

ISSN: 2317-3092

Recebido em:
26/08/2020
Aprovado em:
23/01/2021

ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA PERSPECTIVA DA REDE MÃE PARANAENSE

Prenatal care in the perspective of the Mãe Paranaense network

Como citar este artigo

Machado AFC, Arcoverde MAM, Caldeira S, Silva-Sobrinho RA, Silva RMM, Zilly A. Atenção pré-natal na perspectiva da rede mãe paranaense. Rev Norte Mineira de enferm. 2020; 9(2):78-89.



Autor correspondente

Adriana Zilly
Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, BR.
Correio eletrônico: aazilly@hotmail.com

Aline Fernanda Campos Machado ¹, Marcos Augusto Moraes Arcoverde ², Sebastião Caldeira ³, Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho ⁴, Rosane Meire Munhak da Silva ⁵, Adriana Zilly ⁶.

1 Mestre em Ensino pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Hospital Ministro Costa Cavalcanti de Foz do Iguaçu, PR, BR, aline_saxe@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6005-8541>

2 Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, BR, marcos.arcoverde2013@gmail.com, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5104-559X>

3 Doutor em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, BR, sebastiao.caldeira@unioeste.br, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2827-1833>

4 Doutor em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, BR, reisobrinho@yahoo.com.br, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0421-4447>

5 Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, BR, zanem2010@hotmail.com, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3355-0132>

6 Doutora em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, BR, aazilly@hotmail.com, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8714-8205>

DOI: <https://doi.org/10.46551/rnm23173092202090208>

Objetivo: Analisar as ações para à atenção pré-natal na perspectiva da Rede Mãe Paranaense, na ótica da mulher/usuária. **Método:** Pesquisa descritiva, transversal, com 292 puérperas, internadas em alojamento conjunto. Utilizou-se um instrumento estruturado construído com base nas diretrizes da Rede Mãe Paranaense. **Resultados:** A maioria das participantes era primigesta, com pré-natal realizado em unidades básicas de saúde, com início precoce, mais de seis consultas, sendo iniciado pelo enfermeiro ($p < 0,001$). O risco gestacional não foi registrado no cartão de saúde e tampouco informado a gestante (59,7%). Poucas visitaram a maternidade (38,4%) ou participaram em grupos de gestantes (11,6%). As informações sobre gestação/parto foram adquiridas pela internet (62,7%). Consulta odontológica, citologia oncótica, exames das mamas ($p < 0,001$) e de imagem ($p < 0,002$) foram pouco frequentes. **Conclusões:** Foram encontradas fragilidades na atenção pré-natal com respeito a magnitude e qualidade das consultas e educação em saúde, deste modo, o pré-natal foi



Atenção pré-natal na perspectiva da rede mãe paranaense
classificado como intermediário.

DESCRITORES: Gravidez; Atenção Primária à Saúde; Cuidado Pré-Natal; Enfermagem.

Objective: To analyze the actions for prenatal care in the perspective of the *Mãe Paranaense* Network, from the point of view of the woman/user. **Method:** A descriptive and cross-sectional research study conducted with 292 puerperal women, hospitalized in Rooming-In. A structured instrument was used, based on the guidelines of the *Mãe Paranaense* Network. **Results:** Most of the participants were primigravidae, with prenatal care performed in basic health units, with early onset, more than six consultations, and being initiated by the nurse ($p < 0.001$). Gestational risk was not recorded on the health card nor informed to the pregnant woman (59.7%). Few visited the maternity ward (38.4%) or participated in groups of pregnant women (11.6%). The information on pregnancy/delivery was acquired over the Internet (62.7%). Dental consultation, oncotic cytology, breast exams ($p < 0.001$) and imaging ($p < 0.002$) were uncommon. **Conclusions:** Weaknesses were found in prenatal care with respect to the magnitude and equality of consultations and health education; thus, prenatal care was classified as intermediate.

DESCRIPTORS: Pregnancy; Primary Health Care; Prenatal care; Nursing.

INTRODUÇÃO

Como forma de qualificar a assistência no pré-natal e parto, o Ministério da Saúde (MS) a partir da portaria nº 1.459 de 2011, criou uma rede de assistência denominada Rede Cegonha, com vistas a incrementar as gestantes o direito de participar de seu plano de cuidados, buscando humanizar a gravidez, o parto e o puerpério e, além disso, assegurar às crianças, o direito ao nascimento seguro e crescimento saudável⁽¹⁾.

