

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

RENATA DA SILVA CARDOSO

**PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E
NASCIMENTO: AVALIANDO E CONSTRUINDO PARA
AVANÇAR.**

2007

RENATA DA SILVA CARDOSO

**PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E
NASCIMENTO: AVALIANDO E CONSTRUINDO
PARA AVANÇAR.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^a Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

2007

p© *Copyright 2007* – Renata da Silva Cardoso.

Ficha Catalográfica

C268p	Cardoso, Renata da Silva Programa de humanização no pré-natal e nascimento: avaliando e construindo para avançar [dissertação] / Renata da Silva Cardoso — Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007. 121p. il. Inclui bibliografia. Possui Tabela e Figura. 1. Pré-natal. 2. Enfermagem Obstétrica– Cuidado Humanizado. 3. Nascimento. 4. Enfermagem – Administração. I. Autor.
	CDD – 618.2

Catalogado na fonte por Lidyani Mangrich dos Passos – CRB14/697 – ACB439.

RENATA DA SILVA CARDOSO

**PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO:
AVALIANDO E CONSTRUINDO PARA AVANÇAR**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 27 de Agosto de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
- Presidente-

Dr. Gelson Luiz de Albuquerque
-Membro-

Dra. Ana Lúcia S. Ferreira Mello
-Membro-

CARDOSO, Renata da Silva. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: avaliando e construindo para avançar**. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

Orientadora: Alacoque Lorenzini Erdmann

Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde

RESUMO

A instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) definiu estratégias de melhoria da qualidade da atenção obstétrica na qual o paradigma conceitual foi a humanização, na perspectiva dos direitos da mulher. Sua implementação proporcionou amplas discussões uma vez que se mostrou um processo implexo e indutor de avaliações sobre a assistência pré-natal, em todos seus aspectos: conceituais, formais e de organização da assistência. A ciência da complexidade tem sido o foco das atenções dos investigadores nos últimos anos, pois se trata ainda de uma ciência em construção. As pesquisas acerca da complexidade trarão respostas para muitos questionamentos que surgem no cotidiano da atenção básica de saúde. E esse foi o referencial teórico escolhido para a fundamentação do estudo. Através do conhecimento deste referencial e da visualização dos Centros de Saúde sob esta ótica, surge então o questionamento: como ocorre o processo de implementação do PHPN no município de São José, SC, e como as equipes de saúde têm se organizado para garantir a eficácia deste programa? Mediante esta indagação o estudo tem como objetivo: construir um modelo representativo de estratégias adaptativas de organização da produção de serviços a partir de uma avaliação da operacionalização do PHPN. O referencial metodológico escolhido foi a Grounded Theory - Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que permite a geração de teorias a partir dos dados obtidos, analisados e comparados de maneira sistemática e concomitante. O primeiro momento trata-se de um estudo com caráter quantitativo, exploratório e descritivo, por meio do qual foi realizada uma análise documental. Fez-se um levantamento das informações operacionais do PHPN no Município de São José, SC, de janeiro de 2003 a janeiro de 2007. A análise dos indicadores aponta que à medida que são agregados os critérios assistenciais, os percentuais diminuem, indicando que é a realização do conjunto das atividades o maior desafio na atenção pré-natal. O segundo momento da pesquisa possui um enfoque qualitativo e foi realizado junto a quatro Centros de Saúde selecionados após avaliação específica por unidade local de saúde. Para modelar o fenômeno de forma que represente a realidade, consideraram-se as dimensões da: autonomia e organização; cooperação e agregação entre a equipe; inter-relação com gestantes; dependência e interdependência entre os sistemas e *feedback*. As unidades de saúde são vistas como organizações em rede formadas por inúmeros agentes, os quais são elementos ativos e autônomos, cujo comportamento é determinado por um conjunto de regras e pelas informações a respeito de seu desempenho e das condições do ambiente imediato. Estes agentes adaptativos interagem com o meio (gestante, familiares e profissionais), aprendem com a experiência e adaptam-se como resultado, pois é através desta inter-relação com o outro que a história do cuidado no pré-natal é construída. A avaliação de políticas públicas necessita ser de fato um dentre outros dispositivos possíveis dentro do universo de possibilidades para interferir na renovação de serviços, programas e como subsídios para construção de estratégias de mudanças organizacionais em vários níveis de ações de saúde.

Palavras-chave: assistência pré-natal, avaliação, complexidade.

CARDOSO, Renata da Silva. **Program of Humanization in Prenatal and Birth: evaluating and building to advance**. 2007. Dissertacion (Master. in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis. 121f.

ABSTRACT

The institution of defined strategies of improvement of the quality of the obstetric attention in which the conceptual paradigm was the humanization, in the perspective of the rights of the woman. Its implementation provided to ample quarrels a time that if showed to a process complex and inductor of evaluations on the prenatal assistance, in all its aspects: conceptual, formal and of organization of the assistance. The science of the complexity has been the focus of the attentions of the investigators in recent years, therefore it is still about a science in construction. The research concerning the complexity will bring answers for many questionings that appear in the daily one of the basic attention of health. E this was the chosen theoretical reference for the recital of the study. Through the knowledge of this reference and the visualization of the Centers of Health under this optics, the questioning appears then: how occurs the process of implementation of the program in the city of São José, SC, and as the health teams if have organized to guarantee the effectiveness of this program? By means of this investigation the study has as objective: to build a representative model of adaptational strategies of organization of services production from an evaluation of the operationalization of the Program. The chosen methodologic reference was the Grounded Theory, that it allows the generation of theories from the gotten, analyzed and compared data in systematic and concomitant way. The first moment is about a study with quantitative, investigative and descriptive character, by means of which a documentary analysis was carried through. A survey of the operational information of the Program in the City became of São Jose, SC, of January of 2003 the January of 2007. The analysis of the pointers points to the measure that are added the care criteria, the percentages diminish, indicating that the biggest challenge in the prenatal attention is the accomplishment of the set of the activities. As the moment of the research possesss a qualitative approach and was carried through next to four Centers of Health after selected specific evaluation for local unit of health. Shape the form phenomenon that represents the reality, the dimensions had been considered of: autonomy and organization; cooperation and aggregation between the team; interrelation with pregnant; dependence and interdependence between the systems and feedback. The units of health are seen as organizations in net formed by innumerable agents, which are active and independent elements, whose behavior is determined by a set of rules and the information regarding its performance and of the conditions of the immediate environment. These adaptational agents interact with the way (pregnant, family and professional), learn with the experience and adapt themselves as resulted, therefore she is through this interrelation with the other that the history of the care in the prenatal one is constructed. The evaluation of public politics needs to be in fact one amongst other possible devices inside of the universe of possibilities to intervene with the renewal of services, programs and as subsidies for construction of strategies of organize changes in some levels of action of health.

Key-words: prenatal care, evaluation, complexity.

CARDOSO, Renata da Silva. GARCIA, Claudia. programa de la humanización en prenatal y nacimiento: evaluación y construcción para avanzar. 121f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007

RESUMEN

La institución del programa de la humanización en prenatal y nacimiento definió estrategias de la mejora de la calidad de la atención obstétrica en la cual el paradigma conceptual era la humanización, en la perspectiva de las derechas de la mujer. Su puesta en práctica proporcionó a las peleas amplias una época que si está demostrado a un complejo y a un inductor de proceso de evaluaciones en la ayuda prenatal, en todos sus aspectos: conceptual, formal y de la organización de la ayuda. La ciencia de la complejidad ha sido el foco de las atenciones de los investigadores estos últimos años, por lo tanto todavía está sobre una ciencia en la construcción. La investigación referente a la complejidad traerá las respuestas para muchos cuestionamientos que aparezcan en el diario de la atención básica de la salud. E esto es la referencia teórica elegida para el decreto del estudio. Con el conocimiento de esta referencia y de la visualización de los centros de la salud bajo esta óptica, el pregunta aparece entonces: ¿cómo ocurre el proceso de la práctica del programa en la ciudad de São José, SC, y como los equipos de la salud si han organizado para garantizar la eficacia de este programa? Por medio de esta investigación el estudio tiene como objetivo: construir un modelo representativo de las estrategias adaptativas de la organización de la producción de los servicios de una evaluación del práctica del programa. La referencia metodológica elegida es la Grounded Theory, que permite la generación de teorías del haber conseguido, analizados y comparados los datos de la manera sistemática y concomitante. El primer momento es sobre un estudio con el carácter cuantitativo, investigador y descriptivo, por medio de el cual un análisis documental. Un examen de la información operacional del programa en la ciudad São Jose, SC, de enero de 2003 el enero de 2007. El análisis de los indicadores señala a la medida que se agregan los criterios del cuidado, los porcentajes disminuye, indicando que el desafío más grande de la atención prenatal es la realización del conjunto de las actividades. Como segundo momento de la investigación un acercamiento cualitativo y fue llevado a través al lado de cuatro centros de salud después de la evaluación específica seleccionada para la unidad local de la salud. Para formar el fenómeno de la manera que representa la realidad, las dimensiones había sido considerado de: autonomía y organización; cooperación y agregación entre el equipo; interrelación con embarazado; dependencia e interdependencia entre los sistemas y *feedback*. Las unidades de la salud son como las organizaciones en red formaron por innumerables agentes que son elementos activos y independientes, que los comportamientos son determinadas por un sistema de reglas y de la información con respecto a su funcionamiento y de las condiciones del ambiente inmediato. Estos agentes adaptativos obran recíprocamente con la manera (embarazada, familia y profesional), aprenden con la experiencia y se adaptan según lo resultado, por lo tanto con esta interrelación con la otra que la historia del cuidado en el prenatal está construida. La evaluación de la política pública necesita ser de hecho una entre otros dispositivos posibles dentro del universo de las posibilidades a intervenir con la renovación de servicios, los programas y mientras que los subsidios para la construcción de cambios em lãs estrategias de organización en algunos niveles de la acción de la salud.

Palabra-llave: atención prenatal, evaluación, complejidad.

LISTA DE FIGURAS

- Figura nº 01** – Fluxograma do processo de elaboração do Diagnóstico para o Feedback.....62
- Figura nº 02** – Representação do processo de desenvolvimento da Pesquisa.....65
- Figura nº 03** – Indicadores do Processo. SISPRENATAL, Município de São José, jan/2003 – jan/2007.....75
- Figura nº 04** – Esquema representativo da Categoria 1 - Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN no Sistema.....84
- Figura nº 05** – Esquema representativo da Categoria 2 - Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN entre os Sistemas.....86
- Figura nº 06** – Esquema representativo da Dimensão da autonomia e organização....86
- Figura nº 07** – Esquema representativo do Modelo Operacionalizando o PHPN: Buscando o Sucesso Adaptativo pela auto-organização.....110

LISTA DE TABELAS

Tabela nº 01 – Procedimentos previstos no PHPN.....	15
Tabela nº 02 – Comparativo entre números e valores de conclusões da assistência pré-natal previstas e efetivadas, baseado no número de adesões nos respectivos anos. DATASUS, jan/2003 – dez/2006.....	70
Tabela nº 03 – Média percentual de amostragem selecionada por indicador, proporcional ao número de gestantes cadastradas.....	72
Tabela nº 04 – Exemplo de metodologia adotada pelo Ministério da Saúde para avaliação de indicador. SISPRENATAL, 2003.....	73
Tabela nº 05 – Subcategoria 1.1 - Conhecendo as condições do ambiente na dimensão da Autonomia e organização.....	91
Tabela nº 06 – Subcategoria 1.2 - Desenvolvendo estratégias adaptativas na dimensão da Autonomia e organização.....	91
Tabela nº 07 – Subcategoria 1.3 - Conhecendo as condições do ambiente na dimensão da cooperação e agregação entre a equipe.....	96
Tabela nº 08 – Subcategoria 1.4 - Desenvolvendo estratégias adaptativas na dimensão da cooperação e agregação entre a equipe.....	96
Tabela nº 09 – Subcategoria 1.5 – Conhecendo as condições do ambiente na dimensão da inter-relação com gestantes.....	99
Tabela nº 10 – Subcategoria 1.6 – Desenvolvendo estratégias adaptativas na dimensão da inter-relação com gestante.....	100
Tabela nº 11 – Subcategoria 2.1 – Conhecendo as condições do ambiente na dimensão da dependência e interdependência entre os sistemas.....	103
Tabela nº 12 – Subcategoria 2.2 – Desenvolvendo estratégias adaptativas na dimensão da dependência e interdependência entre os sistemas.....	104
Tabela nº 13 – Subcategoria 2.3 – Conhecendo as condições do ambiente na dimensão do feedback.....	109
Tabela nº 14 - Subcategoria 2.4 – Desenvolvendo estratégias adaptativas na dimensão do feedback.....	109

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	xxi
1 – INTRODUÇÃO.....	01
1.1 – Questão de pesquisa.....	04
1.2 – Objetivos.....	05
1.2.1 – Objetivos geral.....	05
1.2.2 – Objetivos específicos.....	05
2 – REVISÃO DE LITERATURA.....	06
2.1 – Atenção pré-natal.....	06
2.2 – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).....	10
2.3 – Avaliação Nacional do PHPN.....	21
3 – REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
3.1 - Abordagem sistêmica nas organizações.....	24
3.2 – Teoria da complexidade.....	29
3.3 – Sistema Adaptativo Complexo – SAC.....	35
3.4 – Complexidade nas Organizações.....	43
3.5 – Auto-Organização.....	48
4 – METODOLOGIA.....	52
4.1 – Local do Estudo.....	52
4.2 – Sujeitos do Estudo.....	54
4.3 – Aspectos Éticos.....	54
4.4 – Metodologia de Referência.....	56
4.5 – Operacionalização da Pesquisa.....	59
4.5.1 – Análise documental do PHPN.....	60
4.5.2 – Conhecendo as equipes das unidades de saúde e as inter-relações com os sistemas.....	63
4.6 – Análise dos resultados.....	66
5 – A REALIDADE DO PHPN NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ.....	68
5.1 – Adesão ao componente I – incentivo à assistência pré-natal e a conclusão da assistência pré-natal.....	69
5.2 – Indicadores do SISPRENATAL.....	71
5.3 – Avaliação do PHPN em São José.....	74
6 – COMPREENDENDO A REALIDADE DAS UNIDADES.....	78
6.1 - Apresentando as categorias, subcategorias e seus códigos.....	83
6.1.1 – Dimensão da autonomia e organização.....	87
6.1.2 – Dimensão da cooperação e agregação entre a equipe.....	92
6.1.3 – Dimensão da inter-relação com gestantes.....	97
6.1.4 – Dimensão da dependência e interdependência entre os sistemas.....	100
6.1.5 – Dimensão do <i>feedback</i> : a chave para auto-organização do sistema.....	105
6.1.6 – Representando o fenômeno.....	110

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
APÊNDICE.....	122
ANEXOS.....	180

APRESENTAÇÃO

Durante minha trajetória acadêmica, na Graduação em enfermagem, participei da implementação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em um hospital da grande Florianópolis através da elaboração de um diagnóstico das condições de humanização da Emergência, caracterizado como a terceira etapa do programa. Este diagnóstico foi apresentado posteriormente ao Ministério da Saúde e utilizado como referência na elaboração de estratégias e planejamento para melhoria das condições de humanização da unidade hospitalar. Esta experiência instigou meu aprofundamento nas questões voltadas à humanização, avaliação e políticas públicas.

Ainda na graduação, iniciei os estudos na área da saúde da mulher, em especial a gestante. Através de uma pesquisa referente ao pré-natal realizada no trabalho de conclusão de curso (2002-2004), observei a importância do pré-natal na relação/binômio mãe e filho e da educação e capacitação dos profissionais que participam deste cuidado, além de conhecer a trajetória dos profissionais de saúde, por meio do Ministério, em buscar melhorias para este atendimento através da criação de programas específicos para a saúde da mulher e gestante.

A partir desta reflexão acerca da importância desta mobilização, com enfoque na humanização dos serviços públicos, perscrutei informações sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) relacionando o meu foco de estudos (Pré-Natal) com a humanização e avaliação de políticas públicas.

Atualmente, como mestranda em enfermagem pela UFSC, na disciplina de Práticas Assistências em Enfermagem e Saúde, realizei uma prática com enfoque educativo que visou criar espaços dialógicos para refletir com a equipe multiprofissional de saúde coletiva sobre o significado do cuidado humanizado no PHPN no município de São José, SC. Através do trabalho de prática emergiram subsídios para a elaboração desta dissertação.

1 – INTRODUÇÃO

A gravidez, parto e puerpério são marcos importantes na trajetória de vida das mulheres, homens e suas famílias, pois o contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento bem como para a relação que a mulher e a sua família estabelecerão com a criança. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento mais saudável do ser humano.

As técnicas obstétricas aprimoraram a qualidade da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. Contudo, por conta disso e da evolução tecnológica surgida nas últimas décadas, o atendimento parece ter se tornado massificado e despersonalizado dentro das instituições. O processo natural de parir vem sendo relegado a uma função secundária no contexto do nascimento.

A consequência é que muitas mulheres são colocadas à distância de sua própria capacidade inata de dar à luz, e os profissionais estão exercendo menos suas habilidades intuitivas à medida que passam a depender mais da tecnologia.

Estas freqüentes mudanças tecnológicas e de estratégias públicas criam no profissional de saúde necessidades de adaptação e reorientação constantes em suas atividades, exigindo mudanças de comportamento a médio e curto prazo para que o serviço mantenha seu desenvolvimento.

Portanto, o acesso à informação e a educação constante desses profissionais são necessários para que as instituições mantenham seus conhecimentos atualizados além de fornecer subsídios para a aplicabilidade de políticas públicas. Essas políticas são criadas em conjunto com os três níveis de governo, no entanto, na maioria das vezes, as informações fornecidas aos executores dessas políticas e programas nas unidades locais são escassas e superficiais, prejudicando a efetivação da proposta das políticas. Nesse aspecto, o investimento na educação continuada/permanente, voltada para as estratégias públicas e programas ministeriais atuais, para os profissionais responsáveis

pela operacionalização desses programas, é considerado necessário devido seu retorno para a própria instituição, governo e sociedade.

Acredita-se então, que para implementação efetiva de um programa de humanização voltado para a assistência à gestante desde o pré-natal até o nascimento, são necessários mecanismos de organização que irão orientar a construção, implantação e desenvolvimento de um processo de humanização.

A finalidade de todo esse processo resultaria na re-qualificação das instituições públicas, que atendem a mulher enquanto gestante, parturiente e puérpera; que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade.

Atualmente, vários autores têm discutido a importância da assistência pré-natal, seus critérios, as bases científicas das intervenções que são realizadas e as repercussões sobre a saúde materna e perinatal. No Brasil, diferentes avaliações realizadas sobre a atenção pré-natal também têm apontado a necessidade de mudanças, em especial buscando a equidade e a melhoria na qualidade dos serviços, com objetivo de otimizar resultados (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2006; SILVA, CECATTI, SERRUYA, 2005; COSTA, GUILHEM, WALTER, 2005; SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004a; SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004b; SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004; ORDAHI, 2004; HOGA, et.al., 2002; TSUNECHIRO, BONADIO, OLIVEIRA, 2002).

A instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento definiu estratégias de melhoria da qualidade da atenção obstétrica, considerada inadequada, na qual o paradigma conceitual foi a humanização, na perspectiva dos direitos da mulher. Sua implementação proporcionou amplas discussões em muitos municípios e estados, uma vez que se mostrou um processo complexo e indutor de avaliações sobre a assistência pré-natal, em todos seus aspectos: conceituais, formais e de organização da assistência (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004b).

Foram realizados alguns estudos descritivos resgatando elementos do processo de elaboração e implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento por meio dos dados do banco Datasus/Sisprenatal¹.

Trata-se da avaliação dos dados nacionais gerados no Sisprenatal nos dois primeiros anos do programa, 2001 e 2002 (SILVA, CECATTI, SERRUYA, 2005; SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004a; SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004b; SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

De acordo com esses estudos, a adesão ao PHPN como processo de organização da atenção obstétrica, foi realizada com mecanismos ainda imaturos de gestão, no que se refere à descentralização e à regionalização, gerando conflitos de atribuições nos três níveis de governo. A estratégia para a adesão proporcionou a discussão do panorama de atenção à gestação e ao parto em cada município, revelando fragilidades na capacidade instalada e na distribuição de recursos de média e alta complexidade (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004b; SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004).

A prática educativa realizada no município de São José, SC, como disciplina de mestrado, relatada na apresentação deste trabalho, corroborou com alguns resultados apresentados nesta pesquisa nacional.

Observou-se com a prática que as ações voltadas para o cuidado humanizado à gestante precisam ser resgatadas dentro do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento para que mais do que funcional, dinâmico e resolutivo nos aspectos operacionais, a essência da humanização permeie este processo. Isto se dá por meio do diálogo, discussão, capacitação, valorização e conscientização dos profissionais da saúde. Estes são agentes adaptativos que interagem com o meio (gestante, familiares e profissionais), aprendem com a experiência e adaptam-se como resultado, pois é

¹ Sistema de informações que constitui em um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar a atenção ao pré-natal e melhorar a gestão dos serviços. Até a instituição do Programa, no SUS, os dados referentes à assistência pré-natal restringiam-se à cobertura e ao número absoluto de consultas, não permitindo avaliações mais detalhadas da qualidade do cuidado pré-natal (GOLDBAUM, 1996; NOVAES, 2000).

através desta inter-relação com o outro que a história do cuidado no pré-natal é construída.

Concluiu-se também que assim como os dispositivos da educação, a avaliação precisa adentrar no campo de competência e responsabilidade, voltados para a superação de questões intrínsecas aos programas e serviços de saúde, ao desenvolvimento e à criação de novas redes de compromisso entre os sistemas interligados aos mesmos, além de promover a capacitação dos envolvidos – agentes – na condução de suas atribuições. Pode-se dizer que a avaliação de políticas públicas necessita ser de fato um dentre outros dispositivos possíveis dentro do universo de possibilidades para interferir na renovação de serviços, programas e como subsídios para construção de estratégias de mudanças organizacionais em nível de ações locais de saúde.

Deste modo, a discussão de propostas de assistência pré-natal permanece atual e ainda um campo fértil para estudos e análises (KOTELCHUCK, 1994; LUMBIGANON, 1998; VILLAR et al., 1998; PUCCINI et al., 2003), tanto quantitativas quanto qualitativas, bem como de avaliações operacionais (SERRUYA, 2003).

Pesquisas qualitativas sobre assistência pré-natal indicam que a qualidade da assistência é o nó crítico principal e ainda é preciso permanentemente discutir esta questão (BERGSJØ, 2001; SILVEIRA et al., 2001; VICTORA e BARROS, 2001; TREVISAN et al., 2002; SERRUYA, 2003).

1.1 Questão de pesquisa

Partindo do princípio de que a avaliação é um meio de aperfeiçoar a capacidade de aprender como conduzir mudanças na estrutura e definir resultados alcançáveis nos campos da eficiência e eficácia públicas, emergiram no decorrer da prática educativa, a necessidade de conhecer o processo de implementação do PHPN pelas equipes de saúde do Município de São José, SC, suas potencialidades, limitações, e formas de

organização sob a ótica da complexidade. Surgindo então a seguinte questão de pesquisa:

COMO OCORRE O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ, SC, E COMO AS EQUIPES DE SAÚDE TÊM SE ORGANIZADO PARA GARANTIR A EFICÁCIA DESTE PROGRAMA?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral:

Construir um modelo representativo de estratégias adaptativas de organização da produção de serviços a partir de uma avaliação da operacionalização do programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no município de São José, SC.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Analisar quantitativamente os dados dos relatórios operacionais do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento em São José, SC, de janeiro de 2003 a janeiro de 2007;
- Discutir junto com as equipes das unidades locais e da secretaria municipal de saúde, a partir do resultado apresentado na análise de dados do PHPN, como vêm ocorrendo o processo de implementação efetiva do programa no município de São José, SC;
- Construir, a partir da discussão com as equipes de saúde, um modelo representativo de estratégias adaptativas de organização da produção de serviços.

2 – REVISÃO DE LITERATURA

Para obter as informações acerca da temática, realizou-se uma busca bibliográfica em base de dados científica (LILACS, MEDLINE, CAPES, SCIELO) utilizando-se descritores das ciências da saúde, sendo: cuidado, humanismo, cuidado pré-natal, saúde e enfermagem.

Foram selecionados trinta e dois artigos que abordavam o tema investigado. Desses, sete abordavam o tema Políticas Públicas e gestão do serviço de saúde; seis artigos discutiam tópicos referentes ao trabalhador da saúde; quatro pautavam sua reflexão sobre a saúde da mulher e da criança em geral; dois referiam-se à saúde Pública; três sobre a enfermagem em Unidades hospitalares, dois contemplavam o cuidado em saúde de forma diversificada e os últimos oito enfocavam um panorama da atenção Pré-Natal no SUS (Sistema Único de Saúde). Utilizou-se também para a construção deste capítulo, teses, dissertações, portarias e leis referentes ao tema. Após a seleção dos artigos, teses e dissertações e leitura crítica dos mesmos, apresenta-se a seguir a revisão da literatura:

2.1 – Atenção Pré-Natal

A atenção obstétrica do século XIX no mundo ocidental tinha como característica marcante a medicalização e instrumentalização do parto, os quais fazem parte da institucionalização do poder médico que, no corpo feminino, atuou fundamentalmente normatizando a reprodução. Deste modo, mais recentemente, a mudança do local de ocorrência do parto e a participação, cada vez mais atuante, dos profissionais de saúde caracterizam de forma marcante a experiência do parto. Autores alegam que a razão principal para a ocorrência destas mudanças foi a alta mortalidade materna e perinatal. A consequência foi que à medida que determinadas técnicas e procedimentos foram sendo incorporados, a mortalidade de mulheres e recém-nascidos

caiu significativamente e hoje, em países desenvolvidos, a morte materna é rara e incomum (PITANGUY, 1999 e SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004b).

A atenção que se concentrava no parto estendeu-se ao período anterior ao nascimento, iniciando-se no fim do século XIX a chamada assistência materno-infantil. No âmbito nacional, nos anos 70, os processos de industrialização, urbanização e conseqüente incremento da participação das mulheres no mercado de trabalho, resultaram em demandas crescentes por redução do número de filhos. Os governos passaram a permitir a atuação de entidades privadas que executavam programas verticais de controle da natalidade. A Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BENFAM, 1997), entidade financiada com recursos externos que teve ampla atuação no país nesse período, é um exemplo desse tipo de política.

No entanto, apenas em 1975, o Ministério da Saúde implantou uma política específica para a mulher denominada de Programa Materno Infantil (PMI) a qual foi representado por consultas esparsas no período pré-natal, sem sistematização clínica. Em quase todos os países a prática de pré-natal foi adotada e, no Brasil, era o tipo de assistência mais oferecido às mulheres até o final da década de 70. A partir deste momento os grupos de mulheres e profissionais de saúde reivindicavam a ampliação da assistência à mulher a partir de movimento articulado com a proposta de reforma sanitária e a criação de sistema único de saúde, público e universal. O movimento sanitário, tomando a saúde como um direito intransferível, exigia que o Estado reordenasse o sistema de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade (SERRUYA, CECATTI, LAGO 2004; SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004b; CASTILHO, 2000; COSTA, 1999).

Através do diálogo entre os movimentos organizados das mulheres e o Estado surge em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que teve um amplo significado social, constituindo-se em elemento catalizador de debates num momento histórico de democratização da sociedade brasileira (BRASIL, 1984).

O PAISM constitui-se também na primeira vez em que o Estado brasileiro propôs explicitamente, e implantou, embora de modo parcial, um programa que

contemplava a regulação da fecundidade. Isso suscitou suspeita acerca de possíveis intenções ocultas de controle da natalidade. Porém, a análise sobre a história desse Programa e seu significado social, realizado por Osis (1998), concluiu que o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Por isso mesmo, os movimentos de mulheres, de imediato, passaram a lutar por sua implementação.

Seu conteúdo inclui plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988 ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995. Conseqüentemente, a adoção do PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta (OSIS, 1998).

O PAISM deveria prover ações relacionadas à gravidez, contracepção, esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério. Apesar de ter representado avanço significativo em termos de direitos reprodutivos para as mulheres brasileiras, sua implementação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu na prática que o Programa se transformasse, de fato, em agente transformador da saúde de todas as mulheres (SERRUYA, CECATTI, LAGO 2004; SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004b CASTILHO, 2000; COSTA, 1999; OSIS 1998).

O Programa exigia dos gestores e profissionais uma postura que extrapolava a capacitação técnica para responder isoladamente a cada um dos problemas femininos de saúde. Essa nova atitude requeria que os profissionais se relacionassem com as mulheres enquanto sujeitos e detentoras de direitos, sendo compreendidas suas demandas reprodutivas e relativas à sexualidade no contexto de subordinação das mulheres nos planos privado e público (SERRUYA, CECATTI, LAGO 2004).

Desse modo, o PAISM apresentou um deslocamento de olhar na atenção à saúde da mulher, obrigando os serviços e gestores a pensarem de forma mais ampla sobre a questão. A implantação do PAISM foi bastante diferenciada em todo o país, refletindo os diferentes graus de compromisso político dos governantes com a questão da mulher, a heterogeneidade nas estratégias adotadas para o desenvolvimento e a organização do sistema de saúde (SERRUYA, CECATTI, LAGO 2004; COSTA, 1999).

No final dos anos 90, após quase duas décadas da instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a assistência à saúde da mulher no Brasil permanecia com muitas questões a serem enfrentadas. O Ministério da Saúde havia definido a saúde da mulher como prioritária e sistematizou, a partir de três linhas principais de ações, projetos específicos: melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004a; BRASIL, 2005).

Para a melhoria da assistência obstétrica, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva, elaborou um plano em três etapas. Na primeira, aumentou a remuneração ao parto normal, instituiu um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital (portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998 em BRASIL, 1998) e incluiu a remuneração aos procedimentos referentes à analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira obstétrica. Na segunda, foi instituído o Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco, com a finalidade de organizar e melhorar a assistência às mulheres com maior risco obstétrico. A terceira etapa tratava especificamente da atenção no pré-natal e ao parto, enfocando a qualidade da assistência, o acesso, também considerado como um indicador da qualidade da atenção, e a humanização da atenção (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004a; BRASIL, 2005).

Essas ações tinham como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbimortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, com a perspectiva de a

humanização permear este processo. Tomando o enfoque de gênero e as questões epidemiológicas como ponto de referência, parecia indispensável retomar compromissos da assistência e promover ações para enfrentar os obstáculos já conhecidos, mas ainda não vencidos (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004a).

2.2 – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

Em 01 de junho de 2000, através das Portarias/GM nº 569 (ANEXO 1), 570 (ANEXO 2), 571 e 572 (BRASIL, 2000), foi instituído pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, e busca:

- concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal;
- adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e
- ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstetrícia e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2005; SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004b; SERRUYA, CECATTI, LAGO 2004; SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004a).

Este programa, que atualmente está inserido à Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde Humaniza SUS (BRASIL, 2004), colocou em discussão a atenção pré-natal, buscando redefinir as bases conceituais e as práticas assistenciais. Este debate esteve em consonância com a

discussão de modelos de assistência pré-natal, que tem sido ampla e recorrente, uma vez que esta atenção é praticada em todo mundo. No conjunto de medidas tomadas pelo Ministério da Saúde o Programa deveria somar-se a outras importantes estratégias já em andamento para a melhoria da assistência obstétrica (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004b).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento está estruturado nos seguintes princípios:

"... Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; b - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; c - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura" (BRASIL, 2000 p. 2).

A fundamentação da medida ministerial é caracterizada como um projeto de aprimoramento da assistência obstétrica através da estruturação do programa em três componentes:

“Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal - objetiva a assistência pré-natal adequada, com critérios mínimos recomendados pelo Programa, instituindo, para tanto, incentivos financeiros a serem transferidos aos municípios que aderirem ao Programa. (Portaria GM/MS nº 570, de 1 de junho de 2000, republicada em 18 de agosto de 2000, em Anexo 2). Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal - objetiva o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, através da estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares e financiamento a hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde (Portaria GM/MS nº 571, de 1 junho de 2000 e SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000). Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto - objetiva a melhoria do custeio da assistência ao parto realizado nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, elevando o valor e a forma de remuneração dos procedimentos da tabela relativos ao parto (Portaria GM/MS nº 572, de 1 de junho de 2000, republicada em 14 de novembro de 2000)” (BRASIL, 2005 p 3).

Outras portarias técnicas referentes ao PHPN são: SPS/MS nº 9, de 5 de julho de 2000, republicada em 1 de setembro de 2000 - Define o Termo de Adesão dos estados e seus respectivos municípios; Portaria Conjunta SAS/SE nº 27, de 3 de outubro de 2000 - Fixa os limites, por Unidade da Federação, para financiamento pelo FAEC; e DOU/MS nº1067, de 04 de julho de 2005 – Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e estabelece ajustes no PHPN como a extinção do Componente II, regulamentado pela Portaria nº 356, de 22 de setembro de 2000, e dá outras providências.

Para o cumprimento desta nova forma de organização da saúde, em especial da obstetrícia, estipulada nestes decretos e portarias, há responsabilidades nos três níveis de governo onde se criam elos de interdependência para a funcionalidade efetiva do programa (BRASIL, 2005):

Gestor Federal

- Articular com Estados, Municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, de avaliação e de acompanhamento do processo;
- Assessorar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos Sistemas Móveis de Atendimento;
- Estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa e alocar recursos destinados ao co-financiamento dos componentes;
- E fornecer série numérica, por Estado e por Município, para identificação das gestantes.

Gestor Estadual

- Elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde, os Planos Regionais, organizando seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem todos os níveis de atenção;
- Estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal;
- Assessorar os municípios na estruturação das Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;
- Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;
- Monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual;
- Assessorar os municípios no processo de implementação, controle, avaliação e acompanhamento do Programa;
- E homologar, após análise, os Termos de Adesão encaminhados pelos municípios.

Gestor Municipal

- Participar da elaboração dos Planos Regionais em conjunto com a Secretaria Estadual; estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal e o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar;
- Garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastramento e acompanhamento de suas gestantes;

- Garantir o acesso à realização dos exames laboratoriais de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, de acordo com a programação regional;
- Estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, de acordo com a programação regional;
- Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;
- Monitorar o desempenho do Programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal;
- E enviar o Termo de Adesão ao Programa, devidamente homologado pelo Gestor Estadual, à Secretaria de Políticas da Saúde/MS- Brasília/DF.

A operacionalidade do PHPN em nível municipal dá-se a partir da publicação da Portaria de Adesão finalizando com o cuidado direto à mulher durante o período pré, trans e pós-gestacional.

O município deve começar o cadastramento das gestantes no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento utilizando o sistema informatizado - Sis prenatal.

O Sis prenatal é um sistema informatizado de informação e acompanhamento, disponibilizado pelo DATASUS para os municípios que aderirem ao Programa, sendo de uso obrigatório para estes municípios. O sistema foi desenvolvido em ambiente Windows, na linguagem Delphi, permitindo fácil manuseio. O Sis prenatal possibilita o monitoramento do Programa pelos gestores do SUS, a partir do acompanhamento de cada gestante.

As informações das Fichas de Cadastramento da Gestante (Anexo 3) e das Fichas de Registro Diário de Acompanhamento da Gestante (Anexo 4) são as fontes de entradas de dados que devem ser digitadas no Sis prenatal. A cada mês, o Sis prenatal

gerará o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), para importação no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

Este BPA possibilitará o faturamento do incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante cadastrada. O valor mensal total correspondente ao município constará do relatório Valores Exclusivos para Empenho - VEP/SIA e o depósito será feito na conta do Fundo Municipal de Saúde. Para tanto, é preciso que a programação físico-orçamentária do procedimento tenha sido feita na Ficha de Programação Orçamentária - FPO, da unidade que cadastra a gestante, para o mês de competência.

Os retornos da gestante à unidade para consulta, assim como os exames realizados no pré-natal, devem ser registrados na Ficha de Acompanhamento Diário da Gestante e digitados no Sis prenatal. O cumprimento do elenco de procedimentos previstos no programa (Tabela 01), e a devida alimentação do Sis prenatal, gerará automaticamente o BPA para o SIA/SUS, permitindo o pagamento de R\$ 40,00 por gestante, a conclusão da assistência pré-natal.

Tabela nº 01: Procedimentos previstos no PHPN.

Procedimentos Previstos no PHPN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; 2. Garantir a realização dos seguintes procedimentos: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. No mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. 2.2. Uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento. 2.3. Exames laboratoriais: <ol style="list-style-type: none"> a) ABO-Rh, na primeira consulta; b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; c) Urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; e) Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta.

- 2.4. Oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes.
- 2.5. Aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.
- 2.6. Atividades educativas.
- 2.7. Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subseqüentes.
- 2.8. Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Fonte: Brasil, 2000.

A não alimentação do Sis prenatal implicará a impossibilidade do faturamento do incentivo, mesmo que toda assistência tenha sido prestada às gestantes, uma vez que o sistema é o veículo para pagamento.

Há ainda, o repasse de R\$ 40,00 (quarenta reais) ao hospital que realizar o parto da gestante acompanhada pelo Programa, desde que o hospital integre a rede de referência para atendimento ao parto, contida nos Termos de Adesão dos municípios e informe o número da gestante no Sis prenatal na AIH, através da digitação no SISAIH-01. Estes incentivos serão pagos com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação do Ministério da Saúde - FAEC.

Para o acompanhamento da assistência e possíveis intervenções no processo de atenção, o sistema fornece um conjunto de relatórios e indicadores de resultados e de processo. A escolha dos indicadores de processo e resultados que deveriam ser monitorados foi pensada a partir dos critérios estabelecidos para o programa: seis consultas, consulta de puerpério, vacina antitetânica e exames, uma vez que estes dados são os possíveis de acompanhar com as duas fichas de entrada de dados já definidas.

As variáveis selecionadas para a construção dos indicadores, apesar de ampliarem a análise da assistência também apresentam como limitação o fato de ser

apenas parte efetiva de uma avaliação de qualidade, uma vez que dados mais subjetivos seriam de difícil coleta e implicariam na implantação e preenchimento de mais uma ficha para sua realização (SERRUYA, 2003)

Assim, o SISPRENATAL gera três tipos de relatórios: de gestantes, auxiliares e gerenciais. Os relatórios de gestantes relacionam-se ao cadastro, à falta de documentação, à movimentação da gestante, e às gestantes que são atendidas ou que são residentes fora do município. Os relatórios auxiliares fornecem informações cadastrais das unidades prestadoras de serviço, das fichas de registro de atendimento, de gestantes cadastradas em outra unidade e exibem relatórios previamente salvos.

Por sua vez, os relatórios gerenciais são em maior número e foram planejados para que o gestor obtivesse informações do processo da atenção, aumentando a capacidade de intervenção na assistência. A seguir são apresentados os relatórios e o seu conteúdo:

1. Ficha dos Acompanhamentos. Este relatório exhibe todas as consultas efetuadas, por gestante, independente das unidades onde foram feitas.
2. Ficha Consolidada. Relatório consolidado que exhibe todas as consultas válidas e procedimentos que foram efetuados por todas as gestantes, independente da unidade onde o atendimento foi realizado. Nele existem outras informações que são geradas em um campo de observação, com mensagens sobre faturamento, documentação e cadastro com mais de 120 dias.
3. Ficha Consolidada - Finalizadas. Relatório equivalente ao anterior, listando somente as gestantes com conclusão do atendimento, incluindo as observações de que estas gestantes podem ou não gerar faturamento.
4. Ficha Consolidada - Não Finalizadas. Relatório equivalente ao anterior, listando as gestantes que já tiverem feito seis consultas e a consulta de puerpério. Foi elaborado com o intuito de mostrar ao usuário do sistema

quais são os exames e/ou vacinas que faltam para as gestantes, incluindo as observações de que estas gestantes podem gerar faturamento ou não.

5. Totais de Gestantes – Mês de Gestação. Relatório que contem o resumo das idades gestacionais (em meses) das gestantes, no momento em que é gerado.
6. Totais de Gestantes – Idades Gestacionais na 1ª Consulta. Relatório que contem o resumo das idades gestacionais (em meses) das gestantes na data em que fizeram a 1ª consulta (cadastramento).
7. Totais de Gestantes – Faixa Etária. Relatório que contem o resumo das faixas etárias das gestantes no momento em que o relatório é gerado.
8. Relatório de Municípios aderidos ao Programa. Este relatório lista resumidamente as seguintes informações por município:
 - Código do município.
 - Nome do município.
 - Data de publicação da portaria de adesão do município ao PHPN, de acordo com as informações fornecidas pelo usuário na data do cadastramento.

Para cada Unidade de Saúde, tem-se:

- Código da unidade.
- Nome da unidade.
- Total de gestantes cadastradas na unidade.

Ao final do relatório, têm-se os seguintes totais:

- Totais por unidades de saúde.
- Unidades Ativas, isto é, que possuem pelo menos uma gestante cadastrada.

- Unidades Inativas, isto é, que não possuem gestantes cadastradas.
- Totais de unidades no cadastro examinado.
- Totais por municípios.
- Municípios Ativos, isto é, que possuem pelo menos uma gestante cadastrada.
- Municípios Inativos, isto é, que não possuem gestantes cadastradas.
- Totais de municípios no cadastro examinado.

9. Relatório de Municípios PAB e PSM. Este relatório acrescenta a variável forma de gestão do município, para todas as possibilidades descritas para o relatório anterior.

10. Relatório de Último Mês de Gestação. Relatório distribuído aos hospitais, a fim de prepararem leitos, salas de parto, etc. Contem as gestantes que estão entre a 38^a e a 42^a semana de gestação, com as seguintes informações:

- Número da gestante.
- Nome da gestante.
- Documento da gestante (indicando qual o documento).
- Semana de gestação, na época em que é emitido o relatório.
- Data Provável do Parto (DPP).

11. Relatório de Totais por Competência. Totalização das gestantes, por mês de gestação, mostrando na linha de detalhe o Total por Unidade de Serviço.

12. Relatório de Indicadores. Este relatório seleciona os indicadores de processo e resultados do programa:

- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta, em relação ao número de nascidos vivos no período.
- Percentual de gestantes cadastradas no programa no período selecionado em relação ao total de gestantes cadastradas no banco nacional.
- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta até 120 dias, em relação ao número de nascidos vivos no período.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e todos os exames básicos.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, e todos os exames básicos.
- Percentual de gestantes inscritas que receberam a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica.

- Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL.

13. Procedimentos Realizados. Neste relatório é listada a distribuição da frequência dos procedimentos já realizados pelas mulheres cadastradas, segundo a idade gestacional.

2.3 – Avaliação Nacional do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

Foram realizados alguns estudos descritivos resgatando elementos do processo de elaboração e implantação do programa por meio dos dados nacionais do banco DATASUS/SISPRENATAL. Trata-se da avaliação dos dados gerados no SISPRENATAL nos dois primeiros anos do programa, 2001 e 2002, publicados por Serruya, Cecatti, Lago 2004; Serruya, Lago, Cecatti, 2004b; Serruya, Lago, Cecatti, 2004a e Silva Cecatti, Serruya, 2005.

De acordo com esses estudos, no primeiro semestre do Programa, o segundo do ano 2000, apenas quatro estados encaminharam termos de adesão, totalizando 55 municípios. De janeiro a junho de 2001, 586 municípios aderiram ao Programa e no final do segundo semestre 2.523 municípios já o haviam feito, incluindo São José em Santa Catarina. A adesão continuou agregando municípios e no final de 2002, em alguns estados, a adesão atingia totalidade dos municípios e em onze estados o percentual de adesão era superior a 80%. Os estados com baixo percentual, inferior a 25%, eram Espírito Santo, Maranhão e Rio Grande do Sul. Em dezembro de 2002, 3983 municípios, representando 71% do total do Brasil, já haviam aderido (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004b).

Segundo a análise dos indicadores do programa nesses dois anos, a cobertura do programa mostra um incremento importante entre 2001 (9,25%) e 2002 (27,92%), com

o cadastramento de 555.979 mulheres no segundo ano, a maioria inscrita com até 120 dias de gestação (cerca de 90%).

Em 2002, todos os estados produziram dados e houve um aumento considerável no número de mulheres cadastradas em vários estados, apesar da cobertura estar muito aquém do esperado. Dentre os 4 estados com maior cobertura encontra-se Santa Catarina com 33,35%. (SERRUYA, 2003).

Entretanto, apenas uma pequena parcela das gestantes cadastradas cumpriu integralmente os critérios estabelecidos em seus objetivos, sendo que a maioria apresentou assistência desarticulada e parcial. Apenas 25% conseguiram o número de seis consultas ou mais, e a conjugação desse critério com a consulta puerperal e/ou os exames obrigatórios reduziu esse percentual pela metade em 2002, chamando atenção para as dificuldades que sinalizam para a necessidade de rever sua dinâmica de realização (SILVA, CECATTI, SERRUYA, 2005).

O registro da vacina antitetânica cresceu 100% de 2001 para 2002, enquanto o percentual de solicitações de exames para a detecção de sífilis foi a metade em relação a solicitações de exames para a aids nesses dois anos. Uma leitura vertical dos indicadores, nos dois anos em estudo, aponta que, à medida que se adicionam os critérios assistenciais, os percentuais diminuem, indicando que é a realização do conjunto das atividades o maior desafio na atenção pré-natal. Assim, apenas 2%, em 2001, e 5%, em 2002, das mulheres cadastradas realizaram o conjunto das atividades assistenciais estabelecidas (SERRUYA, CECATTI, LAGO 2004).

A implementação do programa e a instalação do sistema de informações, SISPRENATAL, com a produção de dados, ocorreram em 3.016 municípios, até dezembro de 2002. Foram cadastradas 720.871 mulheres nos dois anos em análise, 2001 e 2002 (SERRUYA, CECATTI, LAGO 2004; SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004b).

Até então, a avaliação do PHPN havia sido feita por iniciativas isoladas de alguns municípios, como os trabalhos de Trevisan et al., em 2002 em Caxias do Sul (RS) e de Coutinho et al. em 2003 em Juiz de Fora (MG).

Destacaram estes autores, que a assistência ao pré-natal de baixo risco nestes municípios, apesar da boa cobertura, deveria ser revista, considerando o baixo cumprimento das normas do programa oficial, principalmente no que se relacionava à captação tardia para a primeira consulta e o não cumprimento do número estipulado de consultas e dos exames complementares recomendados. Ambos enfatizaram, ademais, a necessidade de rever qualitativamente a assistência oferecida, e promover avaliações periódicas, como instrumentos imprescindíveis para seu aperfeiçoamento.

Agrega esta avaliação, a conclusão de que, apesar dos indicadores de qualidade mostrarem melhora de um ano para outro, permaneceram baixos os percentuais registrados, ratificando a necessidade de permanentes ajustes, avaliações e novas intervenções, particularmente nas regiões mais carentes como Norte e Nordeste. Registra-se desta maneira, que a inadequação da utilização dos cuidados pré-natais, está associada com fatores de natureza social, agravada por desigualdades sócio-econômicas, o que complica mais as soluções para a construção de um modelo apropriado e de melhores resultados.

Para Silva, Cecatti e Serruya (2005), o PHPN ainda necessita avançar mais em sua execução, para melhor se conhecer o seu verdadeiro impacto na saúde das mulheres. Sua implementação e permanente revisão podem proporcionar resultados superiores ao padrão atual, permitindo avanços substanciais nos resultados maternos e perinatais.

3 – REFERÊNCIAL TEÓRICO

O capítulo tem início fazendo uma reflexão acerca da abordagem sistêmica nas organizações, continuando com a teoria da complexidade, onde é dada a ênfase nos sistemas adaptativos complexos. Na seqüência faz-se a discussão a respeito da complexidade nas organizações.

