

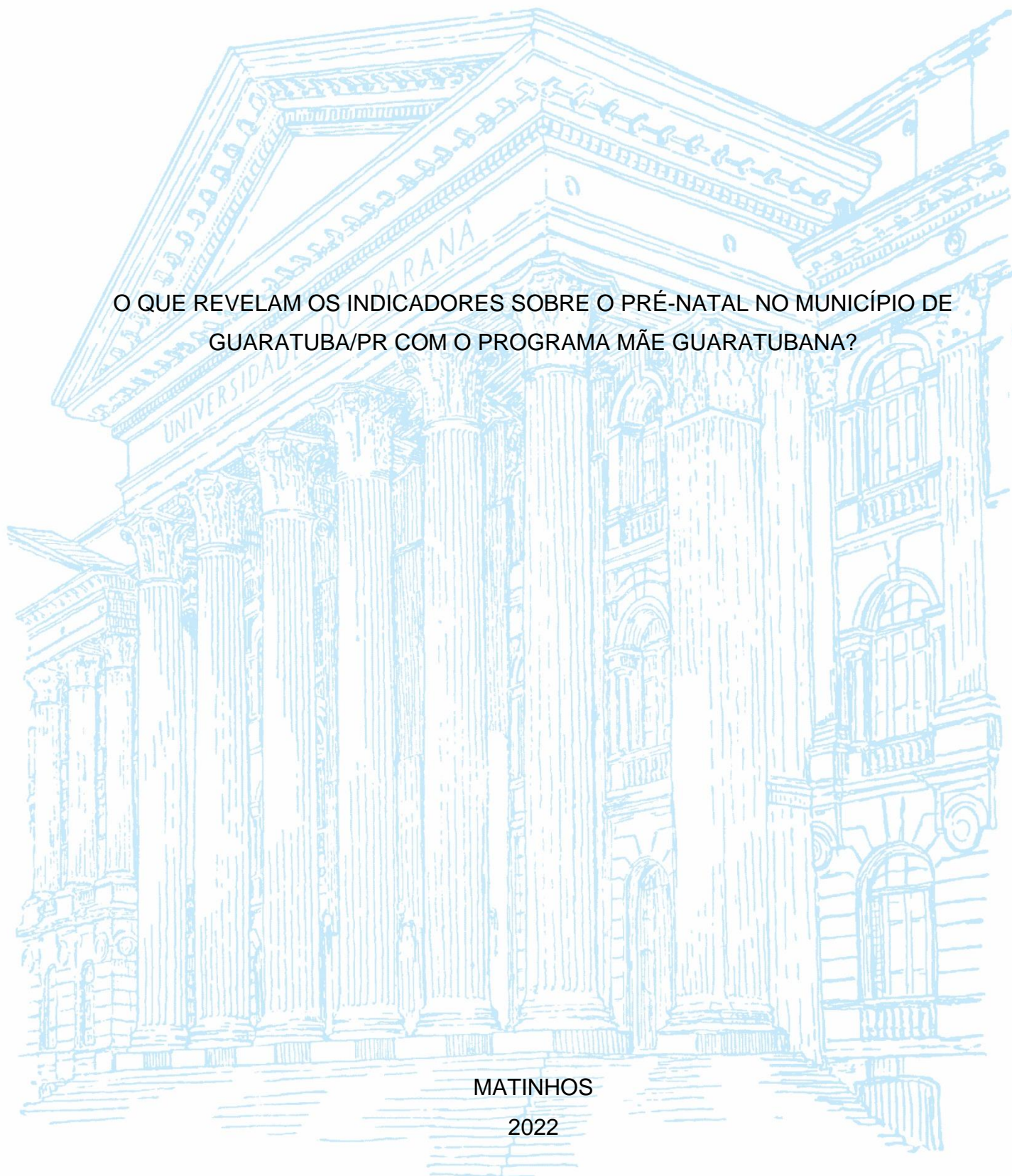
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

QUÉZIA OLIVEIRA

O QUE REVELAM OS INDICADORES SOBRE O PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE  
GUARATUBA/PR COM O PROGRAMA MÃE GUARATUBANA?

MATINHOS

2022



QUÉZIA OLIVEIRA

O QUE REVELAM OS INDICADORES SOBRE O PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE  
GUARATUBA/PR COM O PROGRAMA MÃE GUARATUBANA?

TCC II apresentado ao curso de Graduação em  
Saúde Coletiva, Setor Litoral, Universidade Federal  
do Paraná, como requisito à obtenção do título de  
Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tainá Ribas Mélo  
Coorientador: Prof. Dr. Vinício de Oliveira

MATINHOS

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
COORDENAÇÃO DA CÂMARA CURSO DE SAÚDE COLETIVA  
Rua Jaguariaíva, 512, - - Bairro Caioba, Matinhos/PR, CEP 83260-00  
Telefone: 3360-5000 - <http://www.ufpr.br/>

ATA DE REUNIÃO

**ATA DE DEFESA PÚBLICA DO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO  
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

Aos 23 dias do mês de setembro de 2022 na sala 35-A, às 15 horas, reuniu-se a banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna Quêzia da Costa Góes Oliveira intitulado: "O QUE REVELAM OS INDICADORES SOBRE O PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE GUARATUBA/PR COM O PROGRAMA MÃE GUARATUBANA?".

A banca foi constituída pela Prof<sup>ª</sup>. Me.Carla Daniele Straub e convidada Prof. Me. Michele Straub sob a presidência da orientadora do Trabalho, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>.Tainá Ribas Mélo.

Após reunião em sessão reservada, a Banca Examinadora deliberou e decidiu pela APROVAÇÃO do referido trabalho, divulgando o resultado formalmente à aluna e demais presentes.

São recomendações da banca para a versão final: correções e sugestões enviadas pela banca.

A aluna terá o prazo de 15 (quinze) dias para fazer as correções solicitadas pela banca e apresentá-las à Professora Orientadora com a finalidade de entrega definitiva do Trabalho de Conclusão de Curso.

Eu, na qualidade de Presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais examinadores e pela aluna.

Matinhos, 23/09/2022.

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Tainá Ribas Mélo (orientadora)

Prof<sup>ª</sup>. Me. Carla Daniele Straub (membra)

Prof<sup>ª</sup>. Me. Michele Straub (membra)

Quêzia da Costa Góes Oliveira (estudante)



Documento assinado eletronicamente por **TAINA RIBAS MELO, PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 26/09/2022, às 11:34, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **CARLA DANIELE STRAUB, PROFESSOR ENS BASICO TECN TECNOLOGICO**, em 26/09/2022, às 14:47, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **MICHELE STRAUB, Usuário Externo**, em 27/09/2022, às 22:29, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **QUÊZIA DA COSTA GÓES OLIVEIRA, Usuário Externo**, em 29/09/2022, às 11:39, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida [aqui](#) informando o código verificador **4907341** e o código CRC **0AD16271**.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu Deus, à minha família e amigos que me incentivaram e me acompanharam até esse momento, que resgataram um sonho de graduação que se havia perdido no tempo, minha eterna gratidão.

“Aquele que leva a preciosa semente, andando e chorando,  
voltará, sem dúvida, com alegria, trazendo consigo os seus  
molhos.”

(Salmos 126:6).

