, parto e puerpério.
- Implantar rotinas propostas pela Organização Mundial de Saúde para assistência ao parto humanizado.
- Realizar avaliação criteriosa das indicações dos partos cesáreos para as gestantes de baixo risco.
- Discutir, com o gestor municipal e a superintendência do HUM, a organização da assistência ao parto no município, no sentido de viabilizar alternativas que assegurem a vaga da gestante para o parto no HUM.
- Discutir a atuação da equipe de saúde no pré-natal, puerpério imediato e no período neonatal para que a promoção do aleitamento materno seja mais efetiva, contribuindo com o aumento do período de amamentação e a prevenção da suplementação alimentar precoce.
- Discutir, junto ao gestor municipal, a descentralização da atenção pré-natal do PPNBR/HUM, para que o modelo de assistência possa ser adequado às unidades de saúde do município, no sentido de garantir o uso de tecnologia apropriada e prestar assistência integral e de qualidade à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal.
- Divulgar este estudo à comunidade científica e aos gestores locais.
- Identificar o conjunto de conhecimentos de cada especialidade ou profissão necessários ao acompanhamento adequado e atendimento das necessidades das gestantes, inseridos nos respectivos núcleos de cada profissão e compondo um campo de atuação conjunto.



***6. REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS***

ADAD, S. J. et al. Frequency of *Trichomonass vaginalis*, *Candida sp* and *Gardnerella vaginalis* in cervical – vaginal smears in four different decades. **Revista Paulista de Medicina**. v. 119, n. 6, p. 200-205, 2001.

AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n.4, p. 361-365, 1992.

ALBUQUERQUE, L. A. Contracepção no puerpério. **Jornal Brasileiro de Medicina**. v. 49, n. 2, p. 58-62, 1985.

ALLEN, L. H.; PELTO, G. H. Research on determinants of breastfeeding duration: suggestions for biocultural studies. **Research Methods in Nutritional Anthropology**. v. 9, p. 97-105, 1985.

ALMEIDA, M. F.; MELLO JORGE, M. H. P. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. **Revista de Saúde Pública**. v. 32, n. 3, p. 217-224, 1998.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Standards for obstetric-gynecologic services**. 6<sup>th</sup> ed. Washington, DC, 1985.

ARILHA, M. Contracepção, empowerment e entitlement: Um cruzamento necessário na vida das mulheres. In: **Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil**. Disponível em: <<http://www.fhi.org/sp/barbrosp.html>>. Acesso em: 13 jan.2002.

AUMANN, G. M. E.; BAIRD, M. M. Screening for the high-risk pregnancy. In: KNUPPEL, R.A.; DRUKKER, J.E. **High-risk pregnancy: a team approach**. Philadelphia: WB Saunders Company, 1986.

BAHAMONDES, L. **Saúde sexual e reprodutiva e gestação de alto risco**. Campinas: CEMIC, 2002. 41 transparências: color.

BAILEY, P. et al. A study of infant mortality and causes of death in a rural Northeast Brazilian community. **Journal of Biosciences**. v.22, p.349-363, 1990.

BALAN, M. A. J. **Assistência pré-natal às gestantes de baixo-risco do Hospital Universitário de Maringá.** 1996. 54 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

BARROS, F. C. et al. Infant mortality in Southern Brazil: a population-based study of causes of death. **Archives of Disease in Childhood**, v. 62, p. 487-490, 1987.

BARROS, F.C.; SEMER, T.C.; TONIOLI FILHO, S.; TOMASI E.; VICTORA C.G. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth; a birth cohort study. **Acta Paediatrica**. v. 84, n. 11, p. 277-283, 1994.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. Deficiências nutricionais: ações específicas do setor saúde para o seu controle. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 9, n. 2, p. 130-135, 1993.

BELIZÁN, J. M.; VILLAR, J.; NARDIN, J. C. ; MALAMUD, J.; VICUÑA, L. S. Diagnosis of intrauterine growth retardation by a simple clinical method: measurement of uterine height. **American Journal of Gynecology and Obstetrics**. v.131, p. 643-646, 1978.

BERTONI, A .M.; SANTOS, I. S. Fatores preditivos da não-adesão à consulta de revisão puerperal entre mães usuárias de postos de saúde em Pelotas, RS. **Revista AMRIGS**. v. 44, n. 1-2, p. 36-40, 2000.

BERWICK, D. M. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde.** São Paulo: Makron Books, 1994.

BONADIO, I. C. **Ser tratada como gente: a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica.** 1996. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**. 2. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Plano quinquenal de saúde 1990-1995**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Plano de ação para redução da mortalidade materna**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Mulher. **Assistência ao planejamento familiar**. 3 ed. Brasília: COSAM, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Resolução nº 196/96** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. 2 ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 4 ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, 2000d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário nacional**: assistência obstétrica no Brasil. Resumo. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 2000e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Os números do pré-natal no SUS**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em : 10 out.2002.

BROWN, R. E. Breast-feeding and family planning: a review of the relationships between breast-feeding and family planning. **American Journal of Clinical Nutrition**. n. 35, p. 162-171, 1982.

BRÜGGEMANN, O. M. Buscando conhecer as diferentes partituras da humanização. In: OLIVEIRA, M. E. ; ZAMPIERI, M. F. M.; BRÜGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p. 37-58.

CAMPOS, F. E. **Resolutividade**: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde. 1988. 264 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.

CAMPOS, G. W. S. Diretrizes operacionais para implantação do Sistema Único de Saúde em Campinas. **Saúde em Debate**, n. 19, p. 18-23, 1990.

CAMPOS, G. W. S. **A reforma da reforma**. São Paulo: Hucitec, 1992a.

CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**. n. 37, p. 16-20, 1992b.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, G.; ROSEMBURG, C. P. ; BURALLI, K. O. Avaliação de ações e serviços de saúde. **O Mundo da Saúde**, v.24, n.1, p. 72-86, 2000.

CARVALHO, M. L. O.; PIROTTA, K. C. M. ; SCHOR, N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Revista de Saúde Pública**. v.35, n. 1, p. 23-31, 2001.

CARVALHO, W. O. **Nascidos vivos e óbitos perinatais dos municípios de Maringá, Paiçandu e Sarandi – Pr.** 1996. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ- IMS, ABRASCO, 2001, p.113-126.

CLIMENT, G. I. Tecnologia apropriada em obstetrícia. **Revista de Saúde Pública**. v. 21, n. 5, p. 413-426, 1987.

COIMBRA, L. C.; SILVA, A .A .M. Características das mulheres e assistência pré-natal. In: ALVES, M. T. S. S. B.; SILVA, A.A.M. **Avaliação de qualidade de maternidades: assistência ao parto e ao recém-nascido**. São Luís: Gráfica Universitária – UFMA, 2000.

COLLUCCI, C. Brasil está entre "campeões" de laqueadura. **Folha de São Paulo**, 21 out. 2002. Cotidiano, p. C 1.

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DE MORTE MATERNA DO PARANÁ. (CEMM). **Anais...** Seminário dos dez anos dos comitês de prevenção da mortalidade materna no Paraná. Curitiba: Secretaria Estadual de Saúde, 2001.

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DE MORTE MATERNA DO PARANÁ. (CEMM). **Saúde sexual e reprodutiva**. Curitiba, 2002. 26 transparências: color.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 29- 47.

COSTA, J. S. D. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, supl. 1, p. 59-66, 1996.

COSTA, J. S. D Planejamento familiar no Brasil. **Bioética**. v. 4, p. 209-215, 1996.

COSTA, J. S. D. ; CARDOSO, F. I. Avaliação do programa de pré-natal do Posto de saúde da Vila Municipal, Pelotas – RS. **RBGO**. v. 18, n. 6, p. 469-476, 1996.

COSTA, J. S. D. et al. Auditoria médica: avaliação de alguns procedimentos inseridos no programa de atenção integral à saúde da mulher no posto de saúde da Vila Municipal, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 14, n. 1, p. 43-49, 1998.

COSTA, J. S. D. et al. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 34, n. 4, p. 329-336, 2000.

COUTO, J. C. F. Toxoplasmose e gestação. **Femina**. v. 26, n. 9, p. 753-759, 1998.

CUCOLLO, C. T. S. **Cesariana**: as principais causas do elevado índice em um hospital da cidade de Maringá.1990.70 f. Monografia (Especialização em Metodologia do Ensino, Pesquisa e Assistência de Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

DATAFOLHA. **Emprego doméstico ainda é a maior ocupação no país.** Disponível em: <[http://www.uol.com.br/revista/RF\\_2107200203.htm](http://www.uol.com.br/revista/RF_2107200203.htm)>. Acesso em: 21 jul.2002.

DELASCIO, D.; ALMEIDA, P.A.M. **Propedêutica da gestação de alto risco.** São Paulo: Manole, 1974.

DIAS, R. ; ROGENSKI, O. M. Planejamento familiar e contracepção: a escolha do método contraceptivo ideal e a atuação do profissional de saúde. **Reprodução.** v. 6, n. 5/6, p. 225-226, 1991.

DONABEDIAN, A. **Exploration in quality assesment:** the definitions of quality and approaches to its assessment. Michigan Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine.** v. 114, p. 1115-1118, 1990.

DUARTE, G. et al. Infecção urinária durante a gravidez. **RBGO.** v.19, n. 7, p. 495-502, 1997.

DUTRA, J. C. et al. O pré-natal na maternidade Alexander Fleming: uma proposta modelo. **Jornal Brasileiro de Ginecologia.** v. 101, n. 5, p. 153-155, 1991.

ECHEVERRÍA, G. **Eritema tóxico del recién nacido.** Anales Españoles de Pediatría.(1997). Disponível em:

<[http://www.google.com/search?q=cache:ZUo\\_ZVxFa7gC:www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/textos5/resumen.html+eritema+t%C3%B3xico&hl=pt&ie=UTF-8](http://www.google.com/search?q=cache:ZUo_ZVxFa7gC:www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/textos5/resumen.html+eritema+t%C3%B3xico&hl=pt&ie=UTF-8)>. Acesso em: 04 set.2002.

FATHALLA, M. F. **Research needs in human reproduction.** Genebra: World Health Organization, 1988.

FAÚNDES, A. et al. Association of marital status and years of schooling with perinatal outcome: the influence of pre -natal care as an intermediate variable. **Journal of Perinatal Medicine.** v. 10, n. 105, p. 105-113,1982.