Nesta direção, a Política Nacional de Atenção à Saúde Materna no Brasil menciona a atuação do enfermeiro como provedor do acolhimento ao binômio mãe-bebê. Ele é responsável por criar ações humanas e educativas para essa clientela, proporcionando maior confiança e reconhecimento de necessidades⁽²⁾. Assim, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de orientar sobre o parto, amamentação, cuidados com o recém-nascido e puerpério, a fim de evitar enfermidades que possam afetar a saúde materno-infantil⁽³⁾.

Para incentivar a implantação dessas medidas no Paraná, em 2012, foi instituída a Rede Mãe Paranaense, que visa fazer: captação precoce da gestante; acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas; realização de exames laboratoriais/imagem; estratificação de gestantes e crianças no grupo de Risco Habitual, Intermediário e Alto Risco; atendimento em serviços de Atenção Primária à Saúde ou em ambulatório especializado conforme o risco apresentado; garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital definido pela estratificação de risco; atenção humanizada no ciclo gravídico-puerperal⁽⁴⁾.

Um estudo realizado no sudoeste do Paraná, verificou a necessidade de promover intervenções em saúde para monitorar o cumprimento dos protocolos assistenciais preconizados para o pré-natal após a implantação da Rede Mãe Paranaense⁽⁵⁾. Em outro estudo que envolveu municípios da região oeste do estado, foram encontrados resultados insatisfatórios com relação ao



início precoce do pré-natal, realização de testes rápidos de HIV e sífilis, imunização, consultas odontológicas, além de atrasos dos registros no sistema de informação⁽⁶⁾. Para a assistência à criança nesta mesma região, outros pesquisadores apontaram que os testes de triagem neonatal foram realizados para a maioria das crianças, contudo, a imunização, a estratificação de risco e o registro das atividades dos enfermeiros ainda apresentaram falhas⁽⁷⁾.

O estudo de avaliação documental em três Regionais de Saúde, também no estado do Paraná, identificou que após a implantação da Rede Mãe Paranaense, a 10ª e 17ª Regionais de Saúde (Cascavel e Londrina, respectivamente) apresentaram melhores resultados na atenção materna e infantil, enquanto que, a 9ª Regional de Saúde (Foz do Iguaçu) não mostrou valores adequados, inferindo a existência, naquele momento, da necessidade de melhorar a qualificação dos profissionais e do sistema de informações⁽⁸⁾.

Diante disso, abordar a atenção no pré-natal e nascimento no Paraná torna-se relevante, considerando que ainda existem lacunas assistenciais, mesmo após a implantação da rede e, por conseguinte, pouco se sabe sobre a perspectiva da mulher neste contexto e quais aspectos que de fato são relevantes para a sua assistência durante a gestação. Neste escopo, o objetivo deste estudo foi analisar as ações para à atenção pré-natal na perspectiva da Rede Mãe Paranaense, na ótica da mulher/usuária.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, transversal, desenvolvida em um município de tríplice fronteira pertencente a 9ª Regional de Saúde do Paraná, que possuiu 405 estabelecimentos de saúde, desses 64 são de natureza administrativa pública e 28 são unidades de Atenção Primária à Saúde, dos quais oito do modelo tradicional – Unidades Básicas de Saúde e 20 com Estratégia Saúde da Família. Além disso, o município conta com o Centro Materno Infantil, que realiza atendimentos a gestantes brasileiras que residem no Paraguai, denominadas brasiguaias, considerando que estas não podem comprovar residência no país, mas por serem de nacionalidade brasileira, têm o direito de ser inseridas em todas as ações do pré-natal e parto, conforme preconiza a Rede Mãe Paranaense.

Foi realizado o cálculo amostral da população a ser estudada no município, com base no número de partos no ano de 2016. Considerou-se uma margem de erro da pesquisa de 5%, um nível de confiança de 95%, e definiu-se um acréscimo de 10% como margem de segurança para atender o número amostral. A partir de cálculo amostral, a população do estudo foi constituída por 292 mulheres/usuárias, atendidas na maternidade de referência na cidade estudada, preferencialmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no intuito de verificar a assistência pré-natal e o seguimento na Atenção Primária à Saúde.

Os critérios de inclusão foram mulheres que realizaram o parto na maternidade em estudo, residentes na área urbana, acima de 18 anos ou menores de idade acompanhada de seus responsáveis. Foram excluídas mulheres com qualquer agravo e/ou problema de saúde, de acordo com o prontuário da mesma, que poderia impedir sua participação.