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o  
que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

## RESUMO

Os cuidados pré-natais são essenciais para a prevenção e mudanças no estado de saúde e detecção precoce de patologias maternas ou fetais, visando alcançar o melhor desenvolvimento fetal possível, assegurando simultaneamente a redução dos riscos para as mulheres grávidas. No entanto, embora exista uma política federal dirigida a esta pública, na prática, algumas particularidades encontram-se na esfera estatal e municipal e o sucesso dos serviços e programas na prevenção de resultados favoráveis depende sobretudo da forma como o serviço é estruturado, acessível, e como é a adesão das mulheres grávidas. Assim, o presente estudo teve como principal objetivo analisar os indicadores de adesão das mulheres grávidas aos cuidados pré-natais no Programa Mãe Guaratubana (PMG), de 2017 a 2020. Trata-se de uma investigação quantitativa e analítica, epidemiológica sobre a aderência das mulheres grávidas aos cuidados pré-natais do PMG e fatores associados (escolaridade e idade materna), na cidade de Guaratuba-PR através da análise de fontes de dados secundários de 2017 a 2020 pelo DATASUS. Os indicadores de adesão aos cuidados pré-natais mostram entre 71,2% para o número de consultas e 65,9% em adequação quantitativa aos cuidados pré-natais, no município de Guaratuba. Embora em geral, quando as variáveis são analisadas separadamente, e os indicadores sejam positivos, na análise das variáveis associadas é possível identificar fatores de risco mais elevados para a inadequação pré-natal. Os fatores que parecem associados à menor adesão são a idade (10-14 e 45 a 49 anos) e a educação materna (menos de 8 anos de estudo). Assim, é possível, através da análise de indicadores, associadamente, perceber quais são os grupos-alvo para a gestão e planejamento de ações, sendo o bacharel em Saúde Coletiva um profissional que pode configurar a equipa multiprofissional de saúde em Cuidados Maternais.

Palavras-chave: Pré-natal, Gestantes, Programa Mãe Guaratubana

## ABSTRACT

*Prenatal care is essential for the prevention and changes in health status and early detection of maternal or fetal pathologies, aiming to achieve the best possible fetal development, while ensuring the reduction of risks for pregnant women. However, although there is a federal policy aimed at this public, in practice, some particularities are found in the state and municipal sphere, and the success of services and programs in preventing favorable outcomes depends mainly on how the service is structured, accessible, and what the adherence of pregnant women is like. Thus, the present study had as its main objective to analyze the indicators of adherence of pregnant women to prenatal care in the Mãe Guaratubana Program (PMG) from 2017 to 2020. This is a quantitative and analytical, epidemiological research on the adherence of pregnant women to prenatal care in the PMG and associated factors (education and maternal age), in the city of Guaratuba-PR through the analysis of secondary data sources from 2017 to 2020 by DATASUS. The indicators of adherence to prenatal care show between 71.2% for the number of consultations and 65.9% in quantitative adequacy to prenatal care, in the municipality of Guaratuba. Although in general, when the variables are analyzed separately, the indicators are positive, in the analysis of associated variables it is possible to identify higher risk factors for prenatal inadequacy. The factors that seem associated with lower adherence are age (10-14 and 45 to 49 years) and maternal education (less than 8 years of study). Thus, it is possible, through the analysis of indicators, associatively, to realize which are the target groups for management and action planning, the bachelor in Collective Health being a professional who can configure the multiprofessional health team in Maternal Care.*

*Keywords: Prenatal, Pregnant women, Mother Guaratubana Program.*

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Número de consultas, adequação quantitativa de pré-natal, escolaridade e idade materna .....	30
Figura 2 - Relação entre Escolaridade materna e adesão ao pré-natal do PMG .....	33
Figura 3 - Relação entre Idade materna e adesão ao pré-natal do PMG .....	33

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número absoluto de pré-natal conforme adequação.....	29
----------	--	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS**

APS - Atenção Primária à Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia da Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS- Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização do Pré Natal

PMG – Projeto Mãe Guaratubana

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PNTN - Programa Nacional de Triagem Neonatal

PRMP - Programa Mãe Paranaense

RAMI - Rede de Atenção Materno-Infantil

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	18
1.2 PROBLEMA .....	19
1.3 OBJETIVOS .....	19
1.3.1 Objetivo geral .....	19
1.3.2 Objetivos específicos.....	19
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>20</b>
2.1 A SAÚDE DA MULHER.....	20
2.1.1 Políticas de Saúde da Mulher.....	20
2.1.2 Mortalidade Materna .....	22
2.2 REDE CEGONHA .....	25
2.3 PROGRAMAS/ POLÍTICAS PÚBLICAS NO ESTADO DO PARANÁ PARA ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL .....	26
2.3.1 Mãe Paranaense .....	26
2.3.2 Programa Mãe Guaratubana.....	27
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>28</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>34</b>
5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS .....	39
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O pré-natal aspira atuar na prevenção e/ou detecção precoce de patologias maternas e fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos para a gestante. As trocas de informações sobre as diferentes vivências devem ser reproduzidas e valorizadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover o entendimento do processo de gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, o qual incorporou como princípios e diretrizes a descentralização do atendimento, a hierarquização e regionalização dos serviços, trazendo a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia um esboço conceitual que seria como embasamento para a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (ARAÚJO, 1998).

Nesse sentido é assegurado como direito à mulher em seu período gestacional, uma assistência de qualidade a partir do momento em que descobre a sua gestação. Para isso o município deverá organizar e dispor serviços de saúde que proporcionem a assistência ao pré-natal, parto, puerpério e neonatal.

O pré-natal realizado com sucesso na unidade de saúde (UBS) reduz complicações na gestação como também facilita a comunicação com outros profissionais da área da saúde, diminuindo riscos durante o parto. Esse acompanhamento é realizado minimamente por médicos e enfermeiras especialistas (ARAÚJO, 2011), podendo ocorrer em clínica ampliada com a presença de outros profissionais.

É evidente que sem políticas públicas para a realização do pré-natal e sem as ações de pré-natal, os indicadores de saúde materno-infantil tendem a apresentar um aumento preocupante de morbimortalidade, doenças e agravos de saúde a essa população.

Desse modo, a construção do SUS, a partir de 1993, demandou inovações diversas (inclusive no âmbito técnico-organizativo e gerencial) e impôs a reconceituação das práticas da Saúde Pública institucionalizada, a reconfiguração dos processos de trabalho em saúde, do agente-sujeito e, por conseguinte, da formação dos profissionais que atuam neste campo. Necessitando, então, de um

profissional que iria ao encontro à proposta do SUS, como uma formação que permitisse a atuação como agente promotor da saúde, diagnosticando os problemas e as necessidades em saúde, e ajudando a encontrar soluções para consolidação dos serviços de saúde, profissionais estes que atuem na Promoção da Saúde e não somente na prevenção e no tratamento de doenças.

Sendo assim, cita-se Paim (2009), que diz que o Sistema Único de Saúde precisa do graduado em Saúde Coletiva, com perfil profissional que o qualifique como um ator estratégico e com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis, para realizar essa ponte e realizando efetiva os direitos previstos em lei, afinal. Sendo a saúde um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, conforme a CF de 1988. Uma importante política de saúde pública no Brasil é focar na saúde da mulher e da criança por meio de programas e sistemas de informação voltados à redução da mortalidade materna e neonatal.

Promover a saúde materna faz parte de ações de políticas públicas do SUS, seja na esfera Federal, Estadual e/ou Municipal. Neste sentido, a Rede Cegonha no Brasil, é um programa ao nível Federal, ao nível de estado, no Paraná tem o programa Mãe Paranaense, e ao nível municipal, Guaratuba conta com o programa Mãe Guaratubana.

Guaratuba é uma cidade localizada no litoral paranaense com uma população aproximadamente 37.527 habitantes, tendo completado no ano de 2021, 250 anos de história. A sua extensão territorial é de 1.328,480 km<sup>2</sup> e a sua densidade demográfica é de 24,19 hab./ km<sup>2</sup> (IBGE 2020).

Atualmente (2022) o município possui 07 Unidade de Básica de Saúde (UBS), 01 hospital e maternidade, 01 pronto Socorro de média complexidade, 01 Centro de especialidades, 01 Central de curativos especiais e 01 Centro de especialidades médicas.