FAÚNDES, A.; PINOTTI, J. A.; BACHA, A. Tecnologia apropriada no atendimento à mulher. **Revista Paulista de Medicina.** v. 105, n. 1, p. 36-41, 1987.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendência, causas, conseqüências e proposta de ação. **Cadernos de Saúde Pública.** n. 7, p.150- 173, 1991.

FAÚNDES, A.; SILVA, J. L. O equilíbrio entre o parto vaginal e a cesárea na assistência obstétrica atual. **Femina.** v.26, n. 8, p. 669-673, 1998.

FAÚNDES, A.; PETTA, C. A.; NASCIMENTO, R. Planejamento familiar dentro do contexto de saúde sexual e reprodutiva. In: FAÚNDES, A. E.; PETTA, C. A.; NASCIMENTO, R. **Contracepção: promoção da saúde sexual e reprodutiva.** Rio de Janeiro: Revinter,1999, p.13-23.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Assistência pré-natal: manual de orientação.** [S.l.], 2000.

FERRARI AUDI, C. A. **Práticas alimentares: aleitamento materno, alimentos complementares e uso de mamadeira e chupeta, Itapira, 1999.** 2002. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva),Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. **Epidemiologia clínica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FUJIMORI, E.; OLIVEIRA, I. M. V.; NUNES DE CASSANA, L. M.; SZARFARC S. C. Estado nutricional de gestantes adolescentes em São Paulo, Brasil. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición.** v. 47, n. 4, p. 305-310, 1997.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Secretaria do Planejamento, Orçamento e Coordenação. **Resultados do universo relativo às características da população e dos domicílios.** Rio de Janeiro, 1991.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa padrões de vida 1998.** Disponível em: [www.worldbank.org/html/prdph/lsmc/country/brazil/docs/introdução.pdf](http://www.worldbank.org/html/prdph/lsmc/country/brazil/docs/introdução.pdf). Acesso em 20 jan.2002.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (FNUAP). **Saúde sexual e reprodutiva: questões de direitos sexuais e reprodutivos e bases técnicas.** [S.l.]: 2002. 30 transparências: color.

GALVÃO, L. ; DÍAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios.** São Paulo: Hucitec, 1999.

GARCIA-MONTRONE, V.; ROSE J. C. Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível sócio-econômico baixo: estudo preliminar. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.12, n. 1, p. 61-68, 1996.

GIL, C. R. R. **Avaliação de projetos: análise do Projeto UNI – Londrina – A avaliação como instrumento da ação.** 1995. 197f. 179 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Londrina, Londrina .

GIMENES, A. S. M. **Avaliação da capacidade resolutiva do centro de saúde Integração e do centro de saúde do Jardim Florence em Campinas.** São Paulo, 1992. 197 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GIUGLIANI, E. R. J. et al. Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. **Acta Paediatrica.** v. 81, p. 484-487, 1992.

GIUGLIANI, E. R. J. et al. Amamentação: como e por que promover. **Jornal de Pediatria.** v.70, n.3, p. 138-151,1994.

GONÇALVES, M. B. et al. **Prevalência do aleitamento materno no primeiro ano de vida entre crianças nascidas no Hospital Universitário de Maringá entre 01/07/99 a 30/06/2000.** Relatório final de projeto de pesquisa. HUM/UEM, 2002.

GOYERT, G. L. et al. The physician factor in cesarean birth rates. **New England Journal of Medicine**. v.320, p.706-709, 1989.

GRANDI, C.; SARASQUETA, P. Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. **Jornal de Pediatria**. v. 73, supl.1, p. S15-S20, 1997.

GURGEL, E. F. ; CARVALHO, R. L. ; ARAÚJO, A . C. P. F. Apendicite aguda no ciclo gravídico-puerperal: um estudo de 13 casos. **RBGO**. v. 20, n. 4, p. 187-192, 1998.

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 17, n. 4, p. 1025-1029, 2001.

HALAL, I. S. et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 28, n. 2, p. 131-136, 1994.

HALPERN, R. et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 487-492, 1998.

HART, J. T. The inverse care law. **Lancet**. p. 405-412, feb.1971.

HATCHER, R. A. et al. **Contraceptive technology**. 6 ed. New York: Irvington Publishers, Inc.; 1994.

HATCHER, R. A. et al. **La esencial de la tecnología anticonceptiva**. Baltimore, facultad de Salud Pública, Universidad de John Hopkins. Programa de Información en Población, 1999.

HEGG, R. et al. Contracepção e lactação. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**. v. 97, n. 4, p. 153-157, 1987.

HILL, P. D. et al. Does early supplementation affect long-term breastfeeding? **Clinical Pediatrics**. v. 6, p. 345-350, 1997.

HORTA, B. L. et al. Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 12, supl. 1, p. 27-31, 1996.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ (HUM). **Plano Diretor**. Maringá: UEM, 2000.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ (HUM). **Número de leitos do HUM cadastrados no SUS**. Relatório técnico. Maringá: Divisão de serviços gerais, 2002a.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ(HUM). **Agenda semanal das especialidades ambulatoriais**. Relatório técnico. Maringá: Divisão de serviços gerais, 2002b.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ (HUM). **Relatório da divisão de serviços gerais - ano 2002**. Relatório técnico. Maringá: Divisão de serviços gerais, 2002c.

JENNER,S. The influence of additional information, advice and support on the success of breast feeding in working class primiparas. **Child care, health and development**. v. 14, p. 319-328, 1988.

KAESTNER, R. Health insurance the quantity and quality of prenatal care, and infant health. **Inquiry**. v. 36, p. 162-175, 1999.

KESSNER, D. M. **Assessment of medical care for children**. Washington, D.C.: Institute of Medicine/ National Academy of Science, 1974.

KISTIN, N. et al. Breastfeeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. **Pediatrics**. v. 86, n. 5, p. 741-746, 1990.

KOTELCHUCK, M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. **American Journal of Public Health**. v. 84, n. 9, p. 1414-1420, 1994.

KRAMER, M. S. Impact of intrauterine growth retardation and body proportionality on fetal and neonatal outcome. **Pediatrics**. v. 86, p. 707-713, 1990.

- KRAUSE, K. M. L. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 9 ed. São Paulo: Rocca, 1998.
- LAMOUNIER, J. A. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 44, n. 4, p. 319-324, 1998.
- LEMBCKE, P.A. Evolution of the medical audit. **Journal of the American Medical Association**. v. 199, p. 111-118, 1967.
- LEVENO, K. J. et al. A prospective comparasion on selective and universal eletronic fetal monitoring in 34.995 pregnancies. **New England Journal of Medicine**. v. 315, p. 615-619, 1986.
- LIMA, C. P. Análise crítica da importância da assistência pré-natal. **Femina**. v. 25, n. 1, p. 85-92, 1997.
- LUZ, T. P. ; NEVES, L. A . T. ; REIS, A . F. F. Fatores de risco para baixo peso ao nascer. **Femina**. v. 26, n. 5, p. 369-375, 1998.
- LYNCH, S. A. et al. Evaluating the effect of a breastfeeding consultant on the duration of breastfeeding. **Canadian Journal of Public Health**. v.77, p.190-195, 1986.
- MARCOLINO, C. **Trajetória da mulher em direção à esterilização cirúrgica feminina: um estudo fenomenológico**. 1994.114 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- MARIOTONI, G. G. B.;BARROS, A .A. F. Peso ao nascer e mortalidade hospitalar. **Revista de Saúde Pública**. v. 34, n. 1, p. 71-76, 2000.
- MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. 201 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- MARUSSI, E.; NEME, B. A ecografia em obstetria. **Femina**. v. 27, n. 8, p. 671-72, 1999.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 47, n.2, p. 149-156, 2001.

MELO, H.;TEIXEIRA, A. L. Alterações cutâneas nos primeiros dias de vida. **Saúde Infantil**. v. 22, n. 1, p. 17-25, 2000.

MENEZES, A.M. B. et al. Mortalidade infantil em duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cadernos de Saúde Pública**. v.12, supl.1, p.73-78, 1996.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MILAGRES, A.C. F. **Aspectos da gravidez na adolescência em Maringá- Pr, 1995**. 1997. 52 f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

MIRANDA, S. et al. Consulta de pós-parto: etapa fundamental no ciclo gravídico-puerperal. **RBGO**. v. 18, n. 4, p. 355-358, 1996.

MIURA, E. Infecções congênitas e perinatais. **Jornal de Pediatria**. v. 69, p. 80-96, 1993.

MONTEIRO, C. A .; BENICIO, M. H. D.; ORTIZ, L. P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). **Revista de Saúde Pública**. v. 34, supl. 6, p.26-40, 2000.

MONTEIRO, D. L. M.;CUNHA, A. A. Adesão da gestante adolescente ao tratamento pré-natal. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 104, n. 4, p. 99-102, 1994.

MORAIS, E. N. et al. Momento e frequência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. **RBGO**. v. 20, n. 1, p. 25-32, 1998.

MORAIS, E. N. et al. Repercussões da assistência pré-natal sobre as condições de vitalidade fetal ao nascimento. **GO Atual**. n. 4, p. 6-12, 1999.

MORELL, M. G. G. Anticoncepção em São Paulo em 1986: prevalência e características. **Informe Demográfico**. SEADE, v. 25, p. 199-331, 1994.

NEUMANN, N. A. **Cobertura, qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto, segundo a forma de pagamento destes serviços, em Criciúma – SC**. 2000. 66 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

NÓBREGA, F. J. **Desnutrição intra-uterina**. São Paulo: Panamed, 1982.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NUCCI, L. B. et al. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. **Revista de Saúde Pública**., v. 35, n. 6, p. 502-507, 2001.

OBA, M. D. V.; TAVARES, M. S. G. A precariedade dos registros de assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto – SP. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 6, n. 1, p. 53-61, 1998.

OLIVEIRA, C. F. et al. **Planejamento familiar**. Portugal: Publicações Europa-América, 1985.

OLIVEIRA, V. M. **Um lugar no cuidado pré-natal: possibilidades e opções das gestantes**. 2000. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE /ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (OMS/OPAS/UNICEF). **Normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno**. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND(OMS/UNICEF). **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno o papel especial dos serviços materno-infantis**. Genebra: OMS, 1989.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales para aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional en la salud.** Ginebra: OMS,1981.

OSIS, M. J. D. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção.**1994. 191 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

OSIS, M. J. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

OSIS, M. J. D. et al. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 27, n. 1, p. 49-53, 1993.