3.1 – A abordagem sistêmica nas organizações

De maneira abrangente, a abordagem sistêmica vê a organização como um sistema unificado e propositado, composto de partes inter-relacionadas, ao invés de lidar separadamente com os vários segmentos de uma organização. Essa abordagem permite que os administradores vejam a organização como um todo e como parte de um sistema maior, o ambiente externo. Com isso, a teoria dos sistemas diz que a atividade de qualquer segmento de uma organização afeta em graus variados a atividade de todos os outros segmentos (STONER, 1995).

Antes da década de 40, os termos “sistema” e “pensamento sistêmico” tinham sido utilizados por vários cientistas, mas foram as concepções de Bertalanffy de um sistema aberto e de uma teoria geral dos sistemas que estabeleceram o pensamento sistêmico como um movimento científico de primeira grandeza. Com o forte apoio subsequente vindo da cibernética, as concepções de pensamento sistêmico e de teoria sistêmica tornaram-se partes integrais da linguagem científica estabelecida, e levaram a numerosas metodologias e aplicações novas (CAPRA, 2004).

No novo pensamento sistêmico, a metáfora do conhecimento como um edifício está sendo substituído pela da rede. Quando se percebe a realidade como uma rede de relações, as descrições também formam uma rede interconectada de concepções e de modelos, na qual não há fundamentos (CAPRA, 2004).

Desta maneira, entende-se que os sistemas são formados por conjunto de componentes ou partes que trabalham juntos na realização de objetivos da organização e constitui-se num complexo de elementos em constante interação mútua. É um modo de considerar uma organização social e técnica como um todo ou universo.

Segundo Capra (2004, p. 46), as características-chave do pensamento sistêmico na ótica da complexidade, são:

- *Mudança das partes para o todo.* Os sistemas vivos são totalidades integradas cujas propriedades não podem ser reduzidas às de partes menores. Suas propriedades essenciais, ou “sistêmicas”, são propriedades do todo, que nenhuma das partes possui. Elas surgem das “relações de organização” das partes – isto é, de uma configuração de relações ordenadas que é a característica dessa determinada classe de organismos ou sistemas.
- *Capacidade de deslocar a própria atenção de um lado para o outro entre níveis sistêmicos.* Ao longo de todo o mundo vivo, encontramos sistemas aninhados dentro de outros sistemas, e aplicando os mesmos conceitos a diferentes níveis sistêmicos. Por outro lado, também temos de reconhecer que, em geral, diferentes níveis sistêmicos representam níveis de diferente complexidade. Em cada nível, os fenômenos observados exibem propriedades que não existem em níveis inferiores. As propriedades sistêmicas de um determinado nível são denominadas propriedades “emergentes”, uma vez que emergem nesse nível em particular.

O ponto fundamental da abordagem sistêmica é que os administradores não podem funcionar completamente dentro dos limites do organograma tradicional. Devem fundir seu setor à instituição e para fazê-lo precisam se comunicar com outros empregados e setores, e freqüentemente também com representantes de outras instituições (STONER, 1995).

A esse respeito, Axelrod & Cohen (2000) evidenciam a importância do espaço físico e conceitual no processo de interação dos sistemas. A localização física próxima torna mais provável a interação, mas a proximidade física não é o único tipo de

proximidade. A comunicação representa, também, outro tipo de proximidade ativada que independe da proximidade física. A ativação pode ser interna ou externa: aquela ocorre quando o sistema é ativado pela própria organização interna. Esta acontece de acordo com as oportunidades oferecidas pelo ambiente.

A teoria de sistemas chama a atenção para a natureza dinâmica e inter-relacionada das organizações e da tarefa de administrar. Com isso, proporciona um arcabouço com o qual podemos planejar ações ao mesmo tempo em que nos permite compreender as conseqüências não-previstas à medida que elas vão aparecendo. Com uma perspectiva sistêmica, os gerentes gerais podem manter mais facilmente um equilíbrio entre as necessidades das várias partes da empresa e as necessidades e metas da organização (STONER, 1995).

Para Morin (2003) a problemática do sistema não se resolve na relação todo-partes, e o paradigma holista esquece dois termos fundamentais: *interações* e *organização*. Entendendo que o “todo” não é constituído de “partes”, mas sim de ações entre unidades complexas, constituídas, por sua vez, de *interações*. Sendo que “o conjunto destas interações constitui a organização do sistema”.

O autor refere ainda (2003, p. 265), que o conceito de sistema deve ser tratado como um conceito de três faces, a saber:

- “sistema (que exprime a unidade complexa e o caráter fenomenal do todo, assim como o complexo das relações entre o todo e as partes);
- interação (que exprime o conjunto das relações, ações e retroações que se efetuam e se tecem num sistema);
- organização (que exprime o caráter constitutivo dessas interações – aquilo que forma, mantém, protege, regula, rege, regenera-se – e que dá à idéia de sistema a sua coluna vertebral)”.

Morin (2003) reforça que estes três termos são indissolúveis, remetem uns aos outros e a ausência de um mutila gravemente o conceito.

Segundo Vasconcellos (2002), o pensamento sistêmico é um novo paradigma para a ciência, quando fala de epistemologia sistêmica e não de uma nova teoria sistêmica. A autora admite que tanto a complexidade quanto a auto-organização são aspectos que o próprio cientista, como observador, distingue no mundo que observa. Sendo assim, ele passará necessariamente a ter também essas duas dimensões do novo paradigma como dimensões de sua própria epistemologia. A autora reforça, ainda:

“Então ao falar de um pensamento sistêmico novo-paradigmático, se esta falando de uma epistemologia que implica distinções do observador nas três dimensões: de um cientista que pensa – ou *distingue* – a complexidade, sem tentar simplificar ou reduzir, buscando entender as conexões; de um cientista que pensa – ou *distingue* – a auto-organização como característica de todos os sistemas da natureza e assume as implicações de distingui-la; de um cientista que se pensa – ou *se distingue* – como parte de todo e qualquer sistema com que esteja trabalhando, o qual se constitui (ou se constrói) para ele, a partir de suas próprias distinções” (VASCONCELLOS, 2002, p.169).

Morin (2003) conclui que “o sistema não é uma palavra-chave para a totalidade; é uma palavra-raiz para a complexidade”. Nesse sentido, o mesmo autor (1977) estabelece distinções que permitem categorizar os sistemas em alguns níveis: *Sistema*, para todo sistema que manifeste autonomia e emergência com relação ao que lhe é exterior; *Subsistema*, para todo sistema que manifeste subordinação em relação a um sistema no qual ele é integrado como parte; *Supra-sistema*, para todo sistema que controla outros sistemas, mas sem integrá-los em si; *Ecossistema*, para o conjunto sistêmico cujas inter-relações e interações constituem o ambiente do sistema que nele está englobado; *Metassistema*, para o sistema resultante das inter-relações mutuamente transformadoras e englobantes de dois sistemas anteriormente independentes.

Na visão de Morin (1977), as fronteiras entre esses termos não são claras; eles mesmos são substituíveis entre si, de acordo com a focalização, o recorte, o ângulo de visão do observador sobre a realidade sistêmica em consideração.

Nota-se que as abordagens relativas à evolução dos sistemas complexos, apesar de concordarem que a complexidade evolui em níveis, que os sistemas possuem

estruturas e que os níveis são hierárquicos, apresentam objetivos diferentes de acordo com a área que está sendo investigada. Em outras palavras, não há unanimidade na resposta a como e por que a complexidade evolui. O que existem são abordagens direcionadas a campos específicos, momentos particulares e propósitos diferentes de investigação. Isso, contudo, não representa um aspecto negativo; a diversidade de visões e aplicações enriquece as análises da evolução dos sistemas e abre oportunidades a novas contribuições e intervenções.

Observa-se também, que o sistema complexo não, necessariamente, evolui para um nível mais alto de evolução em complexidade; dependendo dos mecanismos utilizados para tal propósito, a mudança de um nível para outro pode gerar uma diminuição no nível de complexidade do sistema, podendo ser um dos fatores que contribui para a levar a sua extinção. Logo é indispensável estar atento às intervenções que norteiam o sistema em direção à mudança de níveis e à conseqüente evolução da complexidade.

Assim, a introdução da idéia de sistema nos estudos científicos levou a uma exagerada atribuição do termo aos objetos, sem haver uma adequada reflexão sobre o que realmente significa o conceito de sistema. Em outras palavras, muda a terminologia, mas nem sempre muda a percepção de objeto estável e redutível para objeto dinâmico, sistêmico e organizado.

Morin (1977) argumenta que isso ocorreu devido à concepção dual do termo sistema, que, por um lado, está intimamente relacionado à substância que o constitui e às leis gerais que o regem; por outro, está relacionado à heterogeneidade dos seus componentes e ao modo de organização. O autor (1977) argumenta, ainda, que foi com a definição de Ferdinand de Saussure, em 1931, que o conceito de sistema adquiriu a idéia de sistemismo, pois associou os conceitos de organização, totalidade e inter-relação ao conceito de sistema.

Até então a organização era um conceito ausente na maioria das definições de sistemas, sendo ressaltados ora o conceito de totalidade, ora de inter-relação, ora os dois.

Assim, Edgar Morin concebe o conceito de sistema, incorporando a ele a visão sistêmica dos objetos: “um sistema é uma unidade global organizada de inter-relações entre elementos, ações e indivíduos” (MORIN 1977,p.132).

Morin (1977) demonstra uma preocupação com o uso do termo sistema conotando linguagens diferentes. Em muitos casos apresenta, apenas, uma linguagem conjuntista, desconsiderando a idéia sistêmica e organizacional, essência do termo. Em outras palavras, o que os autores ressaltam é a falta de universalidade para o termo.

A partir da incorporação do conceito de sistema à ciência e às questões relativas à sua utilização, o termo sistema complexo é freqüentemente mencionado na literatura. Isso leva a se questionar sobre a existência de outros tipos de sistemas, além dos sistemas complexos.

3.2 – Teoria da Complexidade

Hoje se fala tanto em complexidade, sistemas complexos, complexidade das organizações, complexidade da sociedade, que até corre-se o risco de pensar que a complexidade é mais um produto novo que deve ser consumir neste início de século XXI (VASCONCELLOS, 2002). A reserva com relação à nova abordagem é justificável, principalmente no mundo dos negócios. A ciência da complexidade ainda está em construção, não se sabe ao certo em que situações se aplica ou em que caso pode ser útil (AGOSTINHO, 2003).

A teoria da complexidade teve seus estudos aprofundados nas décadas de 60 e 70, mas suas raízes datam de 1956 quando, nos Estados Unidos, Heinz von Foerster, junto com Ross Ashby, Warren Mc Culloch, Humberto Maturana, Gordon Pask e outros, aprofundaram temas como a causalidade circular, a auto-referência e o papel organizador do acaso. Entretanto, sua difusão ocorreu a partir de estudos desenvolvidos por matemáticos e cientistas da computação, por físicos e químicos de grande expressão, como Murray Gell-Mann e Ilya Prigogine - ganhadores do Premio Nobel, e por outros eminentes cientistas como Stuart Kauffman, Christopher Langton

e John Holland - do Instituto Santa Fé, no Novo México, pesquisadores do Centro de Estudos sobre Complexidade da Universidade de Illinois, e Brian Goodwin - da Universidade Aberta no Reino Unido (STACEY, 1996).

Um autor que se tem dedicado à questão da complexidade, especialmente a partir da década de 1980, é Morin. Ele próprio diz que o problema da complexidade, apesar de já ser objeto de suas preocupações, não aparece em seus escritos antes de 1970.

Embora, em 1982, Morin já tivesse dedicado ao pensamento complexo, boa parte do livro *Ciência com consciência*, sendo revisado e modificado em 1990 (MORIN, 2003), em 1990 publicou *Introdução ao pensamento complexo*, inteiramente dedicado a esse tema (MORIN, 2005).

Existem muitas definições para o termo “complexidade”. Algumas concepções enfatizam a complexidade do comportamento do sistema; outras evidenciam a estrutura interna do sistema ou seu funcionamento; ratificam-se, também, a complexidade de sua evolução; outras enfatizam a complexidade auto-organizada. Em contrapartida, esse termo pode ser encontrado em vários campos, desde os sistemas naturais, representados pelos sistemas biológicos, físicos e químicos, até os sistemas artificiais, tais como: sistemas computacionais e estruturas organizacionais. Discutir cientificamente o significado do termo complexidade, portanto, requer a princípio, pesquisar o que denota a palavra complexidade.

De acordo com Morin (2001) o termo “complexidade” é muito mais uma noção lógica do que uma noção quantitativa. Ela possui, sempre, suportes e caracteres quantitativos que desafiam os modos de cálculos, mas sua essência está numa outra noção a ser explorada, a ser definida, a noção qualitativa. A complexidade aparece, à primeira vista e de modo efetivo, como irracionalidade, incerteza, confusão e desordem.

Atualmente, a complexidade pode ser entendida como um tipo de pensamento que não separa, mas une as relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana, integrando todos os modos de pensar. “Opõe-se aos

mecanismos reducionistas e simplificadores, além de considerar as influências recebidas do ambiente interno e externo, enfrentar a incerteza e a contradição, e conviver com a solidariedade entre os fenômenos existentes” (MORIN, 2003). De acordo com o autor, a complexidade sempre existiu e se amplia continuamente, aparecendo onde o pensamento simplificador falha.

Morin (2003) refere que é necessário desfazer duas “ilusões” que desviam as mentes do problema do pensamento complexo e que tem suscitado mal-entendidos. A primeira consiste em acreditar que a complexidade conduz a eliminação da simplicidade. Enquanto que o pensamento simplificador desintegra a complexidade do real, o pensamento complexo integra o mais possível os modos simplificadores de pensar, recusando as conseqüências mutiladoras e ofuscantes de uma simplificação. A segunda consiste em confundir a complexidade com a completude. O que contradiz o pensamento complexo que luta contra a mutilação e não contra a incompletude. Pois que a complexidade implica no reconhecimento de um princípio de incompletude e de incerteza.

Erdmann (1996) esclarece que não se pode entender a complexidade como complicação e imposição de dificuldades, ou seja, imbricação de ações, interações, retroações, que fogem da possibilidade do exercício do pensar sobre as mesmas. É algo mais profundo que emergiu várias vezes na história da filosofia. Quanto mais complexo um sistema for, maior será a sua capacidade de operar com a desordem.

Quando se fala em perceber o complexo, tem-se à idéia de complexidade como pressuposto ou paradigma. No paradigma tradicional temos a percepção do simplificado. E a dominância desse paradigma da simplificação dificulta perceber/pensar a complexidade (VASCONCELLOS, 2002).

A autora reforça ainda, que o paradigma da simplificação dificulta, mas certamente não impedirá o pensamento complexo. Para pensar complexamente, precisa-se mudar crenças muito básicas: em vez de acreditar que para estudar o objeto, ou o indivíduo, tem-se que delimitá-lo muito bem, é preciso passar a acreditar que se irá estudar ou trabalhar sempre com o objeto em contexto (VASCONCELLOS, 2002).

Mas afinal, o que é a complexidade? Partindo da etimologia da palavra, encontra-se que complexidade tem origem no latim *complexus*, o que está tecido em conjunto, como numa tapeçaria. Refere-se a um conjunto, cujos constituintes heterogêneos estão inseparavelmente associados e integrados, sendo ao mesmo tempo uno e múltiplo (MORIN, 2005).

A noção de complexidade, sistema e sistema complexo, instigaram cientistas de diversas áreas a desemaranhar os problemas da complexidade. Primeiro, por meio da identificação do que caracteriza a complexidade existente nos sistemas. Depois, desenvolvendo teorias adequadas a determinados grupos de sistemas complexos.

As Ciências da Complexidade possuem, em comum, o desejo de compreender a complexidade contida nos sistemas, sejam estes pertencentes a qualquer campo científico. A partir da consciência da existência dos sistemas complexos, das suas características e dos pressupostos das Ciências da Complexidade, é importante notar que surgiram abordagens com o objetivo de separar os problemas que poderiam continuar sendo tratados pela abordagem reducionista e os que deveriam ser tratados pelas Ciências da Complexidade.

MORIN (1977) associa o conceito de sistema complexo ao de inter-relação, de organização e de emergência. A idéia de *inter-relação* remete aos tipos e formas de ligação entre elementos ou indivíduos e entre estes elementos e o todo. A idéia de sistema remete à unidade complexa do todo *inter-relacionado*, suas características e propriedades fenomenais.

A idéia de *organização* remete à disposição das partes em relação ao todo. A *organização* é um encadeamento de relações entre componentes e indivíduos que produzem um sistema complexo, dotando-o de qualidades desconhecidas quanto aos componentes ou indivíduos. A organização confere estabilidade às relações, possibilitando certa duração ao sistema, apesar das perturbações aleatórias.

As *emergências* são as qualidades ou propriedades de um sistema que apresentam um caráter de novidade com relação às qualidades ou propriedades dos componentes isolados ou dispostos diferentemente em outro tipo de sistema.

Na concepção de Axelrod (1997), a teoria da complexidade envolve o estudo de muitos elementos e suas interações. Os elementos podem ser átomos, peixes, pessoas, organizações ou nações. Suas interações podem consistir de atração, combate, acasalamento, comunicação, comércio, parceria ou rivalidade.

Para Axelrod & Cohen (2000), “complexidade” não significa, simplesmente, muitas partes em movimento. O conceito desse termo pressupõe que o sistema consiste de partes que interagem, influenciando fortemente as probabilidades de ocorrência de eventos futuros.

Stacey (1996) discute que a complexidade pode ser definida como efetiva e potencial. A efetiva está relacionada ao tamanho do esquema capaz de descrever o comportamento do sistema e torná-lo compreensível. A potencial é representada pelo potencial que os sistemas complexos adaptativos têm para criar uma nova complexidade efetiva, a partir de uma pequena mudança no esquema. A complexidade potencial e a efetiva, juntas formam uma barreira de instabilidade. Sistemas, nesse estado, operam numa fase intermediária entre a instabilidade e a estabilidade.

Esta visão tem fundamentos em Morin (1977) que considera que a complexidade ocorre entre a ordem e a desordem. O autor enfatiza que é preciso opor e ligar essas duas tendências, pois elas são relacionais e relativas e estabelecem noções mediadoras: a idéia de interação, que une os elementos, a idéia de transformação, que pode organizar ou dispersar os elementos; a idéia de organização, que nasce das interações e transformações. A ligação fundamental entre essas idéias é a natureza dialógica da complexidade.

A dialógica, segundo Morin (1977, p.105), representa a “simbiose de duas lógicas que, ao mesmo tempo, se alimentam, competem entre si, parasitam-se mutuamente, se opõem e se combatem até a morte”. Assim, a ordem e a desordem são conceitos simultaneamente indistintos, complementares, concorrentes, antagônicos e incertos.

Na visão de Waldrop (1992), a complexidade só pode existir se tanto a ordem quanto a desordem estiverem presentes no sistema. Esses aspectos contraditórios

devem co-existir em proporções equilibradas, de modo que não tornem o sistema perfeitamente ordenado, nem completamente desordenado, a ponto de não existir uma estrutura delimitada. Em outras palavras, o sistema deve operar à beira do caos.

De acordo com Stacey (1996), a teoria da complexidade estuda as propriedades fundamentais das redes de feedback não lineares e particularmente as redes adaptativas complexas.

A complexidade então pode ser entendida como um sistema de pensamento aberto, que proporciona uma visão de mundo a qual privilegia a multiplicidade e as incertezas, busca as diferenças e procura conviver com elas, possibilitando a elaboração de saberes diferentes, permitindo conhecer um pouco mais o ser humano em sua totalidade. O pensamento complexo, por conseguinte, anula a certeza e a verdade absoluta e, como consequência, descarta teorias dogmáticas. Esses princípios levam a aprender que as ações humanas não podem ser analisadas linearmente, pois existem efeitos gerados por pequenos atos que podem desencadear outras ações, dificultando qualquer tipo de previsibilidade. Essa visão pressupõe ainda, uma atitude ética de muito respeito a todos os elementos que formam sua estrutura.

Na opinião de Axelrod & Cohen (2000), complexidade normalmente resulta em características, chamadas propriedades emergentes, que são propriedades do sistema que as partes separadas não têm. Por exemplo, nenhum neurônio tem consciência, mas o cérebro humano tem consciência como uma propriedade emergente.

O pensamento complexo tenta religar o que o pensamento disciplinar e compartimentado separou e isolou. Ele religa não apenas domínios separados do conhecimento, como também – dialogicamente – conceitos antagônicos como ordem e desordem, certeza e incerteza, a lógica e a transgressão da lógica. É um pensamento da solidariedade entre tudo o que constitui nossa realidade; que tenta dar em conta do que significa originariamente o termo *complexus*: “o que tece em conjunto”, e responde ao apelo do verbo latino *complexere*: “abraçar”. O pensamento complexo é um pensamento que pratica o abraço. Ele se prolonga na ética da solidariedade (MORIN, 1997).

Então, a dialógica é característica fundamental do pensamento complexo, ou seja, de um pensamento capaz de unir conceitos que tradicionalmente se opõem, considerados racionalmente antagônicos, e que até então se encontravam em compartimentos fechados (VASCONCELLOS, 2002).

Morin (2003) justifica a propriedade do pensamento complexo quando apresenta a seguinte definição de homem: o ser humano é um ser racional e irracional, capaz de medida e desmedida; sujeito de afetividade intensa e instável. Sorri, ri, chora, mas sabe também conhecer com objetividade; é sério e calculista, mas também ansioso, angustiado, gozador, ébrio, extático; é um ser de violência e de ternura, de amor e de ódio; é um ser invadido pelo imaginário e pode reconhecer o real, que é consciente da morte, mas que não pode crer nela; que acredita no mito e na magia, mas também na ciência e na filosofia; que é possuído pelos deuses e pelas idéias, mas que duvida dos deuses e critica as idéias; nutre-se dos conhecimentos comprovados, mas também de ilusões e de quimeras.

Morin (1977) nos adverte sobre as várias dimensões que assume cada fenômeno. Como exemplo, cita a concepção de homem que ora pode ser visto como individual, ora social, ora biológico. Logo, para modelar um fenômeno de forma que represente a realidade, é preciso considerar as várias dimensões que o compõem. Em geral, é muito difícil representar todas as dimensões que constituem um fenômeno num único modelo.

Por isso, pode-se considerar apenas, algumas de suas dimensões, desde que se tenha consciência de que o fenômeno possui outras dimensões que não são contempladas no modelo.

3.3 – Sistema Adaptativo Complexo - SAC

Essa denominação de Sistemas Adaptativos Complexos (SAC) foi criada pelos estudiosos da área (HOLLAND, 1996; GELL-MANN, 1996; WALDROP, 1992), no Instituto Santa Fé, ao constatarem que tais sistemas são capazes de responder

ativamente as ocorrências em seu redor, de forma qualitativamente diferente da perspectiva estática.

Quando se pensa em sistemas adaptativos complexos, o foco vai para sistemas com múltiplos componentes em interação, com comportamentos que não podem ser inferidos a partir do comportamento das partes, ou seja, envolvem muitos componentes, apresentam uma dinâmica de interação entre eles, dando origem a um número de níveis, que exibem comportamentos comuns, apresentando processos de emergência e auto-organização (COELHO, 2001).

O surgimento de disciplinas no campo dos sistemas complexos deve-se ao fato da crescente especialização na ciência e na engenharia. Isto provê muitas oportunidades para sinergias e o reconhecimento de princípios gerais que podem formar a base para a educação e o entendimento em muitos campos.

“Sistemas complexos adaptativos são organizações em rede formadas por inúmeros agentes, os quais são elementos ativos e autônomos, cujo comportamento é determinado por um conjunto de regras e pelas informações a respeito de seu desempenho e das condições do ambiente imediato” (AGOSTINHO, 2003, p. 28).

A idéia de complexidade emergente é que o comportamento de muitas partes simples interage de uma forma que o comportamento do todo é complexo. Elementos são aquelas partes dos sistemas complexos que podem ser consideradas simples quando descrevem o comportamento do todo.

Coelho (2001), apud Bar-Yam (1997) questiona: nós podemos descrever um sistema composto por partes complexas onde o comportamento coletivo é simples? E responde que isto também é possível, e é chamada de *simplicidade emergente*. Um exemplo é um planeta orbitando ao redor de uma estrela. O comportamento de um planeta é bastante simples, mesmo se o planeta for a Terra com muitos sistemas complexos nele. Este exemplo ilustra a possibilidade que um sistema agrupado tenha um comportamento numa escala diferente das suas partes. Numa escala menor o sistema pode se comportar de uma maneira complexa, mas numa escala maior todos os detalhes complexos podem não ser relevantes.

Para Holland (1995), uma visão importante dos SAC é que eles são sistemas de agentes que interagem e que podem ser descritos por regras. Esses agentes adaptam-se mudando suas regras a partir de experiências acumuladas. Nos SAC, a maior parte do ambiente de um agente adaptativo é constituída por outros agentes adaptativos. Assim, uma grande parcela de esforço de um agente é gasta para adaptar-se aos outros agentes. Esta característica é a maior fonte dos padrões temporais complexos que os SACs geram. Para entender SAC deve-se compreender esses padrões de constante mudança.

A partir dessas idéias Stacey (1996), Kelly & Allison (1998) e Axelrod & Cohen (2000), dentre outros, propuseram que uma organização pode ser modelada como sendo formada por um conjunto de agentes que percebem seu meio ambiente, fazem escolhas e atuam examinando as conseqüências de suas ações.

De acordo com Rebelo (2004) apud Battran, “os Sistemas Adaptativos Complexos (SAC’s) revisam e reordenam constantemente seus componentes como resposta aos estímulos que recebem do ambiente, e como rearranjos advindos das interações entre os agentes, e até mesmo como resposta às situações aleatórias e randômicas”.

Podem-se citar exemplos vindos da evolução dos organismos quando o cérebro muda as conexões entre os neurônios, quando as empresas reorganizam suas estruturas departamentais, quando os países revêm suas alianças, entre outros. Em um certo nível profundo e fundamental, todos esses processos de aprendizagem, evolução e adaptação são os mesmos. E um dos mecanismos fundamentais de adaptação em qualquer sistema é a revisão e o reordenamento dos processos interativos que o compõe.

Pode-se oferecer argumento para esclarecer o que são Sistemas Complexos e Sistemas Adaptativos Complexos (SAC’s), exemplo: o clima ambiental é um sistema complexo, mas uma organização é um sistema adaptativo complexo porque não é só complexo, mas também se adapta ao seu entorno. Ou seja, um SAC aprende cada vez que se reorganiza, e as partes que o compõem não são de todo “gratuitas”, mas estão

limitadas por certos vínculos existentes entre elas (REBELLO, 2004, apud BATTRAM).

Agostinho (2003) também evidencia que adaptação é a propriedade básica dos SAC's no sentido de que o sistema é capaz de ajustar seu comportamento, a partir do que consegue perceber sobre as condições do seu meio ambiente e sobre seu desempenho.

Os estudos empreendidos por Stacey (1996) indicam, que o enfoque de SAC explora a natureza das redes de *feedback* não-lineares, os quais comportam grande número de agentes, que interagem de acordo com esquemas de cada um. A principal descoberta desses estudos mostrou que os SAC's são criativos quando operam num espaço de transição (ou, espaço de possibilidades). É um estado paradoxal, pois é estável e instável ao mesmo tempo, orientado pela dinâmica contraditória da competição e cooperação, da amplificação e restrição, e da exposição à tensão criativa. Tais sistemas evoluem, dialogicamente, com resultados bastante imprevisíveis.

Sistemas adaptativos complexos estão sempre em busca de padrões. Eles interagem com o meio, aprendem com a experiência e se adaptam como resultado.

“Um SAC consiste de um grande número de componentes, ou agentes, os quais se comportam de acordo com seus próprios princípios de interação local, num processo de auto-organização” (STACEY, 2000, p. 106). Auto-organização significa a existência de agentes interagindo localmente de acordo com seus próprios princípios, ou “intenções”, na ausência de um esquema total para o sistema. Esses sistemas exibem amplas propriedades dinâmicas que incluem equilíbrio estável e caos aleatório em uma fronteira de ordem/desordem. Esse sistema, ao contrário de crenças oriundas do paradigma cartesiano, não gera anarquia; ele oferece as condições necessárias para que aconteça a criatividade e a inovação, não através de processos prévios, mas através do processo de auto-organização espontânea que produz resultados emergentes.

Agostinho (2003, p. 8) destaca que os princípios que orientam os SAC's – e, por extensão, a administração “complexa” – assentam-se sob os seguintes pressupostos:

“indivíduos autônomos, capazes de aprender e de se adaptarem, cooperam entre si obtendo vantagens adaptativas. Tal comportamento tende a ser selecionado e reproduzido, chegando ao ponto em que estes indivíduos cooperativos se unem formando um agregado que também passa a se comportar como um indivíduo e, assim por diante. Diz-se, então, que o sistema resultante se auto-organiza, fazendo emergir um comportamento global cujo desempenho também é avaliado por pressões de seleção presentes no ambiente (interno e externo)”.

Kelly & Allison (1998), quando falam de sistemas auto-organizáveis, apontam que cada um deles é único, e cada um deles emerge a partir de uma história singular e interage com o ambiente também de forma singular. Conquanto um sistema possa parecer similar a outro, nunca é exatamente o mesmo. Um SAC produz resultados os quais são diferentes e mais eficazes que aqueles que podem ser produzidos pelas partes do sistema, trabalhando de forma isolada. Holland (1995, p. 6) destaca também que “tais sistemas são, sem exceção, formados por um grande número de elementos (agentes) ativos que são diferentes na forma e capacidade”.

Todo SAC é único. Cada qual emerge a partir de uma história específica e interage com um ambiente que, enquanto possa parecer similar, nunca é exatamente o mesmo para outro sistema. Um SAC produz resultados que são diferentes e mais eficazes que aqueles que podem ser produzidos pelas partes do sistema trabalhando independentemente.

A interação dentro do SAC é consequência das estratégias usadas por agentes, ao longo do tempo, que visam melhorar o desempenho e aumentar a sobrevivência. Para isso, existe um aumento na probabilidade de estratégias efetivas e uma redução das estratégias não efetivas. Esse processo é chamado de ‘atribuição de crédito’ – o agente aumenta a frequência de estratégias de sucesso e diminui as estratégias sem sucesso (AXEROLD & COHEN, 2000).

Para compreender as interações de um grande número de agentes, deve-se primeiro buscar descrever as capacidades dos agentes individuais. É útil pensar no comportamento dos agentes como sendo determinado por um conjunto de regras (HOLLAND, 1995).

Diferentes sistemas adaptam-se (ou aprendem) em escalas de tempo muito diferentes. Vale ressaltar que os SAC's estão sempre em busca de melhorias e não, de sistemas ótimos.

Nesse processo de melhoria, um SAC tem de fazer escolha entre um conjunto de possibilidades: em uma ponta do sistema, tem-se o aproveitamento. É o que faz um sistema quando supõe que todas as suas regras são corretas e as emprega de todas as maneiras possíveis por considerá-las ótimas. Do outro lado, tem-se a pesquisa exploratória. Aqui, todo o tempo é empregado em procurar regras novas, mas sem jamais testá-las, sem aproveitar os novos conhecimentos adquiridos. Os SAC's situam-se entre esses dois pólos, sendo que a escolha do ponto certo é uma decisão bastante difícil em todo sistema adaptativo complexo (HOLLAND, 1999).

De acordo com Axelrod & Cohen (2000), quando se está lidando com SAC's, com uma população de agentes que interagem e se adaptam, é preciso ter claro que os agentes não são todos iguais. A variação é um requisito central para a adaptação. As dinâmicas que ocorrem no interior desses sistemas são, freqüentemente, conseqüência dessa variedade, capaz de gerar a novidade ou inovação. Assim, a abordagem dos SAC's, com a premissa de que agentes são diferentes, é bem adequada para realização de projetos, requerendo que essa variedade seja considerada. Esse aspecto é crucial quando se estuda a organização como SAC, uma vez que é bastante tentador assumir a idéia de que todos os agentes do sistema são basicamente os mesmos. A questão-chave que se coloca é de quanta variedade e homogeneidade de tipos de agentes um sistema suporta, sem colapsar?

Holland (1999) enumera algumas características comuns a todos os SAC's. A primeira delas é a inexistência de um sistema ótimo. Ele dá como exemplo uma floresta tropical, onde não existe um organismo ótimo, mas uma grande variedade de

organismos com diferentes comportamentos, que interagem uns com os outros, ocupando diferentes nichos. A segunda característica resulta do fato de que a adaptação e o aprendizado estão ocorrendo o tempo todo. Em consequência, esses sistemas nunca atingem um equilíbrio estável: estão constantemente evoluindo. A novidade é perpétua, qualquer que seja a escala de tempo em que o sistema está operando.

Dessa forma, os SAC's não buscam atingir o equilíbrio ou estabilizar-se, pelo contrário, estão sempre criando novidades. Quando tal sistema atinge a estabilidade, é como se tivesse morrido. A terceira característica indica que os SAC's têm capacidade de antecipação. Ou seja, o sistema segue regras que o levam a agir de determinada forma, porque o resultado futuro dessa forma de agir lhe será benéfico.

Sumariando a estrutura de um SAC na perspectiva de Stacey (2001), tem-se:

- a) o sistema compreende grande número de agentes individuais;
- b) esses agentes interagem uns com os outros de acordo com regras que organizam as interações entre eles, em nível local. Ou seja, um agente possui um conjunto de regras que determina como ele irá interagir com outros agentes, e esta interação é local no sentido de que não há um sistema amplo de regras determinando as interações. As únicas regras são aquelas localizadas no nível do próprio agente;
- c) os agentes repetem infinitamente suas interações referenciadas por suas próprias regras, ou seja, a interação é iterativa, recursiva e auto-referente;
- d) as regras de interação dos agentes são tais que eles adaptam-se uns aos outros. A interação é não-linear e se expressa através de uma variedade de regras que perpassam um grande número de agentes; e
- e) a variedade das regras é gerada pela mutação aleatória e pela replicação ao longo da rede.

Kelly & Allison (1998) discutem que os sistemas passam por um processo de evolução, representados por níveis de aptidão. O nível de aptidão do sistema pode ser expresso pela capacidade que ele possui de identificar, reconhecer, acessar as

informações e se ajustar às perturbações externas sem, necessariamente, se desorganizar internamente. Num modelo avançado de complexidade, os níveis de aptidão são determinados por graus de intervenção, que se formam pela interação dos agentes autônomos. Estes são caracterizados pela energia colaborativa que possuem, pelo profundo compromisso existente entre eles, pelo aprendizado compartilhado e pelo efetivo processo de execução das atividades, conforme as necessidades do ambiente interno e externo.

O enfoque dos SAC's mostra como os resultados complexos fluem de esquemas simples e, dependem da interação entres os agentes. Tal perspectiva tem como características básicas: serem simples e complexos ao mesmo tempo; terem grande número de componentes que interagem entre si e influenciam uns aos outros; não conseguirem ser analisados pela ótica linear de causa/efeito; envolverem sempre aspectos aleatórios; apresentarem ampla diversidade de componentes que se inter-relacionam; serem capazes de evoluir, se adaptar e aprender, de acordo com mudanças no ambiente; e, não possuírem, necessariamente, coordenação global, efetiva e duradoura, mas uma coordenação mais frouxa.

Tais sistemas apresentam como elementos integrantes: agentes com esquemas (estrutura cognitiva); redes de auto-organização mantidas pela importação de energia, conectadas por laços de *feedback*, que caracterizam as redes de inter-relações; nas redes, os agentes descobrem, escolhem a agem, com base nos esquemas individuais e compartilhados; há co-evolução na fronteira do caos, na qual agentes co-evoluem na interação de uns com os outros, cabendo às organizações oferecerem ambiente propício para que a interação ocorra; e há recombinação e evolução do sistema, pois os SAC's evoluem, ao longo do tempo, por meio da entrada, saída e transferência dos agentes.

Entender um SAC é compreender que ele, através dos agentes, capta informações sobre o meio ambiente e sobre sua própria interação com esse meio, identifica regularidades na informação, e, condensa essas regularidades num esquema capaz de interpretar a realidade.

Nesse esquema, sobressai a capacidade de auto-organização interna e a capacidade de adaptação externa. Em sistemas sociais, auto-organização e adaptação constituem-se elementos vitais para existência dos SAC's. Esse movimento inclui aprendizagem e os processos relacionados a ela, por pressupor capacidade para entendimento, pelos agentes, de padrões de mudança no ambiente.

3.4 – Complexidade nas Organizações

O modelo comando-controle característico de organizações vista como máquinas, não consegue dar conta da avalanche de mudanças presentes no atual ambiente organizacional e social, sobretudo porque concebeu um ser humano pouco criativo, moldado para o cumprimento de ordens, para reproduzir o que está dando certo, e fazer pequenos ajustes naquilo que está “saindo fora dos trilhos”. Considerar a subjetividade nas organizações significa que as pessoas estão em ação e em permanente interação, dotadas de vida interior e que expressam sua subjetividade por meio da palavra e de comportamentos não verbais.

A organização é entendida por Morin (1986, p. 156-7) como “a combinação das relações entre componentes ou indivíduos que produzem uma unidade complexa organizada ou sistema, dotada de uma relativa autonomia. A organização constitui, mantém, alimenta sistemas autônomos, isto é, a autonomia desses sistemas”. A autonomia sistêmica/organizacional é concebida a partir da idéia sistêmica de emergência e a idéia cibernética de retroação que são duas idéias básicas do pensamento complexo (ERDMANN, 1996).

Quando se fala em emergência nas organizações, o interesse está em identificar os elos entre as próximas ações a serem realizadas, seu efeito de longo prazo e as mudanças organizacionais. A aceitação de que ninguém poderá ter o controle total do destino das organizações causará menos ansiedade se entender que quando um sistema é mantido na fronteira do caos, as conseqüências não são necessariamente errantes e anárquicas, pois há uma ordem inerente, resultante da redundância e da cooperação. Emergente, assim, significa que não é possível prever o resultado global da interação

entre os agentes, ou reduzir os padrões globais do comportamento dos mesmos (REBELO, 2004).

Na concepção de Agostinho (2003) a organização é um “sistema complexo capaz de aprender e de adaptar-se continuamente”, por meio da ação autônoma dos indivíduos que a compõem. Estes indivíduos possuem capacidade de se organizarem entre si, formando a estrutura do sistema. Assim é possível afirmar que o sistema se “auto-organiza”, pois dependem da interação entre os indivíduos e não de determinação externa.

A organização, relacionada à idéia de sistema e de ordem, pode ser produtora de um sistema ou de uma unidade complexa, pois se afirma como “disposição relacional” que liga, transforma, mantém ou produz componentes, indivíduos ou acontecimentos. Ela pode garantir solidariedade e solidez relativa às ligações, criando possibilidades de duração ao sistema em face das perturbações aleatórias (ERDMANN, 1996).

Para Bauer (1999, p. 53) “a ciência, tal como historicamente conduzida, procurou sempre descobrir unicamente certezas. Todo conhecimento reduzia-se à ordem e, toda a aleatoriedade seria apenas aparência, fruto da ignorância humana”.

Morin (2003) refere que “a racionalidade constitui-se de cinco conceitos-chave: ordem, determinismo, objetividade, causalidade e, principalmente, controle”. O conhecimento das leis da natureza tinha por objetivo último controlá-la, colocá-la submissa aos desígnios do homem e, a incerteza e a desordem eram inimigas de tal projeto. “Não é à toa que toda linguagem desenvolvida pelo homem para referenciar a desordem tem conotação negativa: *instabilidade, indeterminismo, incerteza, desordem, desequilíbrio, não-linearidade, etc*” (BAUER, 1999).

A questão de fundo é que as organizações centradas na lógica clássica, no modelo clássico – comandada e controlada por uns poucos – já não respondem às altas taxas de mudança existentes com rapidez, uma vez que os agentes que as integram são tratados como entes sem esquemas mentais, incapazes de colaborar e co-evoluir (KELLY & ALLISON, 1998).

Quando se fala de autonomia do agente, Agostinho (2003) inclui a capacidade de adaptação, aumento da diversidade, aprendizado, redução de erros e solução de conflitos. Quando fala de cooperação, a autora assinala que esta pode emergir sem a presença de autoridade central ou de forças coercitivas, a partir da percepção dos indivíduos de que isso é vantajoso para eles. Em relação à agregação, Agostinho afirma que um agregado (ou uma organização) pode ser identificado por seus objetivos e competências, uma vez que em torno dos objetivos globais agrega-se certo número de indivíduos os quais contribuem com seus conhecimentos e habilidades para a competência do todo. Por fim, quando se refere à auto-organização, essa autora fala da capacidade dos agentes recriarem seu espaço cada vez que surge certa situação. Eles têm autonomia para orientarem suas ações de acordo com o que aprendem de sua interação com o ambiente, o qual é formado, em grande parte, por outros agentes.

Kelly & Allison (1998, p. 7) destacam que a crescente pressão advinda das mudanças rápidas e da contínua competição global incita os gestores organizacionais a fazer algo. E assim, esses gestores saem em busca de novos processos que possam ajudá-los a enfrentar as demandas crescentes, adotando, muitas vezes sem crítica nenhuma, processos de reengenharia, *downsizing*, *benchmarking*, qualidade total, entre outros. Com frequência, essas ações destroem as redes construídas ao longo do tempo nas organizações, bem como o conhecimento experienciado e as conexões que tornaram aquele negócio um sucesso em algum momento. Ao invés da sonhada eficácia, o que se assiste é o aumento da desmotivação e a queda de produtividade. Na ânsia de acertar, os gestores buscam freneticamente novos modelos, que poderão lhes conduzir para o mesmo caminho, repetindo-se infinitamente o círculo vicioso.

Vive-se rodeado de sistemas altamente complexos que, cada vez mais, tomam conta de quase todos os aspectos da vida associada, tais como: sistemas globais de comércio e troca de informações, comunicação global instantânea através de redes eletrônicas cada vez mais sofisticadas, de empresas multinacionais gigantescas, de fábricas automatizadas, entre outros (CAPRA, 2002). Esse autor salienta ainda, que sempre se ouve que nas organizações ‘as pessoas resistem à mudança’. Na realidade,

destaca tal Capra (2002, p. 14), “não é à mudança que elas resistem, mas sim, a uma mudança que lhes é imposta”.

Na medida em que estão vivos, os indivíduos e as comunidades são ao mesmo tempo estáveis e sujeitos à mudança e ao desenvolvimento, todavia seus processos naturais de mudança são muito diferentes das mudanças organizacionais projetadas por especialistas em “reengenharia” e determinadas pelas chefias superiores. Assim, para se resolver a questão da mudança nas organizações, especialmente na área da saúde, tem-se, antes de tudo, de compreender os processos naturais de mudança que caracterizam todos os sistemas vivos, sob pena de se viver repetindo infinitamente, os ciclos viciosos.

Munidos dessa nova compreensão, poder-se-á começar os projetos dos processos de mudança organizacionais, e a criação de organizações humanas que reflitam a versatilidade, a diversidade e a criatividade da vida, e, assim, iniciar o ingresso em um novo ciclo, o virtuoso. E, sair dessas “receitas milagrosas trazidas pelas modas das neoteorias organizacionais para ingressar num campo mais denso e consistente, capaz de oferecer alternativa que atinja o fulcro da questão”, é a proposta de Stacey (1996, p.3-17) quando discute o paradigma que perpetua o ciclo vicioso e o paradigma que possibilita a inserção do ciclo virtuoso.

Nesta ótica, além de olhar as organizações como SAC’s, Stacey (1996) as vê também como sistemas criativos e inovadores quando ocupam um espaço para novidade na fronteira do caos. Esse é um estado em que as pessoas atuam no sistema informal (“sistema sombra”) da organização com conceitos e ações que podem influenciar seu sistema formal (“sistema legitimado”) a fim de mudá-lo. Organizações transformam-se através da tensão entre o “sistema legitimado” e o “sistema sombra”, sendo essa, portanto, a essência do aprendizado organizacional ou gerenciamento extraordinário. Tal aprendizado em tempo real, ou autoreflexivo, é um processo auto-organizado que produz resultados emergentes radicalmente imprevisíveis.

Isso significa que, em toda a organização há uma interação contínua entre as suas redes informais (sistema sombra) e as suas estruturas formais (sistema

legitimado). As políticas e procedimentos formais são sempre filtrados e modificados pelas redes informais, permitindo que os agentes possam usar a criatividade quando se deparam com situações inauditas e inesperadas. O poder dessa interação é visível quando, por exemplo, os agentes operam rigorosamente de acordo com os manuais e procedimentos oficiais, sendo que eles prejudicam seriamente o funcionamento da organização. A interação possibilita a coevolução.

Quando se olha a organização sob o enfoque da Teoria da Complexidade pode-se vê-la como processo de fluxo contínuo, que opera sob o signo da inclusão, da agregação de concepções diversas, da busca da integração da diferença, da interdependência compartilhada e dinâmica. Os SAC's – objeto de estudo dessa teoria – apontam que tais sistemas estão além da capacidade descritiva da compreensão mecanicista, pois promove a junção da estabilidade e instabilidade, da ordem e desordem.

As organizações sob a perspectiva da Teoria da Complexidade e dos sistemas adaptativos complexos incluem o olhar do todo e das partes simultaneamente, reconhecem a existência dos sistemas legitimado e sombra, entendem que os agentes com seus esquemas é que dinamizam a estrutura a partir das interações que estabelecem entre si, e geram um espaço de possibilidades enorme de adaptação, inovação e criatividade. A experiência acumulada pelos agentes ao longo das interações realizadas constitui-se em uma valiosa fonte para o processo de formação de estratégias. Tal processo engloba duas variáveis fundamentais: a figura do agente (os atores organizacionais) e a aprendizagem obtida das experiências desse agente. A origem e a transformação dos processos de formação de estratégias em organizações assentam-se na análise dessas duas perspectivas.

A abordagem da formação da estratégia baseada na aprendizagem do agente vê a organização como sistema vivo, com pessoas no papel principal.

Os conceitos apresentados nesse capítulo, quando aplicados às organizações, permitem que se compreenda melhor o intrincado mundo organizacional. Ou seja, a Teoria da Complexidade – e a perspectiva dos Sistemas Adaptativos Complexos

(SAC's) – constitui-se em teoria referencial que oferece rica visão para compreender os processos subjacentes na vida das organizações. A criação de redes de agentes, por exemplo, se constitui no núcleo dessa visão, e os princípios da auto-organização podem ser empregados para apoiar o trabalho em equipe.

O desafio principal de um gestor que compreende a organização nessa ótica é, portanto, a delicada conversão do conflito em cooperação.

3.5 – Auto-organização

A concepção de auto-organização originou-se nos primeiros anos da cibernética, quando os cientistas começaram a construir modelos matemáticos que representavam a lógica inerente nas redes neurais. Em 1943, o neurocientista Warren McCulloch e o matemático Walter Pitts publicaram um artigo pioneiro intitulado “A Logical Calculus of the Ideas Immanent in Nervous Activity”, no qual mostrava que a lógica de qualquer processo fisiológico, de qualquer comportamento, pode ser transformada em regras para a construção de uma rede (CAPRA, 2004).

Na década de 50, os cientistas começaram a construir efetivamente modelos dessas redes binárias, inclusive alguns com pequeninas lâmpadas que piscavam nos nodos. Para o seu grande espanto, descobriram que, depois de um breve tempo de bruxuleio aleatório, alguns padrões ordenados passavam a emergir na maioria das redes. Eles viram ondas de cintilações percorrem a rede, ou observaram ciclos repetidos. Mesmo que o estado inicial da rede fosse escolhido ao acaso, depois de um certo tempo esses padrões ordenados emergiam espontaneamente, e foi essa emergência espontânea de ordem que se tornou conhecida como “auto-organização” (CAPRA, 2004).