Considerando os desafios enfrentados por estas políticas públicas, e na adesão do pré-natal na esfera Federal e Estadual, o presente estudo visa analisar os principais desafios na atenção à saúde da mulher e a sua aderência ao pré-natal no município de Guaratuba, como também as ações desenvolvidas pelo programa Mãe Guaratubana.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A assistência pré-natal, no Brasil, tem apresentado importantes avanços, que vão do acesso, ao número de consultas, passando por seus conteúdos, periodicidade e profissionais de saúde para o acompanhamento em sua realização (SERRUYA *et al.*, 2004). Os dados do panorama obstétrico, confrontada com as taxas altas de morbimortalidade materna e perinatal, como proposta o Ministério da Saúde em 2008, lançou uma estratégia de ação, visando definir um modelo padrão e nacional que normatizasse as ações assistenciais relacionadas, obtendo esforços para melhorar os resultados observados. O programa proposto, foi denominado de Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN) (BRASIL, 2000), trouxe em seu contexto a discussão sobre as práticas pré-natais e seus conceitos, em consonância com os modelos utilizados no mundo.

Em contrapartida, as propostas do governo, entre 2005-2015 (NUNES *et al.*, 2016) sobre o atendimento do pré-natal no país, evidenciam elevação da cobertura da atenção pré-natal em quase todo país, no entanto, com baixos índices de adequação, variando entre 4,5 e 66,1% entre várias regiões do país. Essa diferença nacional ocorre, por motivos diversos, desde a não realização do número ideal de consultas, e início precoce da assistência até, principalmente, a ausência de promoção do conteúdo quantitativo e qualitativo preconizado para essas consultas. Observam-se variações na adequação da assistência pré-natal, especialmente, quando são comparadas à aplicação de diferentes indicadores de qualidade.

Como mulher, mãe, profissional de saúde atuante no município de Guaratuba, enquadrada da atenção às gestantes e ainda, em processo de formação em Saúde Coletiva, articula-se na presente pesquisa, a associação dos saberes práticos vivenciados à cientificidade de responder a uma lacuna do conhecimento, partindo-se da premissa de compreender e analisar a Política/Programa de atenção à saúde da gestante para subsidiar ações futuras como profissional sanitária à frente de gestão em Saúde do município.

Assim, pretende-se apresentar o programa Mãe Guaratubana, a fim de verificar benefícios e/ou desafios como forma de incentivo à pesquisa nessa área e investimentos na saúde da mulher e da criança.

## 1.2 PROBLEMA

O que revelam os indicadores sobre a adesão ao pré-natal no município de Guaratuba/PR com o Programa Mãe Guaratubana de 2017 a 2020?

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo geral

Analisar os indicadores de adesão de gestantes ao pré-natal do Programa Mãe Guaratubana (PMG) de 2017 a 2020.

### 1.3.2 Objetivos específicos

- Analisar os indicadores primários ao pré-natal (número de consultas e adequação quantitativa ao pré-natal) no município de Guaratuba/PR;
- Verificar a associação entre indicadores primários e secundários (escolaridade e idade materna) no município de Guaratuba/PR.
- Verificar a possibilidade de atuação do bacharel em Saúde Coletiva no PMG.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura inicialmente contextualiza a Mulher e a Saúde da Mulher no Brasil. Na sequência faz-se um resgate histórico da construção de políticas e/ou programas chegando até o momento atual. De maneira a entender a temática da presente pesquisa, também são elencadas as ações ao nível Federal (Políticas e Rede Cegonha), Estadual (Mãe Paranaense) e Municipal (Mãe Guaratubana).

### 2.1 A SAÚDE DA MULHER

As mulheres representam 51,2% da população brasileira (IBGE, 2019) e tradicionalmente são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto na busca de atendimento para si como para aqueles que cuidam (crianças, familiares, amigos) (PNAISM, 2004). Segundo o PNAD (2019), 90 mil mulheres buscaram consulta médica no último ano, de um total de quase 160 mil pessoas, ou seja, 56,44% eram mulheres, sendo assim, a manutenção de sua condição de saúde torna-se relevante tanto no sentido individual como coletivo.

Pesquisa recente verificou que das pessoas que buscaram algum serviço de saúde no ano anterior à pesquisa, 62% eram mulheres (IBGE, 2019).

Como o ciclo de vida das mulheres, no seu sentido biológico e/ou cultural, apresenta particularidades e especificidades, a política pública para as mulheres representa, denominada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) representou um avanço no quesito ao respeito e a valorização da saúde da mulher no Brasil. Esse programa propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, e para poder ser desenvolvido tomou como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar seus princípios e.

No entanto, até a Política atual ser criada e implementada, várias foram as transformações sociais e de saúde, organização da rede de assistência e identificação de indicadores.

#### 2.1.1 Políticas de Saúde da Mulher

Anteriormente à PNAISM a saúde da mulher era limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas relacionados às questões materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, eram biologicistas, compreendendo a mulher no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (PNAISM, 2004; ARAUJO *et al.*, 2014).

Em 1975 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, que tinha como eixo norteador a redução da mortalidade da mulher e da criança. Seus objetivos são reunir recursos financeiros, preparar infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, incentivar o aleitamento materno, garantir a suplementação alimentar para promover a prevenção da desnutrição materna e infantil e ampliar e melhorar a qualidade das ações voltadas para a criança (SOUSA, 2019).

Entre suas diretrizes, destacou-se a cobertura de atendimento à mulher, à criança e, por consequência, a melhoria da saúde materno-infantil.

Houve movimentos sociais que aconteceram na sociedade brasileira, principalmente o movimento feminista, que agregou a construção de novas políticas públicas a partir da década de 1980. Resultando uma consolidação de leis e programas de saúde que se intensificaram em toda a década de 1990 e até os anos 2000, pela formulação e práticas de programas com estratégias de saúde pública voltados à atenção materno infantil (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

Nesse sentido, no movimento feminista brasileiro, os programas existentes foram criticados devido à perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, com o que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ou ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Sua forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, eram deixadas em segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas (LIMA *et al.*, 2014).

O PAISM já trazia como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, em um período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia um esqueleto conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a criação do programa específico para cuidado e atenção com a saúde da mulher, houve a inclusão de ações educativas e preventivas de modo que

englobasse a vida da mulher de modo geral, desde o acompanhamento ginecológico inicial, pré-natal, parto, puerpério até ao climatério. Isso inclui assistência de planejamento familiar assim como questões relacionadas a DST e câncer (BRASIL, PNAISM, 2004).

Com o objetivo e foco ao enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001, que:

amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, e tem como definição o processo de regionalização da assistência, que necessita a criação de mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios (BRASIL, 2001, p.39).

Na área de saúde da mulher, a NOAS afirma que os municípios devem garantir o acesso às ações básicas de pré e pós-natal, planejamento familiar e prevenção do câncer do colo do útero, bem como o acesso a ações mais complexas, incluindo um sistema de saúde funcional e comprometido (COELHO, 2003).

Do período de 1990 a 2015 houve redução de 53,7 para 15,6 na mortalidade na infância, enquanto a razão de mortalidade materna decresceu de 143,2 para 59,7 por 1000 nascidos vivos (LEAL *et al.*, 2018) e atingindo o valor de 64,5 em 2017 (SILVA *et al.*, 2021).

A saúde da mulher também é pensada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), na Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido.

Com base estudos para melhoria da assistência materno infantil, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o programa chamado Rede Cegonha. A Rede Cegonha é uma estratégia do Governo Federal, para um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, que permita e garanta o acesso, acolhimento com resolutividade e reduza, os índices de mortalidade materno infantil (CAVALCANTI, 2010).

### 2.1.2 Mortalidade Materna

Conforme Fleck (2019), no Brasil, a redução dos números da mortalidade materna e neonatal ainda é um grande desafio, tornando-se um grave problema de saúde pública. A morte de uma mulher em decorrência da gestação, aborto ou parto, ou ainda do recém-nascido, durante anos, foi considerada uma simples fatalidade.

Com o passar do tempo, avanço tecnológico na área de saúde e estudos, foi sendo considerado que se houvessem serviços qualificados de saúde e acesso rápido, muitas mortes poderiam ter sido evitadas (BRASIL, 2004).

A mortalidade materna também é um indicador de desenvolvimento humano e socioeconômico de um país. Demonstra determinação política em ações de saúde, como no caso de países como Chile, Cuba, Costa Rica e Uruguai, com índices de mortalidade materna menores que 40 por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2002).