PARADA, C. M. G. L. ; PELÁ, N. T. R. Idade materna como fator de risco: estudo com primigestas na faixa etária igual ou superior a 28 anos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 7, n. 4, p. 57-64, 1999.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). **Pré-natal de baixo risco.** Curitiba: SESA. Programa protegendo a vida, 1996.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). **Boletim epidemiológico.** Ano IV, n. 15, 2001.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). **Número de agravos notificados e confirmados nas semanas epidemiológicas por regional de saúde-Paraná/2001.** Disponível em: <[www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br)>. Acesso em : 09 nov.2002a.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). **Paraná oferece teste de HIV para gestantes.** Disponível em: <[www.saude.pr.gov.br/noticia/principal](http://www.saude.pr.gov.br/noticia/principal)>. Acesso em : 09 nov.2002b.

PEDREIRA, D.A.L. **Contribuição ao estudo da toxoplasmose congênita.**1995. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER,L. B. Tendências e possibilidades de investigação em recursos humanos em saúde no Brasil. **Educación médica y salud.** v.27, n. 3, p. 295-313, 1993 .

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.**1998. 254f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas,.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública.** v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEIXOTO J. **Pré-Natal.** 2 ed. São Paulo: Manoli, 1981.

PEREIRA, R. T. **Avaliação da condição nutricional das gestantes do estado de São Paulo, por antropometria, utilizando o gráfico de Rosso.**1993. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de São Paulo/ EPM, São Paulo.

PEREZ, A.; VALDES, V. Santiago breastfeeding promotion program: preliminary results of an intervention study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology.** v. 165, p. 2039-2044, 1991.

PERNOLL, M. L. Gestação de risco. In: BENSON, R. C. **Diagnóstico e tratamento em obstetrícia e ginecologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1980, p.550-551.

PINOTTI, J.A.;FAÚNDES, A. Uma análise crítica da contracepção no Brasil. **Femina.** v. 16, n. 7, p. 574-590, 1988.

PUFFER, R. R.;SERRANO, C. V. **Patterns of birthweights.** Washington (DC): Pan American Health Organization, 1987.

RAINHA, E. T. **Análise dos encaminhamentos realizados pelo NIS II Vila Operária - Maringá - Pr, para consulta especializada, em agosto de 1993.** 1994. 32 f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

RATTNER, D. **Subsídios para a avaliação da qualidade do processo de assistência ao parto.** 1991. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

RATTNER, D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 12, supl. 2, p. 21-32, 1996.

REA, M. F. et al. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Revista de Saúde Pública.** v. 31, n. 2, p. 149-156, 1997.

REICHE, C. M. V. et al. Prevalência de tripanossomíase americana, sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B, hepatite C e da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, avaliada por intermédio de testes sorológicos em gestantes atendidas no período de 1996 a 1998 no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** v. 33, n. 6, p. 519-527, 2000.

REZENDE, J. **Obstetrícia.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

RIBEIRO, C. A. **O padrão de resolutividade do Pronto Socorro Municipal da Lapa – São Paulo.** 1998. 120 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RODRIGUES FILHO, J.; COSTA, W. da; IENO, G. M. L. Determinantes de utilização do cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no Estado da Paraíba, Brasil. **Revista de Saúde Pública,** v. 28, n. 4, p. 284-289, 1994.

RONA, M. S. S. et al. **Aleitamento exclusivo: uma realidade ou uma utopia.** In: Primeiro Congresso Internacional de Bancos de Leite, Natal - RN, 2000.

ROSSO, P. A. New chart to monitor weight gain during pregnancy. **American Journal of Clinical Nutrition**. v. 41, p. 644-652, 1985.

SACKETT, D. L.; HAYNES, R. B. **Clinical epidemiology** - a basic science for clinical medicine. Boston: Little Brown and Company, 1985.

SALAFIA, C. M. et al. The very low birthweight infant: maternal complications leading to preterm birth, placental lesions, and intrauterine growth. **American Journal of Perinatology**. v. 12, p.106-110, 1995.

SANCHEZ, C. V. et al. A busca do atendimento ao parto fora do município, por mulheres residentes em Maringá. In: SEMINÁRIO CIENTÍFICO DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 1., 1997, Maringá. **Livro de resumos**. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 1997. p. 89.

SANDRE-PEREIRA, G. S. et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 16, n. 2, p. 457-466, 2000.

SANTOS, I. S. et al. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v.34, n. 3, p. 266-271, 2000.

SANTOS, I. S. et al. As mães e os serviços de acompanhamento pré-natal: critérios para a escolha de postos de saúde em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**. v. 34, n. 6, p. 603-609, 2000.

SANTOS, M. L. A **desne-cesária**. Disponível em: <<http://maternatura.med.br/desnecesaria.htm>>. Acesso em: 13 jan.2002.

SAPATA, M. P. M. **Avaliação da assistência ao pré-natal de baixo risco no NIS II Mandacarú - 1997, Maringá/Pr.** 1999. 66 f. Monografia (Especialização em Administração da Assistência de Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

SARNI, R. S. et al. Avaliação da condição nutricional das gestantes no município de Santo André, utilizando o gráfico de Rosso. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano** v. 9, n. 1, p. 1-8, 1999.

SCATENA, J. H. G. **Avaliação da descentralização da assistência à saúde no Estado de Mato Grosso**. 2000. 212 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SCHIRMER, J. **Qualidade da assistência obstétrica: enfoque multiprofissional**. In: V SEMINÁRIO ESTADUAL QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO, 5., 2002, Curitiba. 2 cassetes (60 minutos): son., estéreo.

SCHOR, N. et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 16, n. 2, p. 377-384, 2000.

SCOCHI, M. J. **Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde: uma análise localizada**. 1996. 150f. Tese (Doutorado em Planejamento e Administração dos Serviços de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.4, n.2, p. 221-242, 1999.

SERAFIM, D; DELL AGNOLO, C. M.; PAULA, M. G. Opinião de mulheres residentes em Maringá sobre o parto. In: JORNADA CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ, 1., 1996, Maringá. **Anais...** Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 1996. p.101.

SHIMO, A. K. K.; NAKANO, A. M. S. Adaptação psico-física e social no puerpério: uma reflexão. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 58-65, 1999.

SILVA, I. A. A contracepção e a mulher que amamenta. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 3, n.1, p. 32-36, 1990.

SILVA, J. O.; BORDIN, R. Educação em saúde. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. ; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**.1996.151 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SILVA, L. M. V. ; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n. 1, p. 80-91, 1994.

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

SIMÉANT, S. Capacidad resolutive de la demanda de atencion de morbilidad a nivel primario, Chile 1981. **Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana**. v. 97, n. 2, p. 125-141, 1984.

SIMÕES, J. A. et al. Complicações perinatais em gestantes com e sem vaginose bacteriana. **RBGO**. v. 20, n. 8, p. 437-441,1998.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS (SINASC). Nascidos vivos de mães maringaenses por local de ocorrência no Paraná- 2001. 15ª RS/SE, 2001.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS (SINASC). Nascidos vivos ocorridos em Maringá - Pr - frequência por duração da gestação e ano do nascimento: 1999, 2000, 2001. 15ª RS/SE, 2002a.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS (SINASC). Nascidos vivos de mães maringaenses por local de ocorrência no Paraná- 2001. 15ª RS/SE, 2002b.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996**. Rio de Janeiro, 1997.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

TANAKA, A .C. de A. et al. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 23, supl. 1, p. 65-75, 1989.

TANAKA, A . C. de A. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: Hucitec, 1995.

TANAKA, A .C. de A. Mortalidade Materna: reflexo da má qualidade e da desintegração dos serviços de saúde. **Jornal da Rede Saúde**, n. 20, 2000. Disponível em: <[http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body\\_ir20-dandretta.html](http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body_ir20-dandretta.html)> Acesso em: 10 jun. 2002.

TANAKA, O . Y. **Avaliação da qualidade de serviços básicos de saúde: o estudo do distrito de Brasilândia**. 1994. 145 f. Tese (Professor Livre Docente) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TANAKA, O.Y.; CÉSAR,C. L. G. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v.12, n. 2, p. 59-70, 1996.

TANAKA, O .Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EDUSP, 2001.

TASE, T. H. **Caracterização das mulheres atendidas em um hospital-escola referência para gestação de alto risco**. 2000.118 f. Dissertação(Mestrado em Enfermagem Obstétrica e Neonatal) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TEDESCO, J. J. A. **A grávida, suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu, 1999.

TEDESCO, J. J. A.; ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997.

TELES, E. P. B. et al. Fatores de risco para o parto prematuro numa amostra de gestantes brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 5, n. 4, p.161-164, 1992.

TURRINI, R. N. T. **Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região Sudoeste da Grande São Paulo**. 2001. 179 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TYRREL, M. A. R.; ARAÚJO, C. L. A. **Qualidade da assistência obstétrica: enfoque multiprofissional**. In: V SEMINÁRIO ESTADUAL QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO, 5., 2002, Curitiba. 2 cassetes (60 minutos): son., estéreo.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**. v. 21, n. 5, p. 439-446, 1987.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **A UNICEF guide for monitoring and evaluation**. New York: Evaluation Office, 1991.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ(UEM). Assessoria de Planejamento/Coordenadoria de Planos e Informações. **Sinopse Estatística**. Maringá, 1999.

VENANCIO, S. I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**., v. 36, n. 3, p. 313-318, 2002.

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.4, n. 1, p. 03-61, 2001.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P. **Epidemiologia da desigualdade**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 1989.

VIGIANO, M. G.; SILVA, L. G.; FILISSINO, M. A.; BARBOSA FILHO, W. Cesariana – incidência, indicação e morbimortalidade materno-fetal durante 10 anos na maternidade Nossa Senhora de Lourdes. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**. n. 93, p. 165-170, 1983.

VITURI, S. C. **Prevalência do aleitamento materno em crianças até o sexto mês de idade na cidade de Maringá, 1999.** 2001. 73f. Dissertação(Mestrado em Medicina), Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

VUORI, H. I. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 30, p. 17-25, 1991.

WINIKOFF, B. et al. Overcoming obstacles to breast-feeding in a large municipal hospital: applications of lessons learned. **Pediatrics**. v. 80, n. 3, p. 423-433, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Expert commite on maternity care, first report, a preliminary survey.** Technical report series: Geneva, n. 51, 1952.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate technology for birth. **Lancet**. v. 2, p. 436-437, 1985.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Program evaluation: alternative approaches and practical guidelines.** 2 ed. New York: Longman, 1997.

YAMAMOTO, R. M.; MIYADAHIRA, S. Alterações do volume de líquido amniótico: oligodrâmnio e polidrâmnio. In: ZUGAIB, M. **Medicina fetal.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1997.