A possibilidade de auto-organização surge uma vez que os numerosos agentes que compõem o sistema são elementos ativos. Eles têm autonomia para orientarem suas ações de acordo com o que apreendem de sua interação com o ambiente. Estes

agentes estão livres para colocarem em prática sua capacidade de aprendizado e de adaptação (AGOSTINHO, 2003).

Como exemplo pode-se citar um time de futebol. Nesta organização, a ação e interação acontecem de acordo com o plano de jogo. Entretanto, o plano de jogo é continuamente adaptado pelo consenso dos agentes (jogadores) durante a prática – por reação em tempo real – quando novas situações ou rupturas ocorrem. Com o uso de plano de jogo, as ações e interações tornam-se mais visíveis e observáveis. Mas planos não são estáticos. Apoiados pela gerência, os agentes (jogadores) usam resultados reais para atualizá-los e mudá-los – deixando-os reais e, portanto, mantendo seu valor. Ao reunir seu objetivo comum de vencer, ele faz com que os próprios jogadores exijam dos outros a manutenção do seu comprometimento e não gerar surpresas no campo de jogo. O trabalho do gerente é reduzido e promove energia e informação que ajuda a estabelecer uma estrutura funcional subjacente com a qual trabalhar (KELLY e ALLISON, 1999).

A auto-organização se apresenta como resultante da capacidade de fazer face às perturbações aleatórias do ambiente, por desorganizações seguidas de reorganizações internas, absorvendo, tolerando, integrando o erro e/ou ruído causadores das perturbações. O processo auto-organizador pode criar o radicalmente novo, ampliando a capacidade do sistema de interagir com os eventos aleatórios que o perturbam, assimilando-os e modificando a sua estrutura. Assim, ambigüidade e paradoxo marcam a relação entre ordem e desordem (ERDMANN, 1996).

Para Maturana & Varela (1997), a auto-organização é uma forma viva de inter-relações existentes no interior do organismo que, além de mantê-lo vivo, estrutura-o, sem, para isso, depender da estrutura física de seus componentes.

CAPRA (1996) define a auto-organização como a emergência de novas estruturas e de novas formas de comportamentos em sistemas abertos que operam afastados do equilíbrio.

Líderes e facilitadores precisam de uma estrutura genérica para ajudar agentes autônomos a enfrentar eficazmente os problemas e oportunidades na medida em que

ocorrem. Essa estrutura deveria encorajar a emergência da auto-organização sustentável, consciente e construtiva. Porque cada sistema de auto-organização é um de uma espécie, nenhum programa, processo ou modelo simplista irá ser adequado para todas as empresas ou todas as partes de uma empresa. Um programa que funcionou uma vez pode não funcionar em outra (KELLY e ALLISON, 1999).

Kelly & Allison (1999) estabelecem cinco níveis de aptidão em que um sistema pode se enquadrar, de acordo com o tipo de auto-organização predominante. O primeiro é o nível da *auto-organização inconsciente*. Embora seja possível que as organizações empresariais possam obter uma auto-organização consciente, a maioria das experiências acumuladas não é consciente do seu processo de auto-organização. Nesse primeiro nível, emerge uma organização independente do conhecimento e desejo do agente.

Nesse sentido, Kelly & Allison (1998) ressaltam que aceitar o primeiro nível é o passo mais importante para a evolução do sistema, pois, ao se admitir, que não se tem controle sobre todas as interações da empresa, é possível conhecer as próprias limitações, buscando maneiras de superá-las.

O segundo nível é o da *auto-organização consciente*, no qual o processo de auto-organização se dá num grupo de agentes. A partir da consciência da falta de controle total, os grupos se comprometem e se disciplinam para uma comunicação aberta, aprendizagem compartilhada; planejam jogos internos para trocar experiências e buscam caminhos que melhorem o desempenho dos resultados empresariais em relação ao ambiente.

O terceiro nível é o da *auto-organização orientada*, em que já existe uma certa estabilidade, adquirida no segundo nível. Assim, as equipes, além de conhecerem seus processos, transformam-nos em processos locais mais efetivos em substituição a hábitos usuais que não são efetivos. O objetivo deste nível é criar um conjunto de padrões locais fortes que possibilitem a unidade (departamento, por exemplo) ser efetiva.

O quarto nível é o da *auto-organização orientada qualitativamente*. Nesse nível, as empresas são vistas como um todo formado de partes integradas; desenvolvem, por isso, métodos para investigar e simular possíveis alternativas para intervir na dinâmica que exhibe os sistemas complexos. Para tanto emprega as ferramentas matemáticas, a linguagem natural dos sistemas complexos adaptativos, articula o potencial dos cenários emergentes para exhibir o comportamento das empresas auto-organizadas e co-evolutivas. Os grupos, efetivamente, usam a riqueza das ferramentas quantitativas para trilhar e guiar as interações.

O quinto nível é o da *capacidade consciente de autopoiese*, em que as atividades são dirigidas à melhoria do desenvolvimento de todos os níveis do negócio. O negócio e sua estrutura hierárquica de grupos desenvolvem a capacidade de observar e construir ou se ajustar aos caminhos emergentes, o que aumenta a aptidão competitiva. Nesse nível, a empresa reconhece que não é completamente apta para todas as tarefas, sendo necessário desenvolver uma rede empreendedora de comportamento consciente que aumente a aptidão dela. Assim, agentes de adaptação inteligente encontram uma auto-organização autopoietica que leva às empresas a co-evoluírem com o ambiente.

Kelly & Allison (1998) concluem argumentando que o estabelecimento desses níveis pode ser usado para, inicialmente, acessar; depois, melhorar o desempenho empresarial. De um nível para outro, o foco central muda de relacionamentos fechados para redes mais abrangentes de relacionamentos. Primeiro concentra-se em construir um rigoroso compartilhamento entre colegas próximos, formando equipes individuais; depois, conexões livres entre grupos, seguidas, por conexões entre conjunto de grupos em redes de interações.

Essas poderosas redes de conhecimento especializado e de amplas experiências são usadas para processar e distribuir tomadas de decisão, proporcionando ao sistema capacidade de estabilidade e suporte a mudança.

4 – METODOLOGIA

4.1 – Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no município de São José em Santa Catarina. A cidade foi a quarta localidade fundada em Santa Catarina e colonizada por 180 casais de açorianos, que chegaram em 19 de março de 1750, oriundos das ilhas de São Miguel e São Jorge, nos Açores. Devido seu rápido desenvolvimento, em 1756 foi elevada à categoria de freguesia. Importante centro de comércio, a localidade foi emancipada em 04 de maio de 1833 (SANTA CATARINA, 2007).

Atualmente as principais atividades econômicas realizadas no município são: industriais, com um grande parque industrial, e comércio. A cidade, com uma área de 114,7Km², faz divisa com a capital Florianópolis, Biguaçu, Palhoça, São Pedro de Alcântara, Santo Amaro da Imperatriz e Antônio Carlos (SANTA CATARINA, 2007).

Segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (DATASUS, 2007) em 2007 o município de São José apresenta um total de 205.263 habitantes dentre os quais 48,7% masculino e 51,3% (105.218 habitantes) são do sexo feminino. O número de mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos, é de 72.228 mulheres o equivalente a 35,18% da população total residente no município de São José.

De acordo com São José (2007), a Secretaria Municipal de Saúde, órgão colegiado da Prefeitura Municipal de São José, tem como objetivos precípuos a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a recuperação da saúde, através de ações coletivas e individuais.

As ações são desenvolvidas por:

- Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em número de quarenta, constituídas cada uma de um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde;
- Diretorias da Saúde do Trabalhador, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica;
- Coordenações e programas, tais como, Coordenação de Imunização, programas de Saúde da Criança, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Controle da Hanseníase, Controle da Tuberculose, Controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS);
- Atenção médica especializada na área de pediatria, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria, endocrinologia, cardiologia, oftalmologia e urologia;
- Serviço Social;
- Serviço de Assistência Farmacêutica;
- Serviço próprio de ultra-som;
- Laboratório próprio de análises clínicas;

Todas estas ações contam com o apoio das diretorias de Planejamento, Controle e Avaliação, Administrativa e Financeira. Esta última é constituída de coordenações, tais como: apoio administrativo, pessoal, transportes de pacientes, logística, informática, manutenção, contratos, compras, almoxarifado e financeira. Sob a coordenação financeira encontra-se a gerência do Fundo Municipal de Saúde – FMS.

Articulado com a Secretaria Municipal de Saúde há o Conselho Municipal de Saúde, cujo presidente é o Secretário da Pasta. O Conselho Municipal de Saúde representa o controle social do sistema de saúde no Município, conforme define a legislação pertinente.

A estrutura de saúde, própria do município, é constituída da Policlínica Municipal de Campinas, dos Centros de Saúde de Areias, Barreiros, Bela Vista, Colônia Santana, Fazenda Santo Antônio, Forquilhas, Forquilha, Ipiranga, Luar,

Morar Bem, Picadas do Sul, Procasa, Roçado, Sede, Sertão do Maruim, Serrarias, e Zanelatto, pela Unidade de Saúde da Família no bairro Santos Saraiva e Laboratório de Análises Clínicas de Forquilha.

A pesquisa foi realizada em um primeiro momento na secretaria municipal de saúde de São José com o Programa de saúde da mulher através do acesso aos dados do Sistema de Informação em Saúde sobre o pré-natal (SISPRENATAL) do município.

O segundo momento da pesquisa foi realizado junto à 4 (quatro) Centros de Saúde selecionados após avaliação específica por unidade local de saúde. As 4 unidades são uma amostragem da diversidade das 19 unidades que compõem a estrutura de saúde municipal. No entanto, o que determinou o total de unidades participantes no estudo foi o processo de saturação dos dados coletados proposto pela Teoria Fundamentada nos Dados utilizada como referência metodológica para esta etapa da pesquisa.

4.2 – Sujeitos do Estudo

Os sujeitos deste estudo foram os profissionais que participam, direta ou indiretamente, na implementação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no município de São José, SC dentre eles: 3 (três) profissionais do Programa de Saúde da Mulher (Secretaria Municipal de Saúde) e 13 profissionais das unidades locais de saúde dentre eles 9 (nove) enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem e 2 médicos. Foram constituídos grupos amostrais até obter a saturação dos dados.

O critério que norteou a seleção dos sujeitos foi o desejo e concordância explícita em participar do estudo, após conhecer seus objetivos, intencionalidade e modo de participação.

4.3 – Aspectos Éticos

Acredito que os princípios éticos permeou toda a construção e aplicação da pesquisa, pois, mais do que registradas em um documento impresso, as questões éticas

foram vigentes nas inter-relações e processos comunicativos estabelecidos entre o coordenador e os sujeitos do estudo. Os valores éticos foram abordados também como aspectos valorativos nas interações entre os componentes das equipes de saúde.

O sigilo e anonimato das informações fornecidas foram garantidos através da utilização de pseudônimos. Para os médicos utilizou-se a letra M seguido de uma numeração, ex: M1; para enfermeiros utilizou a letra E, ex: E5 e para técnico de enfermagem T, ex: T2. Houve a disponibilidade de desistirem de participar durante o processo da pesquisa se assim o desejassem. Foi elaborado e entregue um Consentimento Livre e Esclarecido baseado na Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC através do parecer consubstanciado (Projeto nº 111/07).

Desta forma este estudo foi regido pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96, que incorpora na sua coletividade quatro referenciais básicos da bioética, isto é, a saber: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, sendo definido como:

- Autonomia: respeitar a autodeterminação do indivíduo, considerando-o como ser racional e livre, não limitar suas escolhas, ou interferir em suas decisões;
- Não-maleficência: refere-se ao dever de evitar qualquer mal ou qualquer situação de risco desnecessário ao indivíduo;
- Beneficência: compreende-se como a obrigação de ajudar, estando em favor dos interesses do indivíduo. Implica em agir sempre para o bem do indivíduo; e
- Justiça: implica em conceder a todos o direito de participar ou não da pesquisa e de desistirem se assim quiserem.

4.4 – Metodologia de Referência

O referencial metodológico escolhido foi a Grounded Theory - Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), idealizada por Barney Glaser e Anselm Strauss.

A Teoria Fundamentada nos Dados permite a geração de teorias a partir dos dados obtidos, analisados e comparados de maneira sistemática e concomitante.

Essa metodologia tem sido utilizada em estudos, com uma abordagem qualitativa, e nas pesquisas indutivas, podendo ser usada também em conjunto com análise quantitativa, pois é um referencial que fornece caminhos e propicia orientação ao pesquisador. É um processo de análise e interpretação de dados que requer envolvimento constante do investigador. Esse tipo de trabalho permite aprofundar o conhecimento, dentro da multidimensionalidade e da experiência do sujeito (Straubert e Carpenter, 1995).

A Teoria Fundamentada nos Dados tem como objetivo o reconhecimento da percepção ou do significado que determinada situação ou objeto tem para o sujeito.

Na perspectiva de integrar a TFD com a ciência da complexidade, a Secretaria Municipal de saúde e as unidades de saúde serão entendidas como um sistema. Cada um é visto como um Sistema adaptativo complexo e para aplicabilidade da metodologia da teoria fundamentada nos dados cada SAC será entendido como uma amostra da pesquisa.

Os pressupostos para a utilização dessa teoria, segundo Glaser e Strauss (1967), são: toda experiência humana é um processo que se encontra em constante evolução; a construção da teoria inclui abordagem dedutiva e indutiva; devem existir vários grupos amostrais, onde as informações adquiridas entre os grupos são comparadas entre si ao longo do estudo, e darão origem aos conceitos da amostragem e à saturação categorial.

Glaser e Strauss (1967) ressaltam a importância de que a coleta de dados e de informações, junto aos sujeitos pesquisados, seja feita em situações e com características diferentes, pois isso possibilitará a análise e interpretação sistemática comparativa dos dados, de forma mais profunda e rica.

Glaser e Strauss (1967) sugerem alguns estágios que facilitam a comparação constante dos dados:

- estabelecer categorias baseadas na semelhança dos conteúdos e na diferença destes com as categorias, o que irá ajudar na elucidação das propriedades teóricas das categorias;

- comparar o incidente em cada categoria, com as dimensões da categoria, para a compreensão de um todo bastante identificado, que possa refletir e mostrar as relações das dimensões das categorias;

- examinar cada categoria e suas propriedades, para que possam ser reduzidas ou agrupadas, e, a partir disso, buscar a saturação teórica do conteúdo dos dados. No momento em que se percebe a repetição das informações, a amostra do grupo é considerada completa;

- realizar a primeira amostra teórica de forma seqüencial e não paralela. Após a análise desta amostra, partir para a busca de outra. O método de análise indicado para essa teoria é o da comparação constante de dados.

Em relação à coleta e análise dos dados feita de maneira simultânea, Polit e Hungler (1995, pág. 276) explicam que este é um aspecto vital na condução da pesquisa, pois a comparação constante dos dados é utilizada para elaborar e aperfeiçoar, teoricamente, as categorias, elucidadas a partir dos dados, são constantemente comparadas aos dados obtidos bem no início da coleta dos dados, de modo que os elementos comuns e variações podem ser determinados. Enquanto ocorre a coleta dos dados, a investigação torna-se cada vez mais centrada nas preocupações teóricas emergentes. É importante salientar que neste momento da pesquisa apenas os dados devem ser comparados evitando-se assim a comparação entre os sujeitos durante o processo de análise e coleta.

Para Glaser e Strauss (1967), a análise comparativa dos dados tem como base os seguintes componentes: conhecimento do ambiente, codificação dos dados, formação

das categorias, redução do número de categorias ou novos agrupamentos, identificação da categoria central, ordenação e integração das categorias.

Nessa modalidade de pesquisa fundamentada em dados, o pesquisador tem um trabalho sistemático intenso. Ela requer também uma sensibilidade teórica bastante aguçada, para captar uma grande variedade de informações, que irão facilitar a compreensão dos fenômenos existentes no local do estudo (GOMES, 2005).

Os procedimentos utilizados nessa teoria, para desenvolver e relacionar conceitos, requerem que os dados sejam olhados com perspicácia, imaginação, aspectos estes que fazem parte da sensibilidade teórica. Quanto a esta, decorre da experiência pessoal e profissional, com um embasamento consistente na literatura, que pode ampliar a percepção, compreensão e interpretação dos dados dos participantes da pesquisa, sobre o fenômeno estudado. É um atributo em que o pesquisador terá *insights*, isto é, habilidade de dar significado aos dados, capacidade de compreender os eventos e de separar o que é pertinente do que não é, para o estudo proposto (MELLO, 2005).

A receptividade do pesquisador deve ir além dos dados em si, pois muitas vezes novas situações e novas idéias poderão estar nas entrelinhas. Essa sensibilidade aos dados também requer que se registrem todos os eventos e acontecimentos observados no contexto estudado.

O pesquisador deve reconhecer as tendências dos sujeitos da pesquisa, ter capacidade de análise situacional e fazer uma leitura do contexto organizacional. O investigador é parte integrante do processo de pesquisa, devendo ter habilidades próprias e reconhecer o seu papel neste tipo de investigação científica.

É fundamental que o pesquisador tenha um bom conhecimento da metodologia a ser aplicada. Isso favorecerá que ele tenha maior habilidade de análise dos dados encontrados. Outro aspecto que deve ser considerado, é que o pesquisador tenha o menor número possível de idéias pré-concebidas ao iniciar o estudo. Evidentemente que poderá ter uma hipótese prévia e uma pergunta norteadora do problema da pesquisa, para guiar o início dos trabalhos.

Os conceitos são a base de análise dessa metodologia. Os procedimentos utilizados buscam identificá-los, fazendo o desenvolvimento dos mesmos e relacionando-os, para que haja relevância teórica comprovada. Precisam ser significativos e estar repetidas vezes presentes nos procedimentos de codificação para se transformarem em categorias (LACERDA, 2000).

Segundo Glaser (2005), a Teoria Fundamentada nos Dados não necessita de uma base epistemológica para justificar seu uso. É um método abrangente, baseado em um modelo indicador, que pode utilizar diversas perspectivas teóricas, desde que pertinentes ao tema em estudo. A Teoria Fundamentada nos Dados é um modelo indutivo, relativamente simples, que pode ser utilizado com qualquer tipo de fonte de dados, e é suficientemente generalista para ser usado por qualquer pesquisador em seu campo de atuação.

4.5 – Operacionalização da pesquisa

A pesquisa buscou atingir os objetivos delineados a partir de um conjunto de procedimentos teóricos e práticos, visando o alcance do fim pretendido. Para dar maior clareza e entendimento à condução do estudo, a operacionalização dos objetivos foi dividida em dois momentos metodológicos.

O primeiro momento trata-se de um estudo com caráter quantitativo, exploratório e descritivo, por meio do qual foi realizada uma análise documental. Fez-se um levantamento das informações operacionais do PHPN no Município de São José, SC, nos últimos 4 (quatro) anos (de janeiro de 2003 a janeiro de 2007).

O segundo momento da pesquisa possui um enfoque qualitativo e teve como principal recurso metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados apresentada anteriormente.

Kuhn, citado por Minayo (1994, p. 17) afirma que “o progresso da ciência se faz pela quebra dos paradigmas, pela colocação em discussão das teorias e dos métodos, acontecendo assim uma verdadeira revolução”.

Para Brandão, citado por Demo (1999, p. 24), “a qualidade não se capta observando-a, mas vivenciando-a. Passa necessariamente pela prática, pois sua lógica é a da sabedoria, mas do que a da ciência, que se permite apenas analisar, estudar e observar”. Assim, a metodologia aplicada neste segundo momento, buscou uma combinação entre a Teoria Fundamentada nos Dados e as concepções teóricas da Ciência da Complexidade.

Ao se optar em adotar a perspectiva da teoria da complexidade e abandonar a perspectiva linear, observa-se que não é apenas o conteúdo da agenda de pesquisa que é fundamentalmente alterado pela movimentação do paradigma do estado de equilíbrio para o paradigma de sistema complexo. Os métodos tradicionais de pesquisa, por si só, se mostram inapropriados para responder ao novo. Qualquer noção que apresente o pesquisador como um observador independente e objetivo, deve ser abandonada, pois intervir em uma organização sempre o afetará (STACEY, 1996). A ênfase, por conseguinte, muda para a de um observador participante: isso significa que as pesquisas podem produzir resultados bem mais interessantes se elas envolvem os agentes que participam, ou tem interesse na vida organizacional, e que praticam a auto-reflexão em suas atividades na organização.

4.5.1 – Análise documental do PHPN

Como foi descrito anteriormente, neste primeiro momento foi realizado um estudo com caráter quantitativo, exploratório e descritivo, com levantamento das informações operacionais do PHPN no Município de São José, SC, nos últimos 4 (quatro) anos (de janeiro de 2003 a janeiro de 2007). Esta etapa do processo foi desenvolvida na Secretaria Municipal de Saúde.

De acordo com a portaria conjunta nº 51 (Anexo 5), a adesão do município ao programa foi em 26 de julho de 2001, onde nos dois primeiros anos de implantação do programa o município passou por adaptações. Segundo informações do Programa de Saúde da Mulher, nos 4 (quatro) anos seguintes, o município apresentou resultados

positivos na implementação do programa, justificando a seleção dos últimos anos para a realização desta avaliação.

4.5.1.1 – Fontes de dados

1. Publicações, documentos, relatórios, planilhas e depoimentos de técnicos da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.
2. Portarias relativas ao Programa: GM 569, 570, 571,572 e SPS 9 e 23.
3. Material instrucional elaborado para divulgação do Programa: Cartilha (BARSIL, XXXX), Passo a Passo, Manual para Implantação, Informes Saúde Especial.
4. Planilha de controle de adesão.
5. Ficha de Cadastramento da Gestante (Anexo 3).
6. Ficha de Registro Diário de Atendimento (Anexo 4).
7. Planilhas de controle de produção.
8. Dados do Sistema de informação Hospitalar - SIH –DATASUS.
9. Dados do Sistema de informação Ambulatorial - SIA –DATASUS.
10. Relatórios emitidos no SISPRENATAL.

As informações operacionais foram selecionadas a partir do banco de dados do Sisprenatal / DATASUS, cujo sistema informatizado encontra-se na Secretaria Municipal de Saúde / Programa de Saúde da Mulher, de onde foi emitido um conjunto de relatórios e indicadores de resultado e processos sobre a assistência ao pré-natal e puerpério.

A partir do levantamento dos relatórios dos 4 anos em estudo, foi analisado quantitativamente cada indicador e informação relativos à execução do Programa em nível municipal e local – todas as 19 (dezenove) unidades de saúde – através de comparação de dados e cálculos de percentuais. Esta avaliação teve o intuito de identificar as potencialidade e limitações apresentadas na implementação das ações,

chegando-se a um diagnóstico da eficácia operacional do programa cujos resultados encontram-se no capítulo 5. Conforme demonstrado no fluxograma da Figura nº 1.

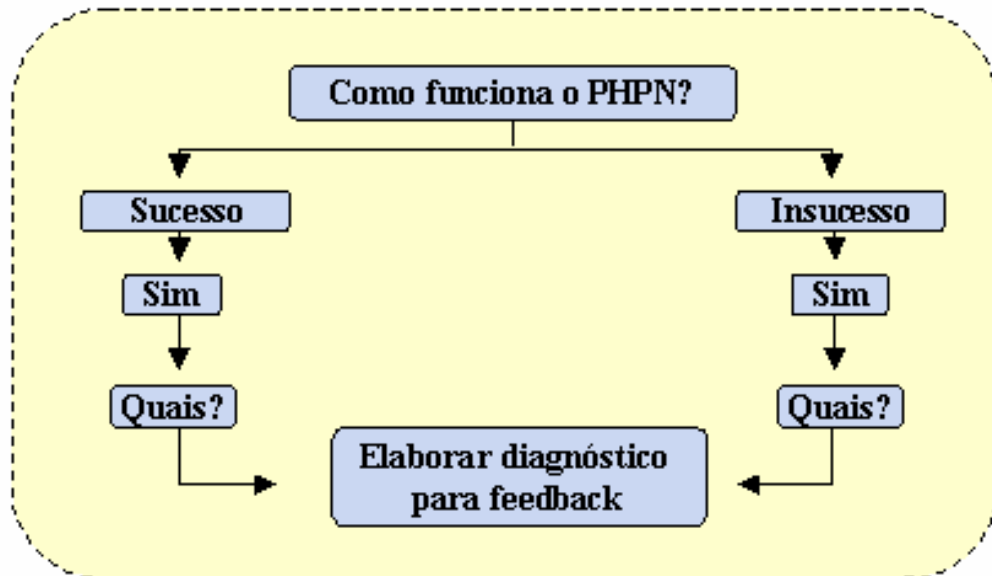


Figura nº 01 – Fluxograma do processo de elaboração do Diagnóstico para o Feedback.

O produto desta análise foi a elaboração de um diagnóstico da implementação do PHPN em São José, SC, de janeiro de 2003 a janeiro de 2007, denominado aqui neste fluxograma como Diagnóstico para o *feedback*. Este termo está vinculado ao conceito de “*feedback* não-linear” apresentado no referencial teórico.

De acordo com Stoner (1995), o *feedback* (retroalimentação) é a chave para os controles do sistema. É parte do controle do sistema onde os resultados das ações retornam ao indivíduo, permitindo que os procedimentos sejam analisados e corrigidos pela equipe.

A opção pelo uso de diagnóstico para *feedback* foi baseada na finalidade desta análise, uma vez que a construção da mesma teve o intuito de fornecer um retorno dos resultados das ações e das formas de organização desenvolvidas, aos agentes responsáveis pela operacionalidade do programa.

4.5.2 – Conhecendo as equipes das Unidades de Saúde e as inter-relações com os Sistemas

O segundo momento da pesquisa deu início ao enfoque qualitativo tendo como principal recurso metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados, fazendo um entrelaçamento com a ciência da Complexidade. Esta fase da pesquisa foi desenvolvida em 4 (quatro) Unidades Locais de Saúde com os profissionais da saúde que participam direta ou indiretamente da implementação do programa e que, obviamente, estiveram dispostos a participar do estudo.

A amostra, definida pela TFD como amostra teórica, foi definida pela própria análise e não selecionada previamente. O número de equipes participantes do estudo foi determinado pela saturação teórica, ou seja, quando as categorias encontradas começaram a estabilizar e os casos recentes não trouxeram novidades à pesquisadora.

Esta etapa da pesquisa teve início com o questionamento à equipe quanto ao recebimento de fontes de retroalimentação relacionadas com o atendimento às metas do programa, através de discussões/entrevistas gravadas com equipe. O mecanismo fundamental de adaptação é a revisão e o reordenamento dos processos interativos que compõem a organização, e nesse processo os *feedbacks*, como um esquema de retroalimentação do sistema, exercem um papel fundamental, pois podem ser considerados elementos propulsores para o desenho das novas ações estratégicas e, para a adoção de novas formas organizacionais.

Caso a inter-relação da unidade local de saúde com a Secretaria Municipal de Saúde permitesse uma interação capaz de fornecer os *feedbacks* necessários para criar estímulos adaptativos para a auto-organização, a intervenção da pesquisa se processaria na investigação das estratégias de organização utilizadas pela equipe e se estas estratégias possuíam eficácia ou não, com relação às metas do programa. Neste caso, poderia se garantir então que a equipe alcançou o sucesso adaptativo na sua auto-organização.

No entanto, a inter-relação entre unidade e SMS, observado na pesquisa, não permitiu o fornecimento adequado de tais *feedbacks*, sucedeu-se então um novo componente na pesquisa que permitiu a aplicação do diagnóstico, elaborado no primeiro momento do trabalho, como forma de fornecer estímulos para a auto-organização da equipe de saúde.

A intencionalidade nesta etapa da pesquisa foi de apresentar à unidade o *feedback* de suas ações no PHPN com a finalidade de fornecer estímulos para mudança na organização de suas atividades, considerando a capacidade de adaptação e de auto-organização interna do SAC.

Pode-se compreender de maneira mais clara o processo de desenvolvimento da pesquisa na Figura nº 2, onde todos os momentos e etapas estão representados por meio de fluxograma.

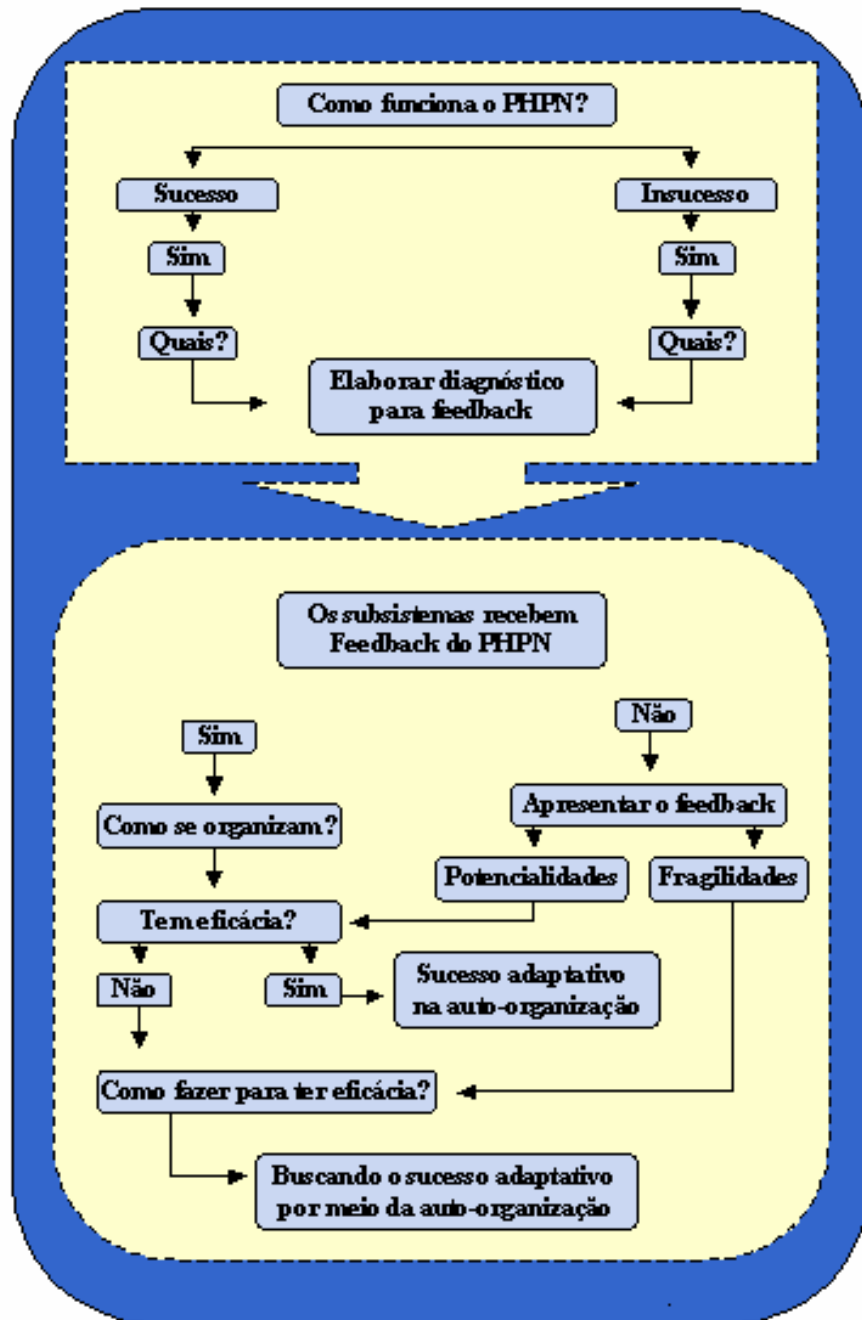


Figura nº 02 – Representação do processo de desenvolvimento da Pesquisa.

O processo de busca de formas de organizações adaptativas para minimizar ou eliminar as limitações na eficácia do programa foi desenvolvido com a participação da pesquisadora, pois se tratou de um estudo de observação participante, seguindo uma trajetória flexível, com idas e vindas, na qual percorreu-se os caminhos e desafios da

teoria fundamentada nos dados e da ciência da complexidade e mais especificamente do processo auto-organizador do SAC.

4.6 – Análise dos resultados

Para a análise dos resultados, feita concomitantemente à coleta, foram utilizadas as informações e normas do PHPN – tanto em nível municipal, quanto estadual e federal – as obras empregadas na construção do referencial teórico que abordam conteúdos pertinentes à temática da complexidade e dos mecanismos de auto-organização, da estrutura de gestão organizacional da Secretaria Municipal e das Unidades de Saúde.

A análise dos resultados à luz dos conceitos da teoria da complexidade, investigou o não-visível no interior da estrutura das equipes de saúde e na sua totalidade, considerando cada Unidade de Saúde como um Sistema Adaptativo Complexo (SAC). Ou seja, aquilo que a análise linear não permite visualizar e que somente uma perspectiva sistêmica, a qual observe a interação que ocorre entre os agentes é capaz de dar conta e de responder a questão que originou o estudo.

Todo SAC é único. Cada qual emerge a partir de uma história específica e interage com o ambiente que, enquanto possa parecer similar, nunca é exatamente o mesmo para outro sistema.

Kelly & Allison (1998), quando falam de sistemas auto-organizáveis, apontam que cada um deles é único, e cada um deles emerge a partir de uma história singular e interage com o ambiente também de forma singular. Conquanto um sistema possa parecer similar a outro, nunca é exatamente o mesmo.

Sendo assim, cada Unidade de Saúde foi analisada na perspectiva de sua singularidade, o que não permitiu a comparação e generalização entre as mesmas no decorrer do processo. A análise comparativa se processou através da comparação das informações coletadas e na medida em que cada Unidade foi analisada individualmente.

Portanto, os dados foram analisados pelo processo de codificação aberta, axial e seletiva. Neste processo partiu-se de uma codificação aberta onde se elaboraram conceitos e realizou-se um exame, linha por linha, dos dados onde surgiram as categorias preliminares. Seguidamente, fez-se uma codificação axial, onde a pesquisadora escolheu uma categoria central e relacionou com as demais categorias, dando início a codificação onde ocorreu o fenômeno que integrou todas as categorias.

Desta análise evoluiu-se para a construção de um modelo representativo de formas adaptativas de organização da produção de serviços específico para este fenômeno estudado visando garantir a eficácia do Programa, alcançando assim o objetivo final pretendido neste estudo.

Após a sustentação da dissertação será realizado uma apresentação dos resultados às equipes de saúde e secretaria municipal de saúde de São José.

5 – A REALIDADE DO PHPN NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ

Segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (DATASUS, 2007) em 2007 o município de São José apresenta um total de 205.263 habitantes dentre os quais 48,7% masculino e 51,3% (105.218 habitantes) são do sexo feminino. O número de mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos, é de 72.228 mulheres o equivalente a 35,18% da população total residente no município de São José.

Para atender esse número de mulheres o Município conta com uma coordenação específica na Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gerência dos programas voltados para a Saúde da Mulher. Essa coordenação é, dentre outras atribuições, responsável pelo acompanhamento do PHPN do município cuja prática se efetua nas unidades locais de saúde.

A efetivação dos procedimentos requisitados no PHPN se dá através da digitação dos dados enviados pelas unidades, na área da saúde da mulher na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Pode-se dizer, portanto, que a implementação do PHPN no município de São José inicia na unidade local de saúde e termina na SMS.

A adesão do município ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi em 26 de julho de 2001, de acordo com a portaria conjunta nº 51 (Anexo 5), e desde então a SMS, por meio do Programa da Saúde da Mulher, busca meios de organização para melhorar a eficácia do PHPN no município.

A fim de compreender melhor o processo de implementação do PHPN em São José, realizou-se uma análise dos relatórios de produção ambulatorial do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS) e relatórios de indicadores do SISPRENATAL gerados pelo programa informatizado do SISPRENATAL, ambos obtidos pelo DATASUS/Ministério da Saúde.

5.1 - Adesão ao Componente I – Incentivo à Assistência Pré-Natal e a Conclusão da Assistência Pré-Natal

O primeiro critério avaliado sobre o PHPN em São José, SC, foi o número de cadastramentos e conclusões realizados pelo município. Lembrando que, a cada mês, o Sis prenatal gera o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), para importação no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

Este BPA possibilita o faturamento do incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante cadastrada. O cumprimento do elenco de procedimentos previstos no programa, e a devida alimentação do Sis prenatal geram automaticamente o BPA para o SIA/SUS, permitindo o pagamento de R\$ 40,00 por gestante, a conclusão da assistência pré-natal.

A recomendação de se iniciar o pré-natal assim que a gestação seja diagnosticada objetiva fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco.

Quanto ao incentivo à assistência pré-natal (cadastramento da gestante no PHPN), o município de São José demonstrou um crescimento de aproximadamente 45% nos quatro anos em estudo (janeiro de 2003 a janeiro 2007). Em 2003 foram cadastradas 757 gestantes, no decorrer dos anos houve uma progressão nos valores chegando a 1378 gestantes cadastradas em 2006.

Apesar do número de gestantes inscritas no programa que realizaram a conclusão da assistência pré-natal crescerem cerca de 72% – também progressivamente – o resultado está muito aquém do esperado. Segundo o Ministério da Saúde:

“os municípios que aderirem ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento serão avaliados, anualmente, pelo Ministério da Saúde, estando a continuidade no Programa vinculada à apresentação do procedimento Conclusão da Assistência Pré-natal para, no mínimo, 30% das gestantes nele cadastradas no primeiro ano de adesão e 50% no segundo” (BRASIL, 2005).

No entanto, no segundo ano de adesão ao PHPN (2002), o município apresentou apenas 6% conclusão da assistência Pré-natal do total de gestantes inscritas seguidos por apenas 8,8% em 2003, 10,4% em 2004, 11,4% em 2005 e 17% em 2006. Mesmo diante desses resultados, a continuidade do PHPN em São José ainda não foi questionada pelo Ministério da Saúde.

Segundo a Portaria nº 569, Art 5º, parágrafo 1º (Anexo 1), dentre as atribuições do Ministério da Saúde encontram-se: “articular com estados, municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer *mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo*” (grifos nosso).

Tendo em vista que, durante os 7 (sete) anos de implementação do programa em São José, nem o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina e tampouco a Secretaria Municipal de Saúde de São José realizaram alguma avaliação do PHPN especificamente no município. Observa-se então que os mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento para o PHPN não foram bem estruturados.

Partindo do princípio de que o número de cadastros realizados pelo município no período de um ano deveria ser equivalente ao número de conclusões efetivadas neste mesmo ano e que ambos procedimentos são remunerados ao Município, criou-se a Tabela nº 02.

Tabela nº 02: Comparativo entre números e valores de conclusões da assistência pré-natal previstas e efetivadas, baseado no número de adesões nos respectivos anos. DATASUS, jan/2003 – dez/2006.

ANO	Conclusão Prevista (Gestantes)	Conclusão Prevista (Valor)	Conclusão Efetivada (Gestantes)	Conclusão Efetivada (Valor)	Adesão não Concluída	Valor não Efetivado
2003	757	R\$30.280,00	67	R\$2.680,00	-690	R\$-27.600,00
2004	1075	R\$43.000,00	112	R\$4.480,00	-963	R\$-38.520,00
2005	1256	R\$50.240,00	144	R\$5.760,00	-1.112	R\$-44.480,00
2006	1378	R\$55.120,00	236	R\$9.440,00	-1.142	R\$-45.680,00
TOTAL	4466	R\$178.640,00	559	R\$22.360,00	-3.907	R\$-156.280,00

Trata-se da comparação entre o número de conclusões previstas para o ano baseado no número de cadastros realizados neste mesmo ano, com o número de conclusões efetivadas pelo município. Neste caso não está em questão às gestantes cadastradas que não conseguiram completar os nove meses de gestação, pois considera-se também aquelas cadastradas no ano anterior que concluíram no ano seguinte.

Observa-se na Tabela nº 02 que além da comparação do número de cadastros e conclusões há o cálculo do valor que o município de São José deixou de receber totalizando R\$156.280,00 para serem investidos no Programa da Saúde da Mulher e/ou em outras áreas da saúde. O não recebimento deste valor, esta diretamente relacionado ao déficit apresentado na operacionalização do PHPN desde o cadastramento até a conclusão, fatores estes analisados a seguir.

5.2 - Indicadores do SISPRENATAL

A análise dos relatórios de indicadores do SISPRENATAL deu-se a partir da emissão dos mesmos pelo programa informatizado localizado na SMS de São José. Foram impressos relatórios dos indicadores específicos para as 19 unidades do município nos quatro anos em estudo (jan/2003-jan/2007) e de todas as unidades em um relatório para analisar a média municipal dos resultados obtidos e compará-los com cada unidade local de saúde.

Para facilitar a compreensão dos resultados das análises realizadas, faz-se necessário esclarecer sobre o método de seleção e cálculo de percentagem utilizado pelo programa SISPRENATAL.

A quantidade de gestantes selecionada para o cálculo de percentagem dos indicadores é de acordo com o período escolhido no pedido de emissão do relatório do SISPRENATAL.

Para cada indicador, o programa seleciona um percentual de gestantes, dentro do número pré-determinado pelo período, para realizar o cálculo. Esse percentual pode ser encontrado na Tabela nº 03, no entanto essa é uma informação que a autora da

pesquisa construiu após análise comparativa entre alguns relatórios e alcançou a média percentual da amostragem selecionada na avaliação dos indicadores pelo programa SISPRENATAL.

Tabela nº 03: Média percentual de amostragem selecionada por indicador, proporcional ao número de gestantes cadastradas.

INDICADORES DO PROCESSO²	Percentual da amostragem
1.2- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal.	51%
1.3- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e a consulta de puerpério	14%
1.4- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e todos os exames básicos	51%
1.6- Percentual de gestantes inscritas que receberam a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica.	45%
1.7- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste para detecção do HIV, a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica	14%
1.8- Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste para HIV	60%
1.9- Percentual de gestantes inscritas que realizaram dois exames VDRL	42%

Significa que, do total de gestantes inscritas em determinado período, cerca de 51% delas são selecionadas para fazer o cálculo percentual na avaliação do indicador 1.2- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, e assim por diante. A percentagem pode sofrer uma alteração dependendo do número de gestantes cadastradas no período.

Para facilitar o entendimento, utiliza-se o ano de 2003 no município de São José. Ao selecionar o período de 01 de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2003, o programa detectou 1380 gestantes inscritas nesse período. Então, para o indicador 1.2- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal em 2003, o

² Os indicadores listados na Tabela X são os utilizados na avaliação do PHPN nesta pesquisa, apesar do relatório de indicadores do SISPRENATAL apresentarem mais indicadores.

programa faz uma amostragem de cerca de 51% (neste caso 53%) do total das gestantes inscritas (1380) no período.

Dessa amostragem é calculado o percentual a partir do número de gestantes que registrarem o indicador presente no seu acompanhamento de pré-natal. A Tabela nº 04 mostra como o SISPRENATAL mostra essa informação no relatório.

Tabela nº 04: Exemplo de metodologia adotada pelo Ministério da Saúde para avaliação de indicador. SISPRENATAL, 2003.

Indicadores do Processo	Percentual	Amostragem
1.2 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal	34,74%	Selecionada 256 de um total de 737 gestantes
1.3- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e a consulta de puerpério	5,08%	Selecionadas 10 de um total de 197 gestantes

Das 1380 gestantes inscritas no período de 2003, fez-se uma amostragem de 737 gestantes (53%) das quais apenas 256 foram selecionadas por apresentarem seis consultas de pré-natal resultando em 34,74% de 737 gestantes.

Já para o indicador 1.3- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e a consulta de puerpério, o programa fez uma amostragem de 197 que equivalem a 14% do total de gestantes inscritas, no entanto apenas 10 realizaram os procedimentos totalizando 5,08% de 197 gestantes.

Todos os indicadores são avaliados a partir desse critério não interferindo na avaliação da implementação do PHPN realizada neste trabalho. No entanto, cabe ressaltar que, quando um indicador registra um percentual baixo ou 0% de ocorrência, significa que este valor relaciona-se com a amostragem selecionada e não com o total de gestantes inscritas no programa.

A seguir expõem-se a análise dos resultados apresentados na avaliação dos indicadores de São José. Os resultados das avaliações específicas de cada unidade local de saúde do município encontram-se em apêndice.

5.3 - Avaliação São José

Ao analisar o número de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal observa-se na Figura nº 03, que este indicador manteve uma média de 34,8% nos 4 (quatro) anos analisados com variações pequenas nos valores, indicando uma estabilidade e estagnação na realização do número de consultas preconizados no programa.

Sabe-se que para muitas gestantes o número de consultas realizadas no decorrer do pré-natal ultrapassa 10, mas, no caso da avaliação do programa, não se analisa o número de gestantes que tem o maior número de consultas e sim o maior número de gestante que possui o mínimo de consultas necessárias.

Entretanto, com o passar dos anos, maior esclarecimento sobre a prática do PHPN e adoção de novas formas de organização, espera-se uma progressão nos percentuais como apresentado pela cobertura da imunização antitetânica (Figura Nº 03).

Este indicador registrou um crescimento progressivo de cerca de 23% cobrindo mais de 50% das gestantes analisadas nos últimos 3 anos. Por se tratar de uma ação culturalmente aceita pela sociedade, a imunização é aderida pelas gestantes devido a campanhas ministeriais, facilidade de realização, pois se encontra na própria unidade e orientações realizadas nas consultas de pré-natal, reforçadas nos corredores da unidade e pela própria família.

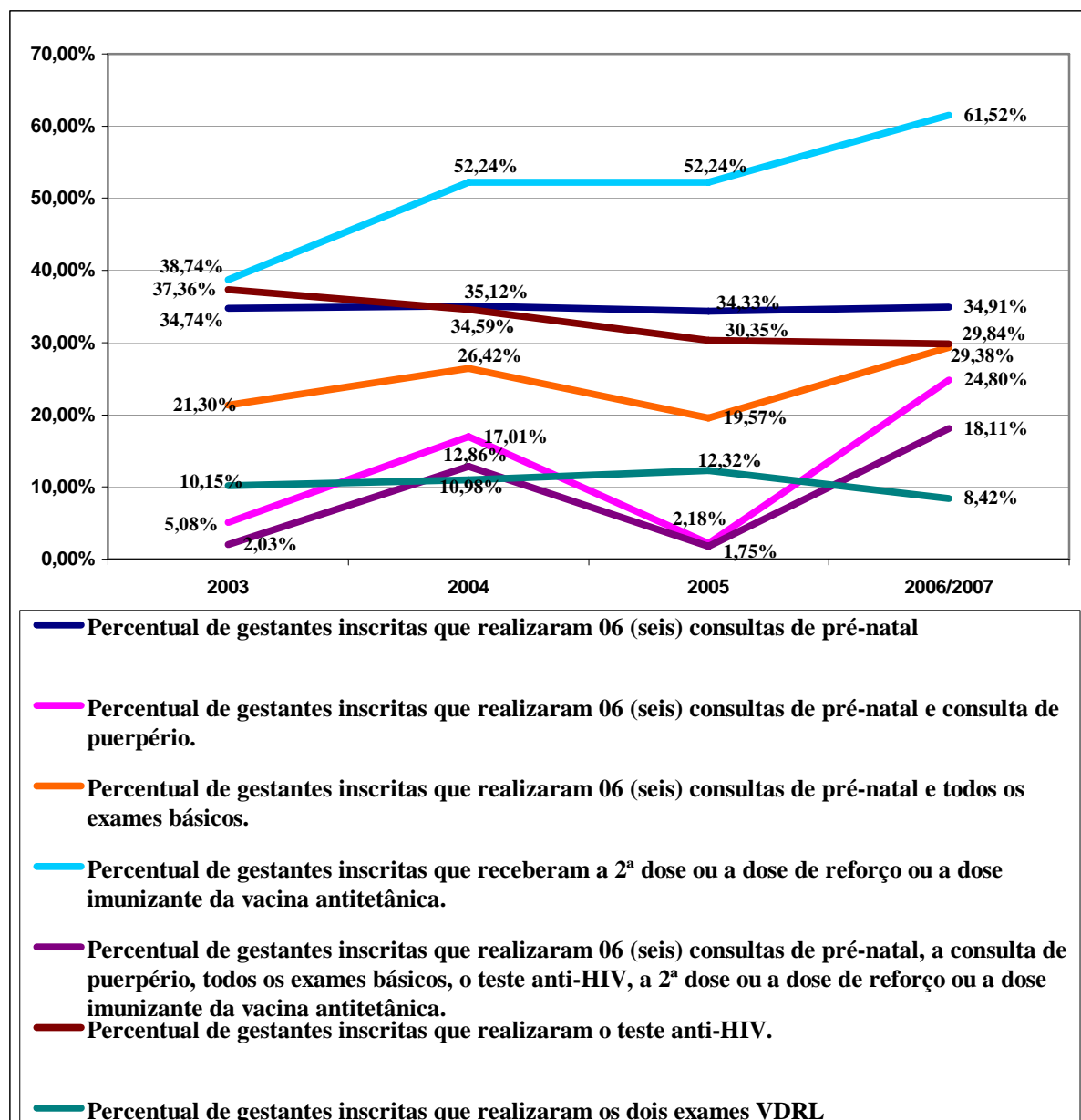


Figura nº 03: Indicadores do Processo. SISPRENATAL, Município de São José, jan/2003 – jan/2007.