Realizou-se a coleta de dados, em 2017-2018, no hospital de referência para gestação de alto risco e neonatologia, o qual pertence a uma fundação que presta atendimento para o SUS, convênios e particulares. Alunos do curso de enfermagem, juntamente com os pesquisadores responsáveis foram treinados e participaram da coleta.

A pesquisa com as mães foi realizada por meio da aplicação de um questionário, baseado em indicadores previstos na Rede Mãe Paranaense, contendo: i) variáveis socioeconômicas/demográficas: raça/cor, situação conjugal, ocupação, escolaridade; ii) histórico obstétrico: gestação anterior, intervalo interpartal < 1 ano, história obstétrica anotada; iii) descrição da assistência pré-natal: consultas pré-natal, local de pré-natal, início do pré-natal, profissional 1ª consulta, estratificação de risco, informada sobre o risco, profissional que informou, consultas odontológicas, citologia oncológica, exames das mamas, classificação pré-natal, exames laboratoriais, participação em grupo de gestante, busca por informações sobre a gestação, informação para



procurar hospital, visita a maternidade; iii) Fontes de informação: internet, mãe/sogra, amiga, televisão, livros/revistas, enfermeiro, médico.

Para a classificação do pré-natal, seguiu os seguintes parâmetros⁽⁹⁾: a) Adequado (início das consultas anterior a 14 semanas gestacionais; seis ou mais consultas; cinco ou mais registros para Altura Uterina (AU), Idade Gestacional (IG), Pressão Arterial (PA) e peso materno; quatro ou mais registros para Batimentos Cardíacos Fetais (BCF); dois ou mais registros para apresentação fetal; um registro para tipagem sanguínea, hemoglobina e hematócrito; dois registros para glicemia, exame para detecção de sífilis gestacional (VDRL) e urina tipo I); b) Inadequado (início após 27 semanas de gestação; duas ou menos consultas; duas ou menos anotações de AU, IG, PA, peso e BCF; nenhum registro da apresentação fetal ou nenhuma anotação de exame laboratorial. c) Intermediário (as demais associações).

Os dados foram analisados com o software livre R versão 3.5.2, mediante estatística descritiva (frequência e proporção) e analítica (associação), o teste utilizado tanto para análise das distribuições das proporções quanto para análise das associações entre as variáveis estudadas foi o qui-quadrado (χ^2), o erro tipo I foi fixado a 5% ($p < 0,05$) como estatisticamente significativo.

Com respeito aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob CAAE nº 67574517.1.1001.5231.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 292 puérperas, com média de idade de 25,8 anos, sendo a mínima 10 e máxima 43 anos. A maioria das participantes são brancas (52,7%), tem o ensino fundamental completo (31,1%), com companheiro fixo (88,7%) e não exercem profissão remunerada (53,4%). A raça/cor, situação conjugal e escolaridade mostraram resultados com significância estatística ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Ainda na mesma tabela, gestações anteriores, período interpartal superior a um ano e registro do histórico obstétrico foram estatisticamente significantes nesta pesquisa ($p < 0,001$).

Tabela 1 - Características das gestantes de acordo com a raça/cor, situação conjugal, ocupação, escolaridade, gestação anterior, intervalo interpartal, anotação do histórico obstétrico no cartão de saúde da gestante, Foz do Iguaçu - PR, 2017-2018

Variável	Categorias	n	%	Valor-p
Raça/Cor	Amarela	1	0,3	<0,001
	Branca	154	52,7	
	Ignorado	2	0,7	
	Negra	24	8,2	
	Parda	111	38,1	
Situação Conjugal	Com companheiro	259	88,7	<0,001
	Sem companheiro	33	11,3	
Ocupação	Remunerada	136	46,6	0,242
	Não remunerada	156	53,4	



Atenção pré-natal na perspectiva da rede mãe paranaense

Escolaridade	Até fundamental	90	31,1	<0,001
	Até nível médio	169	57,7	
	Até nível superior	28	9,5	
	Sem escolaridade	5	1,7	
Gestação Anterior	Sim	183	62,7	<0,001
	Não	109	37,3	
Intervalo interpartal <1 ano	Sim	17	5,8	<0,001
	Não	275	94,2	
História obstétrica anotada	Não	19	6,5	<0,001
	Sim	173	59,3	
	Não se aplica	100	34,2	

Fonte: Autoria própria.