A partir disso, o Brasil assume como uma de suas prioridades na área da saúde, as políticas públicas para atenção integral à saúde da mulher e da criança, para a redução da morte materna e neonatal (MARTINS; SILVA, 2018).

Devido ao grande número de casos não só no Brasil, mas pelo mundo, a redução dessa mortalidade foi incluída na lista dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU). Para o Brasil, a meta era reduzir em 75% a razão da mortalidade materna até 2015 (BRASIL, 2014; LOZANO, 2011). O país deveria apresentar uma razão de morte materna igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015 (LOZANO *et al.*, 2011). No entanto, a meta não foi atingida, e segundo dados obtidos via DATASUS, a mortalidade materna no Brasil caiu média de 14% entre 2000 e 2015, de 73,3 para 63,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, respectivamente (DATASUS, 2018). Estima-se que 80% das mortes maternas sejam evitáveis. A diminuição dos índices de mortalidade materna está diretamente ligada a um cuidado pré-natal de qualidade (MARTINS; SILVA, 2018).

Ainda de acordo com Riquinho e Correia (2006), em estudo feito acerca de mortalidade materna, é relatado que uma das causas de morte pode ter relação com a qualidade de vida da mulher. Já em relação às causas diretas da morte materna, pode-se dizer que, de maneira geral, estas podem ser prevenidas, com um bom acompanhamento de pré-natal, realização de consultas e exames adequados. Isto é fundamental, para maior conhecimento do desenvolvimento da gestação, parto e puerpério (FONSECA, 1995). Muitas mulheres jovens morrem por complicações na gestação, parto ou puerpério. Na sua maioria, elas pertencem à classe social mais desfavorecida, em termos de renda, escolaridade e acesso a serviços de saúde de qualidade (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

A atenção dispensada durante o pré-natal deve continuar no parto e puerpério. Dados revelam que, no parto vaginal, o número de óbitos é de 24 para

100.000 nascidos vivos, enquanto, no parto cesáreo, é de três vezes mais. Porém, a questão não é demonizar o parto cesáreo, contudo, evidenciar o número, ainda alto, de mortes.

A conclusão do estudo de Riquinho e Correia (2006) apresenta que para reduzir a mortalidade materna requer mais do que vontade política, é necessário de uma equipe capacitada para acompanhar essas gestantes desde o início, evitando assim a ocorrência de mortalidade materna. Auxiliando no planejamento familiar, dando orientação e contracepção a todas as mulheres que precisam, assim, abre a possibilidade de reduzir, conseqüentemente, o número de gravidez indesejada, portanto, a prática do aborto. As mulheres não precisam morrer no parto durante a gravidez ou puerpério. O que eles precisam é de uma equipe que a assista no que diz respeito a sua saúde e às condições de vida, diminuindo assim o risco de morte. Desta forma, a atenção interdisciplinar, no atendimento à mulher, seja no planejamento familiar, pré-natal ou puerpério, melhora a qualidade de assistência à saúde, assim como promove uma visão integral, respeitando seus direitos como mulher e cidadã.

Dados de pesquisa como estes, revelam a importância e necessidade do atendimento primário, precoce e de qualidade à mulher, de um pré-natal humanizado e de uma equipe de apoio onde o sanitarista faz o papel de mediador e promotor de saúde e bem-estar.

Os programas do governo federal, estadual e municipal atuam com o intuito da manutenção da vida da mulher e da criança com objetivos claros e concisos como os da Rede Cegonha: garantia do acolhimento, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia de boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo. Possui ainda o objetivo de promover a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Nesse sentido e compreendendo-se o papel fundamental de cada profissional na atuação à Saúde da Mulher, evoca-se o papel do profissional de saúde coletiva nessa atuação multi e interprofissional. Para Santos *et al.* (2021) o possui o principal

objetivo de investigar os determinantes e agravos de uma doença, visando planejar e organizar os serviços de saúde, desenvolvendo estratégias que venha possibilitar a promoção e recuperação à saúde. São os sanitaristas os responsáveis por organização, planejamento, controle e avaliação em atenção primária e, principalmente, o trabalho em equipes multiprofissionais, parte primordial para um atendimento de pré-natal de qualidade.

## 2.2 REDE CEGONHA

A Rede Cegonha, é um programa que foi normatizado pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 pelo Governo Federal. Seu objetivo é a aplicação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com uma cobertura que abrange desde o parto até o nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança, que contém a garantia de acesso, acolhimento e com resolutividade, que possa reduzir a taxa de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011).

Os princípios do programa são garantir o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; com o enfoque de gênero, com a promoção da equidade, a participação e mobilização social; que possa garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes, que se faça uma união com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento entre os estados do Brasil (BRASIL, 2011).

As quatro bases que são estruturam o programa são: pré-natal, parto e nascimento; puerpério e atenção integral a saúde da criança; sistema logístico; transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011).

Por meio do programa Rede Cegonha, realiza-se um dos exames muito importantes no diagnóstico precoce de doenças, o Teste do Pezinho, que até os 03 meses de vida consegue identificar até seis doenças, a saber: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, fibrose cística, anemia falciforme, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase. O intuito é aumentar e qualificar os serviços com a inclusão gradativamente de exames, e tratamentos e acompanhamentos de todas as doenças definidas dentro do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) (BRASIL, 2012).

Apesar de o projeto de 2011 ser um avanço no que diz respeito a equipe multiprofissional, fazendo assim um trabalho que atende a gestante e a criança de forma integral, no mês de maio de 2022 foi instituído por meio da Portaria 715/2022, do início de abril, a Rede de Atenção Materno-Infantil (RAMI), em substituição à Rede Cegonha.

Porém, essa criação, que parece ter sido uma imposição sem consulta aos órgãos pertinentes, não foi bem aceita por entidades como Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), dentre outros, já que o RAMI tem uma visão medicocêntrica e prioriza apenas o trabalho do médico obstetra, como se não fosse preciso e necessário de toda uma equipe para atender uma mãe e uma nova vida simultaneamente.

Contudo, o programa Mãe Guaratubana segue a Linha de Cuidado Materno Infantil Governo do estado do Paraná, e bebe nas águas do extinto, Rede Cegonha.

## 2.3 PROGRAMAS/ POLÍTICAS PÚBLICAS NO ESTADO DO PARANÁ PARA ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL

### 2.3.1 Mãe Paranaense

No estado do Paraná a assistência pré-natal ocorre por meio do Programa Mãe Paranaense (PRMP), criado em 2012 pela Secretaria de Estado de Saúde (SESA) do Paraná com a fundamentação em um marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como proposta de melhoria ao acesso e da qualidade nas ações e qualidade de atendimento à população. A estruturação das RAS tem como o fortalecimento e direcionamento, organizacional da Atenção Primária à Saúde (APS) através da captação precoce da gestante e seu acompanhamento, e da criança até um ano de vida (MENDES, 2011; PARANÁ, 2012).

O PRMP planeja disponibilizar, no mínimo, a realização seis consultas de pré-natal e uma de puerpério. Durante a gestação são 17 exames laboratoriais nos três trimestres gestacionais, incluindo o teste rápido de gravidez e a ultrassonografia obstétrica. Os testes rápidos para detecção do vírus HIV tipo 1 e 2 e sífilis são extremamente importantes no 1º trimestre gestacional. É por esse motivo que o

descobrimiento precoce das gestantes e sua vinculação e acompanhamento na APS (Atenção Primária da Saúde) é uma das metas do PRMP (PARANÁ, 2012).

Com a implementação do programa e a atuação da APS, o SisPreNatal é um sistema eletrônico criado pelo DATASUS para poder realizar a coleta de informações sobre o acompanhamento de pré-natal das gestantes no contexto do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (ANDREUCCI; CECATTI, 2011), assim com esse software, estabelece a comunicação entre as unidades de saúde sobre o acompanhamento da gestante, sobre a realização de exames solicitados ou alguma intercorrência com a gestação.