Observa-se na Figura nº 03, que muitos indicadores que caminhavam progredindo nos valores em 2004, sofreram uma queda nos percentuais em 2005. Ao questionar a equipe de saúde sobre as possibilidades de agravos ocorridas em 2005 para relacionar com a decadência dos resultados, mais de uma vez apareceu a influência política como interferência no programa conforme a fala a seguir: “*Eu lembro que em 2005 havia uma insatisfação total com a gestão de saúde. Porque a gente passou por 5 secretários de saúde no período de um ano. Então troca*

funcionário com cargo comissionado a cada secretário novo que aparece.[...] Não é diretamente, mas indiretamente influência no funcionamento do programa”. E 1

A rotina de pedidos de exames é facilitada pelo protocolo municipal de solicitação de exames delegando aos enfermeiros autorização para realizar os pedidos. Tendo em vista que os exames são pedidos todos juntos e que a realização dos mesmos se dá, na maioria das vezes, nos mesmos laboratórios, poderia se esperar um valor aproximado nos percentuais de exames básicos, anti-HIV e VDRL (exame para detectar a sífilis). No entanto, apesar do teste anti-HIV ser realizado por mais de 30% das gestantes inscritas, observa-se um decréscimo nos valores de anti-HIV e VDRL nos últimos anos em São José.

De acordo com uma pesquisa realizada sobre o processo de implantação do PHPN no Brasil, Santa Catarina destacou-se por apresentar o melhor resultado no indicador referente ao teste anti-HIV em 2002 registrando 44,78% do total de gestantes inscritas que realizaram o teste no estado (SERRUYA, 2003). Observa-se, portanto que o município de São José possui uma cobertura inferior à média estadual apontada em 2002.

A sífilis é uma condição patológica cujo diagnóstico e tratamento podem ser realizados com baixo custo e nenhuma dificuldade operacional, uma vez que a imensa maioria dos laboratórios dispõe de tecnologia para a realização do exame.

Considerando a importância deste exame para o diagnóstico e prevenção da sífilis congênita, a realização de dois exames de VDRL é considerada separadamente neste indicador. Em 2001, Conforme a avaliação realizada por Serruya (2003), 13 estados produziram dados relativos a ele, com um percentual de 23,1%. Em 2002, apesar da participação de todos os estados, o percentual caiu para 12,11%, destacando-se os estados de Rondônia (11,01%), Rio de Janeiro (9,67%) e Santa Catarina (8,99%).

O déficit detectado no indicador municipal do exame de VDRL pode estar associado então ao registro do acompanhamento na unidade, à digitação dos dados na SMS, ao tempo de espera para o resultado do exame, ao laboratório utilizado pelas unidades dentre outros fatores.

Destacam-se os indicadores relacionados ao puerpério e ao conjunto de procedimentos como 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica que após a queda de 2005 conseguiram uma boa recuperação alcançando os melhores índices nos 4 (quatro) anos em estudo.

Corroborando com Serruya (2003 p. 72), a análise dos indicadores aponta que “à medida que são agregados os critérios assistenciais, os percentuais diminuem, indicando que é a realização do conjunto das atividades o maior desafio na atenção pré-natal”.

6 - COMPREENDENDO A REALIDADE DAS UNIDADES

Edgar Morin concebe o conceito de sistema, incorporando a ele a visão sistêmica dos objetos: “um sistema é uma unidade global organizada de inter-relações entre elementos, ações e indivíduos” (MORIN 1977,p.132). Baseado neste conceito de Morin, este trabalho considera cada unidade local de saúde um sistema, capaz de ajustar seu comportamento a partir do que consegue perceber sobre as condições de seu meio ambiente e sobre seu desempenho.

Da mesma forma, este estudo adota o conceito de Sistema Adaptativo Complexo (SAC) como sendo “organizações em rede formadas por inúmeros agentes, os quais são elementos ativos e autônomos, cujo comportamento é determinado por um conjunto de regras e pelas informações a respeito de seu desempenho e das condições do ambiente imediato” (AGOSTINHO, 2003, p. 28).

Cada sistema é único, que emerge a partir de uma história singular e interage com o ambiente também de forma singular. Conquanto um sistema possa parecer similar a outro, nunca é exatamente o mesmo. Um SAC produz resultados os quais são diferentes e mais eficazes que aqueles que podem ser produzidos pelas partes do sistema, trabalhando de forma isolada (KELLY e ALLISON, 1998). Holland (1995, p. 6) destaca também que “tais sistemas são, sem exceção, formados por um grande número de elementos (agentes) ativos que são diferentes na forma e capacidade”.

Assim, a abordagem dos SAC's, com a premissa de que agentes são diferentes, é bem adequada para realização desta pesquisa, requerendo que essa variedade seja considerada. Esse aspecto é crucial quando se estuda a organização como SAC, uma vez que é bastante tentador assumir a idéia de que todos os agentes do sistema são basicamente os mesmos e reagem de maneiras semelhantes.

Para compreender melhor a operacionalidade do PHPN nas unidades, há necessidade de contextualizar este objeto observando sua existência no sistema. E ampliando ainda mais o foco, colocando o foco nas interligações, vendo esse sistema interagindo com outros sistemas, vendo uma rede de padrões interconectados, vendo

conexões ecossistêmicas, vendo redes de redes ou sistemas de sistemas (VASCONCELLOS, 2002).

UNIDADE/SISTEMA 1

A unidade 1 é considerada uma unidade grande, pois possui 3 (três) equipes de saúde da família e atende um número elevado de pessoas por dia. Esta unidade é responsável pela cobertura de saúde coletiva de uma população de classe média com algumas microáreas indicando situação de pobreza e caracterizando rotatividade constante de moradores nessas microáreas.

O número de gestantes cadastradas nesta unidade é elevado comparando-se com as outras unidades do município e o vínculo entre profissional e gestante é uma das referências marcantes da adesão à assistência pré-natal: *“também tem aquele vínculo de 9(nove) meses com a gestante que no final elas sempre querem mostrar o bebê para nós”*. E 2

Na operacionalização do PHPN, encontram-se as enfermeiras coordenadoras das equipes do PSF que fazem o cadastro, controle e envio dos registros. Cada profissional que realiza a consulta de pré-natal seja enfermeiro ou médico, faz os registros na ficha de acompanhamento diário do programa que são recolhidos, conferidos e enviados semanalmente ao Programa de Saúde da Mulher pelas enfermeiras. As consultas às gestantes são alternadas iniciando com enfermeiras e seguido com médicos.

Cada enfermeira é responsável pelas gestantes de suas áreas e pelo acompanhamento e orientações sobre o programa para o médico de sua respectiva equipe. Quando há consultas de pré-natal com médicos da unidade, as enfermeiras fazem um revezamento para o acompanhamento desses registros.

Os prontuários das gestantes ficam separados por cores e por áreas de equipe facilitando o controle ao qual é realizado periodicamente para o controle da assistência.

A unidade 1 apresentou um dos melhores resultados na avaliação dos indicadores do processo do PHPN no município de São José e demonstrou surpresa e motivação ao ter conhecimento sobre o seu desempenho no programa nos últimos anos.

Durante a apresentação do diagnóstico de feedback, a unidade reconheceu suas fragilidades e apontou suas potencialidades conforme a fala de E 3: “[...]... *talvez esse seja um ponto forte de mandar as fichas sempre. Quando está pronto, já envia!*”.

UNIDADE/SISTEMA 2

Unidade com 2 (duas) equipes de saúde da família que atende uma população de classe média baixa com muitas áreas de pobreza. Uma característica desta unidade é a rotatividade de moradores em todas as áreas de cobertura dificultando a continuidade da assistência.

Realiza o acompanhamento pré-natal de muitas gestantes, no entanto, em função da primeira consulta acontecer após o preconizado pelo PHPN elas não são cadastradas e contabilizadas no programa conforme declaração: “*Na verdade o nosso perfil aqui da população é bem diferente. O número de sisprenatal é bem pequeno, mas o número de gestantes é alto, só que as consultas não começam no primeiro trimestre. Então a gente atende o número de gestante igual ao de outras unidades, só que não dá para cadastrar*”. E 4

As enfermeiras fazem a primeira consulta, o cadastramento das gestantes no programa e o envio das fichas à SMS. Cada profissional que faz a consulta com a gestante é responsável pelo preenchimento das fichas de acompanhamento. A segunda consulta é com os médicos e alternando nos meses seguintes.

Segundo informações dos profissionais há uma dificuldade de manter esta alternância devido problemas na marcação dessas consultas: “*A regra seria essa né, mas não funciona na prática [...] Marcaram 3 (três) consultas seguidas com a enfermeira e eu pedi para marcar a próxima consulta com o médico e marcaram novamente com a enfermeira [...] então o pessoal do agendamento não entende direito o que é isso, porque que tem que ser uma vez com um médico e outra vez com o outro.*”

Eles só fazem quando a gente diz para eles fazerem, e as vezes eles não lembram de fazer o que a gente tinha dito! Então isso também complica bastante para funcionar!”

M 1.

As fichas preenchidas são acumuladas após as consultas e enviadas mensalmente pelas enfermeiras das equipes de PSF à SMS.

Na avaliação dos indicadores do município, a unidade 2 apresentou índices muitos baixos e a partir da exposição deste diagnóstico os participantes do estudo demonstraram incredulidade.

De fato os resultados estão incongruentes com a realidade da unidade, mas, exprime exatamente a falha nos registros dessas informações. Durante a discussão sobre as práticas da unidade havia a necessidade de esclarecer que o questionamento não estava na realização ou não dos procedimentos e sim, no registro dos mesmos no programa.

Sabe-se que na prática as consultas, exames, vacinas, estão sendo realizadas mais do que o apresentado na avaliação, no entanto, o parâmetro para que a SMS tenha esse acompanhamento esta nos registros dessas ações.

Diante dessas indagações, observou-se uma transferência de responsabilidades manifestada por alguns membros da equipe como pode ser analisada nesta fala: *“Eu acho que o problema não esta na unidade onde esta sendo feito e sim no caminho da gente até onde está chegando esta informação”* M 2.

UNIDADE/SISTEMA 3

A unidade 3 é considerada pequena, pois atende um número baixo de pessoas por dia comparando-se as outras unidades de São José. Possui uma equipe de saúde da família e o perfil populacional atendido pela unidade 3 é de classe média cuja maioria utiliza planos privados de saúde e procuram pouco ao atendimento público coletivo.

Conseqüentemente, o número de gestantes acompanhadas na unidade é baixo. Há gestantes que, mesmo fazendo acompanhamento na unidade 3, paralelamente fazem o pré-natal no serviço privado.

Na unidade 3 todo o processo que envolve o PHPN é realizado por uma funcionária de nível médio. O controle de prontuário, cadastramento, registros, envio de fichas, solicitação de busca ativa são realizados por esta funcionária que, após as consultas de pré-natal com enfermeiro ou médico, recolhe os prontuários e registra nas fichas de acompanhamento do PHPN. O envio dessas informações à SMS é realizado semanalmente.

Esta funcionária faz o reforço nas orientações às gestantes após as consultas e registra cada informação do PHPN em um caderno como uma segunda via dos dados.

Segundo os profissionais participantes do estudo a operacionalidade do PHPN na unidade 3 só é efetivada devido à centralização das atribuições na funcionária de nível médio. Quando questionadas sobre a possível distribuição de tarefas entre enfermeiros e médicos surge: *“Acho que iria se perder muita coisa se fossem a enfermeira e o médico que fizessem esse registro. Porque uma enfermeira, ela não vai trabalhar só com isso aqui, ela tem várias coisas para fazer, ela não trabalha só com esse programa, ela tem agenda, ela tem preventivo, ela tem reunião na secretaria, ela tem [...] O médico, de jeito nenhum! T 1; “Tem coisas até da consulta que já não anotam os dados, então jamais fariam isso” E 4.*

Apesar do baixo número de gestantes cadastradas e acompanhadas, segundo a avaliação da implementação do programa nesta unidade os resultados são positivos conseguindo realizar as práticas assistenciais preconizadas no PHPN com destaque comparando-se às unidade do município de São José.

UNIDADE/SISTEMA 4

A unidade 4 pode ser classificada, comparando-se às unidades do município, com um fluxo e cobertura médios de pessoas. Possui 3 (três) equipes de PSF e atende uma população de maneira geral, classe média. O número de gestantes cadastradas também está de acordo com a média de cadastros das unidades municipais.

Nesta unidade, a primeira consulta é com a enfermeira que faz o cadastro da gestante, a segunda consulta é com o médico e segue alternando entre médico e enfermeira.

Cada profissional que realiza a consulta é responsável pelo registro de suas informações e semanalmente uma profissional de nível médio de uma das equipes recolhe as fichas, une as informações em uma ficha única, confere com os prontuários das gestantes e envia para a SMS.

A unidade 4 apresentou um resultado insatisfatório nos primeiros anos analisados com uma recuperação significativa nos anos seguintes na avaliação dos indicadores do processo do PHPN no município de São José e relacionou seu progresso á interação maior desenvolvida com o programa de saúde da mulher: *“E o SISPRENATAL começou a ser mais cobrado depois desse período mesmo. Porque até então era tudo muito vago, tens que cadastrar, mas ninguém sabia como fazer, para que isso é feito! [...]E depois desse período o pessoal da saúde da mulher começou a vir aqui. Daí começaram a orientar, ajudar a organizar...”* E 5.

6.1 - Apresentando as categorias, subcategorias e seus códigos

A partir da análise dos dados chegou-se aos códigos que foram agrupados em categorias e subcategorias. Durante a comparação entre os códigos e subcategorias surgiu o fenômeno **Operacionalizando o PHPN: buscando o sucesso adaptativo pela auto-organização** composto por duas categorias:

- Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN no sistema (Figura nº 04), e
- Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN entre os sistemas (Figura nº 05).

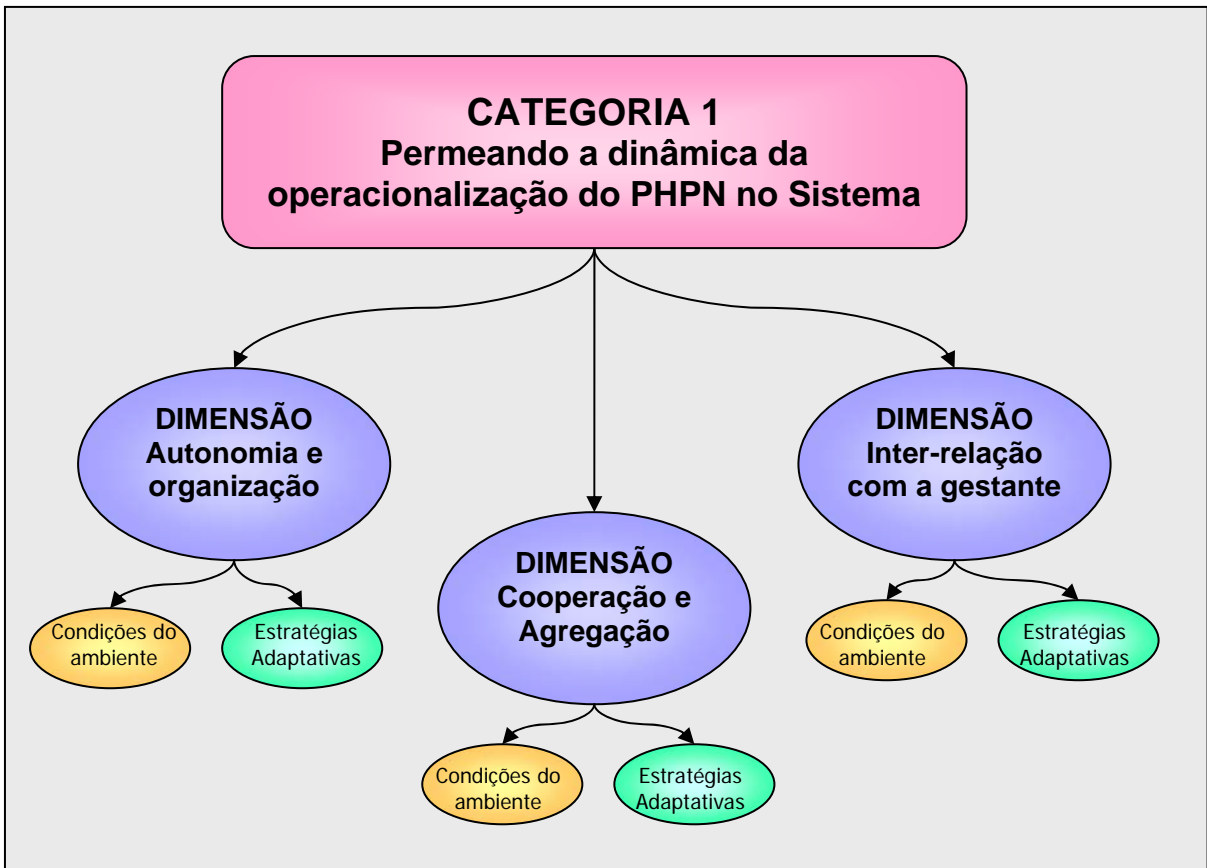


Figura nº 04: Esquema representativo da Categoria 1 - Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN no Sistema.

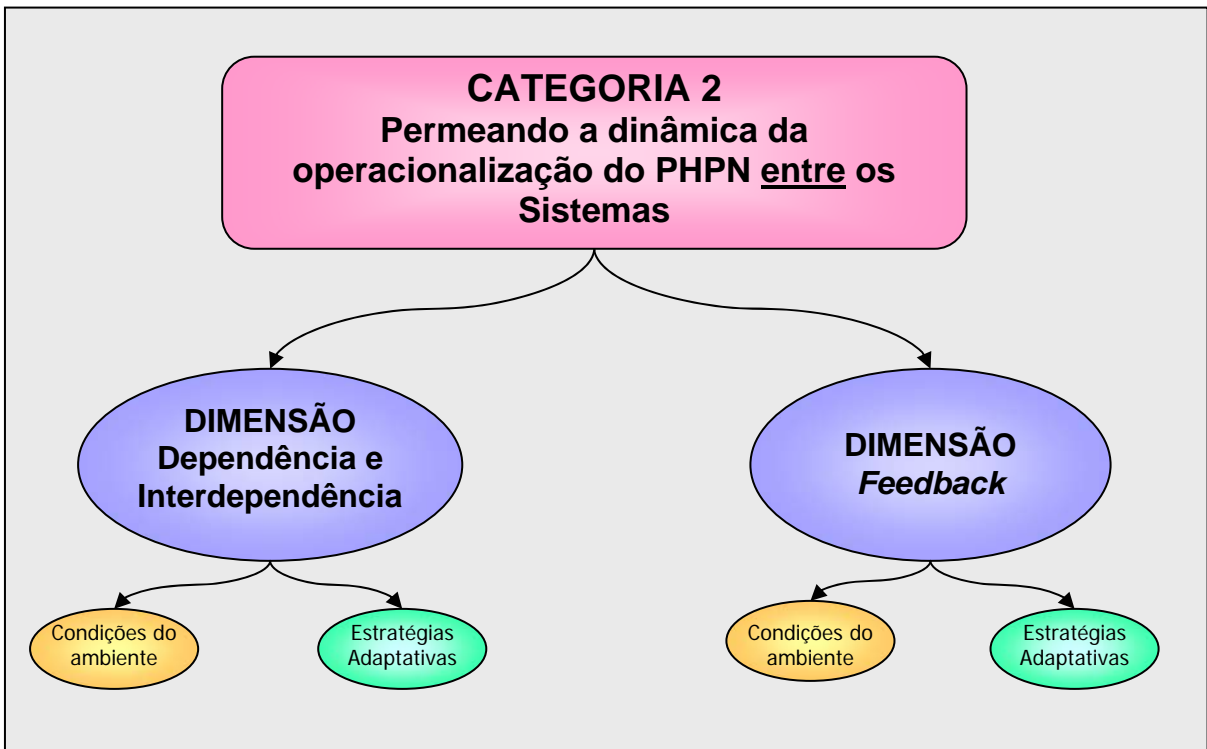


Figura nº 05: Esquema representativo da Categoria 1 - Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN entre os Sistemas.

Morin (1977) nos adverte sobre as várias dimensões que assume cada fenômeno. Logo, para modelar um fenômeno de forma que represente a realidade, é preciso considerar as várias dimensões que o compõem. Em geral, é muito difícil representar todas as dimensões que constituem um fenômeno num único modelo.

Por isso, pode-se considerar apenas, algumas de suas dimensões, desde que se tenha consciência de que o fenômeno possui outras dimensões que não são contempladas no modelo.

As dimensões abordadas nesta pesquisa são: autonomia e organização; cooperação e agregação entre a equipe; inter-relação com gestantes; dependência e interdependência entre os sistemas e feedback. Estes termos são baseados nas propriedades que resumem o processo de complexificação de um sistema, estudado por Agostinho (2003), e outros conceitos da complexidade e SAC's utilizados por Axerold & Cohen, (2000); Holland, (1995); Stacey (2001); Silva, 2006.

Para cada dimensão surgiram códigos referentes às condições do ambiente imediato e diferentes formas de organização através de estratégias adaptativas (Figura nº 06).

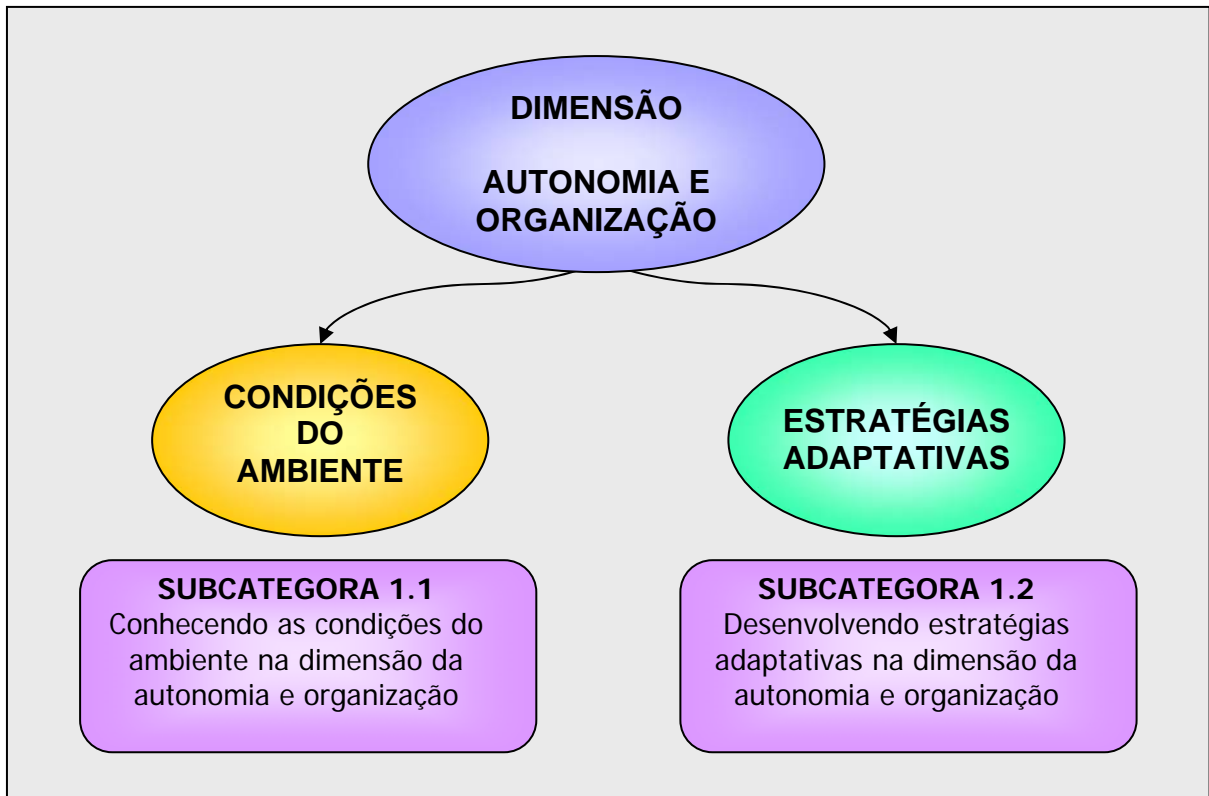


Figura nº 06: Esquema representativo da Dimensão da autonomia e organização

As condições do ambiente são os fatores que influenciam e intervêm no objeto (PHPN) dentro do sistema os quais emergiram nas discussões sobre o processo de implementação do programa. Este ambiente é imediato, pois se refere à situação vivenciada naquele momento específico pelo SAC cuja interação com ambiente também é singular.

A interação dentro do SAC é consequência das estratégias usadas por agentes (equipe de saúde), ao longo do tempo, que visam melhorar o desempenho e aumentar a sobrevivência. Para isso, existe um aumento na probabilidade de estratégias efetivas e uma redução das estratégias não efetivas. Esse processo é chamado de ‘atribuição de crédito’ – o agente aumenta a frequência de estratégias de sucesso e diminui as estratégias sem sucesso (AXEROLD & COHEN, 2000).

As estratégias são adaptativas, pois são as formas de organização dos Sistemas *Adaptativos* Complexos participantes da pesquisa, e que se assemelham com outros por possuírem as mesmas regras e estruturas normativas referentes ao PHPN. No

entanto, são diferentes, pois constituem-se de agentes que interagem produzindo resultados diferentes.

A experiência acumulada pelos agentes ao longo das interações realizadas constitui-se em uma valiosa fonte para o processo de formação de estratégias. A abordagem da formação da estratégia baseada na aprendizagem do agente vê a organização como sistema vivo, com pessoas no papel principal.

6.1.1 - Dimensão da autonomia e organização

As questões relacionadas à autonomia e organização, observadas na pesquisa, são àquelas onde o sistema tem a liberdade de se organizar e tomar decisões referentes ao programa. Nestes casos, o programa não estabelece regras prévias para o processamento de determinada ação, apenas a exigência da efetivação da mesma.

Essa autonomia é exercida através das diferentes formas de organização para o preenchimento, controle e envio de registros do PHPN, nos SAC's participantes da pesquisa.

Observou-se que, as unidades 1 e 2 possuem a mesma estratégia de ação, pois, ambas dividem as responsabilidades de acompanhamento dos registros entre alguns agentes do sistema. No entanto, a unidade 1 tem como resposta a esta ação um ótimo resultado na avaliação dos indicadores do programa, já a unidade 2 não obteve o mesmo sucesso adaptativo.

Diferente das unidades 1 e 2, as unidades 3 e 4 operacionalizam os registros do programa através da centralização de responsabilidade em um agente. A unidade 3 alcançou eficácia nesta forma de organização, e a unidade 4 teve como resposta resultados inferiores aos desejados.

Verifica-se então que, mesmo que as estratégias sejam semelhantes, os resultados dessas ações se diferem, pois a experiência dos agentes e as condições do ambiente de cada sistema são diferentes e únicos.

As opções pelas diferentes formas de organização dos sistemas são justificadas pelos agentes da pesquisa baseadas nas interações, potencialidades, aprendizagem e disponibilidades de cada agente componente das equipes como se observa nas falas:

“Eu acho muito detalhado as coisas do programa. Porque tu faz o cadastro, daí tens que anotar os exames, tem que conversar com os médicos. Daí ele tem que passar para uma folha para a gente copiar e enviar, e quando eles não escrevem tem que pegar o prontuário. Então é bem minucioso e isso acaba dificultando se não tiver uma pessoa específica para fazer e os outros colaborarem, fica difícil”. E 5

“Daí teria que toda semana e todo mês que consulta dispor daquele tempo de sentar aqui, abrir o prontuário, ver o que ela fez, o que não fez, anotar, enfim [...] Eu acho que seria interessante a enfermeira disponível para fazer isso junto com as orientações”. T 2

Outro fato a ser observado é que o foco do trabalho resume-se aos estados finais, ou seja, “o que nós temos que entregar”, do que em “como nós interagimos para entregar”.

É provável que a maioria dos agentes dos sistemas que não estão alcançando o sucesso nos resultados, está desenvolvendo uma auto-organização inconsciente. Segundo Kelly & Allison (1998), as pessoas neste ambiente vê processos escritos como burocracia e, de fato, tudo pode ser apenas forma e nada de substância. O depoimento a seguir representa claramente este sentimento:

“Se esses papéis forem só papéis que tem que fazer, é só mais uma coisa chata que tem que fazer por obrigação”. M1

Nestes casos procedimentos que não são projetados para co-evoluir com o ambiente, rapidamente se tornam obsoletos, não adicionam valor ao trabalho e são –

conseqüentemente – ignorados. Seguindo agendas, “sobreviventes pessoais” gastam energia significativa colidindo e melindrando uns aos outros.

Uma das características da auto-organização inconsciente, segundo Kelly e Allison (1998), é o papel da gerência. Ela tenta desesperadamente controlar as ações, interações e resultados dos agentes. A auto-organização dos agentes reflete a tensão competitiva entre autoritário e autonomia individual. Estas características são facilmente observadas nos depoimentos das enfermeiras coordenadoras:

“Para questão funcional, seria mais prático para o posto de saúde se a enfermeira do PSF fizesse esses registros. Porque era um trabalho a menos para a técnica realizar. No meu entendimento, a enfermeira que faz a primeira consulta, já faz tudo isso, abre a carteira, faz o cadastro [...] Mas se botar na prática, acho que não vai ser feito, na hora da pressa, chega mais tarde, sai mais cedo, cheia de coisa para fazer”! E8

“Por isso que a gente sempre procura fazer tudo. É mais trabalhoso, mas a gente sabe de um controle, sabe quantos é baixo peso, quem veio, quem não veio, porque é tudo a gente que faz esse lance de papelada. A gente tem mais interação”. E 6

As decisões dos sistemas relacionados ao registro no PHPN que não obtiveram o sucesso adaptativo podem ser compensadas pela comunicação, ajuste e reajuste das ações com base na observação dos comportamentos dos demais e dos sinais do ambiente. Segundo Agostinho, (2003 p.45): "o que era um erro pode até mesmo se tornar uma oportunidade de aprendizado que leve a melhor adaptação".

Nos Sistemas Adaptativos Complexos seus agentes estão em constante interação entre si e com o ambiente, em constante busca de novos padrões e que podem ser descritos por regras. Esses agentes adaptam-se mudando suas regras a partir de experiências acumuladas (HOLLAND, 1995).

No entanto, estes padrões e regras não podem ser vistos como burocracia, pois esta, na perspectiva da complexidade, rompe com certas interligações na rede, enfraquecem outras e estabelece ainda algumas outras como as únicas legítimas,

permitindo apenas um fluxo determinado de informações. A burocracia reduz a autonomia dos indivíduos, dificultando a ação baseada na interpretação dos sinais do ambiente, e como resultado, tem-se um sistema rígido que, apesar de aberto, não é capaz de responder aos sinais do ambiente (AGOSTINHO, 2003).

Cada sistema se adapta de acordo com as potencialidades, diversidade, informações e aprendizagem dos agentes e tem a liberdade de redimensionar as ações, trabalhos e estratégias.

As unidades que estão com os resultados negativos têm autonomia em aprender com os erros, descobrir formas de organização, se adaptarem como resposta à mudança na estrutura e se auto-organizarem como consequência dessa ação.

Para Agostinho (2003 p.110), o aumento da diversidade é uma das vantagens que a diminuição do clássico controle hierárquico traz para a organização e ressalta que:

"A autonomia permite a criatividade, aumentando a probabilidade de geração de idéias novas. Dessa forma, novas soluções são inventadas, aperfeiçoadas e reproduzidas a todo instante, aumentando a diversidade das soluções a ser selecionada".

As diferentes formas de produção de serviços organizadas a partir de estratégias adaptativas relacionadas à autonomia e organização que emergiram dos sistemas, abordam questões como:

- formas de acompanhamento de puérperas;
- rotina de pedidos de exames;
- organização de prontuários por diferenciação de cores e arquivamento em locais separados;
- rotina nas realizações de consultas de pré-natal e
- formas de efetivar, controlar e encaminhar os registros.

As possibilidades de organização dos sistemas são muitas e as decisões e execuções dessas ações dependem da autonomia de cada SAC.

Tabela nº 05: Subcategoria 1.1 Conhecendo as condições do ambiente na dimensão da Autonomia e organização.

Categoria 1: Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN no sistema	
Subcategoria 1.1	
Conhecendo as condições do ambiente na dimensão da autonomia e organização	
<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de exames para enfermeiras facilita a adesão à consulta de enfermagem; - Daria problema se fosse outra pessoa controlando os registros; - Não consegue deixar responsável pelo registro das consultas; - Procurar fazer tudo (consulta, orientações, registros, cadastros, envios); - Tem mais controle quando faz tudo; - Tem mais interação quando faz tudo; - Pessoal não registra uma coisa que não acredita; - Enfermeiro faz o cadastro; - Necessita de disponibilidade para conferir os prontuários, carteirinhas de vacina; 	<ul style="list-style-type: none"> - É mais rápido e fácil conferir os registros enviados pelo relatório da SMS através do prontuário; - Segunda via não facilita; - Se necessário fazer duas vias ou anotar no caderno para se preservar; - Não lembra se deixar para preencher depois; - Coisa acumulada é mais difícil de procurar; - Fazer o possível para preencher corretamente; - Acha que mandou o x da folha e não mandou; - Muito detalhado e minucioso as coisas do programa; - Fluxo grande de pré-natal, porém poucas cadastradas no SISPRENATAL;

Tabela nº 06: Subcategoria 1.2 Desenvolvendo estratégias adaptativas na dimensão da Autonomia e organização.

Categoria 1: Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN no sistema	
Subcategoria 1.2	
Desenvolvendo estratégias adaptativas na dimensão da autonomia e organização	
<ul style="list-style-type: none"> - Cada enfermeira acompanhar a data provável de parto de cada gestante para controle de puerpério; - Enfermeira ter a relação da gestantes de sua área; - Pedir todos os exames juntos; - Rotina nos pedidos de exames; - Pedir exame antes do trimestre chegar para dar tempo; - Depois da primeira consulta a gestante sai com todos os pedidos de exames e marca no posto mesmo; - Prontuário específico para gestante diferenciado por cor; - Prontuário separado em calha diferente só para gestantes; - Conferir os prontuários de gestante por gestante periodicamente, na reunião de equipe semanal ou mensal. - Colocar o número do sis prenatal na frente do prontuário; 	<ul style="list-style-type: none"> - Digitar informação corretamente; - colocar o nº do sis prenatal no cartão da gestante; - Cada profissional ficar responsável pelo registro de sua consulta; - Cada profissional que faz consulta à gestante ter sua ficha de acompanhamento do sis prenatal; - Fazer duas vias de tudo ou anotar em um caderno específico; - Fazer apenas uma via; - Deixar segunda via em arquivo; - Deixar segunda via no prontuário; - Preencher os registros depois da consulta; - Preencher os registros na hora da consulta; - Fazer o registro das gestantes por semana; - Colocar as fichas em envelopes; - Cada enfermeiro manda a sua ficha;

<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre todo o pré-natal desde a primeira consulta; - Gestante sair da consulta com encaminhamento para vacina; - Fazer um roteiro, agenda ou lista de procedimentos com todas as informações para a gestante seguir desde o início da gestação até o final; - Realizar 30 minutos de consulta; - Cobrança aumenta a adesão às consultas; - Mostrar que sabe que a gestante não consultou aquele mês; 	<ul style="list-style-type: none"> - Não esperar juntar muitas fichas; - Enviar as fichas à SMS no mesmo dia que preencher; - Evitar esperar muito tempo para enviar; - Enviar registro semanal é mais válido; - Mandar mensalmente as fichas de acompanhamento e cadastro; - Padronizar a periodicidade de envio de fichas; - Profissionais separar um dia específico para atender gestante; - Gestante ter marcação livre para consulta de pré-natal na unidade; - Fazer cadastro de gestante que não fez na primeira consulta, na segunda;
---	--

6.1.2 – Dimensão da cooperação e agregação entre a equipe

Os sistemas responsáveis pela implementação do PHPN são formados por agentes autônomos que, para exercerem a capacidade do sistema complexo de se adaptar, necessitam da interdependência e cooperação.

Quando aborda as condições para um bom desempenho sistêmico, Agostinho (2003 p.67), relata que a autonomia por si só não basta: “É necessário que haja cooperação mútua e coordenação para que seja possível que o conjunto das ações de vários indivíduos autônomos convirja para o benefício do sistema”.

Quando fala de cooperação, a autora assinala que esta pode emergir sem a presença de autoridade central ou de forças coercitivas, a partir da percepção dos indivíduos de que isso é vantajoso para eles. Em relação à agregação, Agostinho afirma que um agregado (ou uma organização) pode ser identificado por seus objetivos e competências, uma vez que em torno dos objetivos globais agrega-se certo número de indivíduos os quais contribuem com seus conhecimentos e habilidades para a competência do todo. Por fim, quando se refere à auto-organização, essa autora fala da capacidade dos agentes recriarem seu espaço cada vez que surge certa situação. Eles

têm autonomia para orientarem suas ações de acordo com o que aprendem de sua interação com o ambiente, o qual é formado, em grande parte, por outros agentes.

Na operacionalização do PHPN em São José, a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi reconhecida como complementar e importante para as demais atividades desenvolvidas pelo sistema para a eficácia no resultado do programa:

“Eles (ACS) têm um papel importante porque eu tenho gestante cadastrada que elas desaparecem e aí onde entra o ACS, eles vão a procura dessa gestante. Tem gestante dessas que realmente a gente perde porque mudam de município. Eles vão pela vizinhança, procuram, perguntam para um, para outro e eles avisam que a gestante se mudou”. T2

“A nossa relação com os ACS é boa, toda semana tem reunião de equipe e agente já fala quem são as gestantes novas, as vezes eles trazem para gente, então eles (ACS) vão lá cadastram na ficha de acompanhamento da gestante e vão acompanhando. A gente também tem grupo de gestante eles (ACS) convidam elas (gestantes), reforçam o convite na consulta.[...] E eles (ACS) quem informam também geralmente quando mudam de endereço ou vão passar um tempo fora e depois vão voltar”.E4

“Pego o nome da gestante e vejo que não veio nas duas últimas consultas. Daí eu pego aviso o ACS e ele vai atrás e vê se mudou, ou não pode vir, se esta indo em outro local”! E3

“Se esse mês ela não consultou ele (ACS) já vai lá com a consulta marcada”.E1

“Porque terminar em seis consultas a gente consegue porque a gente faz visita e avisa que ela tem que consultar. A gente consegue por causa do ACS porque eles avisam”.E8

Sobre esta influência, a teoria dos sistemas diz que a atividade de qualquer segmento de uma organização afeta em graus variados a atividade de todos os outros segmentos (STONER, 1995). Principalmente quando a ação de um agente esta sujeito à execução da atividade do outro e essa dependência na continuidade do serviço interfere nos resultados do programa como observado nesta fala:

“Os médicos são orientados a preencher esta ficha, mas ele simplesmente não fazia nada. Então fica complicado porque comigo passava e eu fazia, o médico do PSF fazia, chegava na consulta com ele e ficava vazio. E agora a gente esta respondendo por causa dele”. E3

As interações entre agentes simples podem produzir um agregado organizado que perdura no tempo e que demonstra um comportamento complexo único, o qual transcende aquele dos agentes que o compõem. Esse processo de agregação é entendido por Agostinho (2003) como aquele que torna um sistema mais do que um conjunto de componentes e uma equipe mais do que um aglomerado de pessoas. Para a autora: “fazer parte de uma equipe significa pagar o preço da dependência mútua” (p 80).

Quando os indivíduos são capazes de reconhecer as estratégias daqueles em seu redor e de, a partir daí, ajustar suas próprias estratégias de forma que o resultado seja benéfico para todos, significa que encontraram condições para a estabilização de um padrão cooperativo na organização (AGOSTINHO, 2003).

Essa cooperação é observada na pesquisa quando as adaptações realizadas pelos sistemas surgem a partir de ações de alguns agentes que interferem no serviço de outros. Neste caso específico, indivíduos da equipe se organizaram de maneira que otimizaram seu serviço sem causar conflitos:

“Não dá para confiar nas planilhas que eles (médicos) entregam com o acompanhamento porque não significa que todas as gestantes que foram acompanhadas estão ali registradas, algumas faltam. Então uma vez no mês é pego

todos os prontuários e confere se aquela gestante fez todos os exames. E se tem alguma que não está ali, essa é colocada. Com isso a gente conseguiu aumentar a cobertura de exames”. E9

Como observado, a equipe da unidade em questão, frente a uma fragilidade no processo de registro dos acompanhamentos do PHPN, optou por uma forma alternativa de trabalho para compensar as limitações visando melhorar os resultados da unidade do PHPN. Agostinho (2003 p.63), afirma que a primeira mudança que se deve realizar no ambiente para criar as condições de emergência da cooperação é “fazer com que o futuro seja mais importante que o presente”, embora isso, segundo a autora, não seja o suficiente.

Várias formas de organização baseadas na cooperação e agregação foram identificadas na pesquisa, pois as unidades, de acordo com os componentes de cada sistema, desenvolveram estratégias para alcançar o desempenho desejado no programa. Em algumas dessas unidades os agentes assumem funções de outros indivíduos em benefício do sistema onde as técnicas e auxiliares de enfermagem assumem a responsabilidade da efetivação dos registros e organização das informações como forma de cooperar com a equipe.

Neste sentido, Agostinho (2003 p.114) relata que:

“O processo de agregação é um processo contínuo de identificação de relações vantajosas para a emergência da competência do agregado. Considerando que uma equipe se desenvolve em torno de um propósito, é fundamental que ela seja capaz de somar habilidades e conhecimentos para realizá-lo. Esse processo significa, então, reconhecer, atrair e manter talentos, tanto quanto descontinuar antigas relações que não sejam mais benéficas. A todo instante, as relações estão sendo avaliadas, principalmente pelos próprios membros de um agregado. Nesse sentido, tal mecanismo pode-se tornar mais eficiente conforme a equipe ganhe autonomia”.

No entanto, na percepção de Drucker (1997), os trabalhadores são os principais ativos da organização; quando eles vão embora, levam consigo as habilidades e os

conhecimentos. Ativos são mais que simples instrumentos. Há coisas a serem protegidas, guardadas e nas quais deve-se investir, não só usar. Ativos auto-dirigidos são novo fenômeno no comportamento organizacional. São os donos verdadeiros da instituição, “pois os meios de produção na maioria das organizações, hoje em dia, residem nas mentes e mãos dos próprios trabalhadores. Se eles vão embora, quase nada é deixado para trás” (DRUCKER, 1997, p. 408).

Tabela nº 07: Subcategoria 1.3 - Conhecendo as condições do ambiente na dimensão da cooperação e agregação entre a equipe.

Categoria 1: Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN no sistema	
Subcategoria 1.3	
Conhecendo as condições do ambiente na dimensão da cooperação e agregação entre a equipe	
<ul style="list-style-type: none"> - Boa relação com ACS; - ACS tem papel importante no programa; - Conversas com ACS; - Médicos da particular orientam que não precisa de imunização; - Consultas alternadas não funcionam na prática devido falhas na marcação de consulta; - O pessoal da medicina faz o registro; - Alguns médicos não anotam; - Necessita de continuidade no registro dos cadastros conforme a alternância de consultas; - Pessoal do agendamento não entende direito a necessidade de alternância; - Falta de atenção aos dados; - Na prática não será feito pela enfermeira; 	<ul style="list-style-type: none"> - Precisa ter uma pessoa específica para fazer a organização dos papeis; - Não dá para confiar plenamente na planilha preenchida pelos profissionais que realizam as consultas; - Tem que ter colaboração de todos os profissionais envolvidos; - Verificam e não anotam os resultados dos exames; - Funcionários do balcão (marcação) não sabem para quem marcar a consulta de puerpério; - O problema é que não esta ocorrendo o registro; - O enfermeiro e/ou médico registrando perderiam os dados; - O médico não faria o registro;

Tabela nº 08: Subcategoria 1.4 - Desenvolvendo estratégias adaptativas na dimensão da cooperação e agregação entre a equipe.

Categoria 1: Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN no sistema	
Subcategoria 1.4	
Desenvolvendo estratégias adaptativas na dimensão da cooperação e agregação entre a equipe	
<ul style="list-style-type: none"> - Consultar primeiro com enfermeira; - Enfermeira enviar as fichas do seu médico; - Cada enfermeira ser responsável pelo seu médico; 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispor de tempo todo mês e toda semana que consulta para dar atenção ao programa; - Ter empenho; - Ter vontade;

<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira estar disponível para o registro e controle do programa, além das orientações à gestante; - Enfermeira fazer o cadastro e registro é mais prático para a unidade; - Revezar o controle de fichas dos médicos da unidade; - Realizar segunda consulta com o médico; - Médicos preencher a ficha em cada consulta; - Funcionário da sala de vacina fazer reforço nas orientações; - Enviar os prontuários o final das consultas para funcionária responsável pelos registros; - Encaminhar a gestante, após a primeira consulta, à sala de vacina; - Todos os profissionais fazer segunda via; - Equipe ficar mais atenta nos registros; 	<ul style="list-style-type: none"> - Querer fazer; - Fazer certo; - Registrar todas as informações referentes à gestante no prontuário - Evitar de perder papel; - Todas as informações sobre a gestante no mesmo prontuário; - Controlar das gestantes através de visitas domiciliares; - Realizar consultas alternadas entre enfermeiro e médico; - Conferir a vacina na carteirinha de segunda via com a ficha de acompanhamento do SISPRENATAL; - Reunir as fichas de acompanhamento dos médicos e mandar para SMS;
--	--

6.1.3 – Dimensão da inter-relação com gestantes

A relação do cliente com o sistema é tão importante quanto à relação entre os agentes desse sistema. Ainda que as ações individuais sejam interdependentes, em função da rica complexidade de suas inter-relações, cada movimento dos indivíduos altera mutuamente o ambiente que compartilham, influenciando mutuamente tanto suas decisões quanto o resultado delas (AGOSTINHO, 2003).

Na operacionalização do programa em estudo, a inter-relação dos componentes do sistema com a gestante permeou toda construção do fenômeno tendo em vista que a instituição do PHPN foi baseada nas necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto.