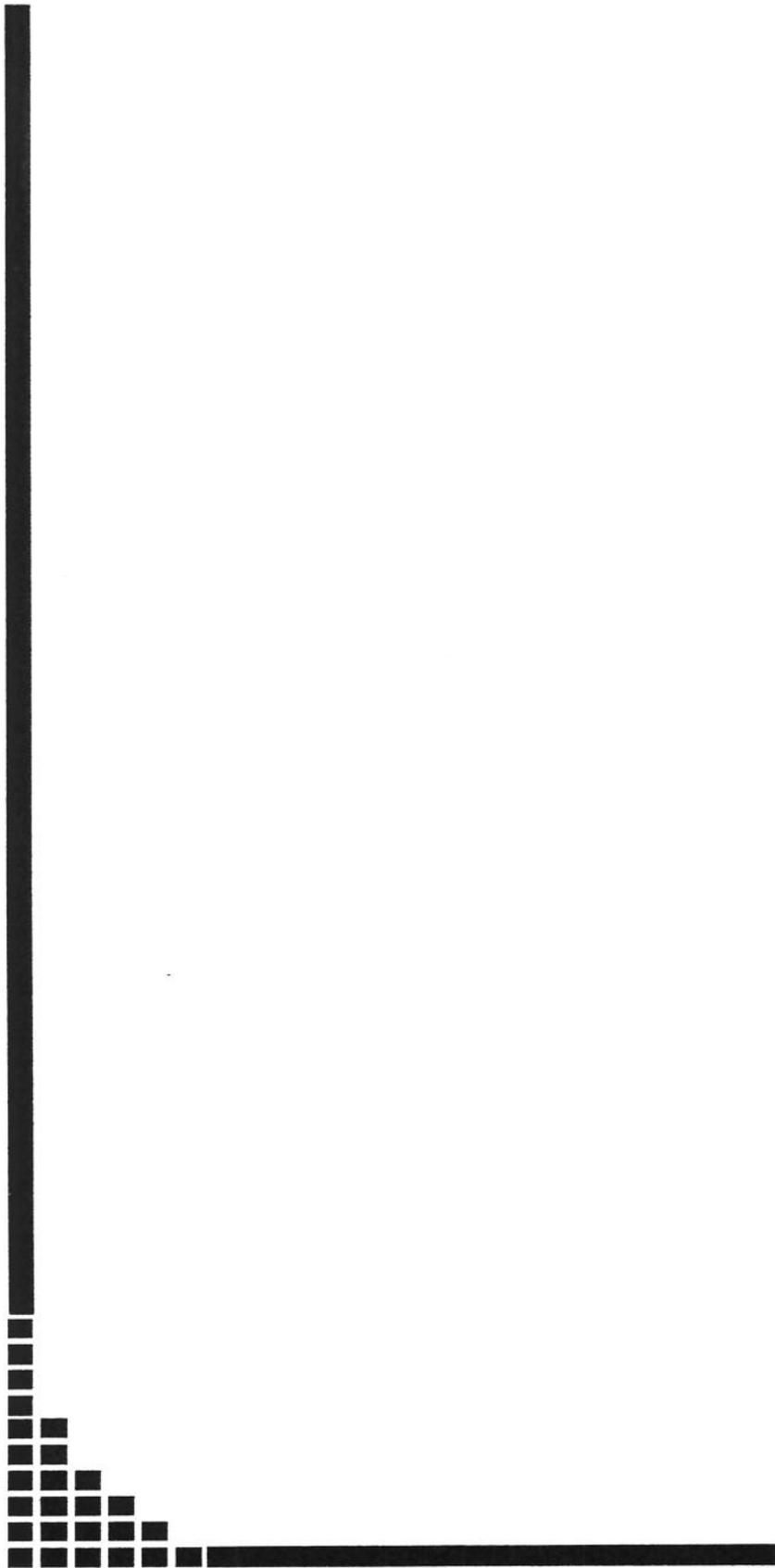
ZAMPIERI, M. F. M. Humanizar é preciso: escute o som desta melodia. In: OLIVEIRA, M. E. ; ZAMPIERI, M. F. M. ; BRÜGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento.** Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p. 73-84.

ZAPATA, H. R. Modelo de mejora continua de calidad a la salud sexual y reproductiva. **Revista Mujer Salud**, v. 4 , p. 31- 36, 1997.

ZARDO, V. T. N. **Assistência à gestante: uma análise localizada.** 2000. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa.

ZIEGEL, E. E.;CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

ZUGAIB, M.; SANCOVSKI, M. **O pré-natal.** São Paulo: Atheneu, 1994.



## *7. APÊNDICES*

**APÊNDICE A**  
**FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS**

ANO \_\_\_\_\_ Nº. DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

**1. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, SOCIAL E HISTÓRIA REPRODUTIVA DA  
CLIENTELA ATENDIDA**

1.1 Idade: \_\_\_\_\_ anos

1.2 Situação conjugal:

solteira     casada     divorciada  
 amasiada     viúva     ignorado

1.3 Atividade Econômica:

NPEA: desempregada     aposentada  
 dona de casa     estudante     PEA  
 Qual atividade: \_\_\_\_\_

1.4 Escolaridade:

Nenhuma     Primário completo  
 Primário incompleto     Secundário completo  
 Secundário incompleto     Superior completo  
 Superior incompleto     ignorado

1.5 Procedência:

Maringá     Outro município:  
Qual: \_\_\_\_\_  
Encaminhada por \_\_\_\_\_  
 Ignorado

1.6 Antecedentes Obstétricos

Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_ Natimorto: \_\_\_\_\_ Nascido Vivo: \_\_\_\_\_ Filhos  
Vivos: \_\_\_\_\_

**2. ASSISTÊNCIA PRÉ -NATAL E EVOLUÇÃO GRAVÍDICA**

2.1 Idade gestacional de início do Pré-Natal: semanas: \_\_\_\_\_ Mês: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2.2 Número de consultas de pré-natal realizadas, mês: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_

2.3 Classificação de risco gestacional

- Sim, Em qual(is) idade gestacional: \_\_\_\_\_  
 Não  Ignorado

2.4 Encaminhamento ao ambulatório Pré –Natal de Alto Risco:

- Sim, IG: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_  Não

2.5 Encaminhamentos internos realizados:

Profissional	Motivo	Nº de consulta
<input type="checkbox"/> Médico obstetra		
<input type="checkbox"/> Nutricionista		
<input type="checkbox"/> Psicóloga		
<input type="checkbox"/> Assistente Social		
<input type="checkbox"/> Méd. obstetra/residente		
<input type="checkbox"/> Outra	Especialidade: _____ Motivo: _____	

2.6 Encaminhamentos externos realizados:

Local \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

2.7 Realização de ultrassonografia obstétrica:

- Sim, Quando:  1º tri.  2º tri.  3º tri.  
 Não  Ignorado

2.8 Realização de orientação sobre preparo das mamas para o aleitamento materno.

- Sim, Qual(is) profissional (is) \_\_\_\_\_  Não

2.9 Imunização com vacina antitetânica:

Esquema vacinal:

- completo  incompleto  Ignorado

2.10 Realização do exame das mamas

- sim  não

2.11 Ganho ponderal durante a gestação:

Peso inicial \_\_\_\_\_ Peso final \_\_\_\_\_

- Baixo Peso  Peso Adequado  
 Sobrepeso

2.12 Abandono do programa:

- Sim, Motivo: \_\_\_\_\_  Não

### 2.13 Exames laboratoriais realizados

Exame	Trimestre		
	1°	2°	3°
Hemograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipagem sanguínea e fator Rh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorologia para sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxoplasmose (IgG/IgM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorologia para Hepatite A e B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glicemia em jejum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teste de Tolerância a Glicose Simplificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teste de Coombs Indireto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urina I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citomegalovírus(IgG/IgM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubéola (IgG/IgM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curva Glicêmica (GTT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colpocitologia Oncótica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bacterioscopia de secreção vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outros exames realizados</b> _____			
_____			

### 3. ASSISTÊNCIA AO PARTO

3.1 Duração da gestação: \_\_\_\_\_ semanas

3.2 Tipo de Parto

Normal     Fórceps  
 cesárea, indicação \_\_\_\_\_     Ignorado

3.3 Local de ocorrência do Parto:

HUM     Outro, Qual \_\_\_\_\_     Ignorado

3.4 Intercorrências no Parto:

Sim, Qual: \_\_\_\_\_     Não     Ignorado

3.5 Peso do recém-nascido ao nascer

Menos que 2.500g     2500g-4.000g  
 Mais que 4.000g     Ignorado

3.6 Escala de Apgar no 5° minuto de vida:

07 – 10: vigoroso ao nascer  
 04 - 06: deprimido ao nascer  
 00 - 03: intensamente deprimido ao nascer  
 Ignorado

3.7 Intercorrências no nascimento:

Sim, quais \_\_\_\_\_     Não     Ignorado

#### 4. ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO

##### 4.1 CONDIÇÕES MATERNAS

4.1.1 Tempo de permanência hospitalar no pós-parto: \_\_\_\_\_ horas

4.1.2 Intercorrências Maternas durante a hospitalização:

PUERPÉRIO	Sim / qual	Não	Ignorado
imediate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mediato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.1.3 Condição da mulher na alta hospitalar:

Bem     Óbito     A pedido  
 Com o RN     Sem o RN

##### 4.2 CONDIÇÕES DO RECÉM-NASCIDO

4.2.1 Tempo de permanência hospitalar no pós-parto: \_\_\_\_\_ horas

4.2.2 Intercorrências com o recém-nascido durante internação hospitalar no pós-parto:

Sim, Qual: \_\_\_\_\_ Com quantas horas de vida: \_\_\_\_\_  Não  Ignorado

##### 4.3 CONSULTA DE REVISÃO PUERPERAL

4.3.1 Realizou consulta de revisão puerperal:

PUERPÉRIO	Sim / intercorrência	Não	Ignorado
mediato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3.2. Orientações realizadas na consulta de revisão puerperal:

Orientação	Período			
	mediato	Tardio	remoto	ignorado
Aleitamento materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados com o RN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imunização do RN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planejamento familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3.3. Participou de atividade educativa em grupo sobre Planejamento familiar:

Sim, Método contraceptivo escolhido: \_\_\_\_\_  
 Não                                       Ignorado

4.3.4. Realizou consulta no ambulatório de Planejamento Familiar:

Sim, Método contraceptivo escolhido: \_\_\_\_\_  
 Não                                       Ignorado

4.3.5. Situação do aleitamento materno no 30º dia de vida do recém-nascido:

- Aleitamento materno exclusivo
- Aleitamento materno predominante
- Alimentação com mamadeira
- Alimentação complementar
- Ignorado       Época do desmame \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

### DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO

#### 1. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, SOCIAL E HISTÓRIA REPRODUTIVA DA CLIENTELA ATENDIDA

1.1. Idade: representada pelo total de dias vivido pela mulher desde o seu nascimento até a data da primeira consulta, sendo representada em anos.