### 2.3.2 Programa Mãe Guaratubana

Na esfera municipal, a assistência pré-natal, em Guaratuba, ocorre pelo Mãe Guaratubana. Guaratuba é uma cidade localizada no litoral paranaense com uma população aproximadamente 37.527 habitantes, tendo completado no ano de 2021, 250 anos de história. A sua extensão territorial é de 1.328,480 km<sup>2</sup> e a sua densidade demográfica é de 24,19 hab./ km<sup>2</sup> (IBGE 2020).

Atualmente (2022), o município possui 07 Unidades de Básica de Saúde (UBS), 01 hospital e maternidade, 01 pronto Socorro de média complexidade, 01 Centro de especialidades, 01 Central de curativos especiais e 01 Centro de especialidades médicas.

O Programa Mãe Guaratubana (PMG) tem o intuito de trazer o melhor atendimento às gestantes do município. Foi implementado no ano de 2012 com base de estudos por protocolos do projeto “Viva a Vida” do estado de Minas Gerais, e com as políticas públicas definidas pelo programa Estadual Mãe Paranaense, e federal Rede Cegonha, com o enfoque a saúde da mulher, garantindo o acompanhamento gestacional o pré-natal, acompanhando todos os passos das gestantes, visando o acolhimento, humanização com a abordagem e o tratamento de doenças obstétricas frequentes diagnosticadas durante o período gestacional.

O projeto visa o atendimento e o acolhimento humanizado da gestante, em todo o seu processo de gestação, através das consultas de rotina realizadas nas UBS, buscando sempre o bem-estar e a segurança da mãe e do bebê.

Visando as diretrizes que abarcam os princípios elencados pela esfera Federal e Estadual, este programa proporciona o acompanhamento puerperal, garantindo a consulta após o nascimento, realizando exames de rotina na mulher,

como do colo de útero e prevenção do câncer de mama, acompanhamento do aleitamento materno e o acompanhamento da fase hormonal da puérpera, realizada pela equipe Estratégia da Saúde da Família (ESF) na Unidade Básica de Saúde (UBS) desde a descoberta da gestação (MÃE GUARATUBANA, 2020).

O PMG cumpre a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que regulamenta a necessidade dos serviços de saúde ficarem obrigados a garantir a presença de acompanhante junto da gestante, durante todo o período de trabalho de parto e pós-parto imediato, conforme preferência da gestante.

O PMG afere seu desempenho com alguns indicadores: número de consultas, momento de adesão ao pré-natal (por semana gestacional), número de gestantes em relação à quantidade de consultas.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e analítica, epidemiológica para observar a adesão das gestantes ao atendimento pré-natal e os fatores associados, na cidade de Guaratuba-PR por meio da análise de fontes de dados secundários do município de maneira a permitir uma análise comparativa entre os anos 2017 a 2020. O ano de 2020 é o que apresenta informações mais atuais disponíveis no DATASUS.

A consulta dos dados foi realizada no período entre julho e agosto de 2022, pelo acesso às estatísticas vitais do DATASUS.

De maneira a contemplar aos objetivos geral e específicos deste estudo, as variáveis primárias de interesse elencadas foram: número de consultas realizadas, adequação quantitativa de pré-natal. Com relação a essas variáveis e de maneira a investigar possíveis correlações, as variáveis secundárias foram: escolaridade materna e idade materna.

Os dados foram tabulados em planilhas do excel, apresentados em tabelas e gráficos inicialmente com estatística descritiva sobre todas as variáveis em frequências (%), por períodos e na sequência verificadas as relações entre as variáveis de interesse e variáveis secundárias.

## 4 RESULTADOS

Considerando os valores totais entre 2017 e 2020, conforme o banco de dados DATASUS, o número de gestante de Guaratuba, em números absolutos conforme Tabela 1 foi de 2080 gestantes atendidas, 1475 (70,9%) estão no nível de adequação proposto.

Tabela 1 Número absoluto de pré-natal conforme adequação

	Não fez	Inadequado	Intermediário	Adequado	Mais que adequado	TOTAL
<b>2017-2018</b>	11	407	110	104	1371	2080
2017	3	117	28	29	318	512
2018	1	85	24	21	378	531
2019	1	104	29	17	337	500
2020	6	101	29	37	338	537

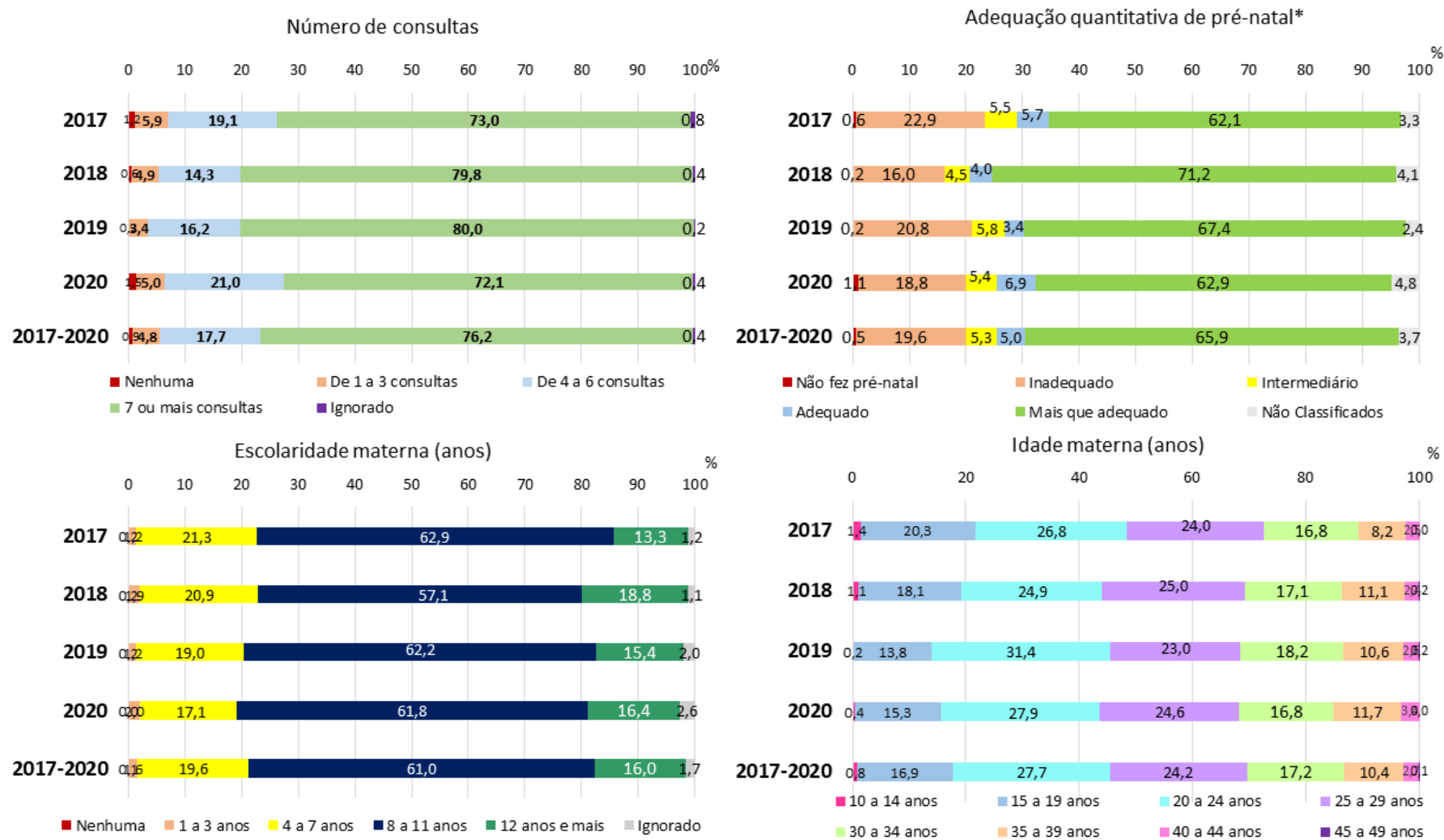
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Esses resultados são apresentados em número relativo em relação às variáveis de interesse (número de consultas e adequação quantitativa de pré-natal) e secundárias (escolaridade e idade materna) de maneira descritiva e analisadas separadamente (Figura 1).