Dentre os fatores que surgiram nas discussões com as unidades, as questões mais emergentes foram relacionadas com a interdependência do sistema com a gestante para realização de exames e consultas e sobre a rotatividade das gestantes que mudam de endereço e dificultam o acompanhamento das mesmas:

“Porque pedir a gente pede, mas elas não trazem o resultado do exame”. E2

“O que eu vejo na minha área é que tem muita gente que não é daqui e que faz pré-natal aqui eu não sei o porquê. Daí dão o endereço da tia, da mãe... Quando eu descobro, porque começa a ficar mais espaçado as consultas, é porque elas não agüentam mais vir de ônibus e resolvem terminar lá aonde elas moram”.E1

“O problema do puerpério é a mudança, mudou daqui pra outro lugar, dificilmente a gente consegue que ela volte para a consulta”.E8

Estratégias relacionadas ao puerpério foram as mais mencionadas nas discussões tendo em vista as dificuldades encontradas para a efetivação da consulta.

A assistência à mulher na gestação deve ser considerada como concluída após a consulta puerperal. O seguimento clínico após a gestação é imperativo por diferentes razões, como o estabelecimento de condutas para garantir o adequado intervalo interpartal, que protege a mulher e melhora os resultados perinatais, com a orientação para a introdução de método contraceptivo, assim como avaliação que permita detectar importantes alterações como a anemia e os estados depressivos.

No entanto os registros no SISPRENATAL em São José apresentam um número muito baixo de consultas puerperais. Provavelmente, mais mulheres retornam para esta avaliação e o registro deste procedimento não é realizado.

A preocupação direcionada apenas ao recém-nascido após o parto apareceu na pesquisa como fator interveniente na efetivação eficaz do PHPN:

“Teste do pezinho e a vacina do bebê elas fazem, só que falta essa consulta de puerpério. A mãe na hora não vai pensar mais nela, ela pensa no filho que nasceu”.E4

“Acho que é um pouco cultural porque até então elas estão preocupadas com o pré-natal, nasceu, e o problema agora é com o bebê”. E9

Segundo Serruya (2003), a cobertura vacinal realizada no primeiro mês de vida (BCG) é de 100% há pelo menos seis anos em todo país, confirmando que a mulher volta ao serviço de saúde, mas apenas para o cuidado com o recém-nascido, espelhando a falta de articulação das ações básicas e o viés de gênero.

Tabela nº 09: Subcategoria 1.5 – Conhecendo as condições do ambiente na dimensão da inter-relação com gestantes.

CATEGORIA 1: Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN no sistema	
Subcategoria 1.5	
Conhecendo as condições do ambiente na dimensão da inter-relação com gestantes	
<ul style="list-style-type: none"> - Gestante leva o resultado dos últimos exames direto para maternidade e não informa à unidade; - Gestantes não trazem os resultados dos exames; - Unidade não consegue convencer gestante sobre imunização; - Depois do parto a mãe não pensa mais nela, apenas no BB; - Gestantes se preocupam apenas com o BB após o parto; - Não adianta falar de puerpério nas últimas semanas de gestação; - Gestante pergunta no balcão sobre puerpério; - È difícil a puérpera não vir devido a cobrança; - O vínculo com o profissional facilita o retorno da gestante após o parto; - Dificuldade de puerpério na mudança de endereço da gestantes; - A puérpera vai para casa de parente e não vai para consulta; - Quando puérpera muda, faz o puerpério em outro município com outro cartão e número; - Dificuldade no puerpério devido mudança após o parto; 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestante de alto-risco também enviam os registros; - Dificuldade de controle gestante de alto-risco; pois não acompanha na ULS - Há microáreas com característica de rotatividade de moradores; - Rotatividade de gestantes prejudica o acompanhamento - Pessoas que pegam endereço de parente para poder consultar na unidade; - No final da gestação fica difícil a locomoção aumentando as faltas nas consultas; - Gestante muda de endereço; - Gestantes não sabem com quem consultar devido mudança no endereço; - Gestantes fazem acompanhamento na unidade e depois do parto vão para outro local e voltam depois do prazo de puerpério; - Dificuldade em cadastrar pq as gestantes chegam depois do prazo para entrar no programa; - Problema não é maior pq gestante não sabe seus direitos; - Quando tem sis prenatal corre atrás da puérpera;

Tabela nº 10: Subcategoria 1.6 – Desenvolvendo estratégias adaptativas na dimensão da inter-relação com gestante.

CATEGORIA 1: Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN no sistema	
Subcategoria 1.6	
Desenvolvendo estratégias adaptativas na dimensão da Inter-relação com gestantes	
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar consulta em casa quando tem algum problema com a puérpera; - Realizar visita domiciliar para mulheres faltosas de puerpério; - Realizar visita domiciliar para mãe adolescente e criança baixo peso; - Reforçar a necessidade de consulta de puerpério em visita domiciliar; - Abordar a gestante na rua e ou no posto lembrando da consulta de puerpério; - Abordar a gestante para consulta do puerpério quando ela vem à unidade por outras razões; - Abordar a puérpera na unidade no dia de teste do pezinho para marcar consulta de puerpério; - Cobrar puerpério da gestante; - ACS fazer o controle de acompanhamento de gestante de alto-risco; 	<ul style="list-style-type: none"> - Pedir para trazer o neném para conhecer e aproveitar para realizar a consulta de puerpério; - Reforçar sobre o planejamento familiar e uso de anticoncepcional para elas comparecem à consulta de puerpério; - Realizar grupos de gestantes; - ACS fazer busca ativa de informações sobre gestante faltosa; - ACS informar mudança de endereço e a ocorrência do parto à unidade; - ACS reforçar o convite para consulta; - ACS ir atrás de puérpera para marcar consulta de puerpério; - ACS convidar gestantes para grupo de gestantes;

6.1.4 – Dimensão da dependência e interdependência entre os sistemas

O sistema possui uma organização interna que é ajustada pelas perturbações externas ou pressões seletivas, pela aprendizagem e pela experiência.

Em outras palavras, as mudanças não ocorrem todas ao mesmo tempo; existe alguma forma de inércia ou continuidade que limita a mudança. Tanto a organização interna do sistema, como as conexões entre os sistemas podem mudar. No primeiro caso, ocorre pelo processo de mutação, no qual muda um ou mais elementos dentro do sistema. No segundo, dá-se pelo processo de recombinação, no qual novas conexões são feitas pelo sistema. Essas novas conexões podem evoluir ao longo do tempo, mudando o padrão de interconexões, a intensidade de cada conexão e suas formas de funcionamento (LEITE, 2004, apud HEYLIGHEN, 1988).

Para Silva (2006), os sistemas desenvolvem seus relacionamentos com foco nas redes de conexões e interconexões, que promovem as interações entre eles formando um todo representativo do processo auto-organizador na produção dos serviços.

As análises da interação entre as unidades e os outros sistemas relacionados ao PHPN revelaram uma relação de dependência e interdependência onde as ações entre os sistemas influenciam direta e/ou indiretamente seus resultados.

A dependência que as unidades têm dos laboratórios para realização dos exames requisitados pelo programa foi mencionada por todas as unidades analisadas como se pode observar nas seguintes falas:

“Antes a gente não tinha problema nenhum com laboratórios, mas agora a gente não tem laboratório nem convênio com a prefeitura”.E8

“Está bem difícil laboratório, no momento não tem nem vaga”.E9

“Nós temos o nosso laboratório e o particular. Mas os exames do pré-natal o nosso laboratório não faz todos. Então a gente fica na dependência do particular”.E2

“Os exames comuns são feitos aqui bem perto, então a gente não tem dificuldades”.T1

A esse respeito, Axelrod & Cohen (2000) evidenciam a importância do espaço físico e conceitual no processo de interação dos sistemas. A localização física próxima torna mais provável a interação, mas a proximidade física não é o único tipo de proximidade. A comunicação representa, também, outro tipo de proximidade ativada que independe da proximidade física. A ativação pode ser interna ou externa: aquela ocorre quando o sistema é ativado pela própria organização interna. Esta acontece de acordo com as oportunidades oferecidas pelo ambiente.

A partir da análise dos indicadores do PHPN no município de São José, observou-se uma queda em grande parte dos indicadores em todas as unidades locais de saúde em 2005. Ao questionar os participantes da pesquisa sobre os acontecimentos

deste ano que poderiam estar vinculados à queda nos indicadores, estes relacionaram as alterações ocorridas no programa com as questões políticas vigentes na época:

“Eu lembro que em 2005 havia uma insatisfação total com a gestão de saúde. Porque a gente passou por 5 secretários de saúde no período de um ano. Então troca funcionário com cargo comissionado a cada secretário novo que aparece.[...] Não é diretamente, mas indiretamente influência no funcionamento do programa”. E 1

Desta forma fica claro que mesmo o sistema sendo autônomo e se auto-organizando não significa que alcançará o sucesso adaptativo, pois as perturbações externas influenciam a dinâmica inter-relacional da produção do serviço.

Na saúde coletiva de São José o modelo de gestão encontra-se ainda com uma visão clássica da administração, onde predomina a burocracia e a autoridade imposta. Agostinho (2003) propõe uma alternativa chamada Gestão Autônoma onde equipes auto gerenciadas utilizam a argumentação como influência predominante.

A autora afirma ainda que:

“Contar com a capacidade do sistema se auto-organizar não significa abrir mão, portanto, da ação gerencial. Ao contrário, significa direcioná-la para um conjunto de indivíduos influentes, identificados ou selecionados por seu potencial de alavancagem dentro da organização, que normalmente chamamos de liderança. Sua posição geralmente privilegiada com relação a informações globais permite ao líder ajudar a construir cenários que fornecem imagens que, uma vez compartilhadas, favorecem a coordenação das ações individuais” (2003 p. 47).

As organizações voltadas para o futuro e preocupadas com o seu destino estão estreitamente sintonizadas com os seguintes desafios: globalização; pessoas; cliente; serviços/produtos; conhecimento; resultados e tecnologia. Com referência às pessoas, Chiavenato (1999, p. 32) diz que implica na “preocupação em educar, treinar, motivar, liderar as pessoas que trabalham na organização, incutindo-lhes o espírito

empreendedor e oferecendo-lhes uma cultura participativa ao lado de oportunidades de plena realização pessoal”.

Esta necessidade de treinamento e educação dos agentes do sistema apareceu como fator relevante dentre as ações que a SMS de São José executaria em benefício de todos os sistemas:

“Eu sempre digo que uma das coisas que faltam dentro da secretaria municipal de saúde de São José é ensinar a todos os funcionários que não fazem parte do PSF o que é o PSF [...] precisa ensinar o que é o programa, fazer um curso. Porque o pessoal não entende”.M2

No entanto, desenvolver pessoas não é apenas dar-lhes informação para que elas aprendam novos conhecimentos, habilidades e destrezas e se tornem mais eficientes naquilo que fazem. Formar é muito mais do que informar, pois representa um enriquecimento da personalidade humana. É, sobretudo, dar-lhes a formação básica para que elas aprendam novas atitudes, soluções, idéias, conceitos e que modifiquem seus hábitos e comportamentos e se tornem mais eficazes naquilo que fazem (CHIAVENATO, 1999).

Mesmo com todo este entrelaçamento nas relações entre os sistemas, as características individuais de cada sistema são preservadas existindo, neste cotidiano das relações, um “pacto” de respeito entre eles, principalmente no que se refere à autonomia no seu processo organizativo e gerencial (SILVA, 2006).

Tabela nº 11: Subcategoria 2.1 – Conhecendo as condições do ambiente na dimensão da dependência e interdependência entre os sistemas.

CATEGORIA 2: Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN entre os sistemas	
Subcategoria 2.1	
Conhecendo as condições do ambiente na dimensão da dependência e interdependência entre os sistemas	
<ul style="list-style-type: none"> - Unidade fica na dependência do laboratório particular; - Laboratório ruim atrasa os exames; - Exames que os resultados demoram dificultam o 	<ul style="list-style-type: none"> - Problema na alimentação do sistema SISPRENATAL; - O problema é Informação chegar até a sms; - Morosidade pessoal da digitação;

<ul style="list-style-type: none"> - registro no último trimestre; - Laboratório municipal não faz os exames necessários no pn; - Problemas no laboratório atrapalham o controle de exames; - Dificuldade de marcar exames dificulta a realização dos exames no trimestre correspondente; - Número limitado de pessoas por dia para fazer exames sem preferência para gestante, dificulta; - Problemas do laboratório influenciam a o trabalho da unidade; - laboratório não tem vaga; - Resultados de exame chegam rápidos; - Não possuem dificuldades com os laboratórios no momento; - Cota boa de exames para marcar no laboratório; - Não marcam a consulta no papel do programa do Criança 21; - Criança 21 ajuda; - A participação mais direta com a unidade tornou os registros mais efetivos; - Perda de fichas e informação enviadas SMS; - Perda de registro durante mudança de funcionários em 2005 na SMS; - Problema é a rotatividade de pessoas na SMS; 	<ul style="list-style-type: none"> - O pessoal da saúde da mulher pode passar do prazo para cadastrar pq demora na digitação; - Não sabem se foi erro da unidade ou da sms - Mudança de secretário de saúde pode estar relacionado com quedas dos indicadores de 2005; - Mudança de prefeito pode estar relacionado com quedas dos indicadores de 2005; - Mudança de cargos comissionados pode estar relacionado com quedas dos indicadores de 2005; - Insatisfação com a gestão de saúde em 2005; - Troca de 5 secretários de saúde em um ano influencia indiretamente no programa; - Deficiência de equipamentos dificulta a organização do trabalho; - Rotatividade na sms dificulta a continuidade do programa; - Falta de continuidade do trabalho na troca de cargos na SMS; - Motorista da SMS perde fichas; - Problema está no caminho da informação; - Ninguém sabe onde vai parar os papéis enviados; - As informações eram enviadas à SMS mas retornavam questionando;
--	---

Tabela nº 12: Subcategoria 2.2 – Desenvolvendo estratégias adaptativas na dimensão da dependência e interdependência entre os sistemas.

<p>CATEGORIA 2: Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN entre os sistemas Subcategoria 2.2 Desenvolvendo estratégias adaptativas na dimensão da dependência e interdependência entre os sistemas</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Pedir exames que faltam no laboratório municipal em laboratório particular conveniado ao SUS; - Laboratório ter prioridade para gestante; - Laboratório criar uma agenda específica para gestantes; - Laboratório divulgar rápido os resultados; - Programa da Saúde da Crianças responsável 	<ul style="list-style-type: none"> - Mandar os registros de acordo com o carro da prefeitura (2 vezes por semana) - Possuir equipamentos e materiais suficientes para fazer as consultas e visitas domiciliares; - SMS deve ensinar funcionários que não são do PSF o que é o PSF; - Ensinar o que é o PHPN; - A mãe sair do hospital com a consulta de

<p>pelo Criança 21 ligar da maternidade para a unidade e marcar consulta de puerpério;</p> <p>- Criança 21 ter uma folha com o nome dos médicos e enfermeiros para anotar o nome na folha que a puérpera recebe;</p>	<p>puerpério agendada pelo criança 21;</p> <p>- Criança 21 reforçar a orientação para consulta de puerpério;</p> <p>- Reforçar a orientação de retorno para puerpério na maternidade;</p>
--	---

6.1.5 – Dimensão do feedback: a chave para a auto-organização do sistema

Um dos mecanismos fundamentais de adaptação em qualquer sistema é a revisão e o reordenamento dos processos interativos que o compõe.

A partir dessas idéias Stacey (1996), Kelly & Allison (1998) e Axelrod & Cohen (2000), dentre outros, propuseram que uma organização pode ser modelada como sendo formada por um conjunto de agentes que percebem seu meio ambiente, fazem escolhas e atuam examinando as conseqüências de suas ações.

Os Sistemas Adaptativos Complexos (SAC's) revisam e reordenam constantemente seus componentes como resposta aos estímulos que recebem do ambiente, e como rearranjos advindos das interações entre os agentes, e até mesmo como resposta às situações aleatórias e randômicas (REBELO, 2004, apud Battran).

As unidades locais de saúde de São José não possuem o sistema informatizado do SISPRENATAL em suas instituições. Portanto, para receber a retroalimentação de suas ações relacionadas ao PHPN, os sistemas necessitam que a Secretaria Municipal de Saúde de São José, através do Programa de Saúde da Mulher, envie estes relatórios às unidades. Por meio desses relatórios os sistemas terão o feedback necessário para a descoberta de seus desempenhos e avaliarem suas ações, decisões e formas de trabalho para se adaptarem a nova situação e se auto-organizarem.

A auto-organização ocorre quando um comportamento emergente produz uma mudança na estrutura. Leite, (2004), apud Turchin (1977), argumenta que os sistemas co-evoluem entre a ordem e a desordem. Esses sistemas se adaptam ao próprio ambiente pelo esforço para aumentar sua aptidão todo o tempo. Cada recompensa

individual funciona dependendo das escolhas que outros indivíduos fazem. Por isso, cada sistema possui um cenário adaptativo, que é constantemente mudado. O cenário adaptativo é construído pelo mapeamento do comportamento do sistema em relação aos resultados conseguidos. O equilíbrio que resulta de tal co-evolução é dinâmico, pois pequenas mudanças no comportamento de um sistema, em determinado período de tempo, podem gerar grandes mudanças nos resultados no próximo período de tempo.

Esse retorno sobre a atuação dos agentes do sistema já demonstrou conseqüências positivas na dinâmica operacional do programa como se observa na seguinte fala:

“O próprio programa (SMS) começou a ficar mais junto aqui, a vir aqui, conversar com as pessoas responsáveis pelo PHPN para ver direitinho. Daí começaram a orientar, ajudar a organizar, para a gente pode ter alguma idéia. Eu acho que isso ajudou bastante! Não que antes não tivesse, mas a gente fazia e não sabia se estava certo. Porque se eu estou cadastrando e não sei para quê serve, vai ser um cadastro a mais. Eu mandava os registros e voltavam perguntando a mesma coisa. Depois disso o pessoal do programa (SMS) começou a participar mais aqui com a gente e ficou mais efetivo assim”. E8

Toda pessoa precisa receber retroação a respeito de seu desempenho para saber como está a sua atuação no trabalho. Assim como a instituição precisa saber como as pessoas desempenham as suas atividades para ter uma idéia de suas potencialidades CHIAVENATO, (1999).

Essas potencialidades dos sistemas são camufladas pela falta de conhecimento e de informação sobre a tarefa que o agente deve executar e, tão importante quanto, sobre os resultados das mesmas e o impacto que essa ação causa na saúde das gestantes:

“Se esses papéis forem só papéis que tem que preencher, é só mais uma coisa chata que tem que fazer por obrigação. Se disserem, ó são tantas gestantes, tantos exames... e começarem a mandar estatísticas, mostrar como é que está o município, seja lá o que for, qualquer resultado que mostrarem dessas coisas. Aí o pessoal vai ter aquele papel como uma coisa importante que está servindo para algo e não apenas um papel entre uma pilha desse tamanho que elas tem que fazer todos os dias”M2

O princípio da auto-organização estabelece que a direção da organização deva garantir que o resultado das ações seja reportado aos atores e que estes sejam capazes de compreendê-lo e de ajustarem seus comportamentos (AGOSTINHO, 2003). A autora (2003, p. 114) reforça que “cabe à direção fomentar a criação de mecanismos eficientes de *feedback* e garantir a legitimidade da autonomia dos indivíduos”.

Quanto às atribuições da SMS, os sistemas reconhecem que necessitam de um *feedback* e que a periodicidade desse retorno influencia na organização do sistema:

“Então, mandando o relatório de uma maneira mais periódica, seria uma forma de ver como a coisa esta andando entendeu? Tem que ter uma interação bem maior”! M1

“É pelo menos aquele relatório, não enviar uma vez ou nunca para gente. Agora chegou um enorme perguntando de gestante que já ganhou neném fazem 4 meses atrás”. E5

“Tudo que vem com antecedência é melhor para nós e até para eles”! E8

“Seria bem melhor para um controle o retorno da SMS vir toda semana”. T2

Para Drucker (1997) o fundamental para conceituar um lugar para trabalhar como ótimo, é deixar que as pessoas saibam o que se espera delas e oferecer *feedback*

sobre como está seu desempenho em relação a essas expectativas. Nas organizações saudáveis, o “feedback vindo de todas as direções (de cima, de baixo, e dos lados)” deve ser uma regra. Se os agentes não sabem claramente o que se espera deles ou não estão convencidos de que conhecem seu nível de desempenho, é direito deles serem informados e espera-se que persigam persistentemente (DRUCKER, 1997 p. 389).

Em busca desse feedback os sistemas propõem várias formas de organização para aumentar a interação dos sistemas com a SMS dentre elas destaca-se:

“Manda um relatório com o histórico das gestantes que tem lá. Manda todo dia 20, como a gente manda os nossos relatórios. Eles mandam também todo dia 20 o feedback para gente se organizar e poder cobrar”. M2

Agostinho (2003) evidencia que adaptação é a propriedade básica dos SAC's no sentido de que o sistema é capaz de ajustar seu comportamento, a partir do que consegue perceber sobre as condições do seu meio ambiente e sobre seu desempenho.

Os estudos empreendidos por Stacey (1996) indicam, então, que o enfoque de SAC explora a natureza das redes de *feedback* não-lineares, os quais comportam grande número de agentes, que interagem de acordo com esquemas de cada um. A principal descoberta desses estudos mostrou que os SAC's são criativos quando operam num espaço de transição (ou, espaço de possibilidades). É um estado paradoxal, pois é estável e instável ao mesmo tempo, orientado pela dinâmica contraditória da competição e cooperação, da amplificação e restrição, e da exposição à tensão criativa. Tais sistemas evoluem, dialogicamente, com resultados bastante imprevisíveis.

Se não sabemos como estamos fazendo, nunca saberemos que comportamentos repetir ou eliminar (KELLY & ALLISON, 1998). Segundo as autoras, é necessário que as organizações evoluam da auto-organização inconsciente para a auto-organização consciente. Neste caso, o objetivo é tornar visível a maneira como as

coisas realmente funcionam ou não, pois assim os problemas e gargalos são colocados sobre a mesa e pode-se aprender com os sucessos e erros. O grupo entende o que está fazendo bem e os fatores críticos para repetir esse sucesso.

Tabela nº 13: Subcategoria 2.3 – Conhecendo as condições do ambiente na dimensão do feedback.

CATEGORIA 2: Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN entre os sistemas	
Subcategoria 2.3	
Conhecendo as condições do ambiente na dimensão do feedback	
<ul style="list-style-type: none"> - A secretaria manda relatório no final da gestação, esporadicamente; - Não sabem de estatísticas, para que serve os números; - Não sabem o que é feito com o dinheiro; - Os gestores não mostram para que servem os papéis; - Sis prenatal começou a ser mais cobrado no ano de 2006; - Até 2006 as coisas era muito vago, não sabiam porque fazer os registros; - Saúde da mulher ajudou a orientar, organizar, esteve mais presente; - As informações que faltam, a SMS manda um relatório; - Secretaria pergunta sobre informações já fornecidas; - Falta uma interação maior com o pessoal do programa da saúde da mulher; 	<ul style="list-style-type: none"> - Até 2006 se falava muito no retorno que os registros iriam ter para o município; - Até 2006 não se explicava a importância do programa; - Deve-se enfatizar o outro lado do programa e não apenas averba; - Programa começou a ficar mais próximo à unidade; - Programa começou a conversar com os responsáveis pelo sis prenatal na unidade; - Antes fazia e não sabia se estava certo; - Faz as coisas porque sabe da importância do programa; - Unidade se organiza a partir do envio de relatórios; - Programa envia um monte de informações que faltam apenas quando falta muito;

Tabela nº 14 – Subcategoria 2.4 – Desenvolvendo estratégias adaptativas na dimensão do feedback.

CATEGORIA 2: Permeando a dinâmica da operacionalização do PHPN entre os sistemas	
Subcategoria 2.4	
Desenvolvendo estratégias adaptativas na dimensão do feedback	
<ul style="list-style-type: none"> - Mandar o relatório pela secretaria mensalmente; - Receber relatório semanal é mais válido; - Mandar relatório de maneira periódica para ver como andam as coisas; - Enviar relatório por semana; - Mandar o feedback (relatório) todo dia 20 para unidade; - Imprimir relatórios no dia 18; - Padronizar para enviar as fichas semanalmente e 	<ul style="list-style-type: none"> - O programa tem que ser mais próximo da unidade; - Interar mais com o pessoal do programa da saúde da mulher; - Mostrar um resultado do andamento do município e da unidade no programa, para ter esse registro como algo importante, que está servindo para alguma coisa; - Enviar de relatório facilita a cobrança dentro da

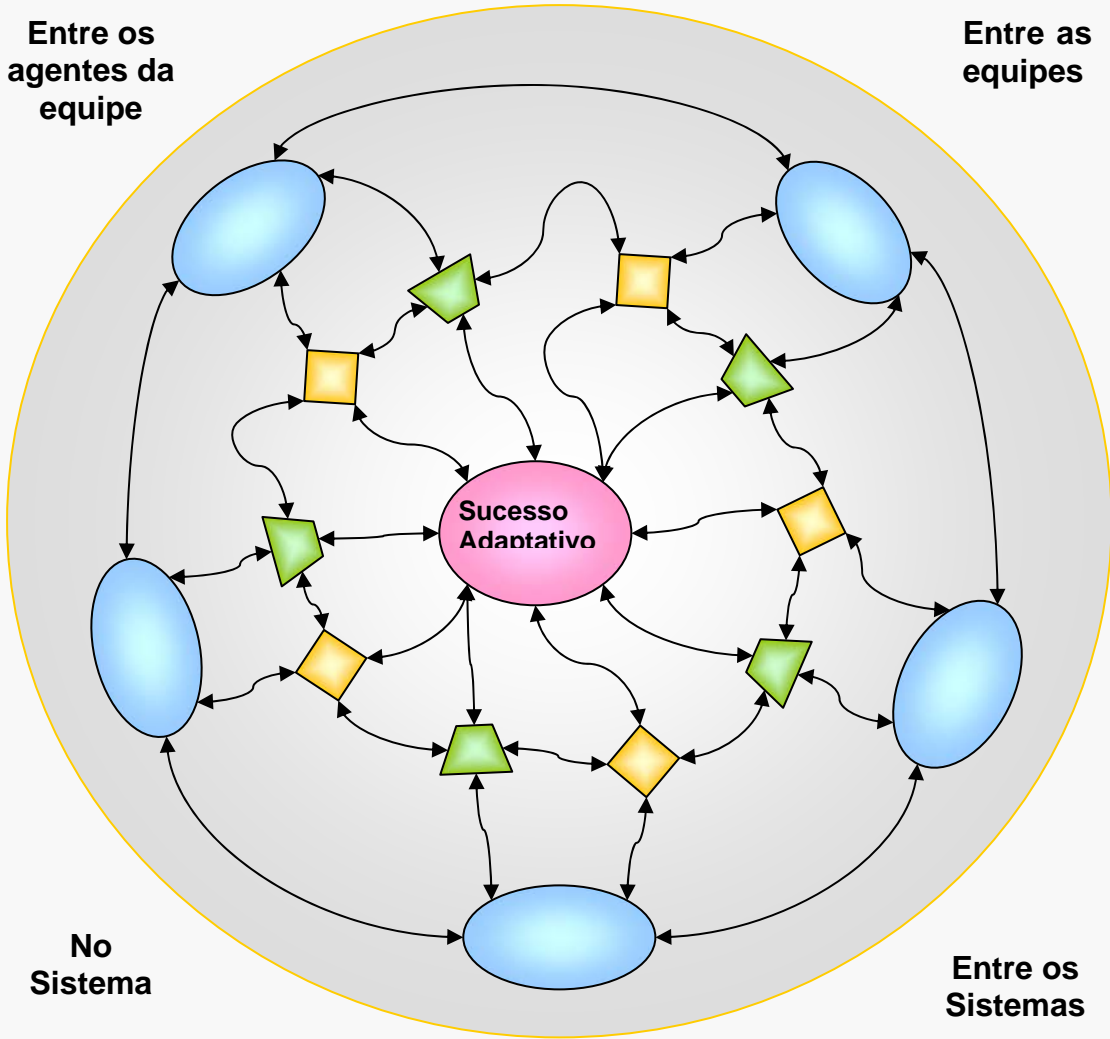
receber o relatório semanalmente; - Enviar relatório com mais frequência; - Ter relação mais dinâmica entre unidade e SMS;	unidade; - Retornar a informação com antecedência facilita o serviço;
--	--

6.1.6 – Representando o fenômeno

Baseado no que foi estudado chega-se a uma representação do modelo **Operacionalizando o PHPN: Buscando o Sucesso Adaptativo pela auto-organização** (Figura nº 07).

Figura nº 07 – Esquema representativo do Modelo Operacionalizando o PHPN: Buscando o Sucesso Adaptativo pela auto-organização.

Operacionalizando o PHPN: Buscando o Sucesso Adaptativo pela auto-organização



Legenda:

- ◆ - Condições do Ambiente
- ◄ - Estratégias Adaptativas
- - Dimensão
- ↔ - Feedback

A partir das diferentes dimensões que compõem um fenômeno deve-se descobrir as condições do ambiente e as estratégias adaptativas que se relacionam com aquela área. A partir dessas análises ocorre o processo de avaliação dessas condições ambientais e a busca de novas formas de organização do trabalho para se adaptarem, auto-organizarem e enfim alcançar o sucesso adaptativo do sistema.

Essas descobertas e análises são feitas através de *feedback's* que podem ser diretos ou indiretos. O *feedback* é direto quando há o retorno específico da resposta de uma ação sobre uma determinada dimensão analisada. O indireto se dá quando um fator interveniente no sistema, por exemplo, ocorre em mais de uma dimensão e ao detectar as estratégias utilizadas para esta condição no ambiente observa-se que a mesma pode ser adaptada para outra dimensão. Nas duas situações, o importante é que o *feedback* crie um estímulo adaptativo para a auto-organização.

A interconexão entre as diferentes formas de organização e as condições do ambiente das várias dimensões que compõem um fenômeno são representadas pela rede de *feedback* que, como um esquema de retroalimentação do sistema, exercem um papel fundamental, pois podem ser considerados elementos propulsores para o desenho das novas ações estratégicas e, para a adoção de novas formas organizacionais.

Todo esse processo pode e deve ocorrer entre os agentes de uma equipe, entre as equipes de um sistema, no sistema e entre vários sistemas. Desta forma se visualizará rede de redes, conexões de interconexões, a estrutura representativa de Sistemas Adaptativos Complexos operacionalizando o PHPN em São José.

Reconhecer a realidade freqüentemente leva a uma discussão muito produtiva sobre as dificuldades de preparar um plano que possa considerar essa versão da realidade. Porque se rotula retrabalho como algo ruim, é difícil fazer planos em que eles estejam visíveis. Ao negar a existência do retrabalho, torna-se incapaz a descoberta dos fatores em que ele contribui. Isso impede a equipe de tornar-se mais eficazes no futuro (KELLY & ALLISON, 1998).

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação atende a linha de pesquisa “Administração em Enfermagem e Saúde” do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Enfermagem e Saúde (GEPADES) da qual a autora é membro. Submete-se a norma de apresentação estipulada pela Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Através desta pesquisa, pretendeu-se alcançar os objetivos propostos, através da análise das relações verificando se a inter-relação dos sistemas em estudo permitia uma interação capaz de fornecer os *feedbacks* necessários para criar estímulos adaptativos para a auto-organização e concluiu-se que esta interação necessita de mais proximidade e ativação.

Por meio desta pesquisa espera-se que tenha provocado uma ativação externa difusa que é desencadeada por oportunidades vindas de estímulos do ambiente exterior; privilegia a variedade, utilizando muitas oportunidades externas, mas sem se aprofundar em nenhuma delas.

As relações analisadas no processo de operacionalização do PHPN em São José possibilitaram as descrições a seguir:

- Desde a adesão do município no programa a SMS, por meio do Programa da Saúde da Mulher, busca meios de organização para melhorar a eficácia do PHPN no município.
- Os mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento para o PHPN não foram bem estruturados.
- Há um déficit na operacionalização do PHPN desde o cadastramento até a conclusão dos procedimentos.

- Na saúde coletiva de São José o modelo de gestão encontra-se ainda com uma visão clássica da administração onde predomina a burocracia e a autoridade imposta.
- Questões políticas interferem nos resultados dos programas de saúde.
- O maior desafio na atenção pré-natal é a realização do conjunto das atividades propostas pelo PHPN;
- Cada unidade local de saúde é um sistema, capaz de ajustar seu comportamento a partir do que consegue perceber sobre as condições de seu meio ambiente e sobre seu desempenho. São organizações em rede formadas por inúmeros agentes, os quais são elementos ativos e autônomos, cujo comportamento é determinado por um conjunto de regras e pelas informações a respeito de seu desempenho e das condições do ambiente imediato.
- Os sistemas responsáveis pela implementação do PHPN são formados por agentes autônomos que, para exercerem a capacidade do sistema complexo de se adaptar, necessitam da interdependência e cooperação.
- As análises da interação entre as unidades e os outros sistemas relacionados ao PHPN revelaram uma relação de dependência e interdependência onde as ações entre os sistemas influenciam direta e/ou indiretamente seus resultados.
- Os SAC's se assemelham com outros por possuírem as mesmas regras e estruturas normativas referentes ao PHPN e são diferentes, pois se constituem de agentes que interagem produzindo resultados diferentes.
- Cada unidade de saúde é único, que emerge a partir de uma história singular e interage com o ambiente também de forma singular.
- Para modelar um fenômeno de forma que represente a realidade, é preciso considerar as várias dimensões que o compõem.
- A experiência acumulada pelos agentes ao longo das interações realizadas constitui-se em uma valiosa fonte para o processo de formação de estratégias.

- Mesmo que as estratégias entre os sistemas sejam semelhantes, os resultados dessas ações se diferem, pois a experiência dos agentes e as condições do ambiente são diferentes e únicos.
- Cada unidade de saúde se adapta de acordo com as potencialidades, diversidade, informações e aprendizagem dos agentes e tem a liberdade de redimensionar as ações, trabalhos e estratégias.
- As unidades de saúde devem ter autonomia para aprender com os erros, descobrir formas de organização, se adaptarem como resposta à mudança na estrutura e se auto-organizarem como consequência dessa ação.
- Quando a ação de um agente esta sujeito à execução da atividade do outro e essa dependência na continuidade do serviço interfere nos resultados do programa significa que a atividade de qualquer segmento de uma organização afeta em graus variados a atividade de todos os outros segmentos
- Quando os indivíduos são capazes de reconhecer as estratégias daqueles em seu redor e de, a partir daí, ajustar suas próprias estratégias de forma que o resultado seja benéfico para todos, significa que encontraram condições para a estabilização de um padrão cooperativo na organização.
- A relação da gestante com a unidade é tão importante quanto à relação entre os agentes desse sistema. Ainda que as ações individuais sejam interdependentes, em função da rica complexidade de suas inter-relações, cada movimento dos indivíduos altera mutuamente o ambiente que compartilham, influenciando mutuamente tanto suas decisões quanto o resultado delas.
- As unidades de saúde desenvolvem seus relacionamentos com foco nas redes de conexões e interconexões, que promovem as interações entre eles formando um todo representativo do processo auto-organizador na produção dos serviços.
- Ainda que a unidade de saúde seja autônoma e se auto-organize não significa que alcançará o sucesso adaptativo, pois as perturbações externas influenciam a dinâmica inter-relacional da produção do serviço

- Mesmo com todo o entrelaçamento nas relações entre os sistemas, as características individuais de cada sistema são preservadas.
- Uma organização pode ser modelada como sendo formada por um conjunto de agentes que percebem seu meio ambiente, fazem escolhas e atuam examinando as conseqüências de suas ações.
- A direção da organização deve garantir que o resultado das ações seja reportado aos atores e que estes sejam capazes de compreendê-lo e de ajustarem seus comportamentos.
- Os feedback's exercem um papel fundamental, quando considerados elementos propulsores para o desenho das novas ações estratégicas e, para a adoção de novas formas organizacionais.

Como resultado concebeu-se um modelo de formas de organização que permitam o sucesso adaptativo da equipe, por meio da auto-organização que possibilitem alcançar a eficácia no resultado das metas do programa e enfim, o sucesso adaptativo.

Espera-se então, que a construção do conhecimento desenvolvido com este estudo proporcione um desencadeamento de ações benévolas, tanto no local pesquisado, quanto para os multiplicadores deste saber.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINHO, M. E. Administração complexa: revendo as bases científicas da administração. **RAE – eletrônica**. V.2, n.1, jan./fev., 2003.

_____. **Complexidade e organizações**: em busca da gestão autônoma. São Paulo: Atlas, 2003.

AXELROD, R. M.; COHEN, M. D. **Harnessing Complexity**: organizational implications of a scientific frontier. New York: The Free Press, 2000.

AXELROD, R. **The Complexity of Cooperation**: Agent-bases models of competition and collaboration. New Jersey: Princeton University Press, 1997.

BAUER, R. **Gestão da Mudança**: Caos e Complexidade nas Organizações. São Paulo: Atlas, 1999.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem Estar no Brasil). **Pesquisa Nacional Sobre demografia e Saúde**:1996. Rio de Janeiro: A Sociedade; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27p. (Série B. Textos Básicos de Saúde, 6).

BRASIL. Portaria MS/GM nº 2815 de 29 de maio de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 jun 1998. seção 1p 47-48.

_____. Portaria n.º 569, de 1º de junho de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 jun 2000. seção 1, p 4.

_____. Ministério da saúde. PHPN. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Cartilha de Informações para Gestores e Técnicos**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/Cartilha.htm> Acesso em: 29 de ago. de 2005.

_____. Ministério da saúde. PNH. Política Nacional de Humanização. **Documento Base para Gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, janeiro de 2004. Disponível em: : http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf Acesso em: 18 de mai. 2004.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 9ª ed., São Paulo: Ed. Cultrix Ltda., 2004. (Título original: The web of life, 1996).

_____. **As conexões ocultas**: ciência para uma vida sustentável. 4ª ed., São Paulo: Ed. Cultrix Ltda., 2005. (Título original: The Hidden Conections, 2002).

CASTILHO, S.A. **O resgate do parto normal**: as contribuições de uma tecnologia apropriada. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2000.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

COELHO, C. C. S. R. **Complexidade e sustentabilidade nas organizações**. 2001. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós- Graduação em Engenharia de Produção – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

COUTINHO T, TEIXEIRA MTB, DAIN S, SAYD JD, COUTINHO LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2003;25(10):717-24.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n.196 de 10 de outubro de 1996**. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética, v.4,n.2, 1996. Suplemento.

COSTA, AM. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, editores. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p. 319-36.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M . T. Atendimento a gestante no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública** vol. 39 n° 5. São Paulo Oct. 2005.

DATASUS, 2007. TabNet. **População Residente** – Santa Catarina. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tacgi.exe?ibge/cnv/popsc.def>> Acesso em: 20 mar. de 2007.

DEMO, Pedro. **Avaliação qualitativa: polêmicas do nosso tempo**. 6ª ed., Campinas - SP: Ed. Autores Associados, 1999.

DRUCKER, P. F. **A organização do Futuro** – como preparar hoje as empresas de amanhã. São Paulo: Futura, 1997.

ERDMANN, A. L. Sistemas de cuidados de enfermagem. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.

GLASER, B. **Grounded theory perspective III: theoretical coding**. Chicago: Sociology Press, 2005. 160p.

GELL-MANN, M. **O Quark e o Jaguar: as aventuras no simples e no complexo**. Tradução: Alexandre Tort. Rio de Janeiro: ROCCO, 1996.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**. Strategies for qualitative reseach. New York: Aldine Gruyter, 1967.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. **Cad Saúde Publ**, 12(Suppl.2):95-8, 1996.

KOTELCHUCK, M. An evaluation of the kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. **Am J Public Health**, 84:1414-20, 1994.

GOMES, G. C. **Compartilhando o cuidado à criança: refletindo o ser família e construindo um novo modo de cuidar a partir da vivência na internação hospitalar**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

HODA, L. A. K. et. Al. **Relacionamento interpessoal: fator relevante da assistência ao parto na avaliação de puérperas**. An. 8. Simp. Comun. Enferm. Mayo. 2002.

HOLLAND, J. H. O. **How Adaptation Builds Complexity**. Cambridge: Perseus Books, 1995.

KELLY, S.; ALLISON, M. A. **The Complexity Advantage** – How the science of complexity can help your business achieve peak performance. New York, 1998.

LACERDA, M.R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar** – Vivência da enfermeira, 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LEITE, M. S. A. **Proposta de uma modelagem de referência para representar sistemas complexos**. 2004. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós- Graduação em Engenharia de Produção – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LUMBIGANON, P. Appropriate technology: antenatal care. **Int J Gynecol Obstet**, 63(Supl.1):S91-S95, 1998.

MATURANA, H.; VARELA, F. **De máquinas e seres vivos: autopoiese**. A organização do vivo. Tradução: Juan Açuñã Llorens. Porto Alegre: Artes Médicas. Tradução de: Autopoiesis: la organizacion de lo vivo, 1997.

MELLO, A. L. S. F. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso**: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 16ª ed., Petrópolis, 1994.

MORIN, E. **O método 1: da natureza da natureza**. Tradução: Ilana Heineberg. 2ª ed., Porto Alegre: v. 1, Sulina, 1977.

_____. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa: Publicações Europa-América Ltda, 1983.(Coleção Biblioteca Universitária nº 38)

_____. **Para sair do século XX**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

_____. **Ciência com consciência**. 7ª ed. revista e modificada pelo autor. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. (Original – *Science avec Conscience*, 1990)

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2005. (Original: *Introduction à pensée complexe*)

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. O cuidado Pré-Natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 22. nº.1. Rio de Janeiro. Jan, 2006.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Públ**, 34:547-59, 2000.

ORDAHI, L. F. B. As expectativas das gestantes com a proximidade do parto. *Enfermagem Atual*. Ano 4. nº 21, ed Atheneu, mai/jun, 2004.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1):25-32, 1998.

PITANGUY, JO. Movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 19-38.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

PUCCINI, R.F.; PEDROSO, G.C.; SILVA, E.M.; ARAÚJO, N.S.; SILVA, N.N. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cad. Saúde Publ**,1935-45, 2003.

REBELO, Luiza M. B. **A dinâmica do processo de formação de estratégia de gestão em universidades**: a perspectiva da teoria da complexidade. 2004. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós- Graduação em Engenharia de Produção – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

STACEY, R. D. **Complex responsive processes in organizations**. New York: Routledge, 2001.

SÃO JOSÉ. **Prefeitura Municipal de saúde**. Secretaria municipal de Saúde. Disponível em: < www.pmsj.sc.gov.br/ > Acesso em: 14 mar. 2007.

SANTA CATARINA. **Governo do estado de Santa Catarina**. Disponível em:< <http://www.sc.gov.br/conteudo/municipios/framesetmunicipios.htm>> Acesso em: 14 mar. 2007.

SERRUYA, S. J. **A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Campinas, SP, 2003. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

SERRUYA S, CECATTI JG, LAGO TG. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad Saúde Pública** 2004; 20 (5)

SERRUYA S, LAGO TG, CECATTI JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Materno Infantil**. Vol. 4 n°3 Recife July/Sept.2004a.

SERRUYA S, LAGO TG, CECATTI JG. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Vol. 26 n°7 Rio de Janeiro Aug. 2004b.

SILVA, M. A. **Complexidade e Sistema de Enfermagem Hospitalar**. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – Área de Ergonomia – da Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

SILVA JLP; CECATTI, JG; SERRUYA, SJ. A Qualidade do Pré-Natal no Brasil. **Rv. Bras. Ginecol. Obstet**. Vol.27 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2005.

STACEY, Ralph D. **Complexity and creativity in organizations**. San Francisco. Berret-Koehler Publishers, 1996.

STACEY, R.D; GRIFFIN, D; SHAW, P. **Complexity and management**. New York: Routledge, 2000.

STONER, J. A. F.; FREEMAN, R. E. **Administração**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Prentice Hall do Brasil Ltda., 1995.

STRAUBERT, H.; CARPENTER, D. **Qualitative research in nursing**: advancing the humanistic imperative. Philadelphia: J.B. Lipincott Company, 1995.

TREVISAN MR , DE LORENZI DRS, ARAUJO NM, ÉSBER K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2002;24(5):239-9.

TSUNECHIRO, M. A.; BONADIO, I. C.; OLIVEIRA, V. M. Acolhimento: fator diferencial no cuidado pré-natal. **An 8. Simp. Bras. Comun. Enferm**. Maio. 2002.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. 3ª ed., Campinas, SP: Papyrus, 2002.

VILLAR, J.; GARCIA, P.; WALKER, G. Routine antenatal care. **Curr Opinion Obstet Gynecol**, 5:688-93, 1993.

WALDROP, M. M. **Complexity**: the emergig science at the edge of order and chaos. New York: Touchstone, 1992.

APÊNDICE

APÊNDICE 1

Avaliação do PHPN por unidade local de saúde

1 - Centro de Saúde Areias

Os cadastros de gestantes na unidade de Areias começaram a ser efetivados em maio de 2003 e desde então houve um crescimento progressivo onde em 2003 a unidade cadastrou 29 gestantes, em 2004 foram 66 gestantes, 93 cadastros em 2005 e de janeiro de 2006 a janeiro de 2007 a unidade cadastrou 102 gestantes no PHPN.

A cada 6 valores apresentados pelo SISPRENATAL referente aos 4 (quatro) anos em estudo sobre os indicadores da unidade de Areias, 5 estavam abaixo da média municipal.

O ano de 2004 foi caracterizado pela evolução na operacionalização do PHPN na unidade representado pela elevação nos percentuais de todos indicadores. No entanto em 2005 ocorreu um decréscimo nos índices de 6 (seis) consultas de pré-natal, consulta de puerpério e realização de exames básicos como observa-se nas Figuras nº 01, 02 e 03.

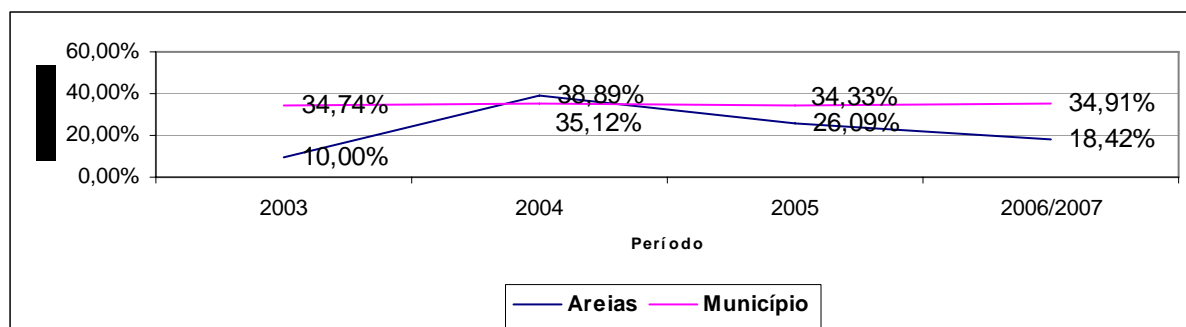


Figura nº 01: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Areias, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

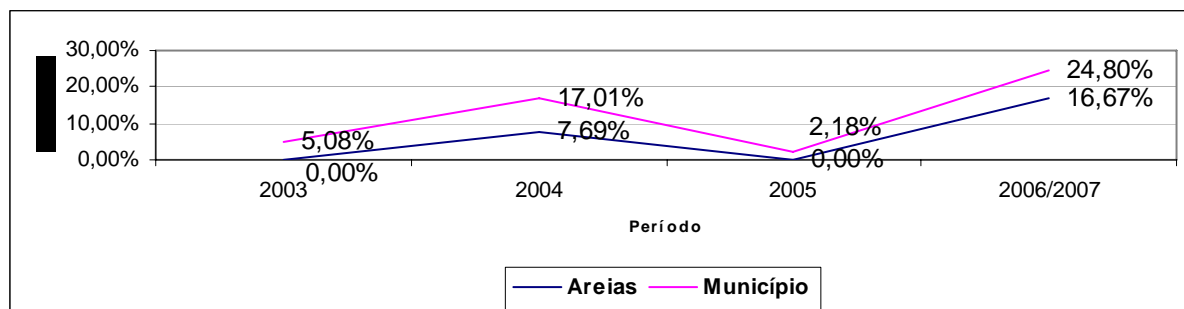


Figura nº 02: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Areias, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

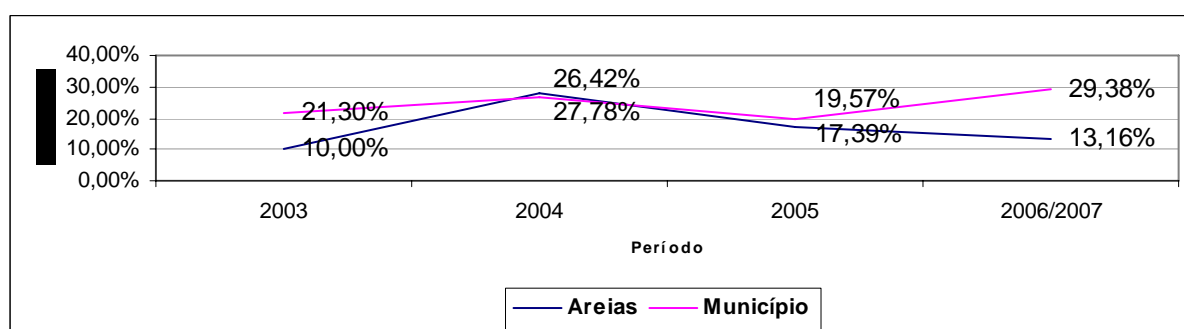


Figura nº 03: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Areias, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Apesar da imunização antitetânica (Figura nº 04) e da realização do teste anti-HIV (Figura nº 05) apresentarem uma pequena progressão nos valores, quando analisado o percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, este indicador sofreu uma queda registrando 0% em 2005 segundo a Figura nº 06.