1.2. Situação conjugal: categorizada de acordo com a condição civil relatada pela gestante: solteira, casada, divorciada, amasiada, viúva e ignorado.

1.3. Atividade econômica: inclui a população economicamente ativa (PEA) e população não economicamente ativa (NPEA). À PEA pertencem o grupo de pessoas que desenvolvem atividade remunerada ou não, estando em atividade ou afastados por motivos de doenças ou aposentados mas exercendo uma atividade. A NPEA é constituída pelos desempregados, e outros que não exercem qualquer atividade, como aposentados, donas de casa e estudantes.

1.4. Escolaridade: representada pela formação educacional formal referida pela cliente e classificada de acordo com os níveis :

Nenhuma: nunca frequentou escola e não sabe ler e escrever.

Primário completo: primeira a oitava série do primeiro grau.

Primário incompleto: primeira a oitava série do primeiro grau não concluída.

Secundário completo: primeira a terceira série do segundo grau.

Secundário incompleto: primeira a terceira série do segundo grau não concluída.

Superior completo: nível superior concluído.

Superior incompleto: nível superior não concluído.

1.5. Procedência: referente ao município de residência relatado pela gestante e quem encaminhou a gestante ao ambulatório pré-natal do HUM.

1.6. Antecedentes obstétricos:

Gesta: ocorrência de gravidez, independente de sua duração.

Para: número de partos normais ocorridos.

Cesárea: número de partos cirúrgicos ocorridos.

Aborto: referente às perdas fetais precoces ( até 20 semanas de gestação) e intermediárias ( entre 20-28 semanas de gestação).

Natimorto: compreende a ocorrência da morte do produto da concepção antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, a partir da 28ª semana de gestação ou com peso equivalente a 1000 g e 35 cm de comprimento.

Nascido vivo: definido como a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independente da duração da gestação, de um produto de concepção que, depois dessa separação, respira ou manifesta outro qualquer sinal de vida, tal como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou contração efetiva de algum músculo de contração voluntária, haja ou não sido cortado o cordão umbilical e esteja ou não desprendida a placenta.

Filhos vivos: referente ao número de filhos vivos relatados pela cliente.

## 2. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E EVOLUÇÃO GRAVÍDICA

2.1. Idade gestacional de início do pré-natal: expressa pela idade gestacional em semanas lunares. Calculada pela divisão por sete (duração da semana lunar) do somatório dos dias decorridos desde a data da última menstruação (DUM) até a data da primeira

consulta no ambulatório pré-natal do HUM. Na ausência/dúvida da DUM foi considerada a idade gestacional registrada no exame de ultrassonografia obstétrica;

Mês de início da assistência pré-natal: refere-se ao mês lunar correspondente a data da primeira consulta no ambulatório pré-natal.

2.2. Número de consultas de pré-natal realizadas: representado pelo total de consultas de pré-natal freqüentadas no ambulatório Pré-natal de Baixo Risco durante a gestação.

2.3. Classificação de risco gestacional: compreende a avaliação dos fatores de risco na gravidez; se realizado, em qual (is) idade(s) gestacional (is), expresso em semanas lunares.

2.4. Encaminhamento ao ambulatório pré-natal de Alto Risco: representado pelas gestantes que foram atendidas inicialmente no Programa Pré-natal de Baixo Risco e, por aspectos de morbidade materna e/ou fetal, foram encaminhadas ao Pré-natal de Alto Risco do HUM; se encaminhado, qual (is) o(s) motivo(s) e idade gestacional de encaminhamento, expresso em semanas lunares.

2.5. Encaminhamentos internos realizados: considerado como encaminhamento realizados a outros profissionais da equipe multiprofissional (médico obstetra, nutricionista, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta), a outras especialidades médicas do Ambulatório de Especialidades e ao médico obstetra plantonista e/ou residente do Pronto Atendimento do HUM, e respectivos motivos de encaminhamento.

2.6 Encaminhamentos externos realizados: compreende o encaminhamento da cliente a outra instituição para o atendimento de necessidades de saúde cujo serviços não estavam disponíveis no HUM.

2.7 Realização de ultrassonografia obstétrica: compreende a realização de ultrassonografia gestacional conforme protocolo de assistência Pré-natal do HUM.

2.8. Realização de orientação sobre preparo das mamas para o aleitamento materno: considerada a orientação realizada pelo profissional de saúde quanto à técnicas e/ou cuidados com as mamas que visam favorecer a prática do aleitamento materno.

2.9. Imunização com vacina antitetânica:

Esquema vacinal completo: corresponde a três doses de vacina antitetânica e/o uma dose de reforço nos últimos cinco anos;

Esquema vacinal incompleto: corresponde a menos de três doses de vacina antitetânica e/ou ausência de dose de reforço nos últimos cinco anos; e

Ignorado

2.10. Realização do exame das mamas: compreende o exame de inspeção estática e palpação das mamas e mamilos.

2.11. Ganho ponderal durante a gestação: calculada pela subtração do peso final da gestante (verificada na última consulta de pré-natal) do peso inicial (registrado na primeira consulta de pré-natal). Classifica o ganho ponderal da gestante como sendo baixo peso: ganho ponderal inferior a 9 kg; peso adequado: ganho ponderal entre 9 a 12 kg e sobrepeso: ganho ponderal superior a 12 kg.

2.12. Abandono do programa: definido como sendo a perda de continuidade no acompanhamento pré-natal devido a ausência da gestante à consulta de pré-natal.

2.13. Exames laboratoriais realizados: considerado o registro, em prontuário hospitalar, de exames laboratoriais realizados conforme preconiza a norma técnica de assistência pré-natal do Ministério da Saúde, acrescido de outros recomendados no protocolo de assistência pré-natal do HUM; inclui os motivos de não realização dos exames, quando registrado em prontuário hospitalar.

### 3. ASSISTÊNCIA AO PARTO

3.1. Duração da gestação: expressa pelo registro da idade gestacional, em semanas lunares, da ocorrência do parto.

3.2. Tipo de parto: representado pelo tipo de parto que possibilitou o nascimento da criança. Esta variável foi categorizada em normal; uso de fórceps (considerado como parto com fórceps qualquer tipo, mesmo o simples fórceps de ajuda); cesariana e motivo da indicação do parto cirúrgico; e ignorado.

3.3 Local de ocorrência do parto: representado pelo local onde a parturiente recebeu assistência no parto e nascimento.

3.4. Intercorrências no parto: consiste no registro de intercorrências maternas durante a evolução do trabalho de parto e parto.

3.5. Peso do recém-nascido ao nascer: considerado como o peso do recém-nascido verificado no hospital onde a cliente recebeu a assistência ao parto, conforme registro no prontuário da paciente ou na Declaração de Nascido Vivo. De acordo com o peso do nascimento, expresso em gramas, o recém-nascido foi classificado em:

Pequeno para a idade gestacional (PIG): peso inferior a 2.500g

Adequado para a idade gestacional (AIG): peso entre 2.500g a 4.000g

Grande para a idade gestacional (GIG): peso superior a 4.000g

3.6. Escala de Apgar no 5º minuto de vida: considerado o rastreamento inicial utilizado para a avaliação das funções essenciais à vida do lactente imediatamente após o parto.

3.7. Intecorrências no nascimento: consiste no registro de intercorrências com a criança durante o processo de nascimento.

#### 4. ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO

##### 4.1. Condições maternas

4.1.1. Tempo de permanência hospitalar no pós-parto: corresponde ao tempo de hospitalização materna, registrado em horas, decorrido desde o parto à alta hospitalar.

4.1.2. Intecorrências maternas durante a hospitalização: corresponde ao registro de morbidade/ intercorrência materna durante a hospitalização relacionado ao puerpério imediato ( da 1ª à 2ª hora); mediato (da 2ª hora até o 10º dia pós-parto) e tardio (do 11º até 42º dia pós-parto).

4.1.3. Condição da mulher na alta hospitalar: descreve se a puérpera obteve alta hospitalar bem; em óbito; a pedido; com ou sem o recém-nascido.

##### 4.2. Condições do recém-nascido

4.2.1. Tempo de permanência hospitalar no pós-parto: corresponde ao tempo de hospitalização do recém-nascido, registrado em horas, decorrido desde o nascimento à alta hospitalar.

4.2.2. Intercorrências com o recém-nascido durante a hospitalização: corresponde ao registro em horas, de morbidade/intercorrência com o recém-nascido decorrido desde o nascimento à alta hospitalar.

#### 4.3. Consulta de revisão puerperal

4.3.1. Realizou consulta de revisão puerperal: consiste no registro da realização de consulta no puerpério mediato (da 2ª hora até o 10º dia pós-parto); puerpério tardio (do 11º até 42º dia pós-parto); puerpério remoto (do 42º até 60º dia pós-parto).

4.3.2. Orientações realizadas na consulta de revisão puerperal: consiste no registro de prática educativa realizada no puerpério mediato, tardio e/ou remoto sobre aleitamento materno, cuidados com o RN, imunização e planejamento familiar.

4.3.3. Participou de atividade educativa em grupo sobre planejamento familiar: consiste no registro da participação da puérpera em atividade educativa em grupo sobre contracepção, bem como o registro do método contraceptivo escolhido a partir dessa atividade.

4.3.4. Realizou consulta no ambulatório de planejamento familiar: consiste no registro da realização de consulta para orientação sobre contracepção durante a assistência pré-natal e/ou consulta de revisão puerperal, bem como o registro do método contraceptivo escolhido a partir dessa atividade.

4.3.5. Situação do aleitamento materno no 30º dia de vida do recém-nascido:

*Aleitamento materno exclusivo*: quando a criança só recebe leite materno, diretamente do seio de sua mãe ou ordenhado, ou ainda leite humano ordenhado e não recebe nenhum outro líquido ou alimento sólido (com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, remédios ou sais minerais).

*Aleitamento materno predominante:* a fonte nutricional da criança é predominantemente o leite materno. Porém, a criança recebe água ou outros alimentos a base de água tipo chás, água açucarada, suco de frutas, soros, xaropes, vitaminas e remédios.