Entre os anos de 2017 e 2020 (Figura 1) o percentual de pré-natal com 7 ou mais consultas tem se mantido em um pouco mais de 70% no Programa Mãe Guaratubana. Com relação à adequação quantitativa de pré-natal, que diz respeito ao percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, observa-se, que o valor médio para o período de 2017-2020 foi de 65,9% e maior percentual ocorreu em 2018 (71,2%), sendo de grande relevância ressaltar que mesmo no período da pandemia de Covid-19, não houve alteração na adesão ao programa.

Com relação às variáveis secundárias, observa-se que as gestantes têm de 8 a 11 anos de estudo (61%) em sua maioria, com idades principalmente nas faixas etárias de 20 a 24 anos (27,7%) e 25 a 29 anos (24,2%) sem grandes variações e diferenças nos valores percentuais médios dos períodos analisados (Figura 1). Um aspecto positivo encontrado foi o baixo número de mães adolescentes de 10-14 anos (0,8%) e que foi decrescendo de 2017 a 2020.

Figura 1 - Número de consultas, adequação quantitativa de pré-natal, escolaridade e idade materna



Fonte: DATASUS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

\* A categorização da "Adequação quantitativa de pré-natal" considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal.

Ao analisar as variáveis relacionadamente, considerando todo o período de 2017 a 2020, tendo variável secundária a escolaridade materna, observa-se que a escolaridade parece influenciar de maneira positiva tanto na realização de um maior número de consultas, como ao início adequado do pré-natal, atingindo-se ao menos 6 consultas (Figura 2).

Com relação ao fator idade materna, há uma tendência de diminuição de consultas nos extremos das faixas etárias, sendo 10 a 14 anos (54,5%) e 45 a 49 anos (50%), para as demais faixas etárias valores entre 70-80% a realização de 7 ou mais consultas (Figura 3). O mesmo ocorre na análise da idade materna em relação à adequação do pré-natal.

Pode dizer que resultados como estes são relacionados as ações de programas como o Saúde na Escola (PSE), o qual é uma estratégia intersetorial da Saúde e da Educação para promoção da saúde e educação integral, envolvendo a escola e a APS, com vistas ao desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. Entre as temáticas abordadas que envolvem a saúde de adolescentes e jovens, a prevenção da gravidez na adolescência é pauta prioritária. O Brasil possui, hoje, a maior taxa de mães adolescentes da América Latina. O relatório conjunto publicado em 2018 pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF/OMS) e UNFPA/OMS aponta que na América Latina e no Caribe a taxa de gravidez por 1.000 nascidos de mulheres entre 15-19 anos é estimada em 65,5 nascimentos, e no Brasil esse número chega a 68,4 (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2022).

Apesar de apresentar uma taxa de gravidez na adolescência acima da média latino-americana, o Brasil teve avanços nas últimas duas décadas. Entre 2000 e 2019, segundo registro no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), houve uma redução de 55% no número de bebês nascidos de mães adolescentes (15-19 anos) (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2022).

O SUS teve papel fundamental nessa redução, ao ampliar a cobertura em serviços que abordam a sexualidade responsável e planejamento familiar, em especial, a partir de programas específicos para a saúde da mulher, da gestante, dos adolescentes e a disponibilização gratuita de métodos contraceptivos (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2022).

Ainda os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) os quais são oferecidas à população adolescente e jovem as principais ações educativas acerca da sexualidade responsável, promoção à saúde, prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e da gravidez precoce. Nesse contexto, nove métodos contraceptivos que ajudam no planejamento familiar são ofertados pelo SUS, gratuitamente, a essa população. São eles: anticoncepcional injetável mensal; anticoncepcional injetável trimestral; minipílula; pílula combinada; diafragma; pílula anticoncepcional de emergência (ou pílula do dia seguinte); Dispositivo Intrauterino (DIU); preservativo feminino e preservativo masculino.

Todos esses programas, aliadas a um planejamento efetivo municipal, colaboram para os resultados obtidos, e observa-se que nas faixas etárias extremas, o pré-natal em termos de adesão é mais prejudicado.

Figura 2 - Relação entre Escolaridade materna e adesão ao pré-natal do PMG

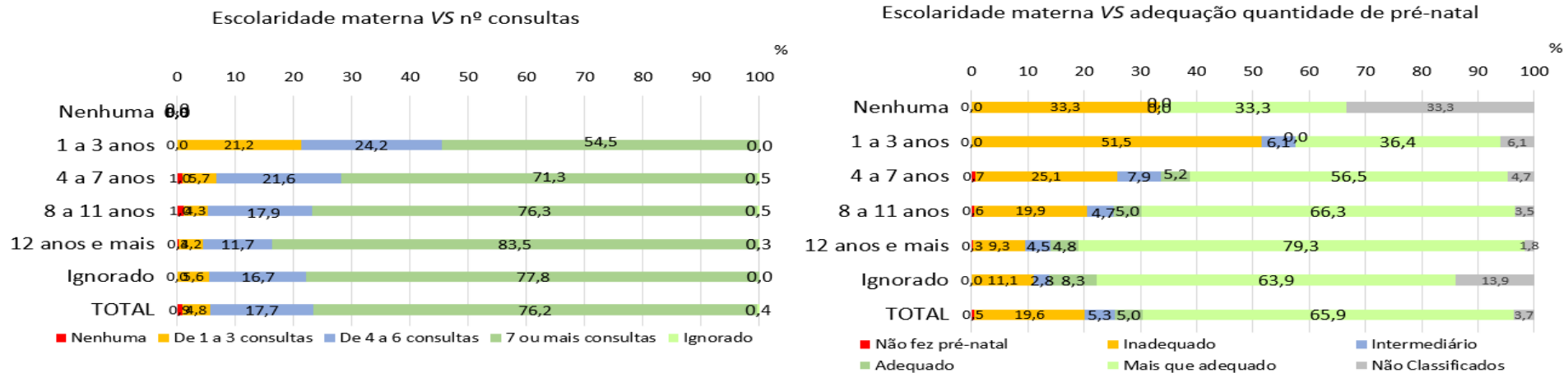
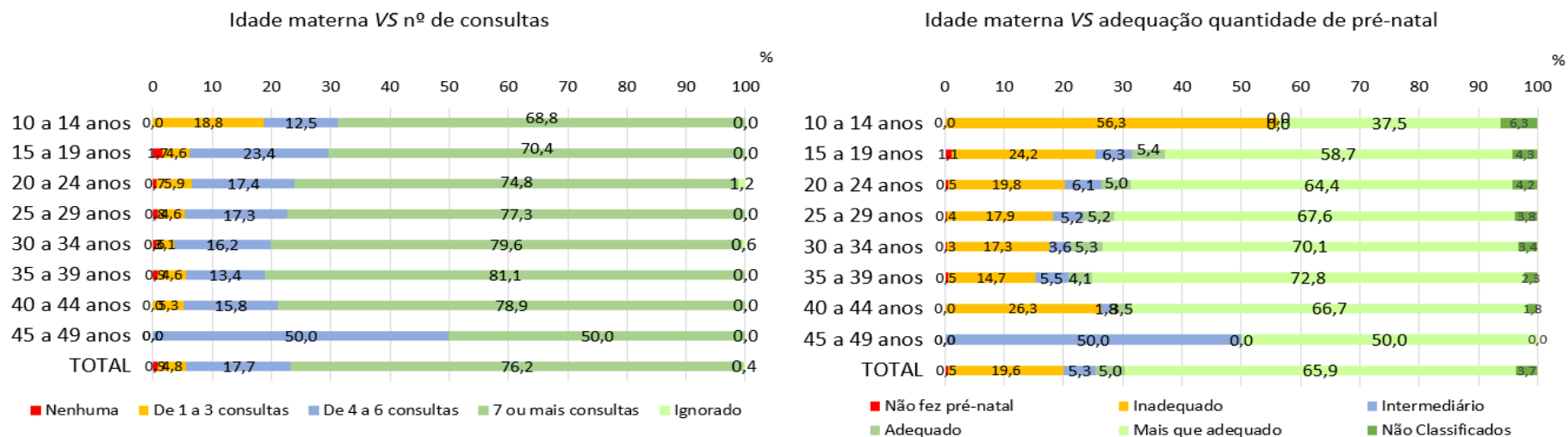


Figura 3 - Relação entre Idade materna e adesão ao pré-natal do PMG



Fonte: A autora (2022)

## 5 DISCUSSÃO

No presente estudo a adesão foi analisada tanto pelo número de consultas como pela adequação quantitativa ao pré-natal, como variáveis principais e em seguida na relação desses indicadores com variáveis secundárias de interesse (idade e escolaridade materna).