De acordo com a Tabela 2, todas as mulheres participantes deste estudo realizaram o pré-natal. Verificou-se significância estatística ($p < 0,001$) para mulheres que realizaram seis ou mais consultas (81,2%) e para as que realizaram as consultas em UBS (91,1%), no entanto, poucas mulheres (3,4%), estratificadas no grupo risco intermediário ou alto risco, buscaram atendimento no ambulatório especializado.

Do mesmo modo, encontrou-se significância estatística ($p < 0,001$) para o início do pré-natal antes de 14 semanas de gestação (79,4%), primeira consulta realizada pelo enfermeiro (89,0%) e gestantes estratificadas como risco habitual (61,0%). Importante destacar que para 8,6% das gestantes o risco não foi estratificado. Menos da metade das gestantes (40,3%) foram informadas sobre o risco apresentado, sendo que o enfermeiro foi o profissional que mais as informou (40,8%), com significância estatística para ambos ($p < 0,001$).

Tabela 2 - Caracterização do atendimento pré-natal de acordo com número de consultas, local do pré-natal, início do pré-natal, profissional que realizou a 1ª consulta, estratificação de risco, se gestante informada e profissional que informou o risco gestacional, Foz do Iguaçu - PR, 2017-2018

Variável	Categorias	n	%	Valor-p
Consultas de pré-natal	6 ou mais	237	81,2	<0,001
	3 a 5	43	14,7	
	0 a 2	9	3,1	
	Não	3	1,0	
Local de pré-natal	Ambulatório especializado	4	1,3	<0,001
	Unidade Básica de Saúde	267	91,5	
	Unidade Básica de Saúde/ambulatório especializado	6	2,1	
	Unidade Básica de Saúde/Consultório privado	15	5,1	

Atenção pré-natal na perspectiva da rede mãe paranaense

Início do Pré-natal	<14 semanas	232	79,4	<0,001
	14 a 27 semanas	49	16,8	
	>27 semanas	7	2,4	
	Não informado	4	1,4	
Profissional 1ª consulta	Enfermeiro	260	89,1	<0,001
	Clínico Geral	8	2,7	
	Ginecologista/Obstetra	13	4,5	
	Não sabe informar	8	2,7	
	Técnica/Auxiliar enfermagem	3	1,0	
Estratificação de risco	Não realizado	25	8,6	<0,001
	Alto Risco	55	18,8	
	Risco Intermediário	34	11,6	
	Risco Habitual	178	61,0	
Informada sobre o risco	Sim	175	40,3	<0,001
	Não	117	59,7	
Profissional que informou	Enfermeiro	119	40,8	<0,001
	Médico	50	17,1	
	Enfermeiro + Médico	3	1,0	
	Não informada	116	39,7	
	Não sabe dizer quem	4	1,4	

Fonte: Autoria própria.

A tabela 3 a seguir apresenta as ações desenvolvidas no pré-natal, e foram demonstrado resultados estatisticamente significantes ($p < 0,001$) para a falta de consultas odontológicas (72,9%), citologia oncológica (62,7%), exame das mamas (42,8%) e pré-natal classificado como intermediário (73,3%). Por outro lado, resultados favoráveis foram observados para a realização dos exames laboratoriais (97,9%).

Tabela 3 – Ações desenvolvidas no pré-natal: consultas odontológicas, citologia oncológica, exame das mamas, classificação do pré-natal e exames laboratoriais, Foz do Iguaçu - PR, 2017-2018

Variável	Categorias	N	%	Valor-p
Consultas odontológicas	Sim	79	27,1	<0,001
	Não	213	72,9	
Citologia Oncológica	Antes da gravidez	81	27,7	<0,001
	Não fez	183	62,7	
	Sim	28	9,6	
Exames das mamas	Não	125	42,8	<0,001
	Sem registro	4	1,4	
	Sim	163	55,8	



Atenção pré-natal na perspectiva da rede mãe paranaense

Classificação pré natal	Adequado	6	2,0	<0,001
	Intermediário	214	73,3	
	Inadequado	72	24,7	
Exames laboratoriais	Sim	286	97,9	<0,001
	Não	4	1,4	
	Não registrado	2	0,7	

Fonte: Autoria própria.

Com respeito as ações de educação em saúde, verificou-se que a maioria das participantes (88,4%) não participaram de grupos de gestantes, mas mesmo assim, buscaram informações sobre a gestação (70,5%), com dados com significância estatística ($p < 0,001$). Quanto as fontes de informação, a maioria das gestantes priorizou a busca pela internet (70,5%). Resultado estatisticamente significativo também foi observado quanto a informação para buscar a maternidade diante de agravos (96,6%), contudo mais da metade das participantes (61,6%) não visitaram a maternidade antes da realização do parto (Tabela 4).