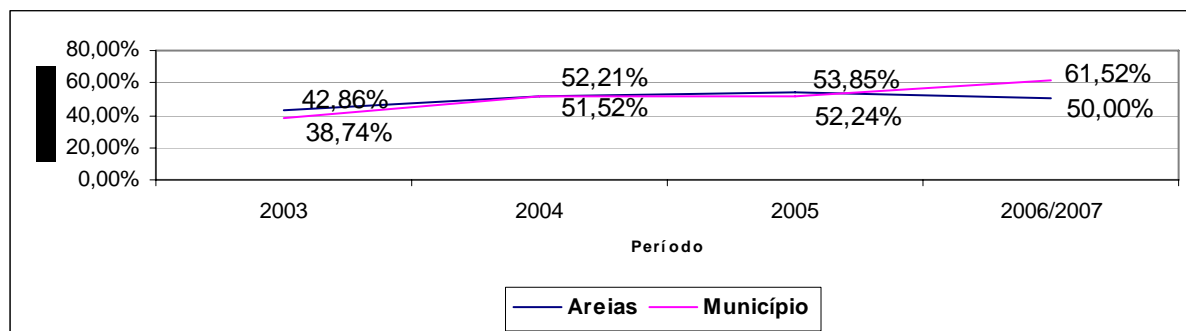


Figura nº 04: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Areias, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

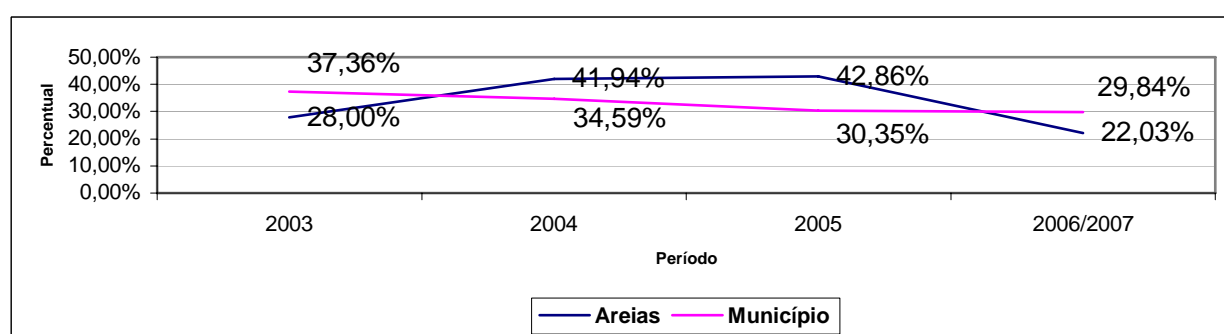


Figura nº 05: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Areias, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

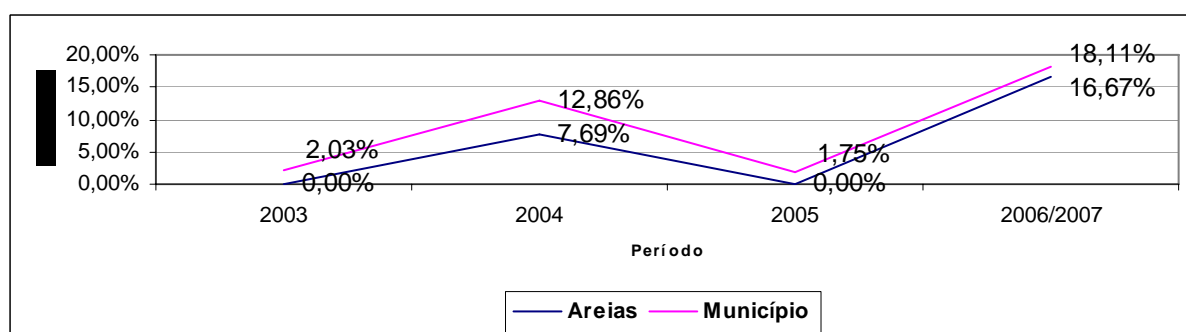


Figura nº 06: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Areias, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

A unidade de Areias manteve uma evolução, até 2005, no percentual de gestantes inscritas que realizaram os 2 (dois) exames VDRL. Em 2006 ocorreu uma queda de

21% neste indicador permanecendo abaixo da média municipal Figura nº 07, assim como todos os outros indicadores registraram em 2006.

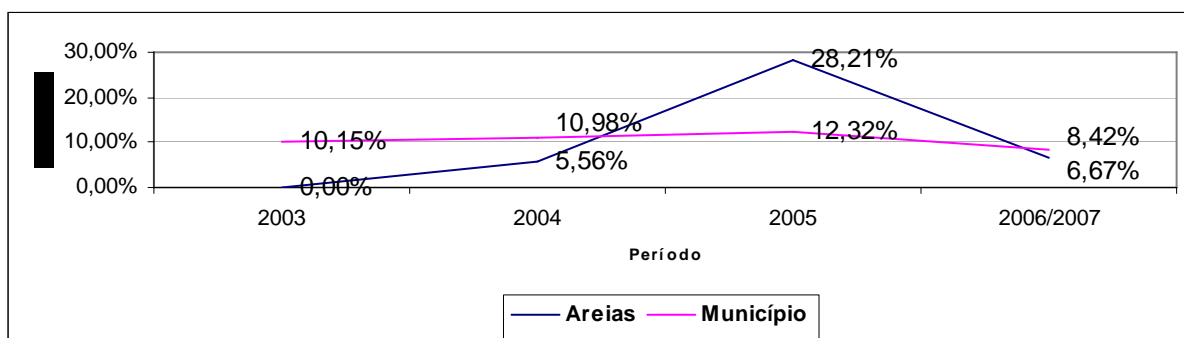


Figura nº 07: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Areias, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

2 - Centro de Saúde de Barreiros

Comparando-se com todas as unidades de saúde que possuem o PHPN em São José, a unidade de Barreiros possui um dos menores índices de cadastramento de gestantes nos 4 (quatro) anos em análise com uma média de 47 cadastros/ano o que corresponde a 4% do total de gestantes cadastradas em São José, SC.

Quanto aos indicadores do processo de implantação do PHPN em São José, a unidade de Barreiros apresenta mais da metade das percentagens nos 4 (quatro) anos em questão, com valor 0%. Alguns parâmetros indicaram 0% em todos os anos como 6 consultas de pré-natal e puerpério (Figura Nº 08) e 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica (Figura Nº 09).

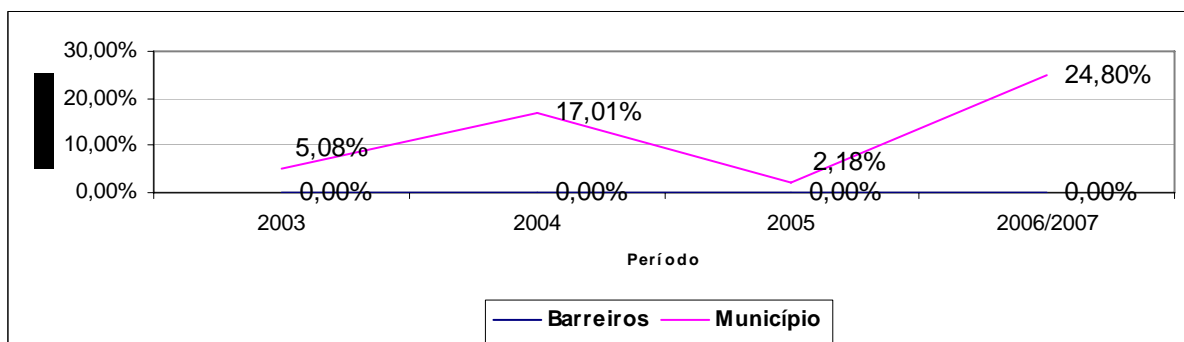


Figura nº 08: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Barreiros, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

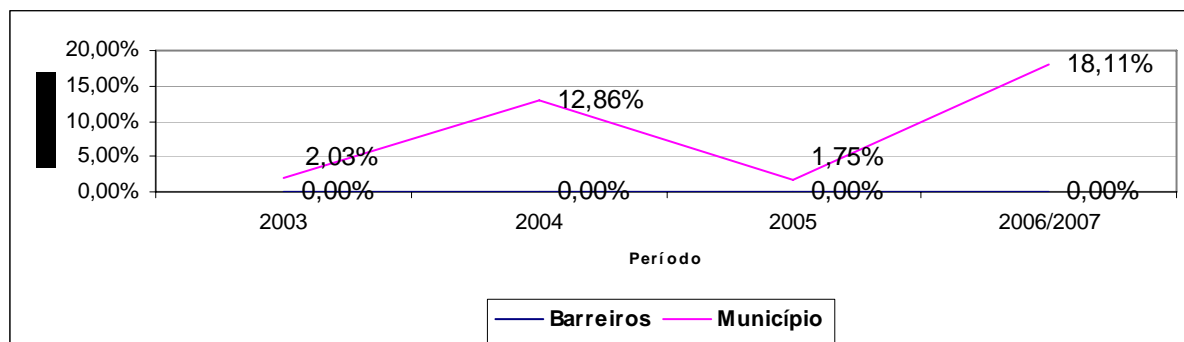


Figura nº 09: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Barreiros, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

O percentual de gestantes que realizaram teste anti-HIV decresceu ao longo dos 4 (quatro) anos como mostra a Figura nº 10, já as 6 (seis) consultas de pré-natal (Figura nº 11), exames básicos (Figura nº 12) e imunização antitetânica (Figura nº 13) decresceram a partir de 2004.

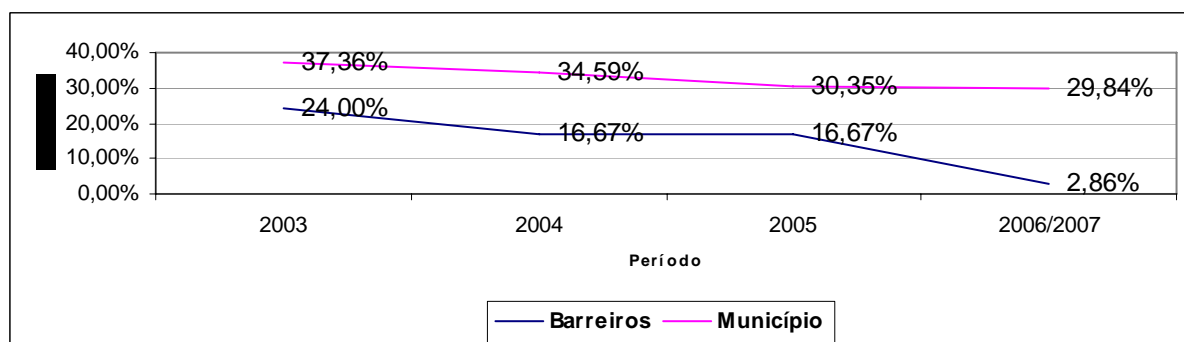


Figura nº 10: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Barreiros, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

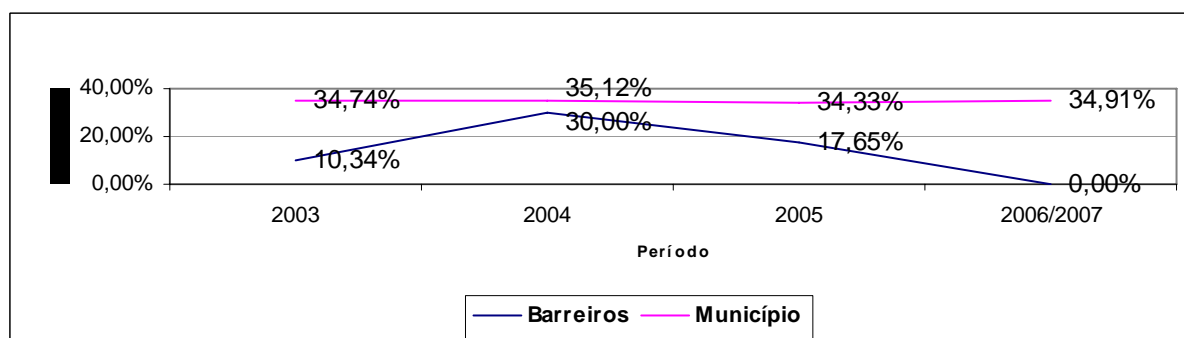


Figura nº 11: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Barreiros, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

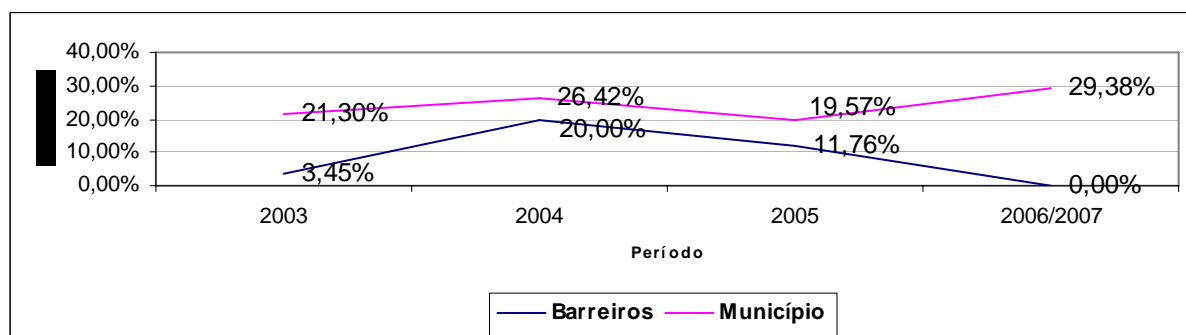


Figura nº 12: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Barreiros, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

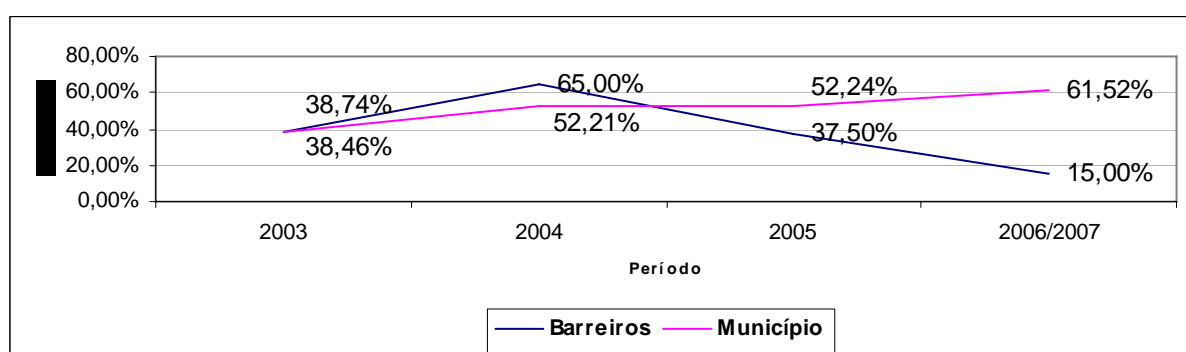


Figura nº 13: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Barreiros, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

A cobertura de gestantes que realizaram 2 (dois) exames VDRL demonstrou uma instabilidade registrando índices de 0% em 2004 e 2006 (Figura nº14).

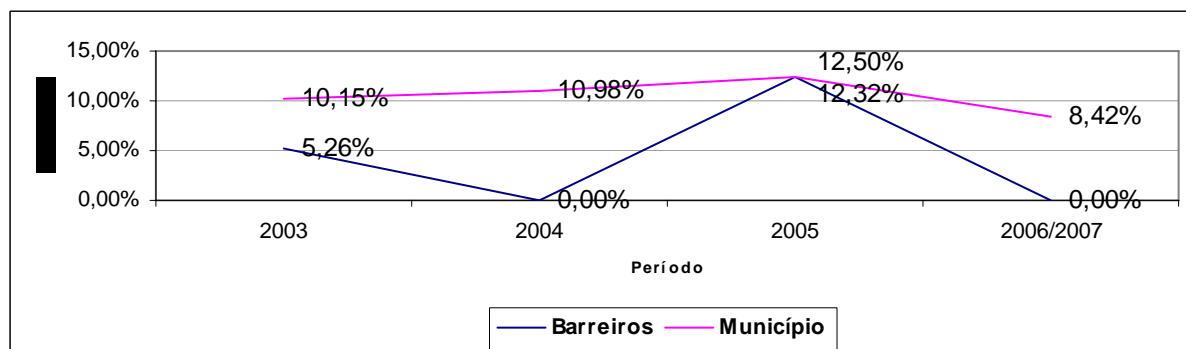


Figura nº 14: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Barreiros, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

3 - Centro de Saúde II Bela Vista

A unidade local de saúde do Bela Vista possui uma média de 127 gestantes cadastradas por ano no PHPN em São José o equivalente a 11% do total de gestantes cadastradas no município durante os 4 (quatro) anos pesquisados.

Os indicadores representados nas Figuras nº 15, 16, 17 e 18 apresentam uma característica comum, pois após uma progressão registrada em 2004, sofreram uma queda brusca em 2005 e esta decadência continuou em 2006, com exceção do teste HIV que recuperou cerca de 2% neste ano. Já o percentual do exame de VDRL cresceu até 2005 e também caiu em 2006 (Figura nº 19).

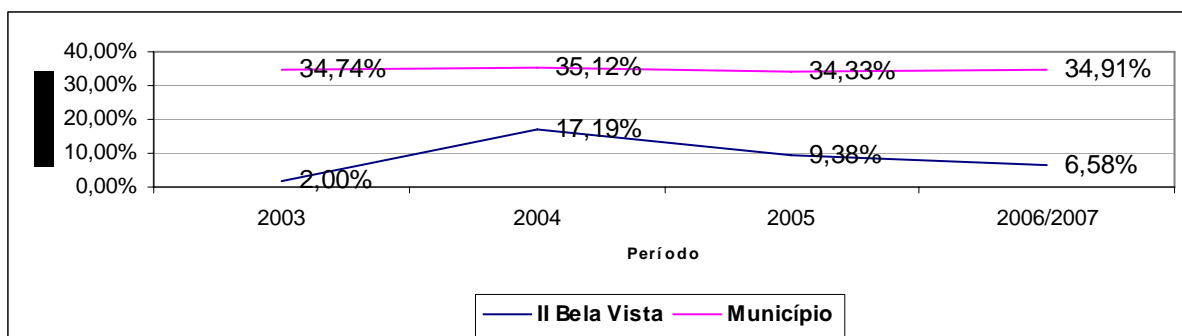


Figura nº 15: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de II Bela Vista, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

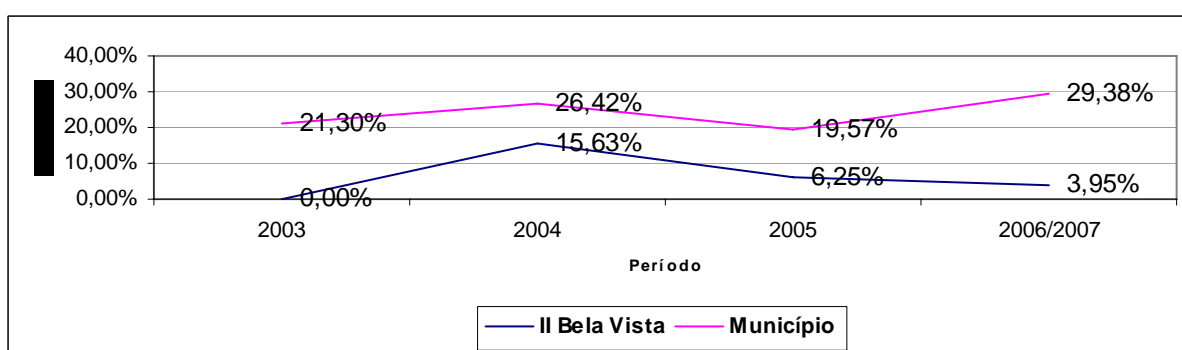


Figura nº 16: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de II Bela Vista, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

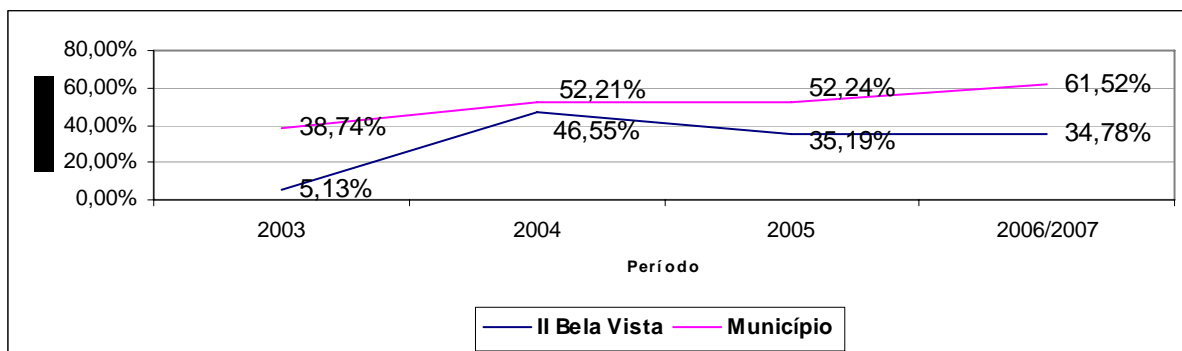


Figura nº 17: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de II Bela Vista, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

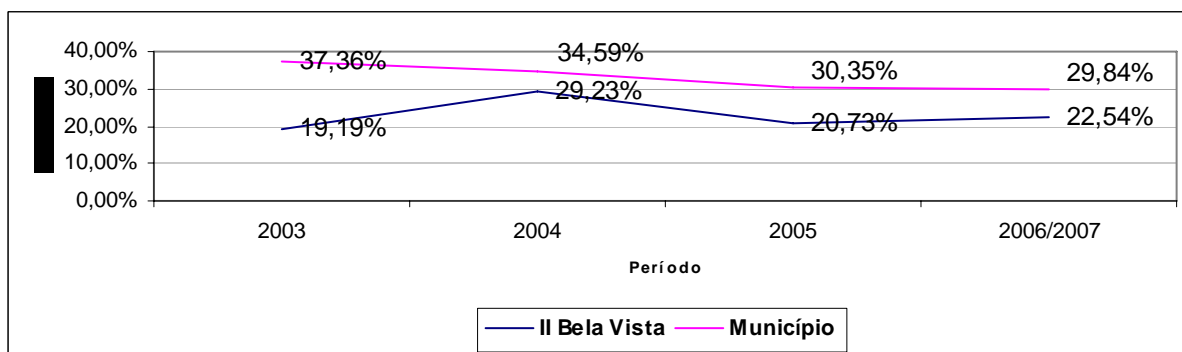


Figura nº 18: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de II Bela Vista, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

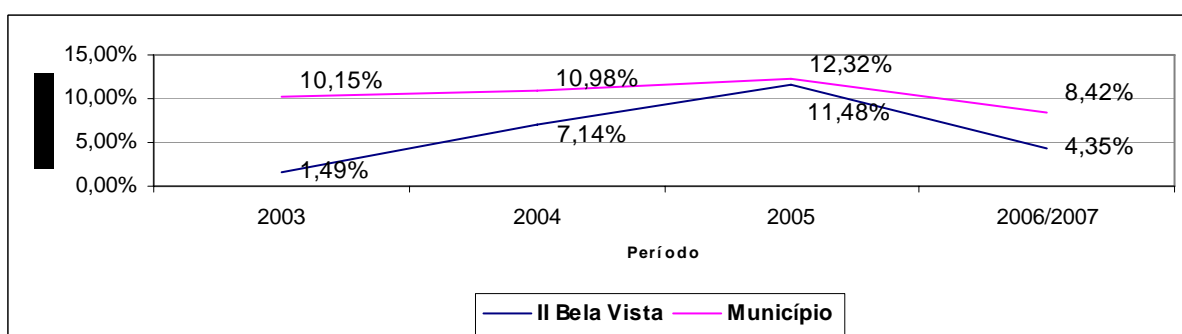


Figura nº 19: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de II Bela Vista, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Notou-se como uma fragilidade na unidade do Bela Vista o indicador que relata o percentual que realizou 6 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério (Figura nº 20); e o conjunto de indicadores 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta

de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica (Figura nº 21). Esses índices registraram 0% nos 3 primeiros anos avaliados e menos de 4% em 2006.

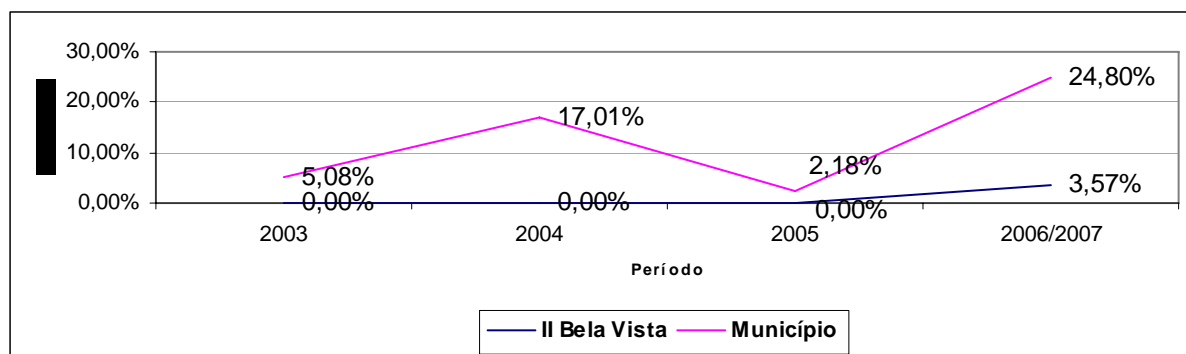


Figura nº 20: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de II Bela Vista, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

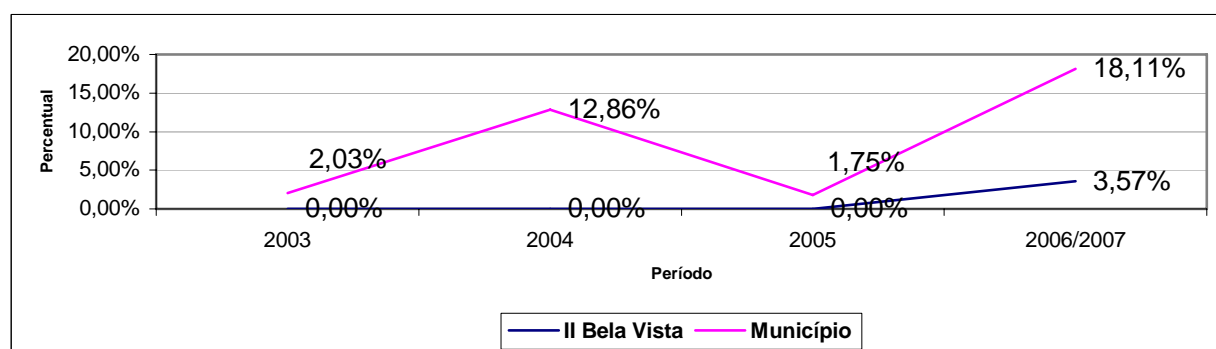


Figura nº 21: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de II Bela Vista, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Todos os percentuais de todos os indicadores no período da pesquisa apresentaram índices inferiores à média municipal.

4 - Centro de Saúde Colônia Santana

O número de gestantes cadastradas na unidade da Colônia Santana decaiu 42% nos últimos 4 (quatro) anos onde em 2003 apresentou 50 gestantes e em 2006 registrou apenas 29 gestantes cadastradas no PHPN. Isto significa que a unidade da Colônia

Santana registrou em 2006 o equivalente a 2% do total das gestantes cadastradas em todos os centros de saúde em São José, SC.

Em 2004 todos os indicadores estavam acima da média municipal, no entanto, no ano de 2005 houve uma queda nos percentuais dos indicadores cujos valores indicavam percentuais inferiores a média municipal registrando até 0% de cobertura (Figuras nº 22, 23, 24, 25, 26, 27 e 28).

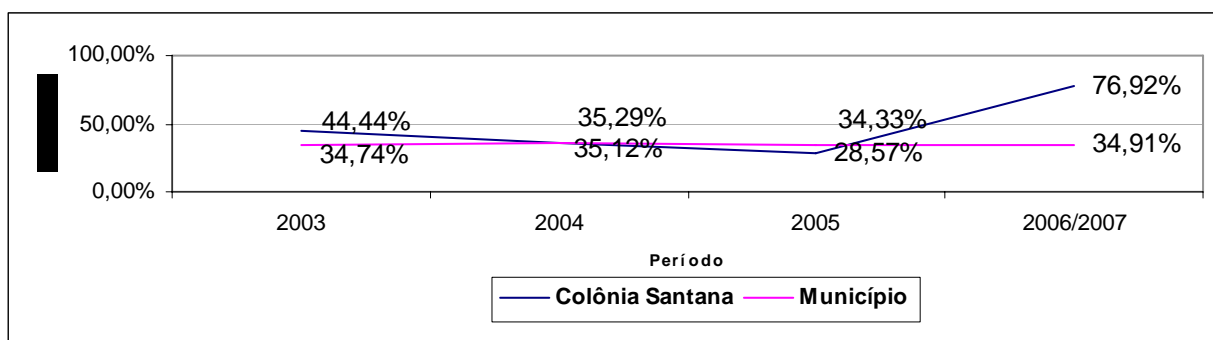


Figura nº 22: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Colônia Santana, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

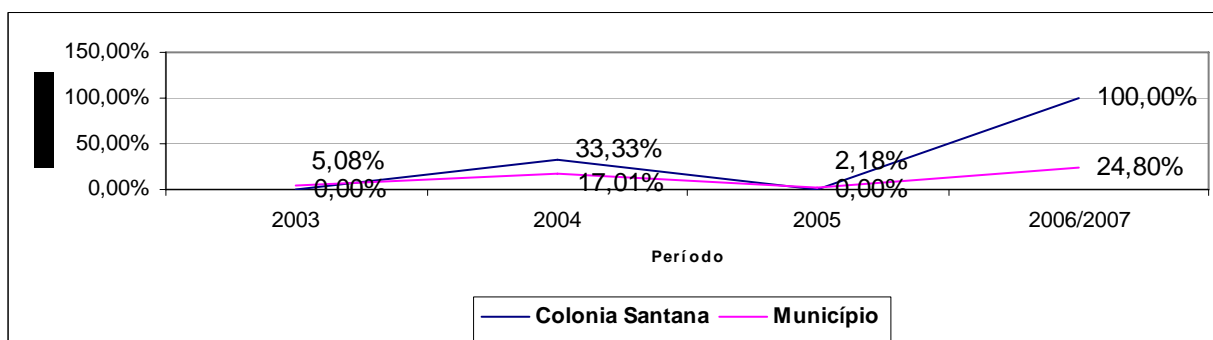


Figura nº 23: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Colônia Santana, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

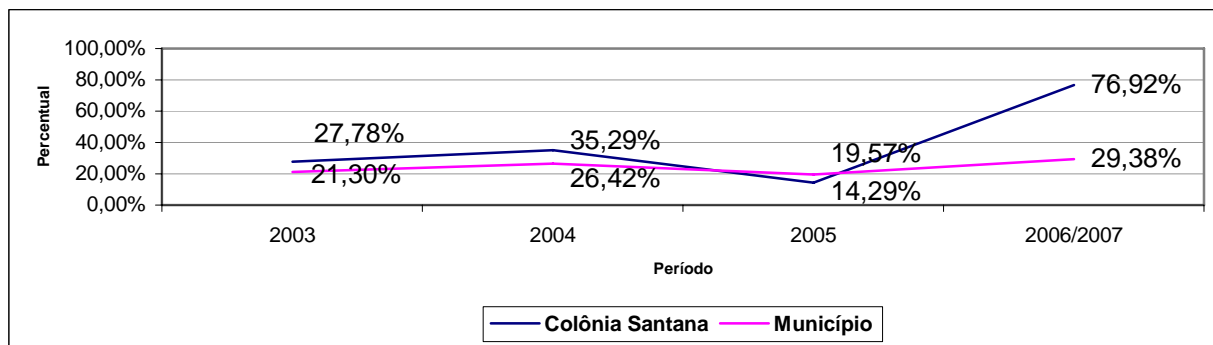


Figura nº 24: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Colônia Santana, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

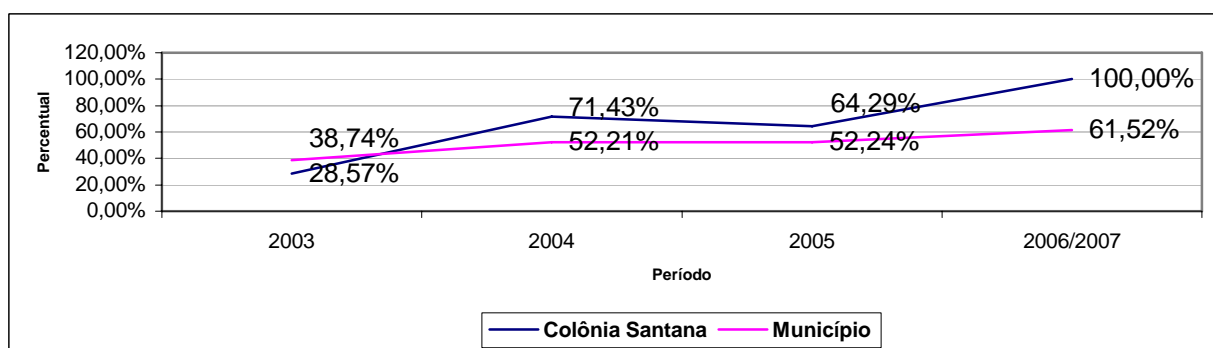


Figura nº 25: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Colônia Santana, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

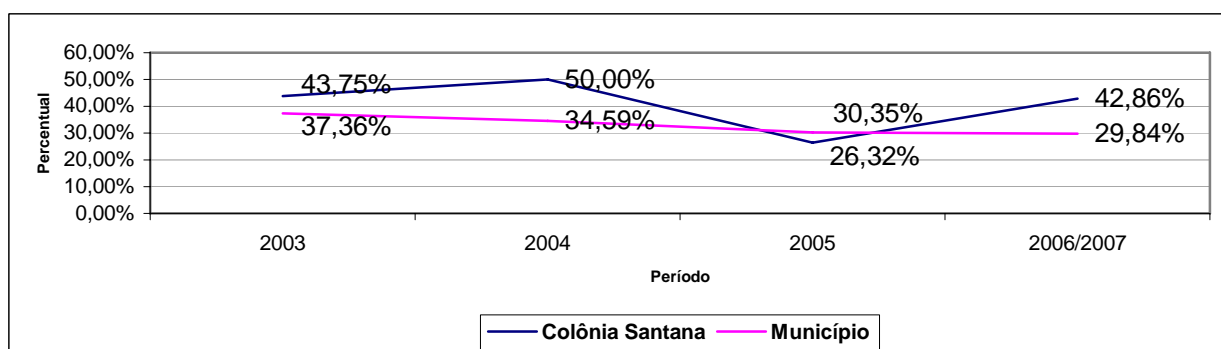


Figura nº 26: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Colônia Santana, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

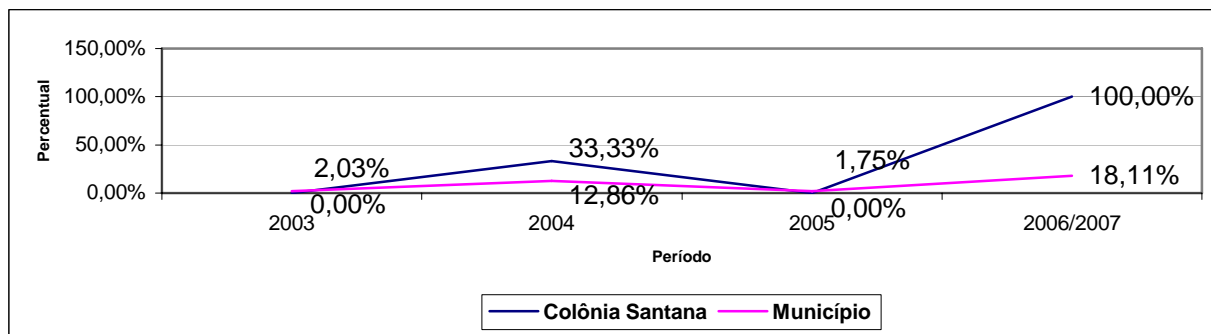


Figura nº 27: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Colônia Santana, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

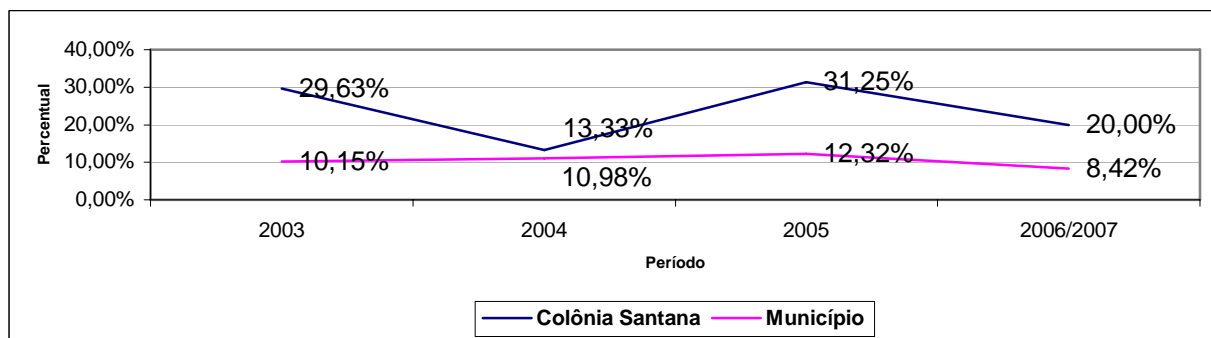


Figura nº 28: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Barreiros, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Contrastando com o ano de 2005, em 2006 a recuperação da unidade local de saúde da Colônia Santana foi de 60% em média. O percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica teve um crescimento de 100% de janeiro de 2005 à janeiro de 2007 (Figura nº 27). Cabe ressaltar que o processo de seleção para o cálculo destas percentagens compreende apenas uma parcela do total de gestantes cadastradas nesta unidade.

O percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL na unidade da Colônia Santana registrou uma queda de 11,25% de 2005 para 2006 (Figura nº 28), no entanto, esta unidade apresentou o melhor desempenho no ano de 2006 de todos os centros de saúde de São José.

5 - Centro de Saúde Fazenda Santo Antônio

A unidade local da Fazenda Santo Antônio possui uma média de 54 gestantes cadastradas ao ano, considerando os 4 (quatro) anos em estudo, o que representa o acompanhamento de cerca de 5% do total de gestantes cadastradas em São José, SC. No entanto o número de cadastros decaiu nos primeiros 3 (três) anos registrando uma leve recuperação em 2006.

Nos anos de 2003 e 2004 os indicadores na unidade da Fazenda Santo Antônio registravam um progresso positivo nos percentuais demonstrando melhora na efetividade da operacionalização do PHPN. Assim como apresentado em outras unidades, o centro de saúde da Fazenda apresentou uma decadência nos percentuais no ano de 2005 quebrando a continuidade da evolução conquistada até então (Figuras nº 29, 30, 31, 32, 33 e 34).

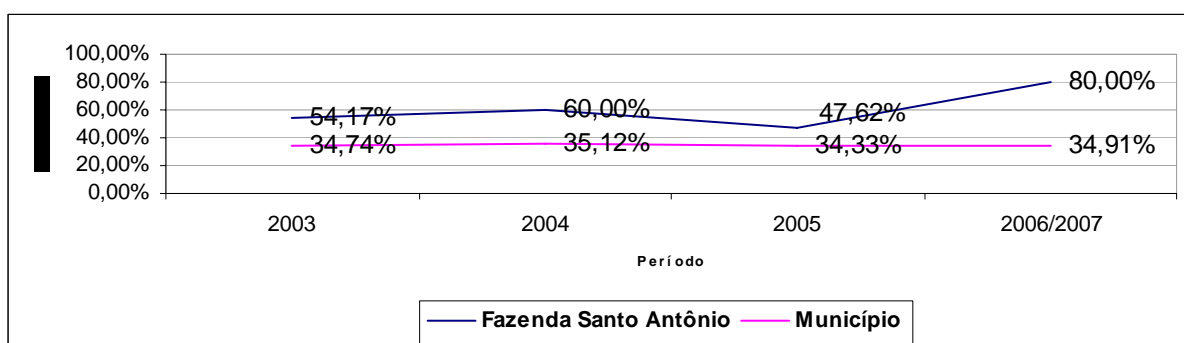


Figura nº 29: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Fazenda Santo Antônio, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

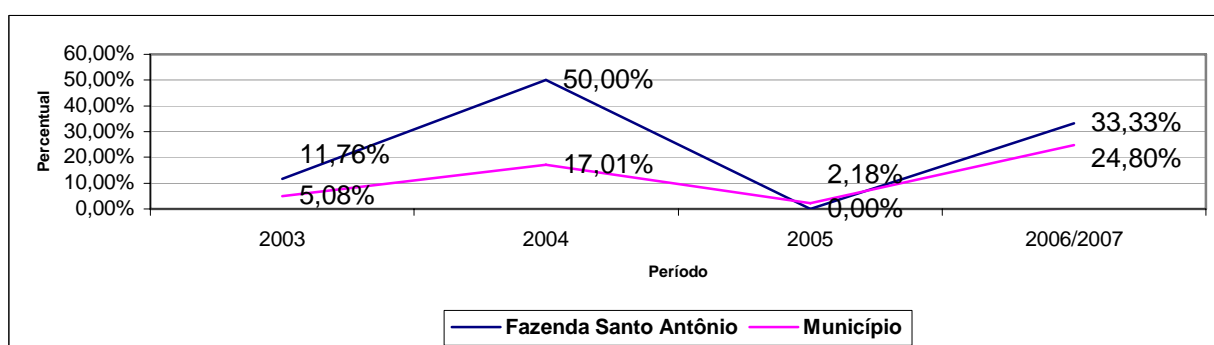


Figura nº 30: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Fazenda Santo Antônio, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

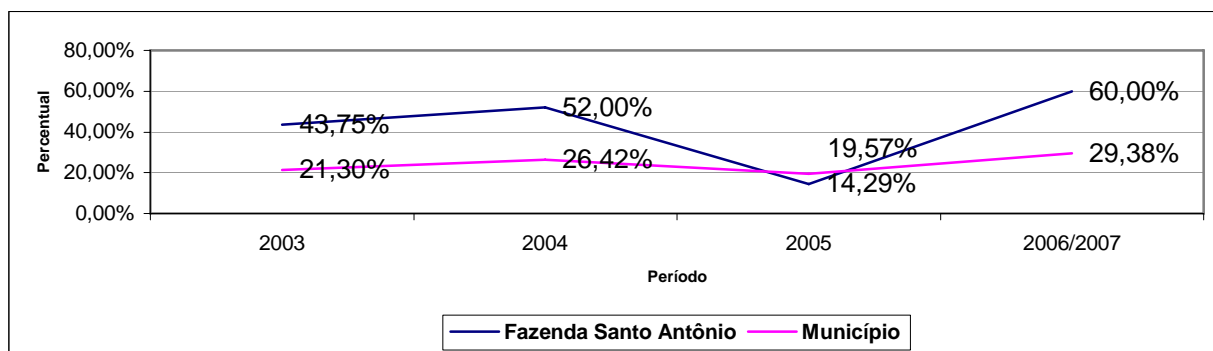


Figura nº 31: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Fazenda Santo Antônio, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

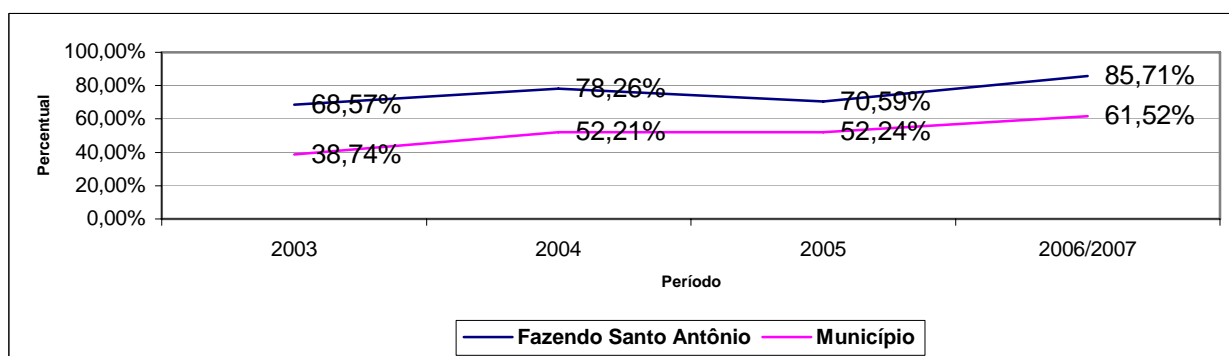


Figura nº 32: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Fazenda Santo Antônio, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

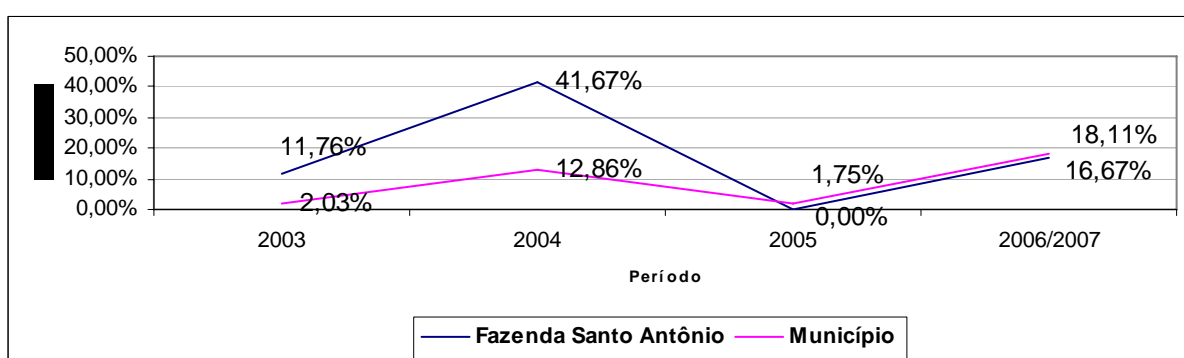


Figura nº 33: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Fazenda Santo Antônio, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

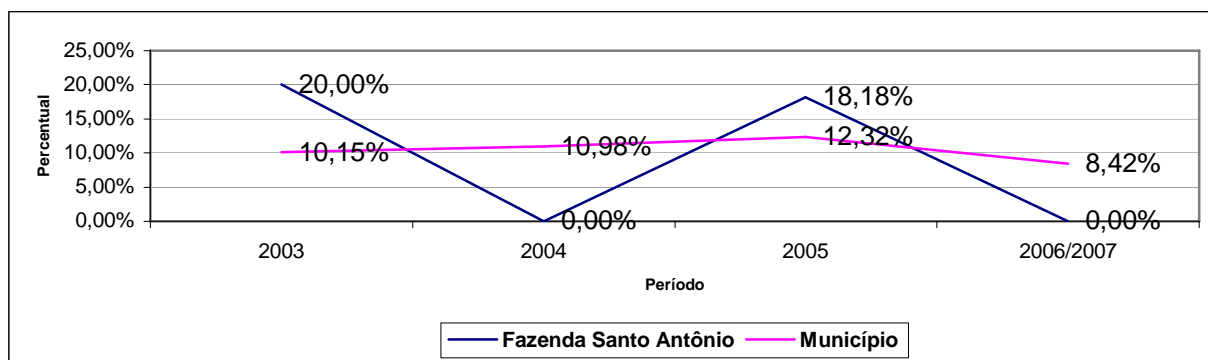


Figura nº 34: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Fazenda Santo Antônio, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

As exceções observadas nesse processo foram os percentuais de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV e os dois exames de VDRL. Pode-se observar na Figura nº 35, que a queda nos percentuais do teste anti-HIV ocorreu em 2004, a unidade conseguiu uma evolução nos anos decorrentes chegando a 66,67% de cobertura de exames anti-HIV às gestantes inscritas no programa. Já a realização de 2 (dois) VDRL às gestantes inscritas apresentaram 0% na abrangência cujo parâmetro para o cálculo deste indicador foi a seleção de 0 (zero) de um total de 16 gestantes.