*Alimentação com mamadeira:* quando a criança recebe qualquer alimento por mamadeira, incluindo o leite materno ordenhado e o leite humano pasteurizado, líquidos ou alimentos semi-sólidos com mamadeira.

*Alimentação complementar:* quando a criança, além da amamentação ao peito, recebe alimentos artificiais (leite, cereais, frutas, legumes ou outros alimentos) em alguma refeição.

*Desmame:* considerado como sendo a suspensão total do aleitamento materno, e *Ignorado.*

## APÊNDICE C

### AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

Maringá, 29 de março de 2002.

Senhor Superintendente

Sou enfermeira do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário de Maringá e pós-graduanda no curso de Mestrado em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas.

Solicito à Vossa Senhoria autorização para realizar consulta em prontuário hospitalar, com a finalidade de coleta e análise de informações, essenciais à realização do meu projeto de dissertação de mestrado.

A pesquisa objetiva avaliar a qualidade de atenção pré-natal prestada por equipe multiprofissional do programa Assistência Pré-natal às Gestantes de Baixo risco do HUM.

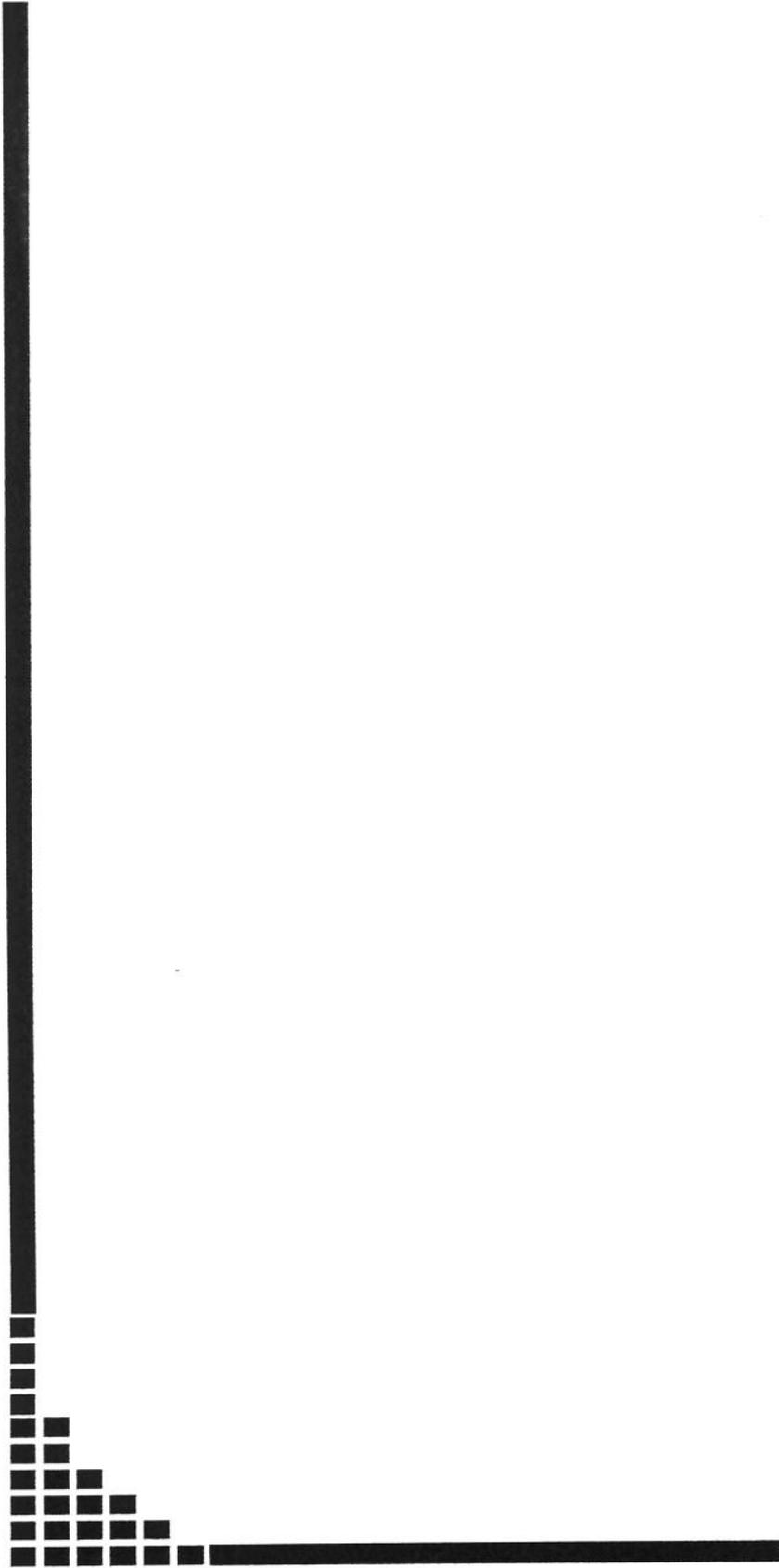
Será garantido o sigilo das informações a serem consultadas e os resultados obtidos serão apresentados posteriormente a esta Instituição.

Anexo a aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Maringá.

Agradecendo a atenção e colaboração, coloco-me à disposição para os esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Elizabeth Eriko Ishida Nagahama  
COREN 42.146-PR



**8. ANEXOS**

## ANEXO A

### ROTINA DE ATENDIMENTO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES DE BAIXO RISCO DO HUM

#### 1 Triage e agendamento

As gestantes são agendadas na recepção do Hospital Universitário de Maringá (HUM) através de encaminhamento realizado por acadêmicos de Medicina e de Enfermagem, funcionários da instituição e demanda espontânea.

Os critérios para a inscrição no Programa de Assistência Pré-Natal de Baixo Risco (PPNBR/HUM) são a existência de vaga no programa, definida em função do número de vagas para a consulta de pré-natal estabelecida durante a semana (média de 6 consultas por dia) e, preferencialmente, idade gestacional de no máximo 20 semanas.

Prioritariamente, o programa prevê o agendamento de mulheres que estejam no primeiro trimestre de gestação, não sendo adotado o critério de área de abrangência para a efetivação do atendimento.

A consulta de enfermagem para a realização da triagem é feita semanalmente por enfermeira e acadêmicas de enfermagem e compreende os procedimentos de:

- entrevista com a gestante e preenchimento de protocolo específico;
- solicitação de Teste Imunológico de Gravidez (TIG), se necessário;
- solicitação de exames laboratoriais conforme rotina do programa;
- solicitação de ultrassonografia obstétrica;
- orientação e incentivo à gestante para que compareça às consultas, se desejar, acompanhada com a pessoa de sua preferência;
- encaminhamento à nutricionista com preenchimento de impresso específico.

**QUADRO 1 - Exames complementares a serem realizados por trimestre gestacional**

Exame	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
Hemograma	x	x	x
Sorologia para sífilis (VDRL)	x	x	x
Urina I	x	x	x
Tipagem sanguínea e fator Rh	x		
Teste de Coombs Indireto	Realizado se a gestante for portadora de fator Rh negativo e se o parceiro for Rh positivo ou desconhecido e Du negativo.		
*HIV	x		
Hbs Ag	x		
Rubéola (IgG/IgM)	x		
**Glicemia em jejum	x		
Teste de Tolerância a Glicose Simplificado			x
Curva Glicêmica (GTT)	Se os valores no teste de tolerância à glicose simplificado forem maiores ou iguais a 140mg/dl		
Citomegalovírus(IgG/IgM)	x		
Toxoplasmose (IgG/IgM)	x	x	x
Ultrassonografia gestacional	entre a 11ª e 13ª semanas (Translucência nucal)	entre 20 e 22 semanas	<u>Se necessário,</u> entre 32 e 34 semanas
Bacterioscopia de secreção vaginal	Solicitado quando houver queixa de leucorréia		
Colpocitologia Oncótica	Realizado a partir do 2º trimestre de gestação		

\* Para a solicitação do teste anti- HIV é realizado o aconselhamento pré e pós teste.

\*\*Se houver fatores de risco para Diabetes Gestacional.

A partir destes procedimentos, classifica-se o risco gestacional, definido como gestação de alto e baixo risco. São consideradas gestantes de alto risco: gestação múltipla; gestantes nos extremos etários: menor de 15 anos e maior de 35 anos; portadoras de patologias como lupus eritematoso sistêmico, doenças cardiovasculares, doenças renais, diabetes mellitus, anemia grave, doenças infecto-contagiosas, mentais e imunológicas; incompetência istmocervical; alterações na ultrassonografia gestacional: poliidrânio, oligoidrânio, malformações fetais e moléstia trofoblástica. Este grupo de gestantes é encaminhado ao Ambulatório Pré-natal de Alto Risco do HUM.

As gestantes de Baixo Risco são aquelas que não apresentam sintomas clínicos ou alterações físicas que possam interferir na evolução gravídica e/ou bem-estar materno e fetal. Após o procedimento da triagem, estas são inscritas no PPNBR/HUM, que é conduzido pelo profissional enfermeiro, juntamente com demais membros da equipe de saúde.

As atribuições de cada profissional da equipe no PPNBR/HURM são :

- a) Enfermeira : realiza a consulta de pré-natal propriamente dita, desenvolve atividades educativas, responsabiliza-se pela triagem e encaminhamento de gestantes ao ambulatório pré-natal de alto risco; quando indicado, realiza internação hospitalar; treina e supervisiona as discentes de enfermagem.
- b) Médico obstetra: avalia as intercorrências clínicas e obstétricas ; discute os casos com a equipe de enfermagem: condutas, avaliação de exames laboratoriais, prescrição de medicamentos e necessidade de encaminhamento ao ambulatório pré- natal de alto risco; acompanha a gestação de alto risco.
- c) Nutricionista: verifica o estado nutricional da gestante, corrige hábitos alimentares, orienta dieta adequada ao estado geral, acompanha o ganho ponderal e rotina alimentar e enfatiza a importância do aleitamento materno.