Tabela 4 – Características relacionadas as informações e fontes procuradas por gestantes: internet, mãe/sogra, amiga, televisão, livros/revistas, enfermeiro, médico, Foz do Iguaçu - PR, 2017-2018

Variáveis	Categorias	n	%	Valor-p
Participou de grupo de gestante	Sim	34	11,6	<0,001
	Não	258	88,4	
Buscou informação na gravidez	Sim	206	70,5	<0,001
	Não	86	29,5	
Informações na internet	Sim	183	62,7	<0,001
	Não	109	37,3	
Informações com mãe/sogra	Sim	57	19,5	<0,001
	Não	235	80,5	
Informações com amiga	Sim	38	13,0	<0,001
	Não	254	87,0	
Informações na televisão	Sim	16	5,5	<0,001
	Não	276	94,5	
Informações em livros/revistas	Sim	11	3,8	<0,001
	Não	281	96,2	
Informações com enfermeiro	Sim	40	13,7	<0,001
	Não	252	86,3	





Atenção pré-natal na perspectiva da rede mãe paranaense

Informações com médico	Sim	61	20,9	<0,001
	Não	231	79,1	
Informada a procurar o hospital	Sim	282	96,6	<0,001
	Não	10	3,4	
Visitou a maternidade	Sim	112	38,4	<0,001
	Não	180	61,6	

Fonte: Autoria própria.

Conforme o referencial adotado, foi possível classificar os pré-natais realizados, essa avaliação identificou que seis (2,0%) puérperas tiveram pré-natal classificado como Adequado, 72 (24,7%) puérperas tiveram pré-natal classificado como Intemédiário e 214 (72,3%) como Inadequado. A distribuição dessa variável foi significativa isoladamente ($p < 0,001$). Na sequência, testou-se quais variáveis poderiam estar associadas a esta condição.

O teste Qui-quadrado realizado para verificação de associação entre variáveis categóricas, evidenciou relação do pré-natal classificado como intermediário para a escolaridade de ensino médio completo/incompleto ($p < 0,001$), pré-natal realizado na UBS ($p < 0,001$), continuidade do pré-natal na UBS de origem ($p < 0,009$) e a não informação sobre o risco gestacional ($p < 0,002$), de acordo com a Tabela 5.

Ainda na mesma tabela, apresenta-se as variáveis com dados significativos para a falta de realização da ultrassom morfológica ($p < 0,002$) e para a busca por informações sobre a gravidez ($p < 0,005$) relacionados ao grau de classificação do pré-natal.

Tabela 5 – Relação da classificação do pré-natal com a escolaridade materna, pré-natal em acompanhamento no local de origem, profissional que informou sobre o risco, ultrassom morfológica e busca por informações, Foz do Iguaçu - PR, 2017-2018

Variável	Adequado n1 (%)	Intermediário n2 (%)	Inadequado n3 (%)	Valor-p			
Escolaridade							
Fundamental completo/incompleto	5	1,7	66	23	19	6,6	0,001
Médio completo/incompleto	0	0,0	120	41,8	49	17,1	
Superior completo/incompleto	1	0,3	23	8	4	1,4	
Local de pré-natal							
Ambulatório especializado	1	0,3	2	0,7	1	0,3	0,001
Unidade Básica de Saúde	4	1,4	193	66,1	70	24	
Unidade Básica de Saúde/Ambulatório especializado	1	0,3	5	1,7	0	0,0	
Unidade Básica de Saúde/Privado	0	0,0	14	4,8	1	0,3	



Acompanhamento Unidade Básica de Saúde de origem

Sem registro	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0,009
Não se aplica	2	0,7	152	52,1	41	14	
Não	0	0,0	9	3,1	0	0,0	
Sim, continuou	4	1,4	53	18,2	30	10,3	

Profissional informou o risco

Enfermeiro	1	0,3	81	27,7	37	12,7	0,002
Enfermeiro + Médico	0	0,0	3	1,0	0	0,0	
Médico	3	1,0	33	11,3	14	4,8	
Não foi informada	1	0,3	94	32,2	21	7,2	
Não sabe informa	1	0,3	3	1,0	0	0,0	

Ultrassom morfológica

Sem registro	0	0,0	7	2,4	1	0,3	0,002
Não	3	1,0	141	48,3	30	10,3	
Sim	3	1,0	66	22,6	41	14	