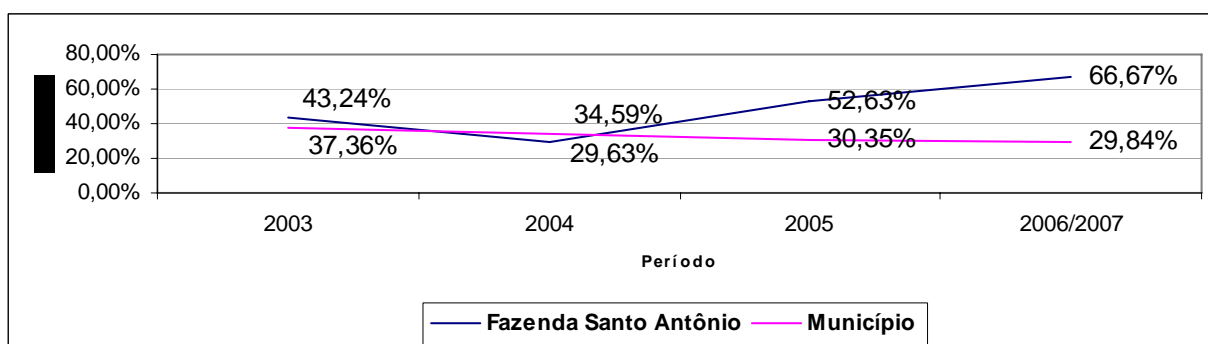


Figura nº 35: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Fazenda Santo Antônio, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Apesar de muitos indicadores decaírem abaixo da média municipal em 2005, houve uma recuperação significativa em 2006 registrando percentuais acima da média municipal.

Quando avaliado a realização de um conjunto de atividades como observado no percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, observa-se uma redução nos valores em 2005 com uma leve recuperação em 2006 mantendo-se ainda, abaixo da média municipal (FIGURA nº 33).

Dentre as potencialidades da unidade encontram-se o percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consulta de pré-natal alcançando 80% em 2006 (FIGURA nº 29) e o percentual que recebeu imunização antitetânica em 2006 com 85,71% como observa-se na Figura nº 32.

6 - Centro de Saúde Forquilhas

Tendo em vista a abertura da unidade local de Forquilhas em 2003, os registros do PHPN iniciaram em fevereiro de 2003 com 85 cadastros/ano e a partir de então progrediu no decorrer dos 4 (quatro) anos em estudo registrando 143 cadastros em 2006.

Analisando todos os indicadores da unidade de Forquilhas emitidos pelo SISPRENATAL, de 2003 a janeiro de 2007, 2/3 de todos os percentuais estão abaixo da média municipal.

Em 2005 os indicadores registraram uma queda nos valores (FIGURA nº 37, 38, 39, 40 e 41) com exceção da realização de 6 (seis) consultas de pré-natal representada na figura nº 36, que cresceu cerca de 7%; e a realização de 2 (dois) exames VDRL que manteve um platô de 9,38% (FIGURA nº 42).

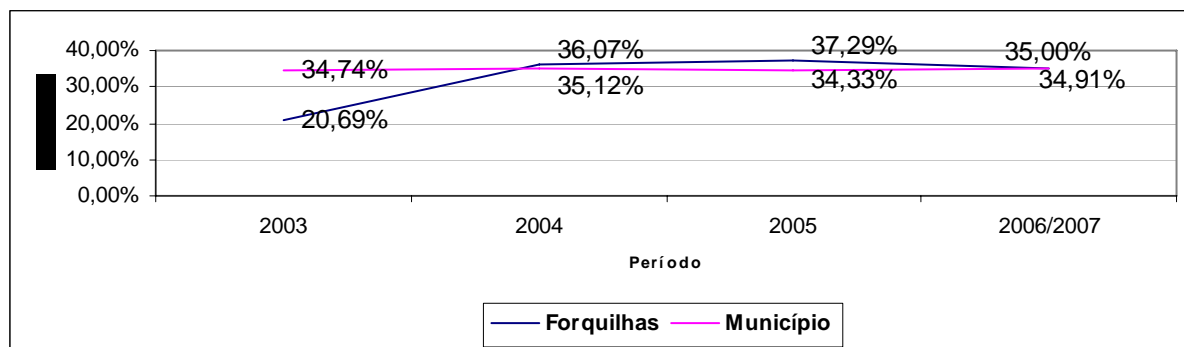


Figura nº 36: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Forquilhas, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

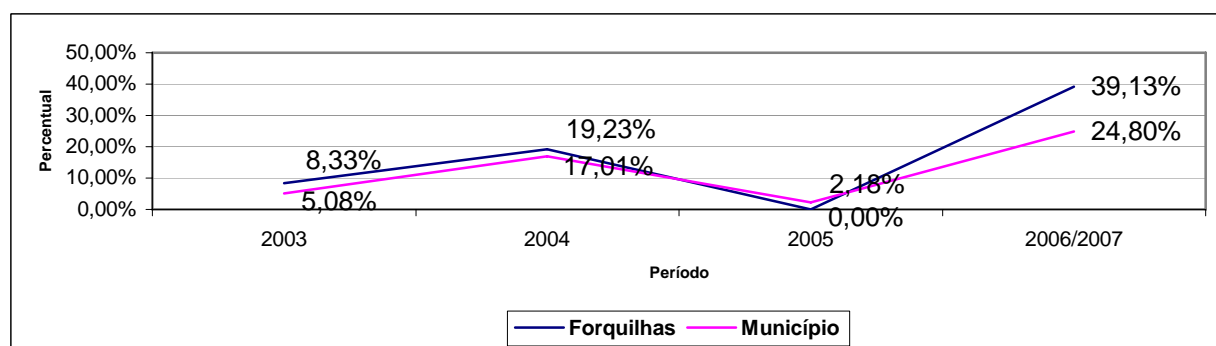


Figura nº 37: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Forquilhas, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

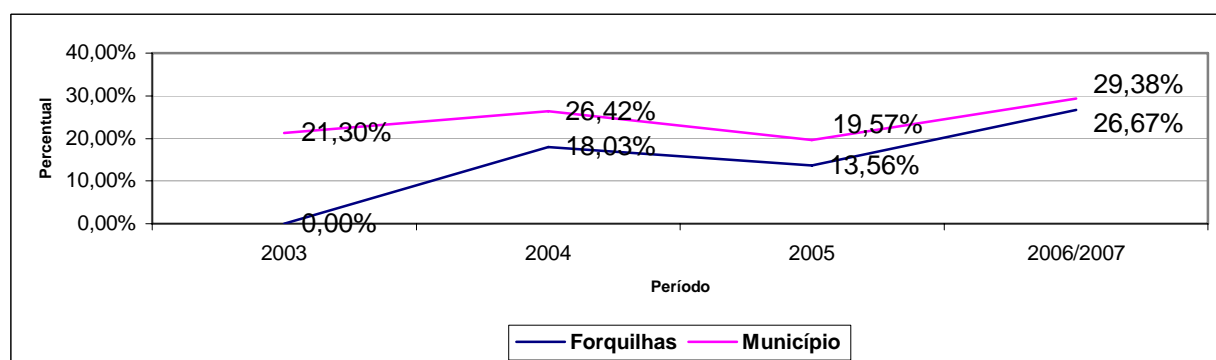


Figura nº 38: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Forquilhas, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

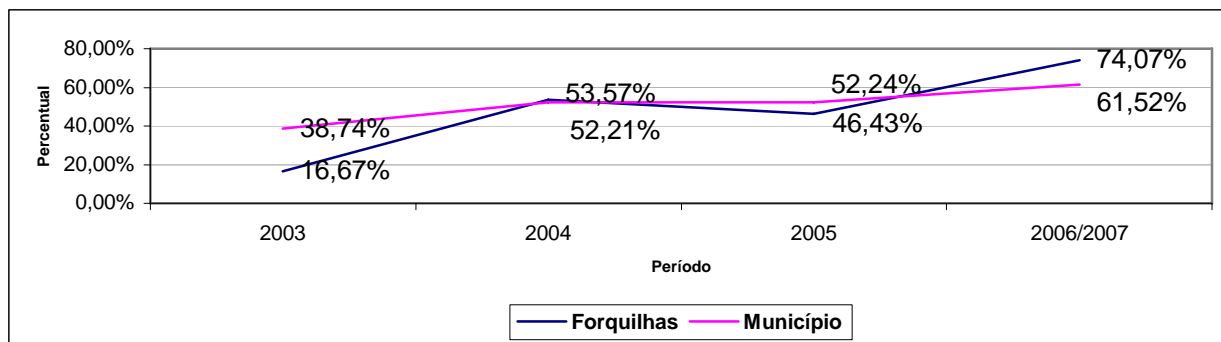


Figura nº 39: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Forquilhas, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

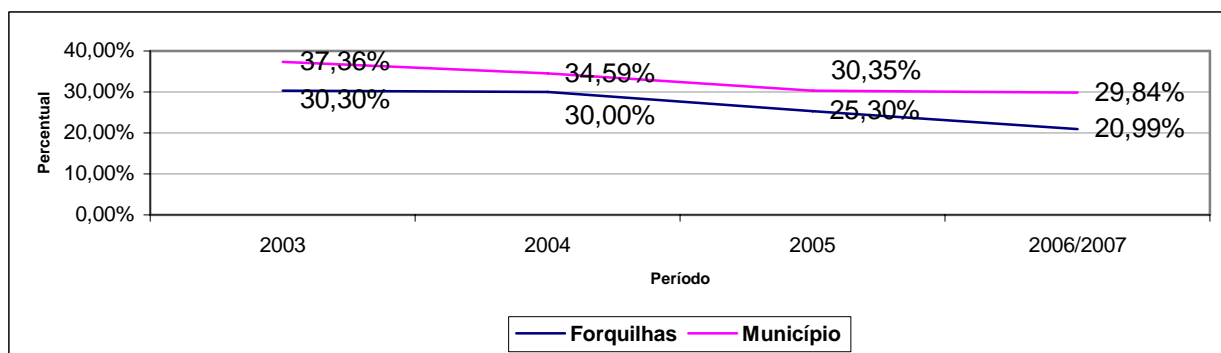


Figura nº 40: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Forquilhas, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

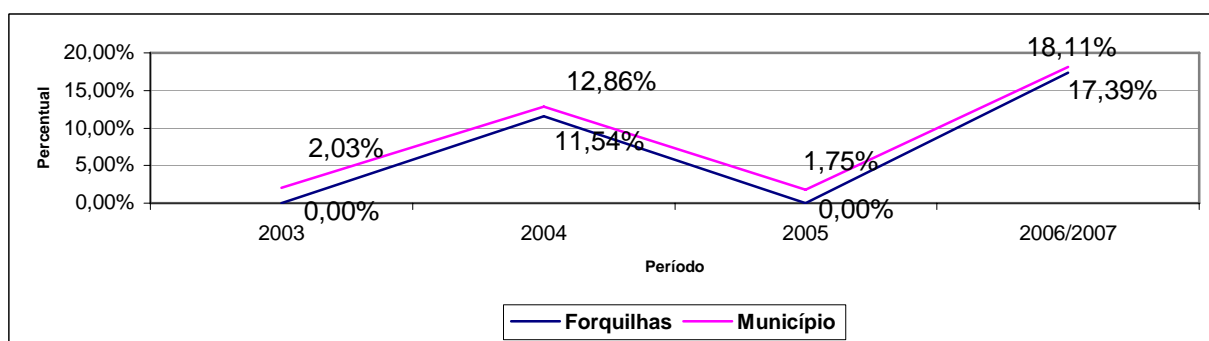


Figura nº 41: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Forquilhas, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

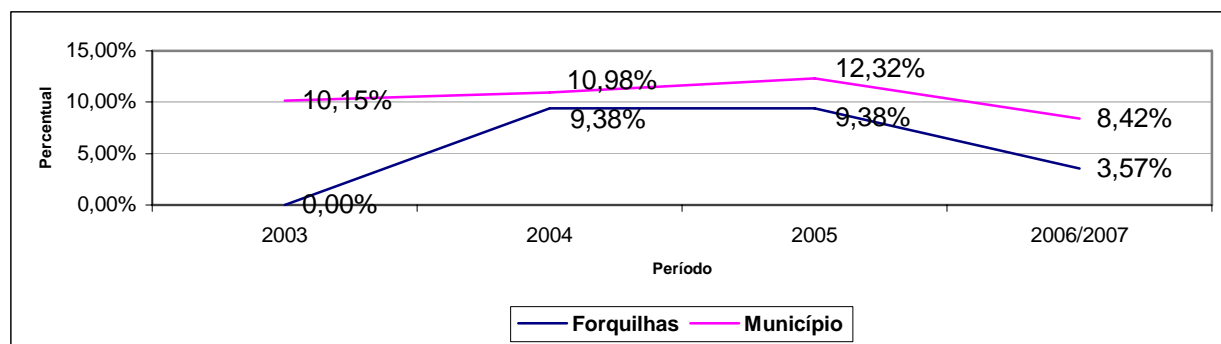


Figura nº 42: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Forquilhas, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

A recuperação dos valores no ano de 2006 clarificam a fragilidade da unidade de Forquilhas quanto à realização dos exames durante o pré-natal haja visto o decréscimo registrado nos exames anti-HIV e VDRL (FIGURA nº 40 e 42) em 2006, e da percentagem de realizações de consultas de pré-natal e exames ficarem abaixo da média municipal neste mesmo ano (FIGURA nº 38) enquanto outros parâmetros analisados ultrapassaram a média de São José, SC.

7 - Centro de Saúde de Forquilha

Na unidade de Forquilha o número de gestantes cadastradas por ano no PHPN cresce progressivamente totalizando 521 gestantes nos 4 anos em estudo, sendo: 89 gestantes em 2003, 127 em 2004, 142 em 2005 e 163 de janeiro de 2006 a janeiro de 2007. Esta unidade é responsável pelo acompanhamento de cerca de 11% das gestantes cadastradas no PHPN em São José, SC, de janeiro de 2003 a janeiro de 2007.

Os percentuais da maioria dos indicadores do processo no PHPN na unidade de Forquilha estão cerca de 15% acima da média municipal com exceção do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames de VDRL onde a partir do ano de 2005 decaiu mantendo-se 3,25% abaixo da média municipal em 2006 conforme Figura nº 43.

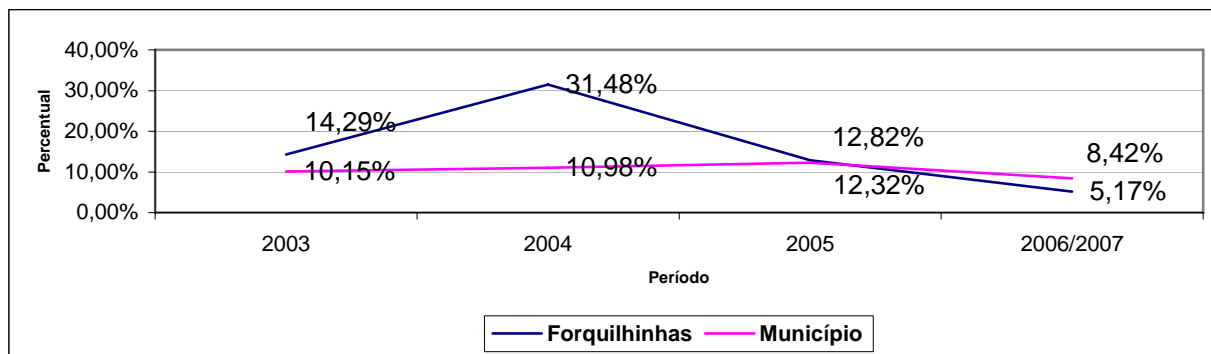


Figura nº 43: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Forquilha, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

A queda nos percentuais de exames de VDRL é relevante uma vez que os exames básicos realizados no pré-natal em Forquilha registraram em média 18% acima dos percentuais municipais (Figura nº 44) inclusive o teste anti-HIV com cerca de 15% acima (Figura nº 45). Além da queda nos percentuais de VDRL em 2005, todos os outros indicadores apresentaram uma queda considerável, cerca de 16%, no ano de 2005 na unidade de Forquilha (Figuras nº 43, 44, 45, 46, 47, 48 e 49).

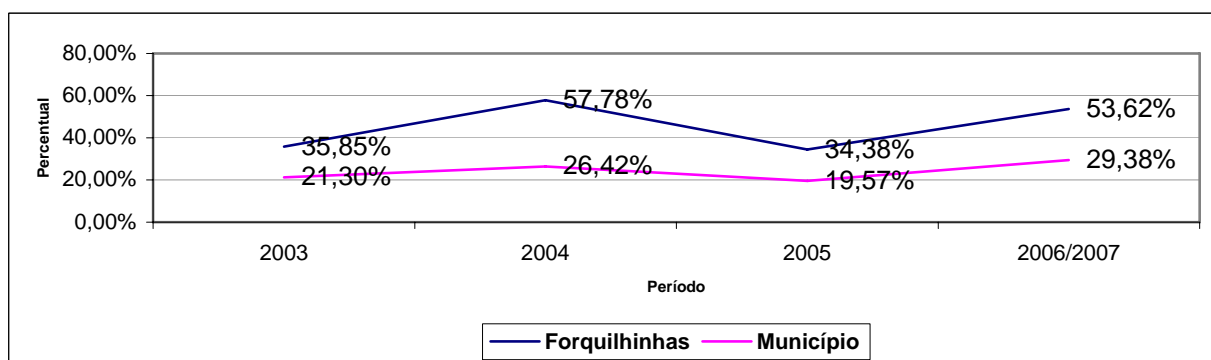


Figura nº 44: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Forquilha, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

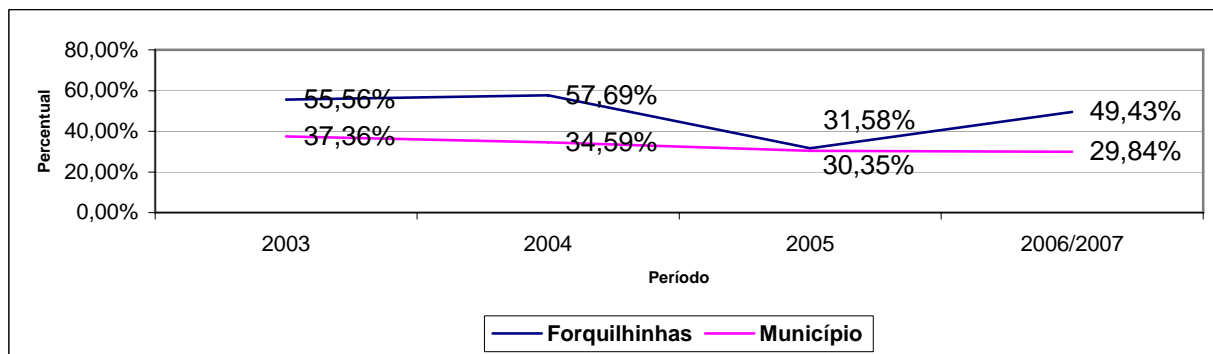


Figura nº 45: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Forquilha, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

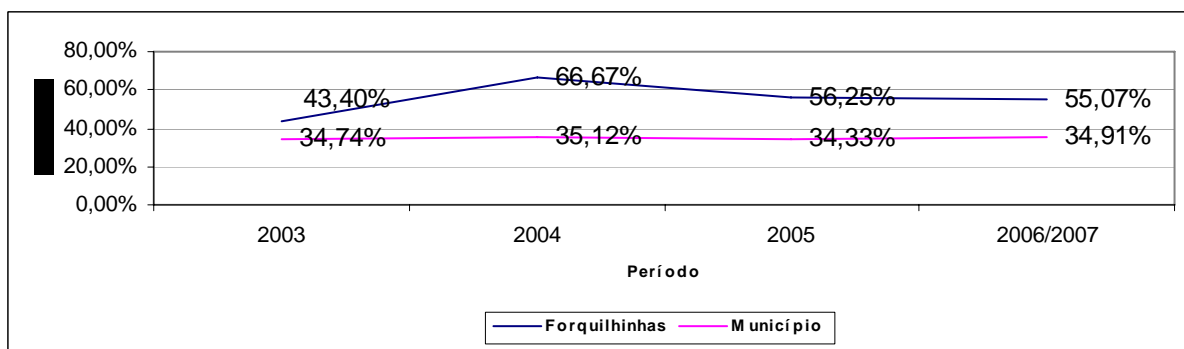


Figura nº 46: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Forquilha, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

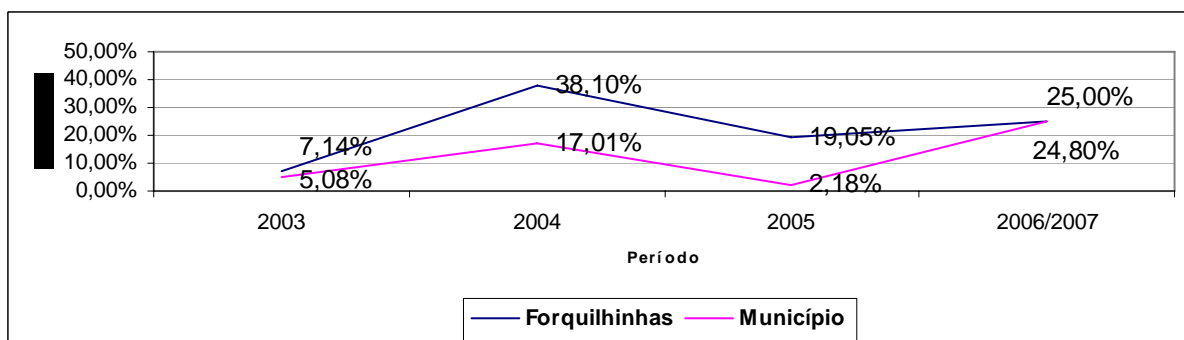


Figura nº 47: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Forquilha, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

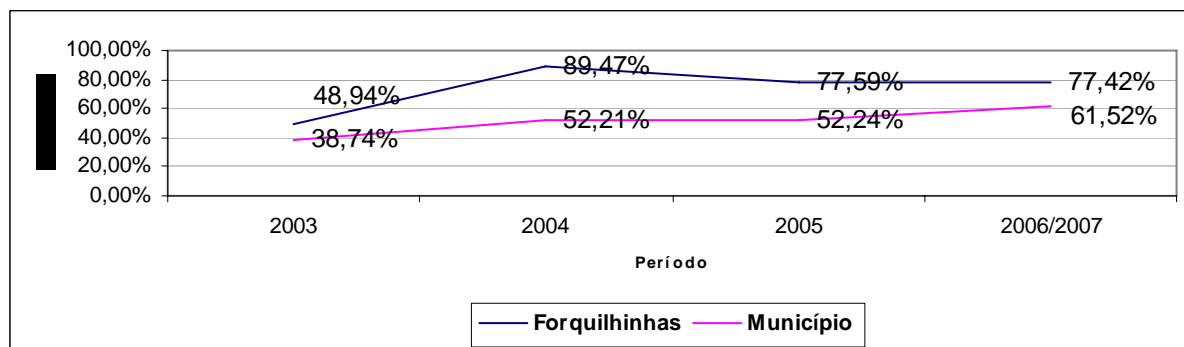


Figura nº 48: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Forquilha, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

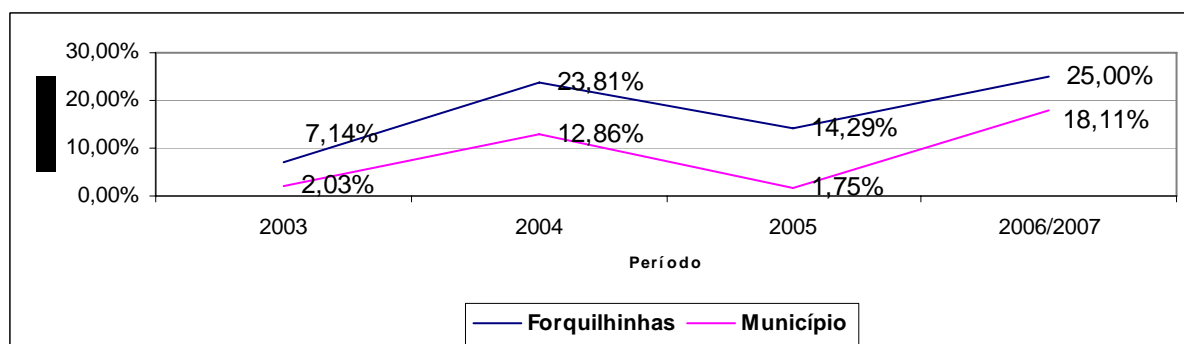


Figura nº 49: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Forquilha, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Em 2006 houve uma grande recuperação nos valores registrados, no entanto, nenhum indicador igualou ou superou o ano de 2004 cujos percentuais revelaram o melhor desempenho da unidade no processo do PHPN em São José, SC.

Destacam-se como potencialidades da unidade os indicadores referentes à imunização anti-tetânica apresentando em 2004 uma cobertura de 89,47% do total de gestante inscritas (Figura nº 48), e o total de gestantes inscritas que completaram as 6 consultas de pré-natal mantendo acima de 50% nos últimos 3 anos (Figura nº 46).

8 - Centro de Saúde Ipiranga

A unidade local de saúde do Ipiranga apresentou a maior média de cadastros efetivados nos 4 (quatro) anos em estudo onde os 138 cadastros/ano correspondem a cerca de 12% de todos os cadastros realizados em São José, SC.

Os indicadores da unidade do Ipiranga apresentaram valores baixos nos percentuais analisados em 2004 e 2005. Observa-se nas Figuras nº 50, 51 e 52 que a realização de 6 (seis) consulta de pré-natal, consulta de puerpério e exames básicos registraram baixa cobertura em 2004 e 2005 e a recuperação em 2006 os manteve ainda com médias inferiores às municipais.

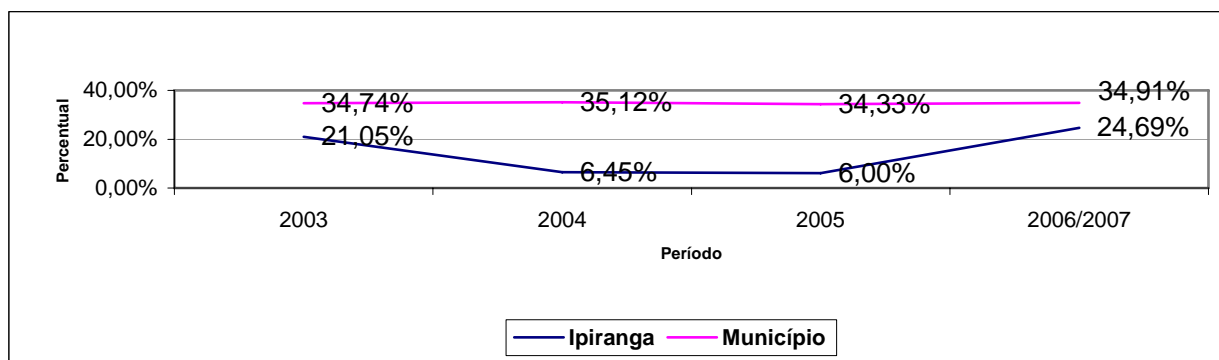


Figura nº 50: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Ipiranga, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

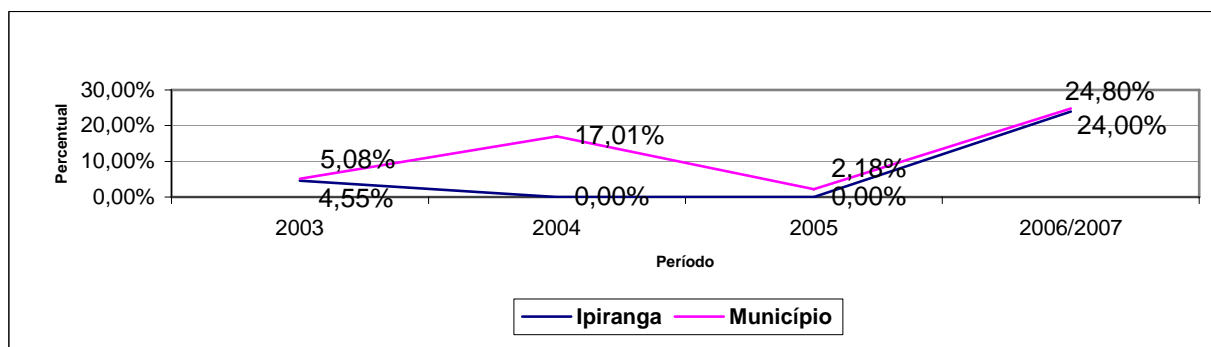


Figura nº 51: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Ipiranga, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

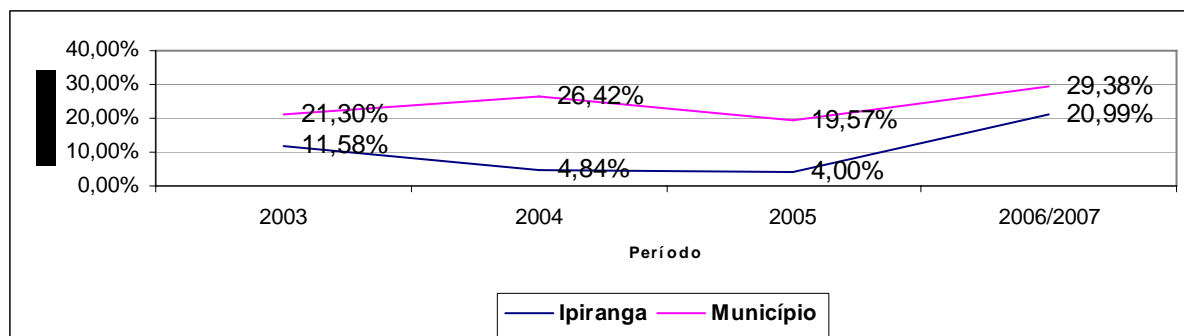


Figura nº 52: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Ipiranga, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Porém, quando analisado o conjunto de assistências de 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica (Figura nº 53), este indicador ultrapassa a média municipal.

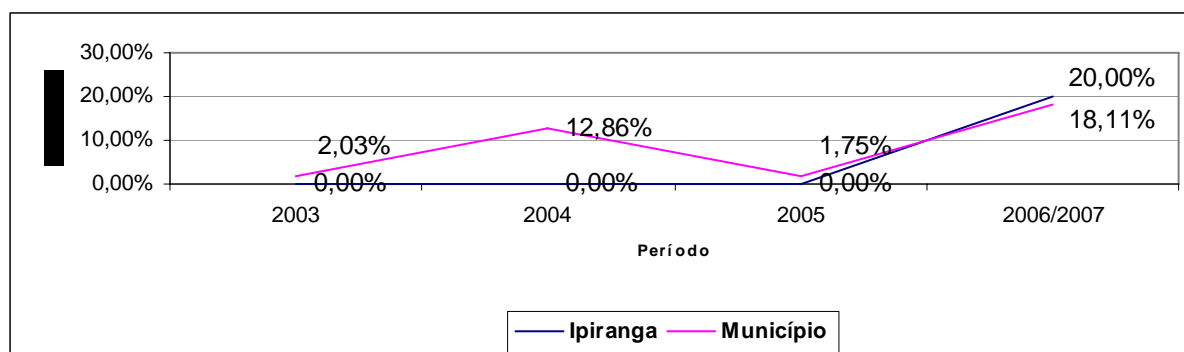


Figura nº 53: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Ipiranga, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Isso se deve a progressão nos valores de imunização antitetânica (Figura nº 54) ao longo dos anos avaliados e ao teste anti-HIV (Figura nº 55) que, apesar de baixo, está muito próximo à média municipal.

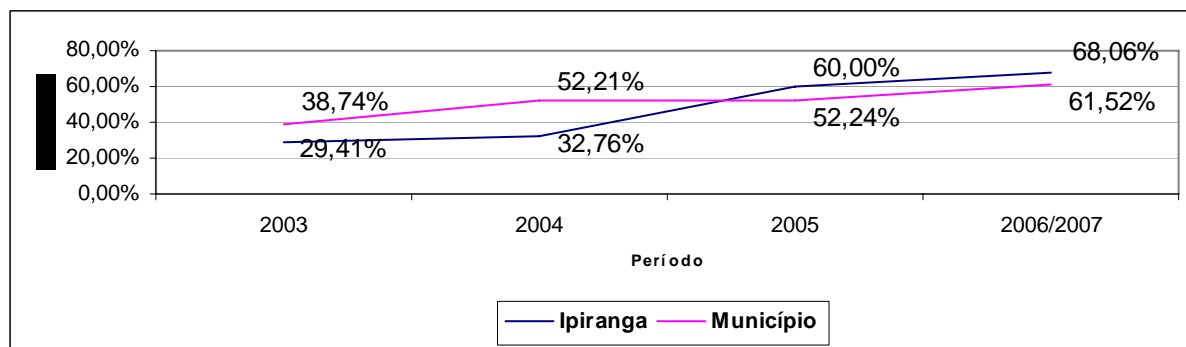


Figura nº 54: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Ipiranga, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

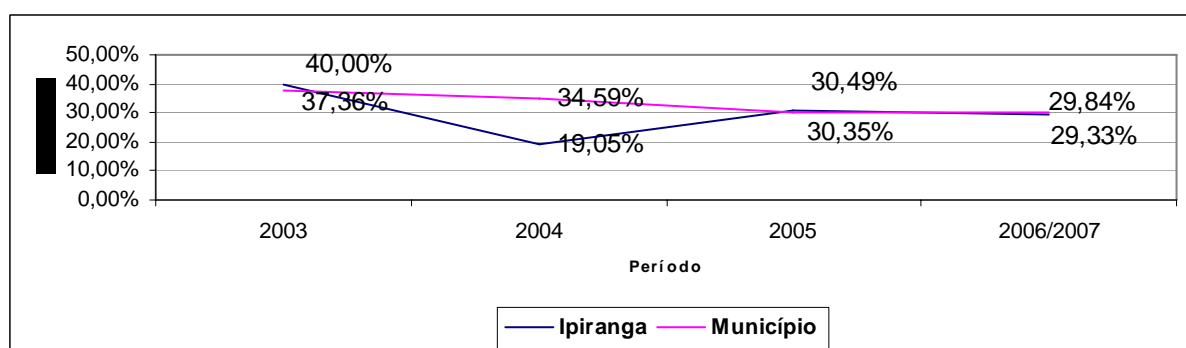


Figura nº 55: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Ipiranga, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

O percentual de gestantes inscritas que realizaram os 2 (dois) exames VDRL, ao contrário da média municipal que decaiu de 2005 para 2006, na unidade do Ipiranga, cresceu 50% ultrapassando 6,47% da média municipal (Figura nº 56).

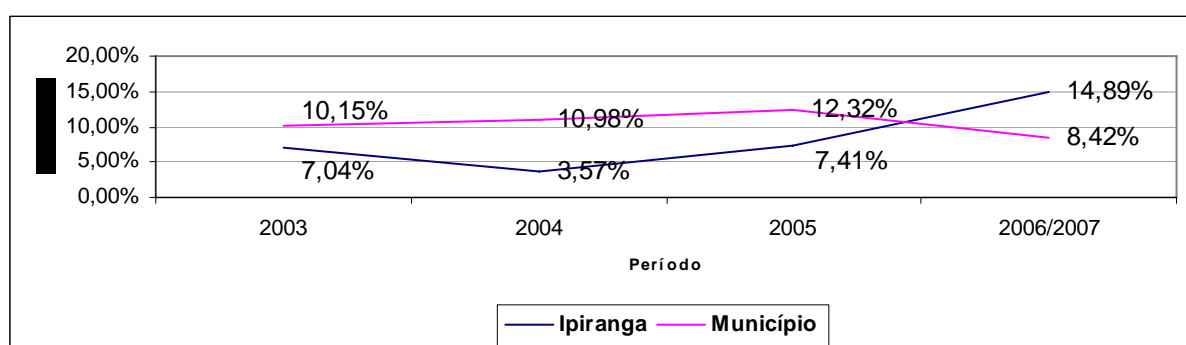


Figura nº 56: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Ipiranga, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

9 - Centro de Saúde Luar

Nos 4 (quatro) anos em estudo, a unidade local Luar cadastrou 481 gestantes o equivalente a 11% do total de gestantes cadastradas em São José, SC.

Os indicadores registrados na unidade em questão estão caracterizados por uma instabilidade nos valores onde os resultados positivos de um ano decresceram no ano seguinte e o contrário também ocorreu, o que pode ser observado nas Figuras nº 57, 58, 59 e 60.

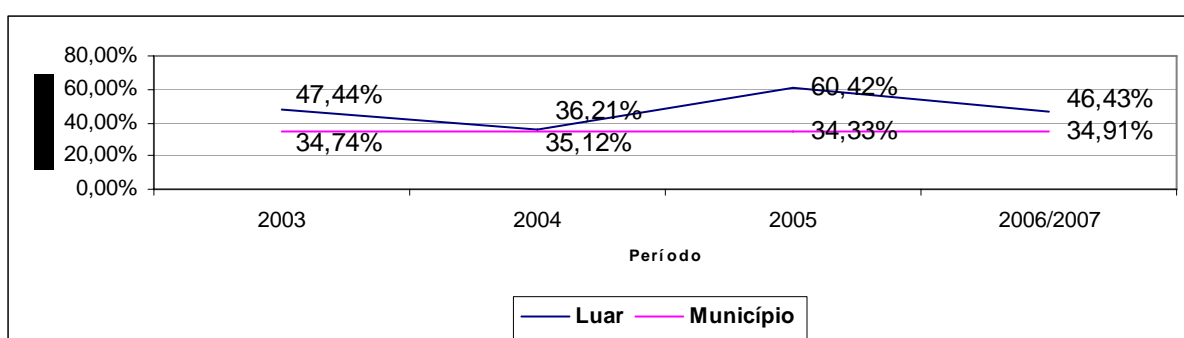


Figura nº 57: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Luar, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

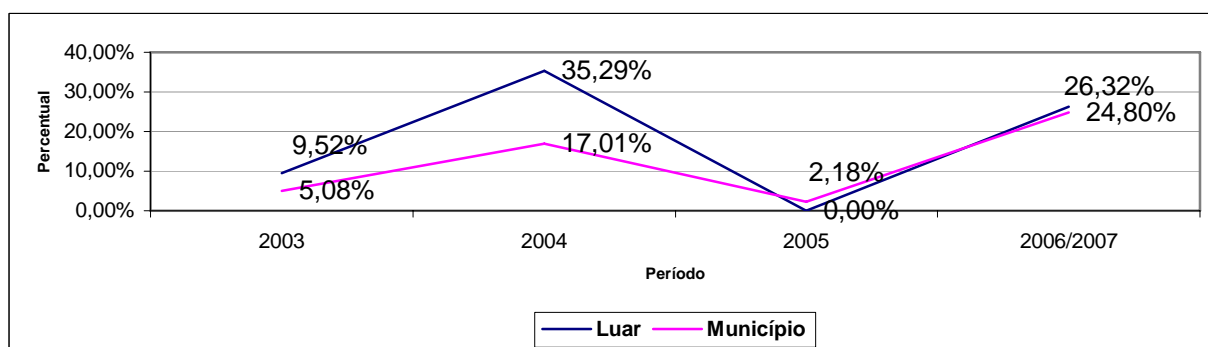


Figura nº 58: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Luar, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

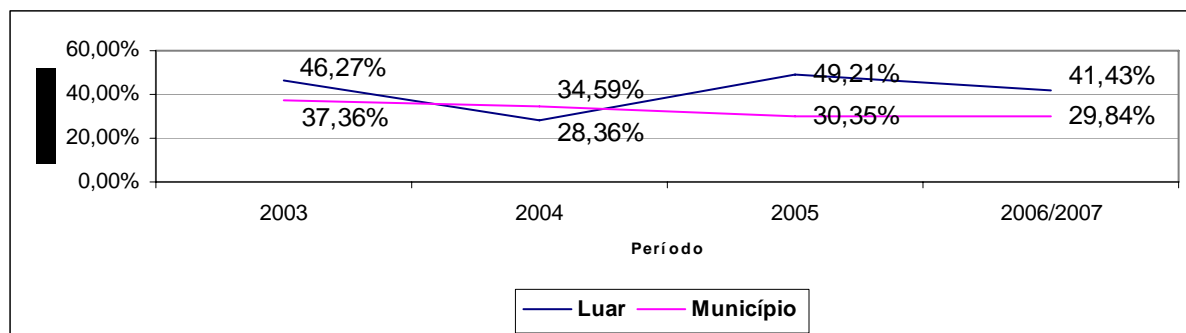


Figura nº 59: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Luar, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

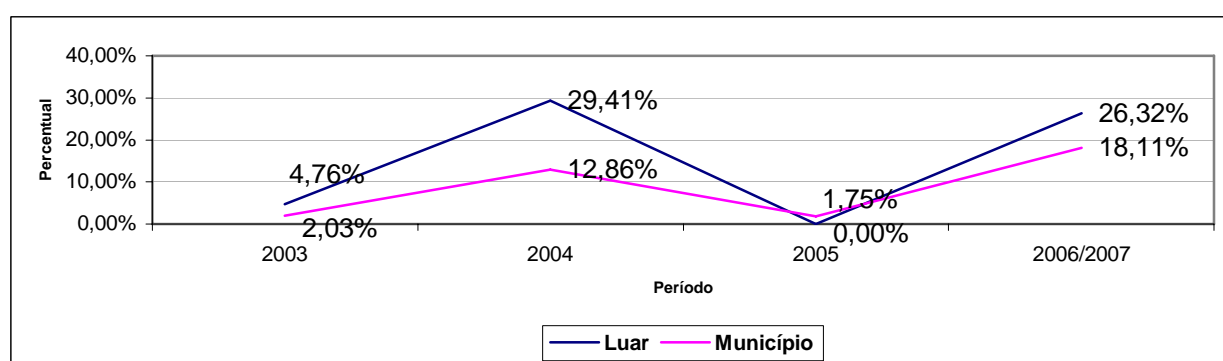


Figura nº 60: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Luar, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Dentre todas as unidades locais de saúde do município de São José, SC, o centro de saúde Luar foi o que menos sofreu queda nos valores no ano de 2005, no entanto, muitos indicadores decresceram no ano de 2006 como se observa nas figuras nº 57, 59, 61 e 62, permanecendo ainda acima da média municipal.

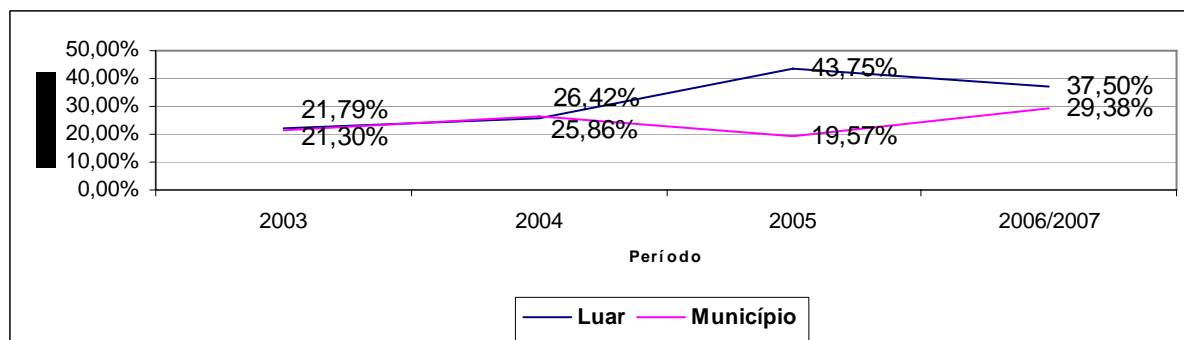


Figura nº 61: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Luar, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

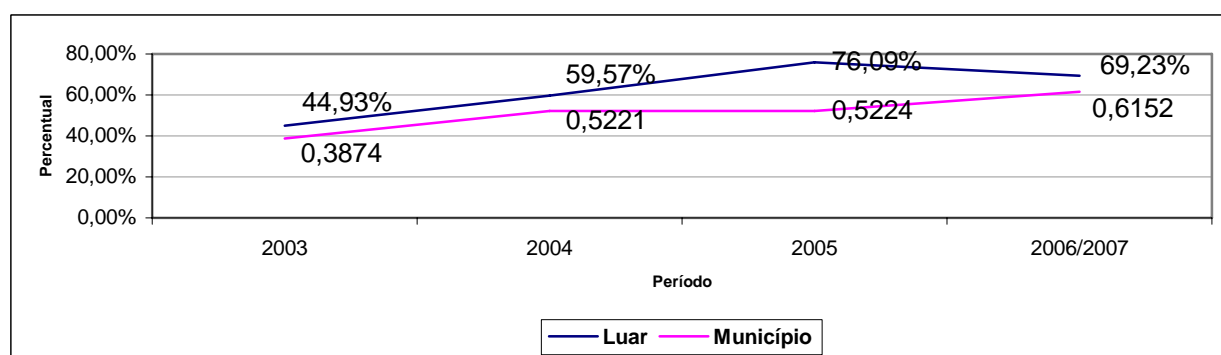


Figura nº 62: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Luar, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

A potencialidade da unidade é o percentual de gestantes que realizaram a imunização antitetânica adequada cuja cobertura nos últimos 3 (três) anos foi acima de 50%. A fragilidade da unidade é a realização de 2 (dois) VDRL que, apesar de estar acima da média municipal em 2006, abrange apenas 15% do total de gestantes inscritas Figura nº 63.