A rotina de atendimento da nutricionista às gestantes de baixo risco compreende:

- todas as gestantes de baixo risco são encaminhadas ao serviço de nutrição após a consulta de enfermagem, para avaliação e orientação dietética;
- na primeira consulta é realizada anamnese alimentar com a correção dos hábitos alimentares, quando necessário;

- cada gestante é orientada com dieta adequada ao seu estado geral (baixo peso, obesidade, anemia, entre outros) que é verificado em anotações contidas no impresso de encaminhamento realizado pela enfermagem;
  - as gestantes são orientadas quanto à ingestão aumentada de líquidos e à prática de atividade física moderada (caminhadas, hidroginástica);
  - as gestantes são agendadas mensalmente, com o acompanhamento da evolução ponderal e de rotina alimentar;
  - as gestantes classificadas como obesas, de baixo peso ou com intercorrência que justifique acompanhamento com maior frequência, são avaliadas quinzenalmente;
  - é enfatizada em cada consulta a importância do aleitamento materno e recomendado cuidados especiais com as mamas;
  - a consulta com a nutricionista é realizada no puerpério tardio, após a consulta de enfermagem;
  - o registro do diagnóstico nutricional, das condutas e procedimentos é realizado em prontuário hospitalar e ficha de atendimento .
- d) Assistente social: faz o diagnóstico da situação social da cliente, auxilia na melhoria da situação social e/ou familiar: fornece cesta básica alimentar e auxílio-transporte, realiza orientação previdenciária e encaminha para a confecção de enxoval.

A rotina de atendimento da assistente social às gestantes de baixo risco compreende:

- preenchimento de relatório social e levantamento sócio-econômico da família;
- orientação e encaminhamento da cliente aos recursos da comunidade: enxoval, cesta básica, exames complementares, vale-transporte;
- orientação de questões trabalhistas e previdenciárias;
- registro do diagnóstico social e das condutas/procedimentos realizados em prontuário hospitalar e ficha de atendimento ;
- realização de visita domiciliar, quando necessário.

- e) Psicóloga: atende individualmente às gestantes que necessitam de acompanhamento e orientação psicológica.
- f) Fisioterapeuta: participa das reuniões mensais orientando às gestantes técnicas de alongamento, respiração e medidas específicas relacionadas às queixas mais comuns da gestação (lombalgias, dores musculares, orientação postural). Realiza atendimento individual quando solicitado pela equipe de enfermagem.

No ambulatório PPNBR/HUM as consultas de pré-natal são realizadas por 5 enfermeiras do HUM, 1 docente da Disciplina de Saúde da Mulher e da Criança do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (DEN/UEM) e acadêmicos de Enfermagem.

O número de consultas de enfermagem no ambulatório PPNBR/HUM é definido de acordo com a disponibilidade de carga horária dos participantes do programa (4 a 6 horas semanais); estrutura física disponível na unidade: 2 consultórios médicos; número máximo de 3 consultas de enfermagem/enfermeiro; tempo previsto para cada consulta (cerca de 40-60 minutos) e a garantia na qualidade do atendimento.

**QUADRO 2 - Agenda semanal de consultas de enfermagem - PPNBR/HUM**

Agenda	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Manhã	Gestantes do 3º trimestre	Consulta de revisão puerperal	Orientação em grupo Planejamento Familiar	Consulta de revisão puerperal	Gestante do 3º trimestre
Tarde			Grupo de Preparo para o Parto e Nascimento Humanizado	Consulta de enfermagem Planejamento Familiar	Gestante do 1º e 2º trimestre

## 2 Calendário de consultas

O número de consultas de pré-natal é baseado no padrão de visitas pré-natais para gestações não complicadas recomendada pelo American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): 1 visita por mês até 28 semanas, 2 visitas por mês até 36 semanas e 1 visita por semana até o nascimento.

**QUADRO 3 - Calendário de consultas - PPNBR/HUM**

<b>Idade gestacional</b>	<b>Periodicidade</b>
Até 28 semanas	Mensal
28ª a 36 semanas	Quinzenal
37 a 40 semanas	Semanal
40 1/7 semanas a 41 6/7 semanas	A cada 3 dias

Não existe número de consultas definido para cada gestantes, pois o agendamento pode ser alterado em função das necessidades da cliente assistida ou determinada pela equipe multiprofissional.

Durante a consulta de enfermagem, havendo indicação de avaliação por outros profissionais da equipe, a gestante é encaminhada ao médico, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta ou assistente social do programa.

A gestante é orientada a retornar à instituição se houver necessidade, independente do retorno agendado. O enfermeiro é o responsável imediato pelo atendimento das intercorrências clínicas e/ou obstétricas apresentadas pela gestante, porém, na ausência deste (feriados e recessos, finais de semana, períodos noturnos), a cliente é assistida pelo médico plantonista no setor de Pronto Atendimento do HUM e orientada a comunicar-se com a equipe do programa, assim que possível.

### 3 Roteiro da consulta de pré-natal

#### 3.1 Primeira consulta

Na primeira consulta é preenchido pela equipe de enfermagem impresso padronizado pelo serviço para as gestantes do ambulatório pré-natal de baixo e alto Risco.

##### Anamnese

- Identificação;
- Motivo da consulta;
- Antecedentes pessoais: diabete, hipertensão, cardiopatias, anemias, doenças renais crônicas, transfusões sanguíneas, viroses (rubéola e herpes), cirurgias, alergias, hanseníase, tuberculose e doenças infecto-contagiosas;
- Antecedentes familiares: especial atenção para hipertensão, diabetes, doenças congênitas, gemelaridade, câncer de mama, hanseníase, tuberculose e outros contatos domiciliares;
- Antecedentes ginecológicos: ciclos menstruais (intervalos, duração e regularidade); uso de método contraceptivo, vida sexual, dispareunia, sinusiorragia, infertilidade e esterilidade em tratamento, doenças sexualmente transmissíveis, cirurgias ginecológicas, última colpocitologia oncótica;
- Antecedentes obstétricos: número de gestações, número de partos e abortamentos, intervalo interpartal, evolução de gestações anteriores, número de filhos vivos, idade na primeira gestação, número de recém-nascidos pré-termo, pós-termo, de baixo peso e com mais de 4.000g, mortes neonatais precoces e tardias, natimortos, intercorrência ou complicações em gestações anteriores, complicações no puerpério, história de aleitamentos anteriores, intervalo entre o final da última gestação e o início da atual;
- Gestação atual: data da percepção dos primeiros movimentos fetais, sinais e sintomas da gestação em curso, medicamentos usados na gestação, se a gestação foi ou não desejada, hábitos: fumo, álcool e uso de drogas ilícitas, ocupação habitual;
- Questionar a pressão arterial e peso anteriores à gestação e anotar em prontuário hospitalar e cartão da gestante;

- Observar estado emocional da gestante;
- Calcular idade gestacional (IG) de acordo com a data da última menstruação (DUM) e/ou ultrassonografia gestacional (avaliar a concordância entre as duas datas);
- Calcular a data provável do parto (DPP) pela regra de Nagele.

#### Exame físico geral

- Avaliação do estado geral, principalmente o nutricional, através da Curva de Peso/Idade Gestacional;
- Aferição de peso, estatura, pulso e temperatura axilar (se necessário) e pressão arterial;
- Inspeção da cavidade oral, pele e mucosa;
- Palpação da tireóide;
- Ausculta pulmonar e cardíaca;
- Palpação do abdômen e dos membros inferiores (pesquisa de edema e varizes).

#### Exame ginecológico e obstétrico

- Exame das mamas;
- Orientação sobre a fisiologia das mamas na gestação e amamentação;
- Correção de variações anatômicas, como mamilos planos ou invertidos;
- Orientação do preparo das mamas para o aleitamento materno;
- Palpação abdominal pela manobra de Leopoldo Zweifel, dividida em 4 tempos: fundo uterino, dorso e pequenas partes, mobilidade do pólo e exploração da escava;
- Medida da altura uterina (AU), da borda superior da sínfise púbica ao fundo uterino;
- Ausculta dos batimentos cárdio-fetais (BCF), a partir de 10 a 12 semanas com sonar doppler e de 20 semanas com estetoscópio de Pinard;
- Inspeção dos genitais externos;
- Exame especular: inspeção das paredes vaginais, do conteúdo vaginal e do colo uterino;

- Coleta de material para colpocitologia oncótica e teste de Schiller (orifício externo do colo uterino) após o primeiro trimestre de gestação e se não houver ameaça de abortamento. É realizado nas gestantes cujo último exame tenha ocorrido há mais de 1 ano;
- Coleta de material para exame de bacterioscopia de secreção vaginal a fresco, se necessário;
- Toque vaginal simples para avaliar o canal vaginal e colo do útero.

**Condutas e orientações:**

- Vacinação da gestante: a equipe de enfermagem avalia o esquema vacinal e inicia, completa ou reforça a vacina antitetânica;
- Cuidados gerais e rotina de atendimento pré-natal;
- Encaminhamento à nutricionista;
- Encaminhamento à assistente social e psicologia, se necessário;
- Encaminhamento para atendimento odontológico;
- Prescrição de medicamentos, se necessário e conforme protocolo aprovado pela instituição;
- Agendamento de consultas subseqüentes conforme calendário de consultas;
- Fornecimento de atestado médico, se necessário;
- Registro das condutas/procedimentos em prontuário hospitalar e ficha de Pronto Atendimento.

**3.2 Roteiro das consultas subseqüentes**

- Anamnese atual;
- Avaliação da evolução da gestação e atenção aos fatores de risco existentes;
- Observação do estado emocional da gestante;
- Acompanhamento das condutas adotadas quando as gestantes são encaminhadas a outros profissionais;
- Cálculo e anotação da idade gestacional, estabelecendo comparação com a DUM e todas as ultrassonografias obstétricas realizadas;

- Exame físico, incluindo o gineco-obstétrico: determinação do peso e avaliação do estado nutricional; verificação da pressão arterial; inspeção da pele e mucosas; avaliação da cavidade oral; inspeção das mamas; medida da AU e palpação abdominal; indagação sobre presença de movimentos fetais; ausculta dos batimentos cardíacos; pesquisa de edemas e/ou varizes; coleta de material para exame de colpocitologia oncológica e, se necessário, bacterioscopia de secreção vaginal a fresco; toque vaginal e exame especular, se necessário.
- Controle do calendário de vacinação antitetânica;
- Interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessário;
- Orientação sobre a realização do mobilograma a partir da 32ª semana de gestação;
- Encaminhamento à nutricionista;
- Realização de práticas educativas (diálogo com a paciente e/ou casal) sobre: nutrição, medicamentos, álcool e fumo, higiene corporal, vestuário, repouso e lazer, imunização, atividade sexual, sinais e sintomas que exigem procura imediata do Pronto Atendimento, sinais e sintomas de trabalho de parto, orientação sobre participação ativa durante o trabalho de parto e parto e auto-cuidado no puerpério;
- Agendamento de consultas subsequentes.