O número de consultas do Programa Mãe Guaratubana (PMG) de 2017 a 2020, foram quase 80%. Esses dados corroboram com Gomes e Cesar (2013), que em sua pesquisa, em uma UBS no estado do Rio Grande do Sul, obtiveram resultados de que 87% frequentaram seis ou mais consultas de pré-natal. Essa proporção é semelhante aos 77% observados para o Brasil e aos 83% encontrados na região Sul segundo a PNDS/2006 (BRASIL, 2006). Vários outros estudos realizados na região Sul encontraram valores entre 70% e 80% (CESAR *et al.*, 2008; NEUMANN *et al.*, 2003), incluindo Porto Alegre, onde 70% das gestantes tiveram seis ou mais consultas durante todo o pré-natal.

Para Viellas *et al.* (2017), no país, 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 16ª semana gestacional e 73,1% tiveram as seis consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde, esses dados nos levam a verificar uma adequação crescente e saudável para mãe e bebê, com relação ao PMG. Dados dos autores ainda convergem com nossa pesquisa que apresenta adequação maior com relação ao nível de escolaridade. Viellas *et al.* (2017) encontraram maior proporção de consultas em unidades hospitalares em mulheres de maior idade e escolaridade, semelhante à presente pesquisa.

No estudo de Silveira e Santos (2001) houve associação significativa entre a inadequação de pré-natal com a escolaridade materna inferior a 8 anos. Em outros estudos a baixa escolaridade também se associou à inadequação do pré-natal, como para Coimbra (2003) e Trevisan (2002). No presente estudo isso foi confirmado e foi possível observar que, quanto maior a escolaridade, maior número de consultas e a adequação ao pré-natal, na cidade de Guaratuba. Nessa relação maior adesão ocorre com 86,3% com gestantes com 12 anos ou mais de estudo. O número de consultas é decrescente conforme diminui a escolaridade.

Em um estudo realizado por Trevisan *et al.* (2012), o número de consultas pré-natal não foi influenciado significativamente por variáveis como a idade materna. Segundo os autores da pesquisa, tal achado foi justificado pela homogeneidade da

população estudada, principalmente em termos socioeconômicos. Os resultados não são compatíveis com os encontrados no presente estudo, sendo possível observar que em Guaratuba, para o PMG, houve menor taxa de adequação ao pré-natal, nas faixas etárias de 10-14 e 45-59 anos, justamente idades em que há maior possibilidade de risco gestacional. É preciso atenção especial às gestantes da faixa etária entre 10 e 14 anos, pois apresentam maiores riscos materno-fetais (BRASIL, 2012). Uma assistência pré-natal adequada é fundamental para garantir o baixo risco em adolescentes grávidas. Entretanto, quando elas recebem atenção qualificada, os resultados se aproximam daqueles da população em geral, outrossim, no outro extremo também há de se ressaltar os cuidados. Conforme Freitas (2010), Takagi (2010), há maior risco de abortamentos espontâneos e de cromossomopatias (doenças genéticas, como a Síndrome de Down), com o avanço da idade materna, porém, a principal questão é que a fertilidade feminina (a capacidade de gerar bebês) tem um declínio importante após os 35 anos (1). Gestações após 35 anos são denominadas tardias, e após os 45 anos são consideradas com idade materna muito avançada. É também após esta faixa etária que as mulheres apresentam com maior frequência doenças crônicas, estando mais propensas a desenvolverem condições que podem afetar o sucesso da gestação, como a obesidade, o diabetes gestacional e a hipertensão arterial.

Nossos resultados correspondem aos que foram encontrados por Coutinho *et al.* (2003), segundo os quais, 72,6% das gestantes participantes da pesquisa encontravam-se na faixa etária dos 20 aos 34 anos; em nosso caso, 69,1%, estão nessa faixa etária.

Essa idade representa ápice do período fértil das mulheres, sendo, portanto, um resultado esperado.

Com relação à adequação ao número de consultas ideal, o Ministério da Saúde recomenda o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, sendo preferencialmente iniciado no primeiro trimestre e o que se chama de adequação quantitativa ao pré-natal (BRASIL, 2012). Conforme informações do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), em Guaratuba o percentual de pré-natal com 7 ou mais consultas tem se mantido em um pouco mais de 70% desde 2006, não apresentando aumento percentual tão desejável de 100% de mulheres com 7 ou mais consultas realizadas durante o período analisado (2017-2020). No Brasil, esse índice era de 68,7% em 2008, de acordo com dados do Departamento de

Informática do SUS - DATASUS (MÃE PARANAENSE, p.8). Assim, embora ainda seja identificado que há mulheres que não fazem o pré-natal, como o indicado, a maioria realiza ao menos algumas consultas durante a gestação e assim o PMG apresenta um desempenho que se mantém ao longo do tempo semelhante às estimativas nacionais.

Ainda, a cidade de Guaratuba, em 2019, teve 80% de gestantes com mais de 7 consultas, e somadas ao fator adequado, sendo de no mínimo 6, chega-se a 96,2 % de abrangência, com uma relação de 93,9% no período de 2017-2020.

Como se identificou que idades extremas (10-14 e 45-49 anos) têm menor adesão, assim como menor escolaridade (menos de 8 anos de estudo), esses indicadores analisados associadamente auxiliam no planejamento de metas pelas equipes de saúde.

Dentro dessa perspectiva de gestão e planejamento, entende-se que o bacharel em Saúde Coletiva poderia desempenhar papel adicional à gestão da Saúde da Mulher, com análise e acompanhamento de indicadores e até implementação de novos indicadores que, para além de números de consultas e adequação ao pré-natal, pudesse analisar e identificar aspectos qualitativos do atendimento, os quais são reconhecidos como fundamentais à adesão, mas que não são disponíveis nas bases de dados. Isso porque o sanitarista possui a formação para investigar os determinantes e agravos de uma doença, visando planejar e organizar os serviços de saúde, desenvolver ações e estratégias multiprofissionais (SANTOS *et al.*, 2021) de maneira a favorecer a ação integral, universal e equitativa, humanizada e de qualidade.

As recomendações quanto ao número de consultas e início do pré-natal buscam garantir o acompanhamento da gestante através da realização dos cadastros, vacinação, exames laboratoriais, consultas médicas, de enfermagem e especializadas, bem como, a definição do perfil materno e familiar além das condições socioeconômicas que podem influenciar todo o conjunto de ações. Desse modo compreenderemos a forma que a atenção pré-natal de qualidade contribui para a prevenção, diagnóstico, tratamento e/ou encaminhamento durante a gestação. Pois, nesse momento torna-se possível o mapeamento dos perfis das gestantes do território e assim a individualização do cuidado, o desenvolvimento das práticas humanizadas e a elaboração do plano de parto (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Como profissional de saúde, técnica de enfermagem há 10 anos em Guaratuba, sendo destes 6 anos vinculada ao PMG, e atualmente como graduanda em Saúde Coletiva, os dados analisados convergem para o que fora observado na prática e motivou a presente pesquisa.

Nesse sentido, o processo de formação em Saúde Coletiva, desenvolveu um olhar adicional à necessidade de entender melhor indicadores para melhor planejamento e gestão em saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os indicadores de adequação ao pré-natal no município de Guaratuba se mostraram favoráveis e com elevado número, superando os níveis de âmbito nacional e mostrando assim grande adesão ao Programa Mãe Guaratubana.