Buscou informação

Não	0	0,0	55	18,8	31	10,6	0,005
Sim	6	2,1	159	54,5	41	14,0	

Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

Com respeito as características sociodemográficas, a idade adequada para gestar (19 e 34 anos), raça/cor branca, nível médio de escolaridade, ter um companheiro fixo e não exercer trabalho remunerado, foram aspectos identificados para a maioria das participantes e que contemplam uma gestação de risco habitual, segundo a Rede Mãe Paranaense. Importante apontar que os extremos de idade (10 e 43 anos) identificados exigem cautela por parte dos profissionais, considerando que os agravos a saúde materna e fetal fazem parte, especialmente, destes segmentos etários⁽¹⁰⁾. Do mesmo modo, embora poucas participantes se autodeclararam de raça negra/cor preta, esta variável é considerada fator de risco para desenvolvimento de comorbidades e para o acesso aos serviços de saúde, quando comparada a raça branca^(4,11).

Como a maioria das gestantes possuía um companheiro, ressalta-se que a situação conjugal no ciclo gravídico puerperal pode fortalecer o vínculo entre o casal e o recém-nascido, o que é importante para estimular o parceiro a atuar desde o pré-natal até o nascimento da criança, bem como participar dos primeiros cuidados com a mesma e auxiliar na amamentação⁽¹²⁾.

No tocante ao histórico obstétrico, ter o registro de tudo o que aconteceu em gestações anteriores, quais exames foram feitos, presença de agravos e características do nascimento do filho anterior, é relevante para a atenção pré-natal e garante segurança para a mãe e o bebê, incluindo um período adequado para o corpo feminino se recuperar para uma próxima gestação. Uma pesquisa identificou que o período reportado como adequado tem sido de dois a quatro anos⁽¹³⁾.

Esta investigação apresentou aspectos favoráveis para o número de consultas, exames laboratoriais, estratificação de risco e início do pré-natal, contudo, foram evidenciadas lacunas na magnitude do cuidado levando a falhas para o acompanhamento pré-natal, classificando-o como intermediário, na perspectiva da mulher usuária. Dados semelhantes foram identificados na pesquisa realizada com gestantes na região Sul e Nordeste do Brasil⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

É notório que a redução da mortalidade materna e infantil no Brasil está diretamente relacionada às ações desenvolvidas para o cuidado no pré-natal e nascimento, todavia, a incidência de agravos é decorrente de uma (des)assistência em termos de qualidade no que diz respeito à continuidade do cuidado, da promoção da saúde, da prevenção de danos e educação em saúde^(4,15). Apesar do alto número de consultas de pré-natal, os dados aqui apresentados coadunam com os resultados de uma revisão da literatura realizada no Brasil, onde os índices de cobertura foram altos, mas a presença de falhas na continuidade e pouca qualidade dispensada foram excepcionalmente preditores para o aumento de agravos a saúde materna e infantil⁽¹⁶⁾.

Além disso, o registro das ações, seja da história pregressa ou da gestação atual, é extremamente necessário, visto que se refere a uma forma de garantir a continuidade do cuidado e de proporcionar o bom acompanhamento por profissionais mais qualificados⁽¹⁷⁾.

Neste cenário, é relevante destacar o protagonismo do enfermeiro para a atenção pré-natal por meio da consulta de enfermagem, a qual se refere a uma ação realizada privativamente pelo enfermeiro e tem como objetivo oportunizar condições para a promoção da saúde da gestante e melhoria na qualidade de vida da mulher⁽²⁻³⁾. Sendo assim, cabe ao enfermeiro a abertura do pré-natal, estratificação do risco gestacional e acompanhamento, conjuntamente à realização de outras ações de promoção, prevenção e educação em saúde⁽¹⁵⁾.

Segundo a Rede Mãe Paranaense, a gestante de Risco Habitual é aquela mulher que não apresenta características individuais, sociodemográficas, de história reprodutiva anterior e de agravos à sua saúde; Risco Intermediário envolvem mulheres com características individuais, sociodemográficas, de gestações anteriores, que possam comprometer sua saúde atual; Alto Risco, estão inseridas nesse grupo as gestantes com doenças prévias e ou com agravos na gestação atual, e que possa comprometer a saúde física de mãe e bebê⁽⁴⁾.

É preconizado ao enfermeiro, o acompanhamento da gestante de risco habitual, enquanto que gestantes de risco intermediário e de alto risco devem ser vinculadas as unidades especializadas para o seguimento médico, no entanto, estas gestantes, embora acompanhadas por profissionais especialistas, elas devem retornar a sua unidade de saúde de origem para a continuidade de seus cuidados a nível primário, considerando que este serviço é a porta de entrada para o pré-natal e para todas suas ações, independentemente do momento ou do número de vezes que precisar dos serviços^(4,7).