### **3.3 Roteiro da consulta de pré natal no 3º trimestre de gestação**

#### Entre 37 a 40 semanas:

- Confirmar idade gestacional e avaliar concordância com a DUM e ultrassonografia gestacional ;
- Confirmar data provável do parto;
- Anamnese: indagar principalmente: perdas vaginais (tampão vaginal, líquido amniótico), presença de dinâmica uterina e movimentação fetal; avaliar o mobilograma; checar os exames do 3º trimestre e a atualização do esquema de vacina antitetânica; monitorar estado emocional da gestante;

- Exame físico: avaliação do estado geral; aferição de peso, estatura, pressão arterial, pulso e temperatura axilar(se necessário);inspeção de pele e mucosa; palpação do abdômen e dos membros inferiores (pesquisa de edema e varizes);
- Exame obstétrico: altura uterina: avaliar se houve a *queda do ventre*; palpação do útero, verificar mobilidade do polo cefálico : alto, baixo, fixo ou móvel; verificar a presença de dinâmica uterina; fazer o teste do estímulo sonoro simplificado, se necessário; realizar o toque vaginal a partir da 37ª semana de gestação, dinâmica uterina e cardiotocografia, se necessário;
- Atividades educativas: mobilograma; sinais de trabalho de parto; observar presença de dinâmica uterina; repouso/atividade física moderada; licença maternidade: a partir da 36ª semana de gestação, para as mulheres que exercem atividade remunerada; orientar que caso o parto ocorra em outro hospital, solicitar a um familiar que avise a equipe de enfermagem do ambulatório pré-natal do HUM para o agendamento de retorno no puerpério;
- Encaminhar à assistente social para orientação de registro de nascimento, licença maternidade e licença para amamentação.

Entre 40 1/7 a 41 6/7 semanas:

Dêve ser realizada a cada 3 dias acrescentando à avaliação obstétrica: cardiotocografia de rotina, avaliação de dinâmica uterina, mobilograma e amnioscopia, se necessário.

Se a gestação prolongar-se além do período de 41 6/7 semanas, a gestante é encaminhada ao ambulatório pré-natal de alto risco ou ao médico plantonista do Pronto Atendimento para avaliação e conduta.

#### **4 Realização de atividade educativa em grupo: grupo de preparo para o parto e nascimento humanizado**

O Grupo de Preparo para o Parto e Nascimento Humanizado foi incorporado à rotina de atendimento pré-natal em 2001 como forma de complementar as orientações fornecidas às gestantes durante as consultas de pré-natal.

A prática em grupo objetiva realizar atividades educativas, esclarecer dúvidas referentes ao ciclo gravídico puerperal e informar à mulher e acompanhante os direitos relacionados à maternidade e reprodução.

O convite à participação é realizada por telefone, aerograma ou no momento da consulta de pré-natal.

O trabalho em grupo prevê a participação de um acompanhante para cada gestante, devendo ser, de preferência, a pessoa que a acompanhará durante o trabalho de parto e parto pois este também estará vivenciando um momento único, sobre o qual possui dúvidas e ansiedades.

A atividade ocorre mensalmente em uma das salas de aula do bloco didático do Departamento de Medicina do HUM, na qual participam alguns profissionais, entre estes a assistente social, fisioterapeuta, enfermeiras, discentes e auxiliares de enfermagem.

A cada encontro é abordado um novo tema, sendo enfatizado em todos, as orientações e incentivo ao aleitamento materno.

#### **5 Consulta de revisão puerperal**

A atenção sistemática ao ciclo gravídico-puerperal inclui, no mínimo, uma consulta pós-parto. Essa consulta objetiva a manutenção da amamentação, a introdução da contracepção necessária para o devido intervalo entre as gestações e a detecção de intercorrências próprias desse período.

A equipe de enfermagem realiza visita ao binômio no alojamento conjunto do HUM com o objetivo de reforçar as orientações sobre o aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, agendamento de consulta de revisão puerperal e ambulatório de planejamento familiar do HUM.

As gestantes, cujo parto foi realizado em outra instituição, são orientadas a realizar agendamento da consulta de revisão puerperal por telefone.

#### Roteiro da consulta de puerpério

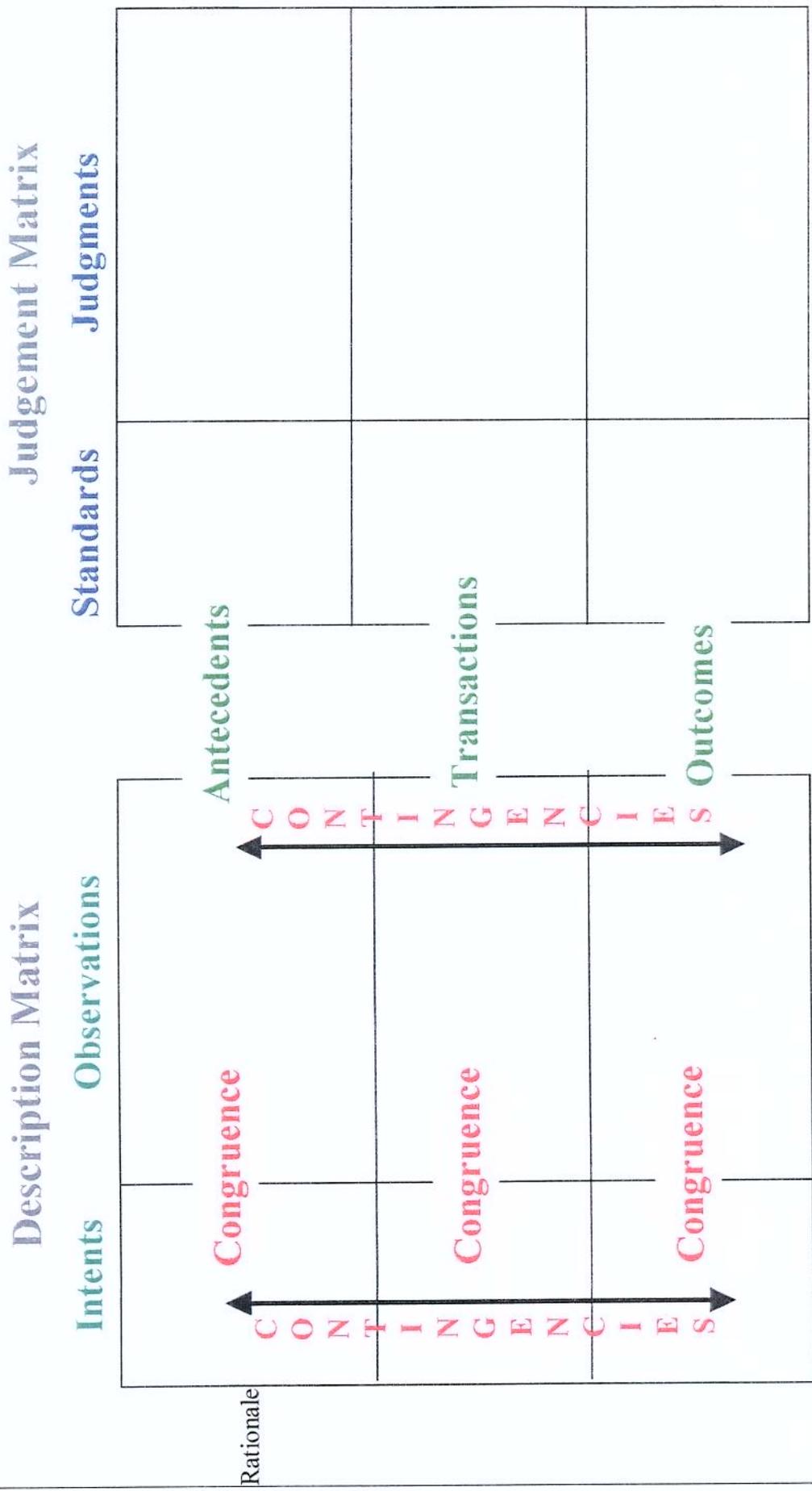
- Anamnese: atentar ao processo de adaptação psico física e social da mulher no puerpério; questionar e anotar quanto à: prática da amamentação (técnica, queixas e intercorrências), loquiação (aspecto, cor e quantidade), eliminações fisiológicas, sono e repouso, queixas algicas, cuidados com o recém-nascido (RN);
- Anotar em prontuário dados relativos ao RN: data de nascimento, sexo, peso, estatura e escala de Apgar ao nascer.
- Exame físico geral: verificação do estado geral (mucosas, hidratação); avaliação do estado emocional; verificação dos sinais vitais; verificação do peso; inspeção de pele e mucosas; inspeção e palpação das mamas: fissuras, engurgitamento mamário, sinais inflamatórios e secreção láctea; palpação abdominal e avaliação da involução uterina; inspeção de membros inferiores (edema, varizes, sinais de flebite); avaliação da cicatriz cirúrgica ou episiorrafia: secreção, edema, hematoma, sinais inflamatórios, deiscência; avaliação da loquiação: aspecto, cor e quantidade.
- Coletar material para exame de secreção vaginal, se necessário;
- Práticas educativas: cuidados com as mamas: orientação de técnica de ordenha manual, medidas de prevenção de fissuras, mastite e engurgitamento mamário; cuidados gerais: alimentação, hidratação, atividade sexual e física, necessidade de repouso; adaptação psico-social no puerpério: orientar quanto à necessidade da mulher cuidar de sua individualidade ( não exigir o modelo de *super mãe*): dividir as tarefas maternas principalmente com o marido (ensinando e estimulando-o); solicitar auxílio de amigos e familiares quando necessário; restringir visitas sociais ou selecioná-lo de acordo com a sua vontade; alertar para a diferença de tratamento de quando estava grávida e após o parto (agora o bebê é o centro das atenções); orientar que a labilidade emocional é comum neste

período: não utilizar medicação ou bebida alcoólica para se acalmar; tranquilizar a puérpera sobre o choro do bebê: conhecer seu bebê leva um pouco de tempo; orientação sobre contracepção: estimular o método da lactação-amenorréia (LAM); estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida do RN; orientar cuidados com o RN: esquema vacinal, higiene e inscrição no ambulatório de puericultura multiprofissional do HUM;

- Encaminhar à nutricionista;
- Agendar consulta no ambulatório de planejamento familiar;
- Encaminhar para avaliação médica e psicológica quando necessário.

ANEXO B  
MATRIZ DE AVALIAÇÃO DE STAKE

# Stake's Matrix Countenance Evaluation



Source: "The countenance of Educational Evaluation"  
Appud Whorthen Br.; Sanders J.R.; Fitzpatrick J.L.  
Program Evaluation (1997) p.p. 157.