De maneira geral, o nível de adesão, tanto pelo número de consultas como pela adequação quantitativa de pré-natal, apresenta indicadores positivos. Porém, quando investigados em relação à idade, identifica-se que, nas idades extremas, de 10-14 e de 40-45 anos são as que menos aderem ao pré-natal. Deste modo, considerando que também são idades de maior risco, conclui-se que são necessárias ações específicas, direcionadas a esses públicos.

Outrossim, é possível inferir que os avanços com relação ao planejamento familiar têm sido efetivos, visto o número baixo de adolescentes gestantes, um aspecto fundamental ao considerar que quando este número é elevado os índices de morte são maiores, tanto da mãe quanto do bebê. Ainda é possível inferir que o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres também pode ser um fator determinante para adesão ao pré-natal, já que quanto menor o nível de escolaridade, maior o índice de não adesão. Isso pode representar um maior risco de mortalidade materna e infantil.

Ainda é preciso ressaltar que a Rede de Atenção Materna e Infantil foi instituída por meio das Portarias GM/MS nº 715/2022 e GM/MS nº 2.228 a partir da necessidade de atualização e ampliação da rede existente, trazendo os preceitos de segurança e qualidade como pilares inerentes à humanização. O principal objetivo é assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Também assegura às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis ( MINISTÉRIO DA SAUDE,2022).

No Estado do Paraná, em setembro de 2022, foi realizada a oficina que capacita gestores e profissionais de saúde para adequar os serviços aos novos critérios da rede. O encontro aconteceu na capital, Curitiba, referência no desempenho dos indicadores voltados ao pré-natal, parto e nascimento na atenção primária à saúde e se destacou no programa Previne Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

As habilitações de Maternidades de Baixo Risco (MAB), Ambulatórios de Alto Risco para gestantes (Agar) e Ambulatórios para Crianças Egressas de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Aneo), previstos pela Rami, trazem a possibilidade de complementar o processo de cuidado que já faz parte da rede do estado. No Paraná, a linha de cuidado materna e infantil se estabelece a partir de um modelo de atenção às condições crônicas, com a estratificação de risco como principal ferramenta para vinculação das gestantes da atenção primária à hospitalar, tanto para o parto quanto para as situações de urgência e emergência no pré-natal, no pós-parto e na atenção aos bebês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Encontra-se então a necessidade de ampliação de divulgação de planejamento e controle familiar às famílias com baixa escolaridade (menos de 8 anos de instrução), e nas faixas etárias extremas, pois as ações com relação ao cuidado da mulher da criança tem sido ampliadas e oferece o suporte para o tratamento e acompanhamento adequado em todo período gestacional.

Conclui-se, portanto, que os fatores contribuintes para a adesão ou não ao pré-natal, são diversos e específicos para cada região, cidade ou país, população, contexto sociocultural e econômico. No que tange as limitações deste estudo cita-se a pluralidade dos estudos comparativos, não sendo possível estabelecer maiores correlações com os resultados. Além disso, com base nos artigos pesquisados, verificou-se que os autores destacam a importância de as mulheres iniciarem o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez e que as ações de conscientização, é uma variável que deve ser considerada, no município de Guaratuba, uma vez que é necessário conscientizar a gestante a buscar o pré-natal através de campanhas coletivas. Deve-se realizar a busca ativa no domicílio, que deve ser realizado pelo agente comunitário de saúde, deve-se ampliar a cobertura de áreas com o programa saúde da família, possuir atendimento de qualidade e estabelecer vínculo entre profissionais da saúde e a gestante, com ênfase nas mulheres com menos grau de escolaridade, as que tem menor adesão ao pré-natal.

Nesse panorama, o bacharel em Saúde Coletiva, como demonstrado na realização e execução da presente pesquisa, pode atuar como um profissional aliado no estudo e identificação de indicadores, como na gestão e planejamento da situação epidemiológica.

## 5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

- Análise de indicadores como renda.
- Investigação qualitativa do pré-natal
- Análise da qualidade do pré-natal em relação à maior ou menor adesão ao mesmo

## REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun. 2011.

ARAÚJO, B. F *et al.* Influência do local de nascimento e do transporte sobre a morbimortalidade de recém-nascidos prematuros. **J Pediatr.** 2011;87(3):257-262.

ARAÚJO, J.P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, Dec. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil) ISBN 85-334-1238-X

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios) ISBN 85-334-0781-5

CAVALCANTI, P. C. S. **O modelo lógico da Rede Cegonha**. 2010. 25 f. Monografia. Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

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

COIMBRA L.C., *et al.* Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**. v.37, n.4, p.456-462, 2003.

COUTINHO, T, *et al.* Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **RBGO**. v.25, n.10, p.717-724, 2003.

FLECK, M. A. **Avaliação do pré-natal no município de Passo Fundo- RS segundo dados do Sisprenatal**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal da Fronteira Sul, Medicina, Passo Fundo, RS, 53f., 2019.

FONSECA, L.A.M., LAURENTI, R. **Evolução da mortalidade materna**. In: Monteiro CA, organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil a evolução do país e de suas doenças. São Paulo (SP): NUPENS/USP; 1995. p. 186-192.

FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em ginecologia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GOMES, R.M.T ; CÉSAR, J.A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Rio de Janeiro Abr-Jun; v.8, n.27p.80-9, 2013.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2012-2019, 2019. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/guaratuba/panorama>.

IBGE: **Mortalidade infantil cai no Brasil, mas segue longe do padrão. Valor Econômico**, online, 28, nov. 2019. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2019/11/28/ibge-mortalidade-infantil-cai-no-brasil-mas-segue-longe-de-padrao-desenvolvido.ghtml>.

LEAL, M. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 6, 2018. pp. 1915-1928. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>>. ISSN 1678-4561.

LOZANO, R., WANG, H, FOREMAN, K.J., *et al.* Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. **Lancet**, v.378, p.1139-65, 2011.

MARTINS, E.F., *et al.* Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2017, v. 33, n. 1 [Acessado 17 Setembro 2022] , e00133115. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00133116>>.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Governo Federal realiza segunda edição da Campanha Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência**. Data de publicação: 29/01/2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/11117>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Oficina da Rede de Atenção Materna e Infantil chega à Curitiba (PR)**. Data de publicação: 28/09/2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/19157>.

NUNES, J. T., *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.24,n.2, p.252-261, 2016.

NEUMANN, N.A., *et al.* Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Rev. Bras Epidemiol**. v.6, n.4 p.307, 2003.

PAIM, J.S., BOSI, M.L.M. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2p.236-237, fev, 2009.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Linha guia rede mãe paranaense. Paraná, 2012.

RIQUINHO, D.L., CORREIA, S.G. Mortalidade materna: perfil sociodemográfico e causal. **Rev. Bras. de Enfermagem** [online]. 2006, v. 59, n. 3 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300010>>

ROCHA, N. F. F. da. e FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate** [online]. v. 44, n. 125, pp. 556-568, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>>.

SANTOS NETO, E. T. *et al.* Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. **Saúde Sociedade**, v.17, n. 2, p.107-119, 2008.

SERRUYA, S.J., LAGO, T.G., CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v.4, n.3, p.269-279, 2004.

SILVA, L. B. R. A. A. *et al.* Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 931-940, 2021.

SILVEIRA, D.S., SANTOS, I.S., COSTA, J.S.D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**. v.17, n.1 p.131-9, 2001.

TAKAGI, Maira Maiko, *et al.* Resultados perinatais em gestantes acima de 35 anos. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, 2010; 55(3): p. 108-114. Disponível em: <[http://www.fcmscsp.edu.br/files/AO13\\_-\\_resultados\\_perinatais.pdf](http://www.fcmscsp.edu.br/files/AO13_-_resultados_perinatais.pdf)>

TREVISAN, M.D., DE LORENZI, D.R.S, ARAÚJO, N.M, *et al.* Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **RBGO**. 2002; v.24, n.(5p. 293-299, 2002.

VIELLAS, E.F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S85-S100, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.