A magnitude do seguimento pré-natal envolve um conjunto de exames laboratoriais e de imagens, procedimentos clínicos, intervenções educativas realizadas durante as consultas e ou de forma coletiva, todas quais buscando monitorar a evolução da gravidez, detectar antecipadamente e tratar as intercorrências mais recorrentes, contudo outras ações se fazem importantes para a completude da atenção pré-natal^(4,15).

Diversas mudanças fisiológicas são percebidas na gestante, deste modo, justifica-se a necessidade de pelo menos duas consultas odontológicas durante a gravidez, para que ela receba orientações e tratamentos oportunos de desconfortos e possa prevenir agravos como as infecções. Pesquisadores descrevem que a procura por consultas odontológicas no período gestacional ainda se encontra insipiente e poucos estudos são realizados para verificar a baixa adesão⁽¹⁸⁾, contudo, o nível educacional, nacionalidade, autocuidado e conhecimento sobre saúde oral são fatores determinantes para a adesão ao cuidado em mulheres grávidas⁽¹⁹⁾.

E com respeito a citologia oncótica, embora não seja um exame de rotina pré-natal, é fundamental que este seja realizado, considerando a oportunidade de visita ao serviço de saúde criada pelo acompanhamento pré-natal⁽⁴⁾.

Com relação às ações educativas no pré-natal, um importante alicerce para a promoção da saúde, verifica-se uma tendência a restrição dessas ações apenas durante as consultas individuais, com o simples repasse de algumas informações sobre gravidez, parto e cuidados com o bebê. Assim, embasadas em uma abordagem pouco atraente, as gestantes acabam por recorrer a busca por informações em outros meios, principalmente pela internet, amigos e familiares.

É fundamental o despertar dos profissionais para o exercício da educação em saúde por outras metodologias, nesta direção, compreende-se que a promoção da saúde torna-se uma importante vertente para a prevenção de doenças e complicações no processo de adoecimento, além de ser um meio de transmissão de informações em saúde mediante processos educativos, por exemplo, com o uso de roda de conversa ou de grupo focal⁽²⁰⁾.

A generalização deste estudo não é indicada, considerando que os resultados retratam um município e não o estado, embora teoricamente todos devam seguir a linha guia da Rede Mãe Paranaense, estudos de aprofundamento ainda são necessários para verificação da completa implantação e funcionamento adequado.

CONCLUSÕES

Os resultados mostraram que as participantes tinham idade média de 25,8 anos, brancas, nível médio de escolaridade, com companheiro fixo e não exerciam profissão remunerada. Entre as mulheres com gestações anteriores, o período interpartal foi superior a um ano e havia o registro do histórico obstétrico no cartão de saúde da gestante.

As consultas de pré-natal foram iniciadas precocemente, em número adequado (superior a seis), realizadas em UBS, sendo o enfermeiro o profissional que realizou a primeira consulta e as gestantes estratificadas como risco habitual. Menos da metade das gestantes foram informadas sobre o risco apresentado, e dentre as que receberam a informação, o enfermeiro foi o profissional que mais as informou.

O presente estudo mostra fragilidades na atenção pré-natal, no que diz respeito a magnitude e qualidade das consultas e na educação em saúde, sendo deste modo, classificado como intermediário. Foram observadas falhas na realização de consultas odontológicas, da citologia oncótica, informação sobre o risco gestacional, exames de imagem e exame das mamas. Com respeito as ações de educação em saúde, a maioria não participou de grupos de gestantes, e buscaram informações, mas pela internet. Além disso, muitas gestantes não visitaram a maternidade antes da realização do parto.

Este estudo possibilitou um olhar mais crítico sobre a assistência prestada a essas gestantes após a implantação da Rede Mãe Paranaense, sendo que as consultas e exames estão ocorrendo, no entanto, ainda existem falhas no registro das informações e no desenvolvimento de ações para a promoção da saúde da gestante.

Os autores declaram que não há conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.– 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
2. Jardim MJA, Silva AA, Fonseca LMB. The nurse's contributions in prenatal care towards achieving the pregnant women empowerment. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online [internet]. 2019 [Cited 2019 Dec 5] 11. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969671>

3. Junior ARF, Filho JTO, Rodrigues MENG, Albuquerque RAS, Siqueira DD, Rocha FAA. The nurse in high-risk prenatal care: professional role. *Revista Baiana de Saúde Pública* [internet]. 2017 [Cited 2019 May 29] 41(3). Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-906354>
4. SESA. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Linha Guia – Rede Mãe Paranaense. Paraná: SESA [Internet]. 2017. [Cited 2018 Mar 29]. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf
5. Mackieviez F. et al. Prenatal care indicators in a municipality in the south westof the state of Paraná. *Revista de Saúde Pública* [internet]. 2018 [Cited 2019 May 20] 1(2). Available from: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/129/32>
6. Baggio MA, Pereira FC, Guimarães ATB, Caldeira S, Viera CS. Rede Mãe Paranaense Program: Analysis of prenatal care in a regional health district. *Cogitare Enfermagem* [internet]. 2016 [Cited 2019 May 30] 21(3). Available from: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/12/45301-187181-1-PB.pdf>
7. Santos DR, Viera CS, Guimarães ATB, Toso BRGO, Ferrari RAP. Assessment of effectiveness of the Rede Mãe Paranaense Program. *Saúde debate* [internet]. 2020 [Cited 2020 May 29] 44(124). Available from: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n124/70-85/>
8. Frank BRB, et al. Evaluation of the implementation of the Rede Mãe Paranaense in three Health Regions of Paraná. *Saúde Debate* [internet]. 2016 [Cited 2019 May 29] 40(109). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200163&lng=en&nrm=iso
9. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [internet]. 2010 [Cited 2018 May 30] 32(11). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010001100008&lng=en&nrm=iso
10. Felczak C, Ravellii APX, Skupien SV, Ricken MH, Bayer LCD, Almeida EA. Profile of cardiac pregnant women: high-risk. *Cogitare Enfermagem*[internet]. 2018 [Cited 2019 May 30] 23(2). Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49605>
11. Janevic T, Zeitlin J, Auger N, Egorova NN, Hebert P, Balbierz A, et al. Association of Race/Ethnicity With Very Preterm Neonatal Morbidities. *JAMA Pediatr*[internet]. 2018 [Cited 2020 May 30] 172(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30208467/>
12. Holanda SM, Castro RCMB, Aquin PS, Pinheiro AKB, Lopes LG, Martins ES. Influência da participação do companheiro no pré-natal: Satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto contexto - enferm*[internet]. 2018 [Cited 2021 Jan 05] 27(2): e3800016. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200317&lng=pt.
13. Asgarian A, Rahmati N, Nasiri F, Mohammadbeigi A. The Failure Rate, Related Factors, and Neonate Complications of Vaginal Delivery after Cesarean Section. *Iran J Nurs Midwifery Res*[internet]. 2019 [Cited 2020 Mar 29] 25(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31956600/doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_101_19
14. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Revista de Saúde Pública* [internet]. 2020 [Cited 2020 Jun 17] 54(9). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100206&lng=en&nrm=iso
15. MENDES RB, Santos JM, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations Prenatal and Birth Humanization Program. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2020 [Cited 2020 Apr 26] 25(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000300793&lng=en&nrm=iso
16. Monteiro CN, Beenackers MA, Goldbaum M, Barros MBA, Gianini RJ, Cesar CLG, et al. Use, access, and equity in health care services in São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. [internet]. 2017 [Cited 2019 Jun 10] 33(4). Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000405010
17. Castro L, Oliveira I, Bezerra R, Sousa L, Anjos S, Santos L. Prenatal care according to professional records present in the pregnant’s book. *Revista de Enfermagem da UFSM* [internet]. 2020 [Cited 2020Mar 30] 10(e6). Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/31236/html>
18. Silva CC, Savian CM, Prevedello BP, Zamberlan C, Dalpian DM, Santos BZ. Access and use of dental services by pregnant women: an integrative literature review. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2020 [Cited 2020 Apr 29] 25(3). Available from: <https://scielosp.org/article/csc/2020.v25n3/827-835/>
19. Llena C, Nakdali T, Sanz JL, Forner L. Oral Health Knowledge and Related Factors among Pregnant Women Attending to a Primary Care Center in Spain. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2019 [Cited 2020 Apr 29] 11;16(24). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6950734/>
20. Santos AS, Rodrigues ARM, Silveira MAM, Rodrigues DP, Anjos SJSB, Ferreira Júnior AR, et al. Metasynthesis of educational strategies used to promote prenatal health. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*[internet]. 2020 [Cited 2020 Jul 25] 40:2. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443615.2019.1604642>