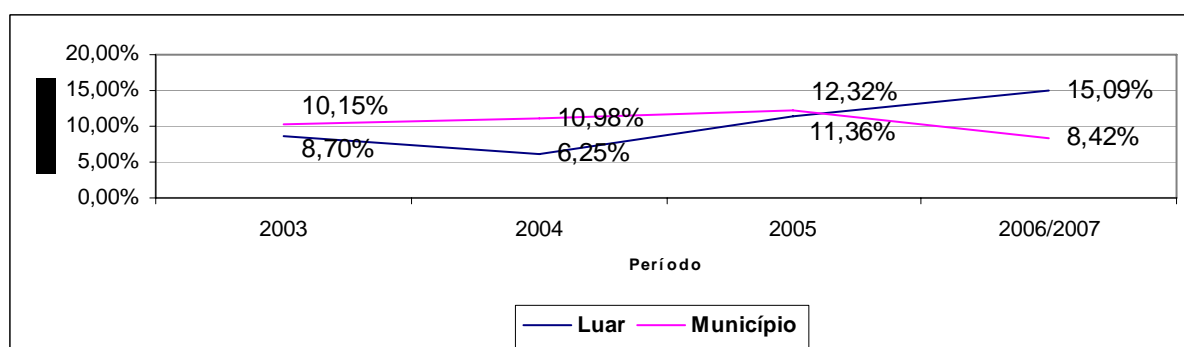


Figura nº 63: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Luar, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

10 - Centro de Saúde Morar Bem

A unidade local de saúde Morar Bem iniciou o registro de seus cadastros no SISPRENATAL em abril de 2004 com 41 cadastros, em 2005 com 74 e em 2006/janeiro de 2007 com 56 gestantes cadastradas.

De maneira geral, os indicadores mantiveram uma progressão de 2004 a 2006 com exceção do percentual de consultas pré-natal (Figura nº 64) que decaiu 5% em 2006 e o teste anti-HIV que decaiu em 2005 recuperando em 2006 (Figura nº 65).

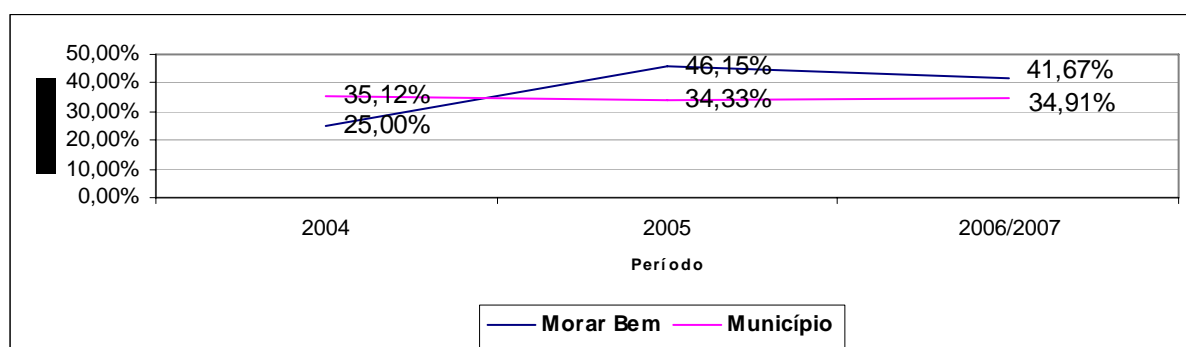


Figura nº 64: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Morar Bem, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2004 – Jan./2007.

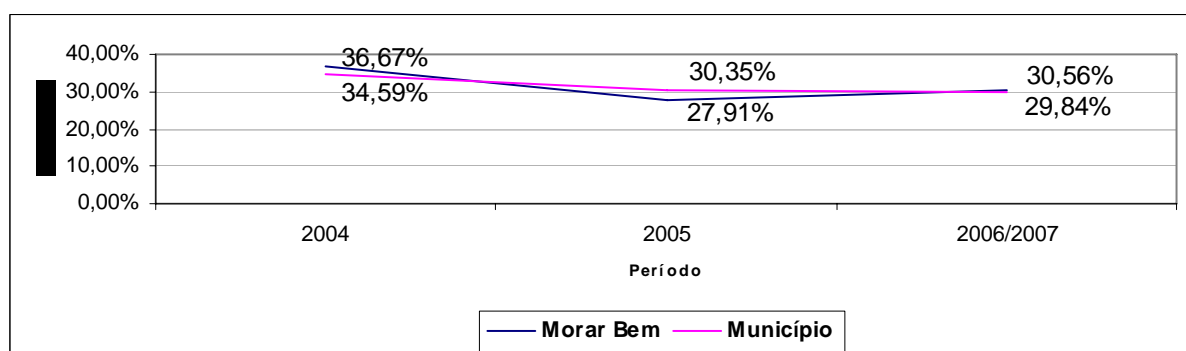


Figura nº 65: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Morar Bem, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2004 – Jan./2007.

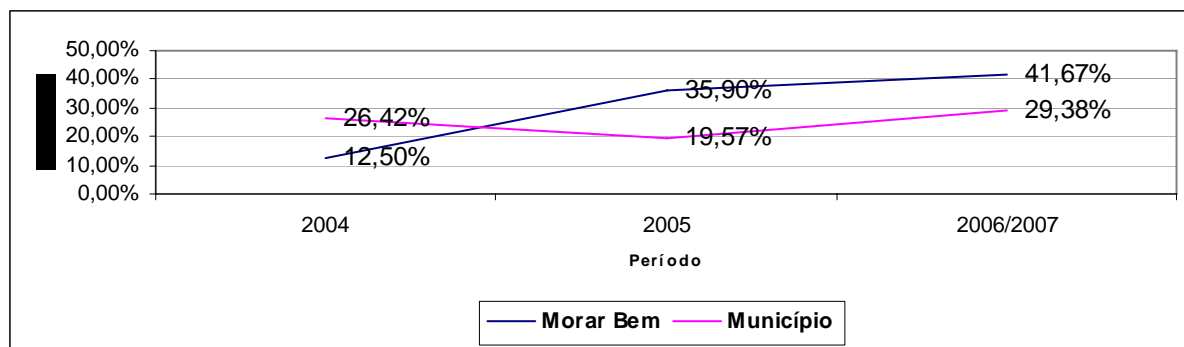


Figura nº 66: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Morar Bem, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2004 – Jan./2007.

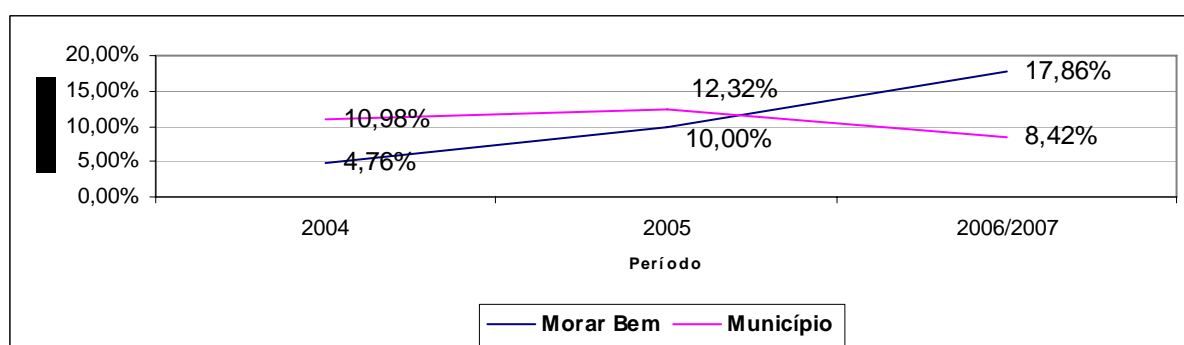


Figura nº 67: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Morar Bem, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2004 – Jan./2007.

Em 2006 todos os indicadores registraram percentuais acima da média municipal destacando-se 50% de consulta de puerpério (Figura nº 68) e de 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica (Figura nº 69); e 77,27% de imunização antitetânica (Figura nº 70).

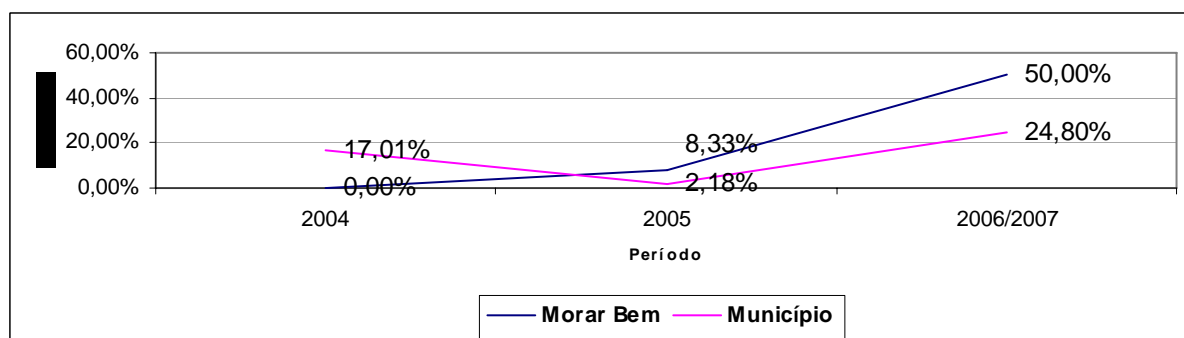


Figura nº 68: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Morar Bem, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2004 – Jan./2007.

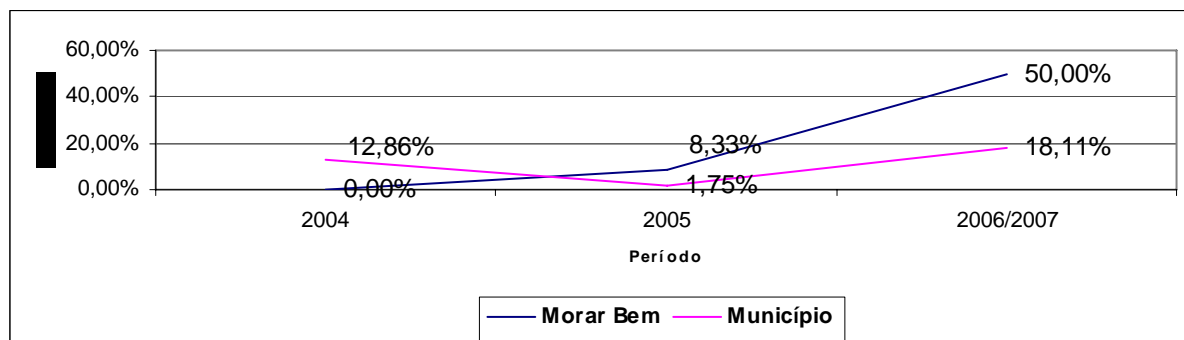


Figura nº 69: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Morar Bem, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2004 – Jan./2007.

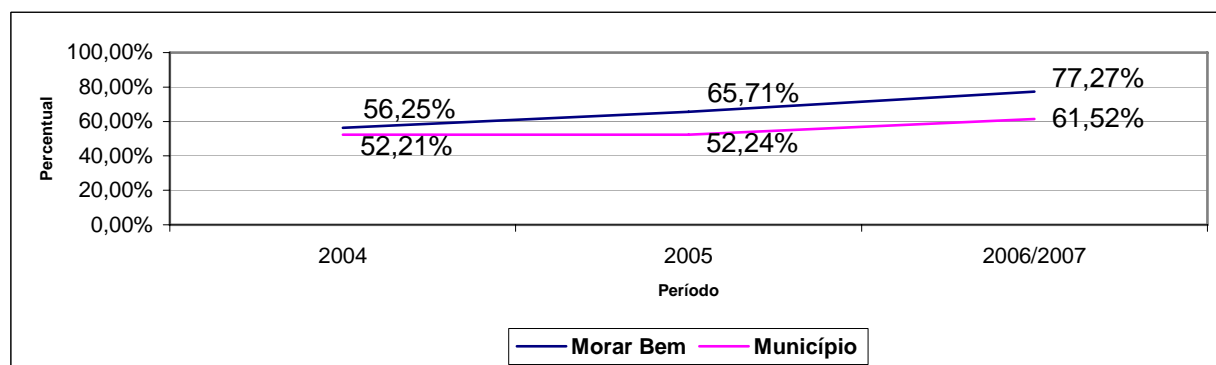


Figura nº 70: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Morar Bem, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2004 – Jan./2007.

11 - Centro de Saúde Picadas do Sul

O número de gestantes cadastradas na unidade de Picadas do Sul cresceu 38% nos últimos 4 (quatro) anos onde em 2003 apresentou 67 gestantes e em 2006 registrou 107 gestantes cadastradas no PHPN.

Nos 4 (quatro) anos avaliados no estudo, a unidade de Picadas do Sul apresentou 78% das percentagem de todos os indicadores, abaixo da média municipal. Em 2004 alguns indicadores registraram valores acima da média municipal como mostra nas figuras nº 74, 76 e 78, no entanto, após uma queda de cerca de 26% nos percentuais no ano de 2005 os indicadores apresentaram índices 0% (Figuras nº 71, 72, 73, 75 e 77) com exceção da Imunização que registrou 6,25% de cobertura (Figura nº 77).

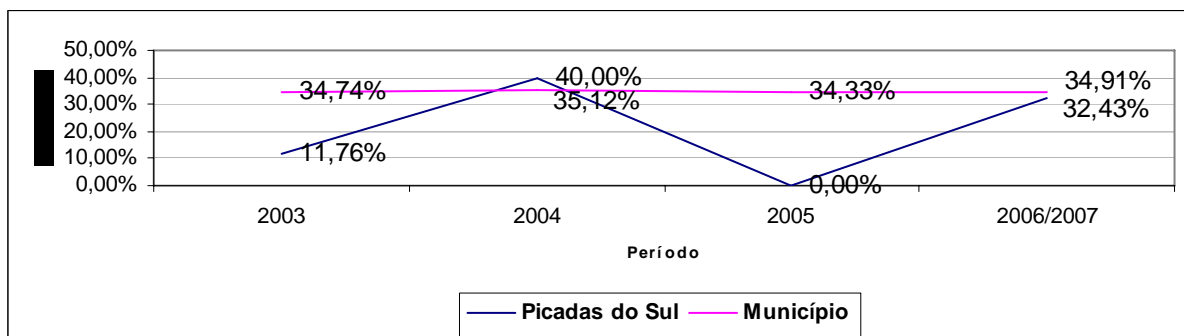


Figura nº 71: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Picadas do Sul, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

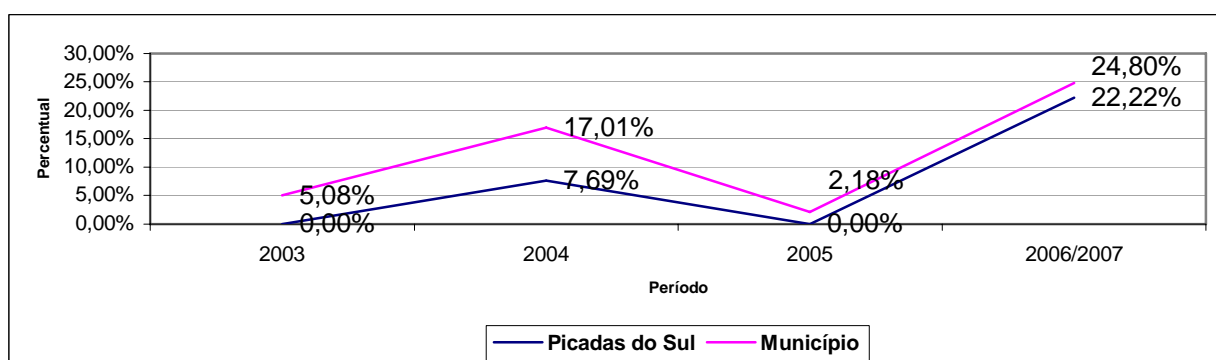


Figura nº 72: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Picadas do Sul, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

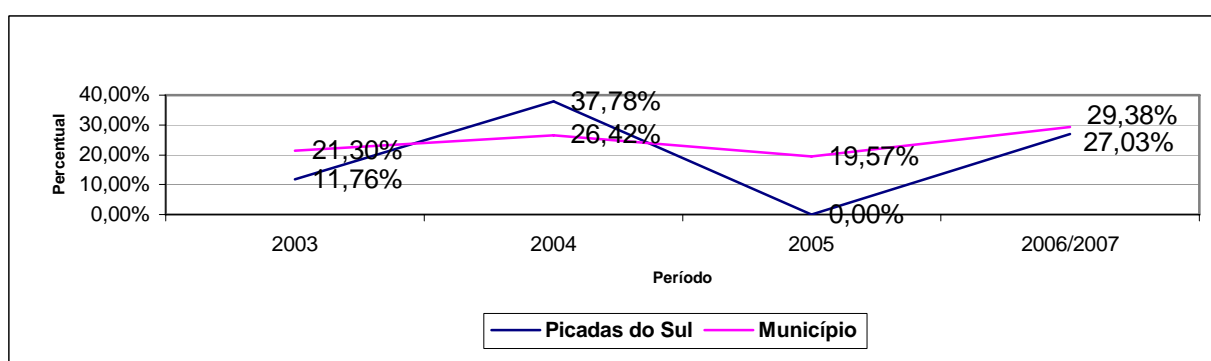


Figura nº 73: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Picadas do Sul, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

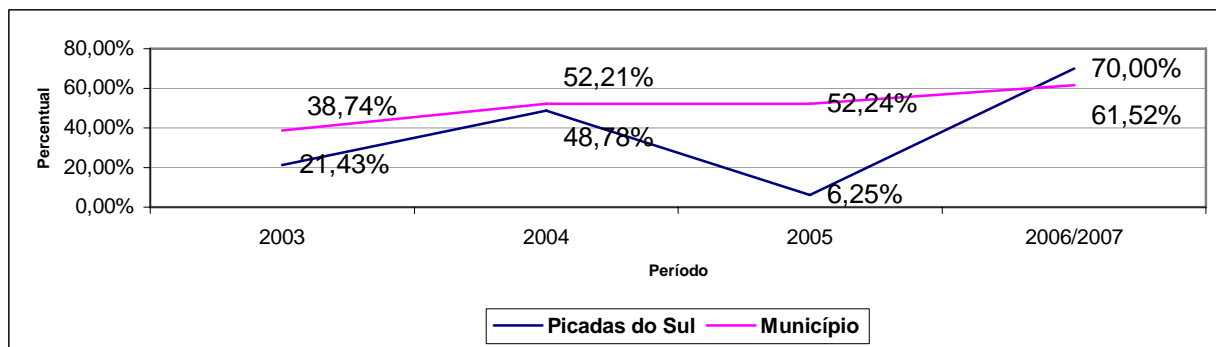


Figura nº 74: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Picadas do Sul, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

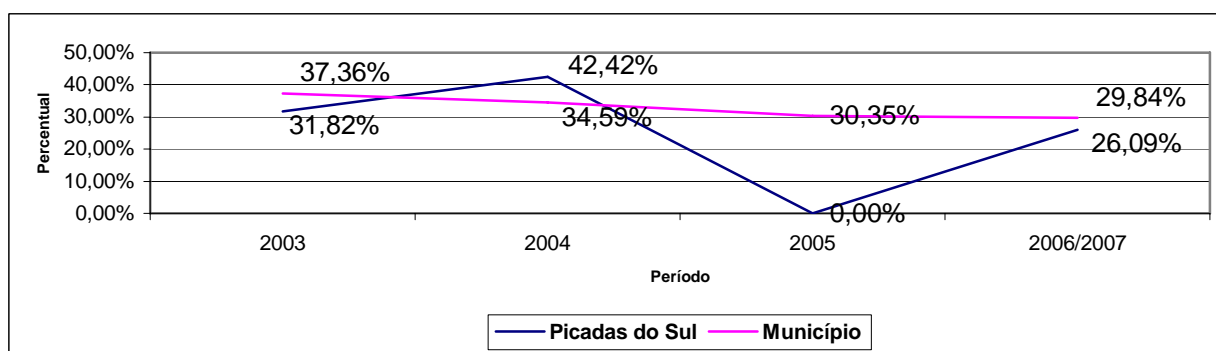


Figura nº 75: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Picadas do Sul, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

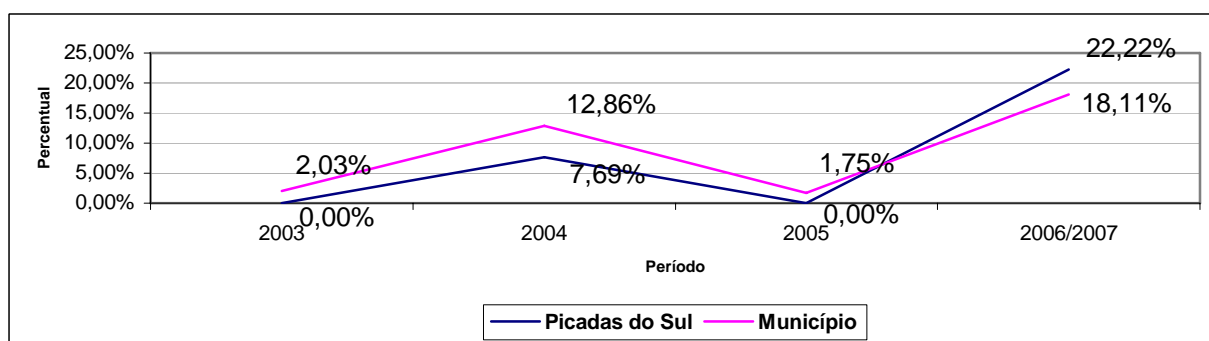


Figura nº 76: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Picadas do Sul, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

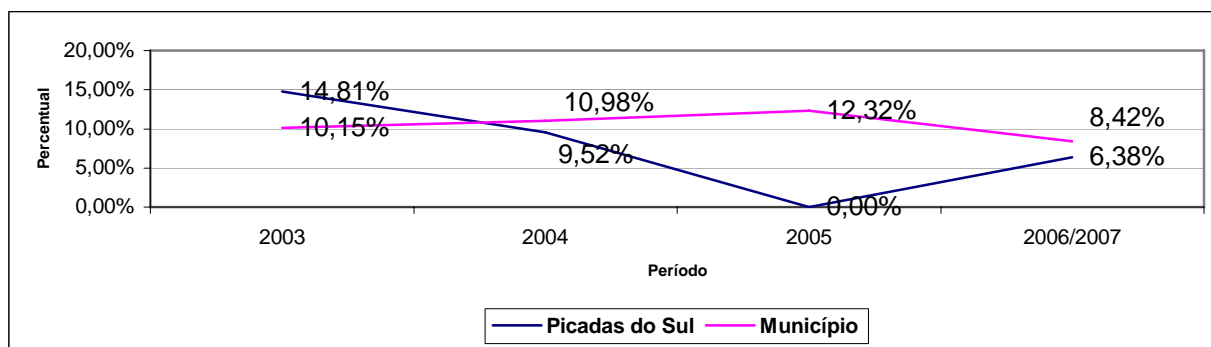


Figura nº 77: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Picadas do Sul, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Em 2006 observa-se uma recuperação de 28% em média, mas, os indicadores ainda permanecem abaixo da média municipal. Exceto o percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica (Figura nº 76) e a imunização antitetânica avaliada como uma referência individual como mostra na figura nº 74.

A unidade de Picadas do Sul apresenta como fragilidade o número de gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério (Figura nº 72) uma vez que no período em estudo permaneceu abaixo da média municipal indicando 0% em 2003 e 2005 e depois de 5 (cinco) anos de implantação do programa na unidade os índices de realização da consulta pré-natal apontam apenas 22,22% de controle em 2006.

12 - Policlínica

No ano de 2003 a Policlínica de São José realizou 22% de todos os cadastros efetivados no município. Já em 2006 a Policlínica realizou apenas 6,5% de todos os cadastros efetivados. De maneira geral, a redução do número de gestantes cadastradas ao longo dos 4 (quatro) anos em estudo foi de 50% tendo em vista que em 2003 foram 182 gestantes e em 2006 apenas 91 cadastros.

Diferente de outras unidades locais de São José cuja queda brusca nos percentuais foi em 2005, a Policlínica apresenta enfraquecimento nos índices em 2004 (Figuras nº

78, 79, 80, 81, 82, 83 e 84). Apesar da recuperação dos anos seguintes, apenas o percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV (Figura nº 82) e os 2 (dois) exames VDRL (Figura nº 84) ultrapassaram a média municipal em 2006.

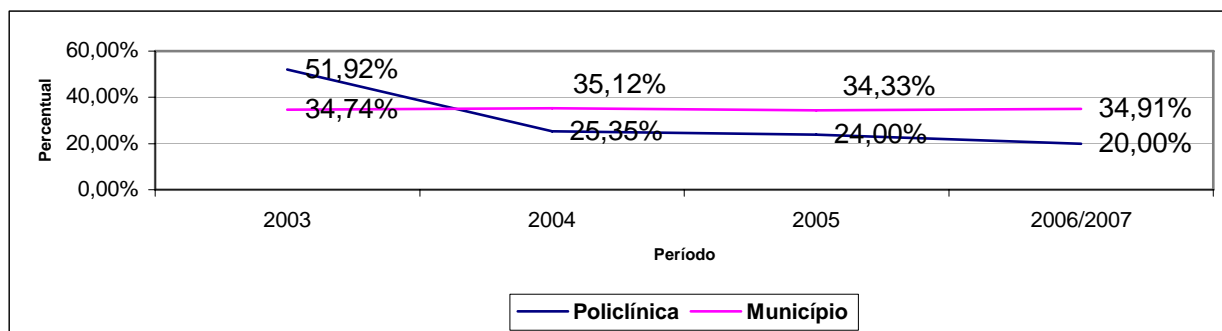


Figura nº 78: Comparação entre a média municipal de São José e a Policlínica, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

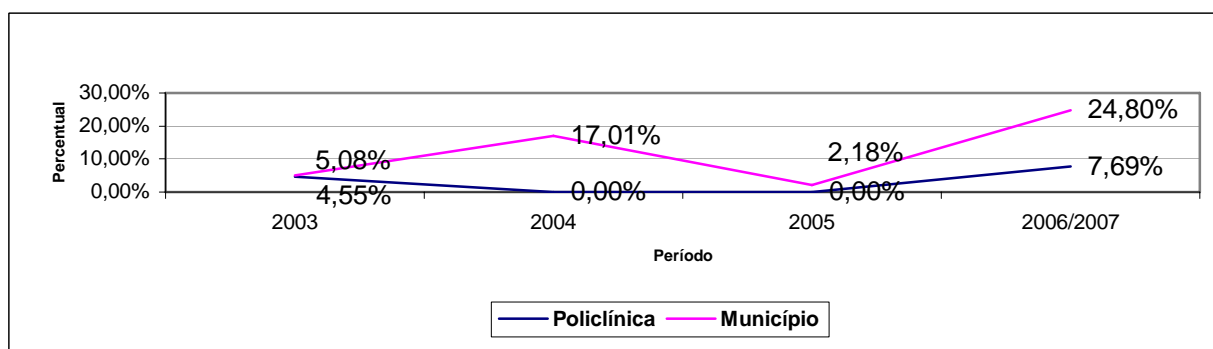


Figura nº 79: Comparação entre a média municipal de São José e a Policlínica, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

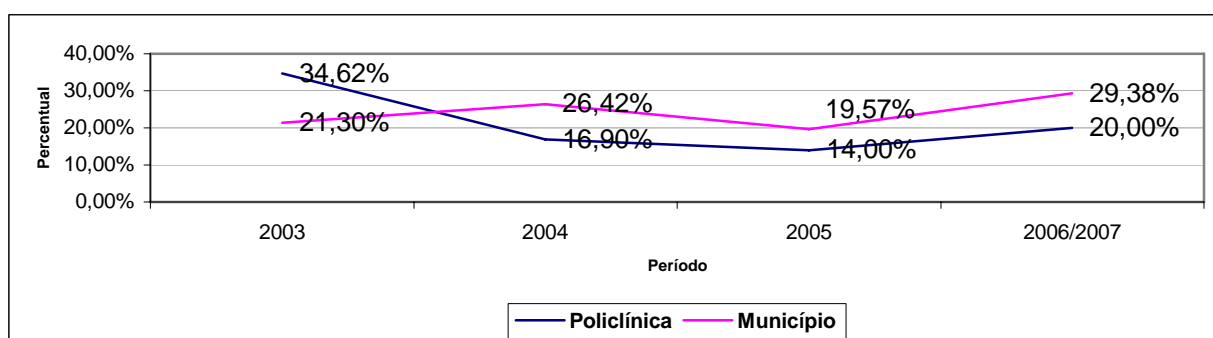


Figura nº 80: Comparação entre a média municipal de São José e a Policlínica, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

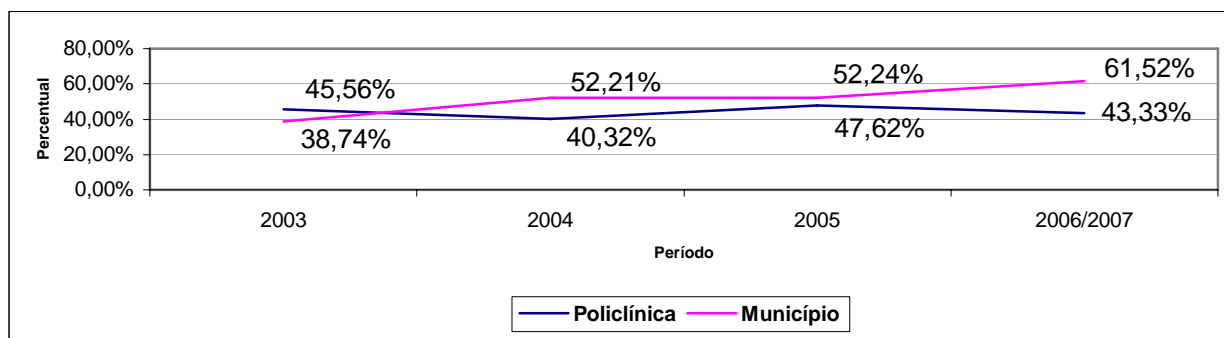


Figura nº 81: Comparação entre a média municipal de São José e a Policlínica, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

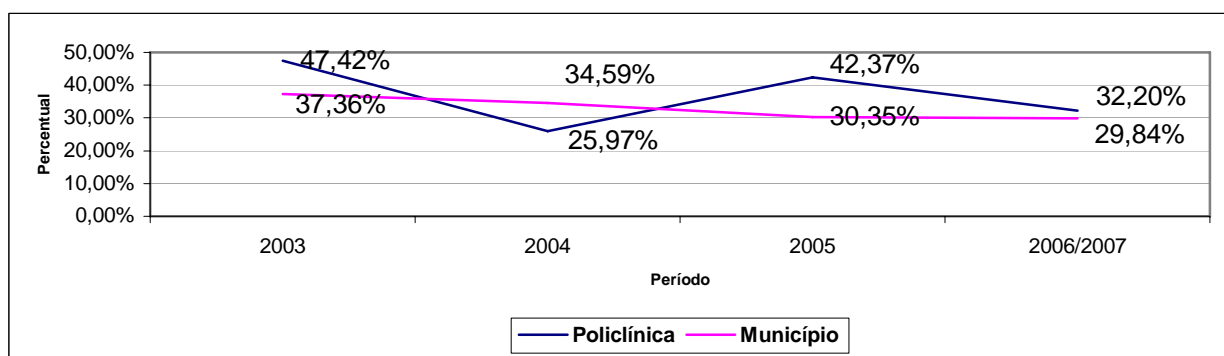


Figura nº 82: Comparação entre a média municipal de São José e a Policlínica, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

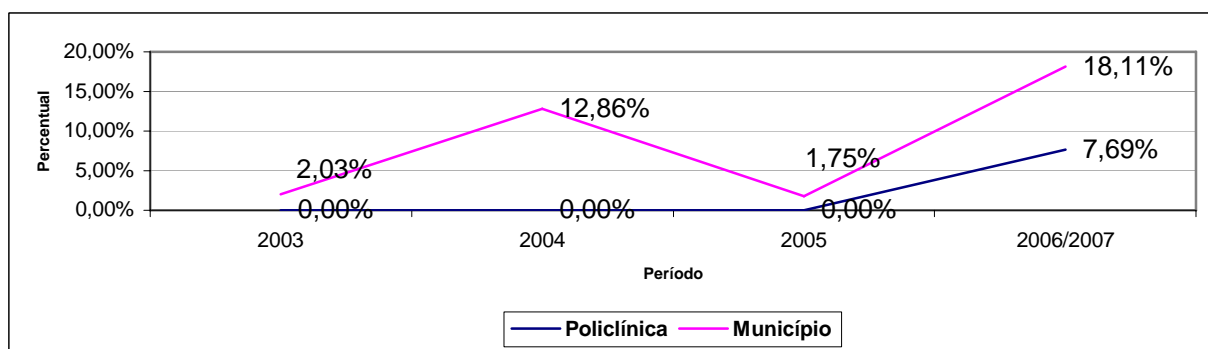


Figura nº 83: Comparação entre a média municipal de São José e a Policlínica, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

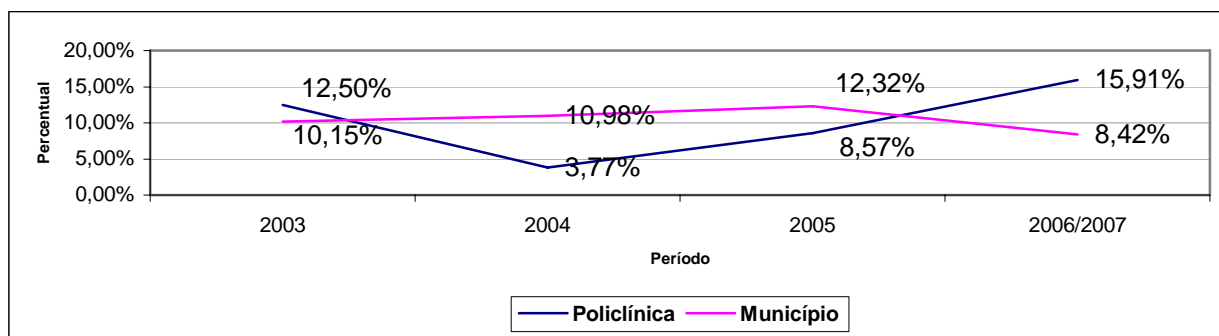


Figura nº 84: Comparação entre a média municipal de São José e a Policlínica, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Dentre as fragilidades encontradas na Policlínica a realização de consulta de puerpério (Figura nº 79) e exames básicos (FIGURA nº 80) emergiram, principalmente quando avaliadas em um conjunto de atividade como 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica (FIGURA nº 83).

A média de 44,2% de cobertura imunizante da vacina antitetânica nas gestantes inscritas no PHPN na Policlínica, representadas na figura nº 81, faz deste indicador uma potencialidade da unidade.

13 - Centro de Saúde Procasa

De 2003 a janeiro de 2007 a unidade local de saúde da Procasa cresceu em 30% o número de gestantes cadastradas no PHPN em São José. No entanto os 86 cadastramentos efetuados pela unidade em 2006, equivalem a 6% do total registrado no município.

Os indicadores de percentual de gestantes que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal, exames básicos, imunização, teste anti-HIV e VDRL representados pelas FIGURAS nº 85, 86, 87, 88 e 89 respectivamente, apresentaram característica semelhantes nos resultados da análise pois, após queda nos percentuais em 2004, recuperaram seus valores permanecendo abaixo da média municipal em 2006.

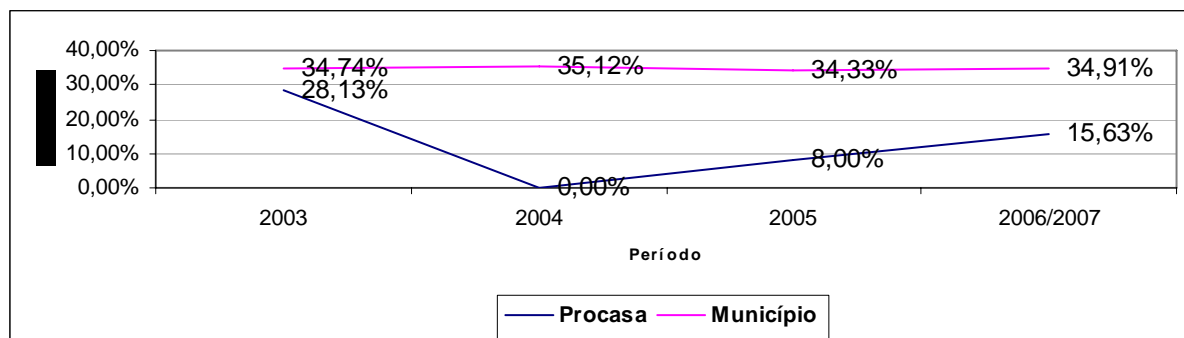


Figura nº 85: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Procasa, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

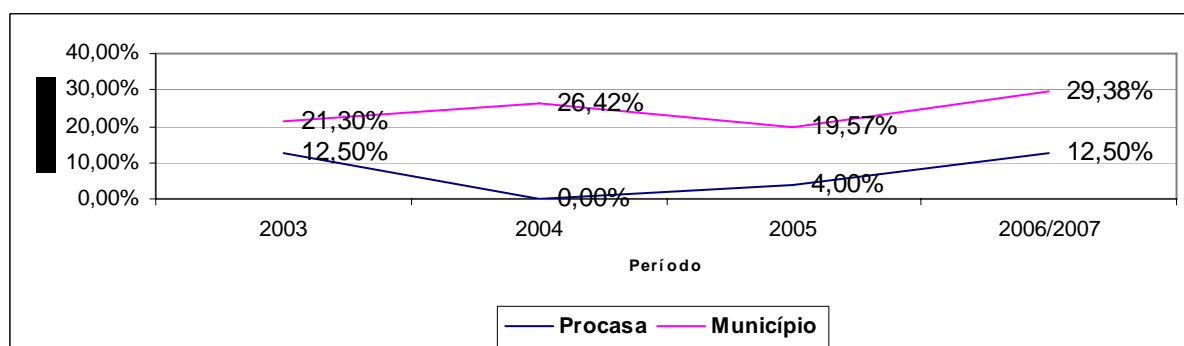


Figura nº 86: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Procasa, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

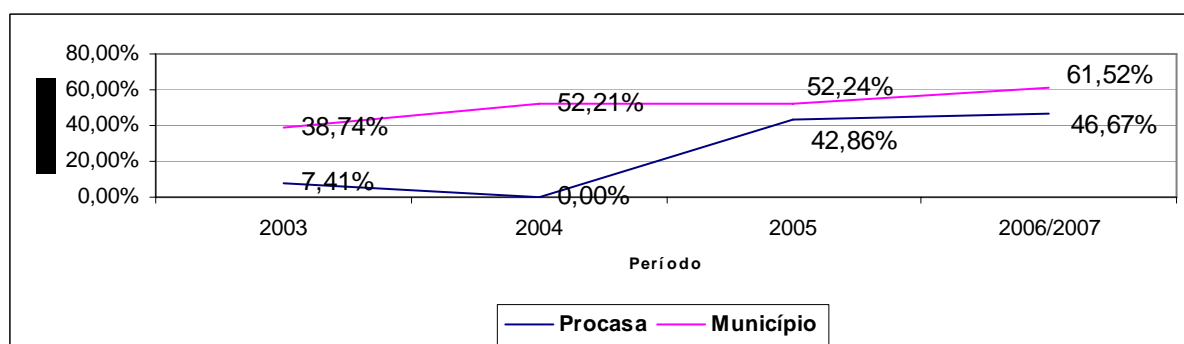


Figura nº 87: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Procasa, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

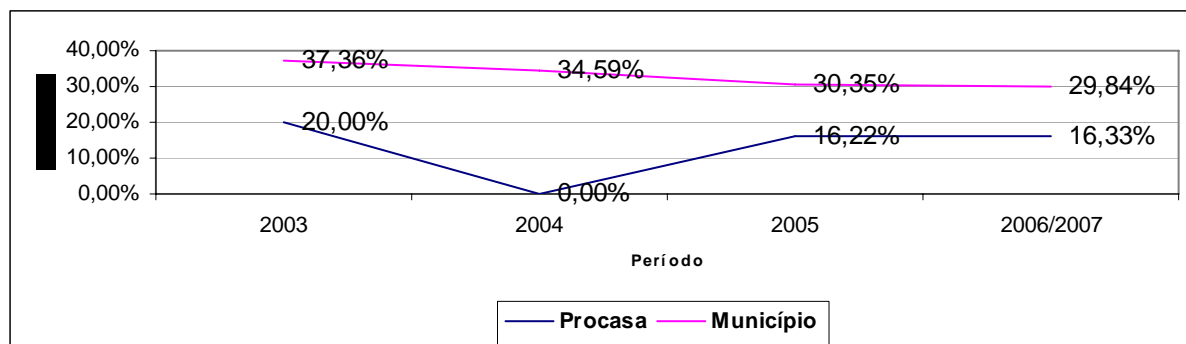


Figura nº 88: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Procasa, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

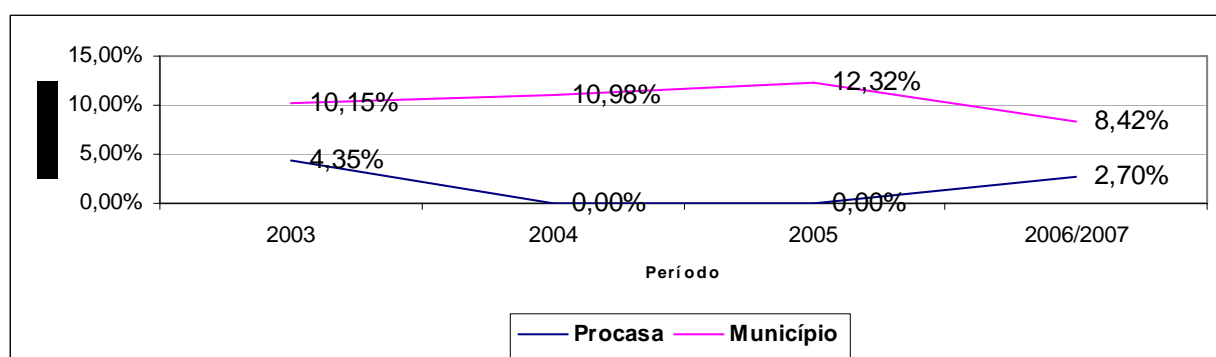


Figura nº 89: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Procasa, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Já o indicadores de consulta de puerpério (FIGURA nº 90) e 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica registraram percentuais de 0% em todo o período analisado (FIGUA nº 91).

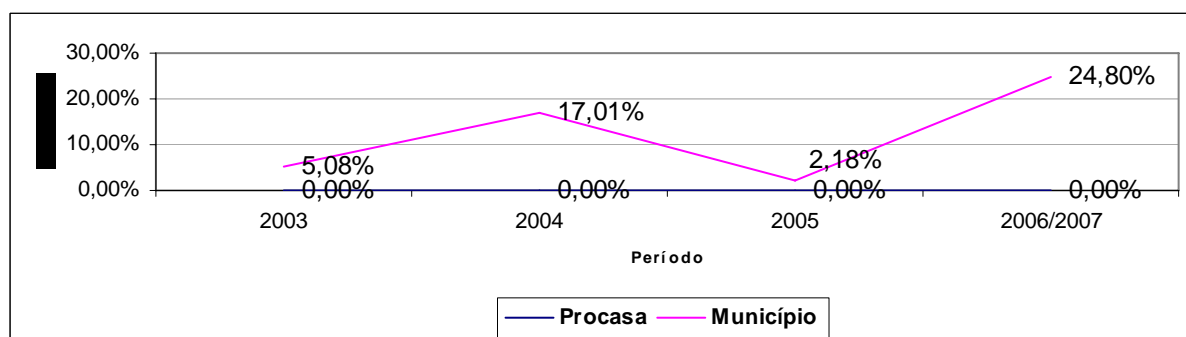


Figura nº 90: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Procasa, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e uma consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

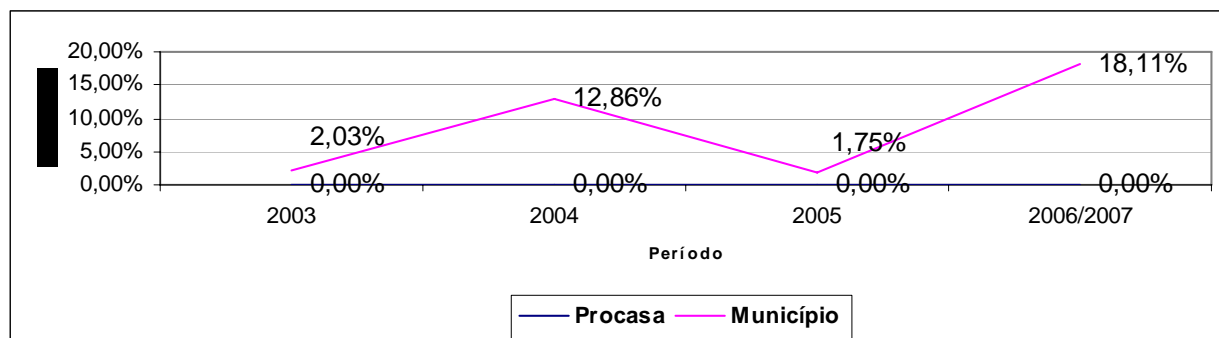


Figura nº 91: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Procasa, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Observa-se também que em 2004 todos os indicadores apresentaram índice 0%,o que demonstra uma deficiência na operacionalização do programa na unidade.

14 - Centro de Saúde Roçado

O crescimento do número de gestantes cadastradas na unidade do Roçado nos quatro anos analisados foi de 81% o que caracteriza uma otimização nas práticas administrativas e assistenciais na operacionalização do programa.

Os resultados apresentados nos dois primeiros anos (2003 e 2004) pela unidade do Roçado são negativos tendo em vista que 71% dos indicadores registraram 0% onde os 29% restantes foram índices inferiores a 7% com exceção da realização de 2 (dois) exames VDRL e imunização que alcançaram 10% em 2004 (Figuras nº 92, 93, 94, 95, 96, 97 e 98).

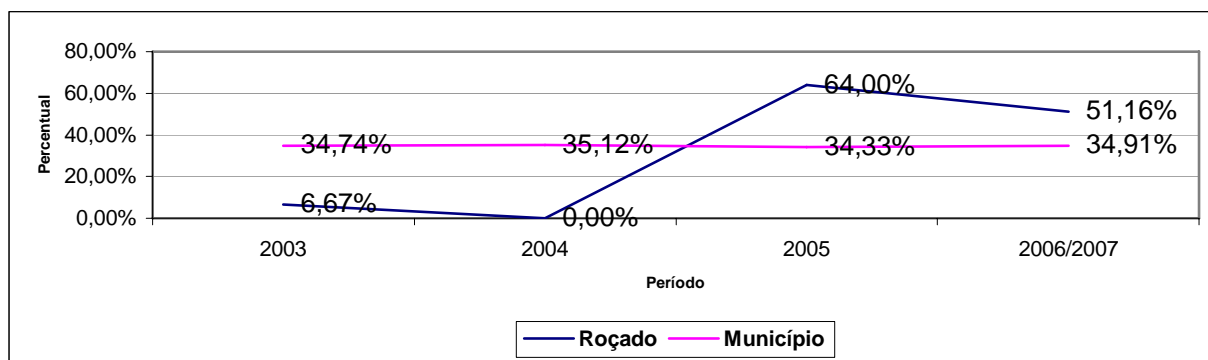


Figura nº 92: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Roçado, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

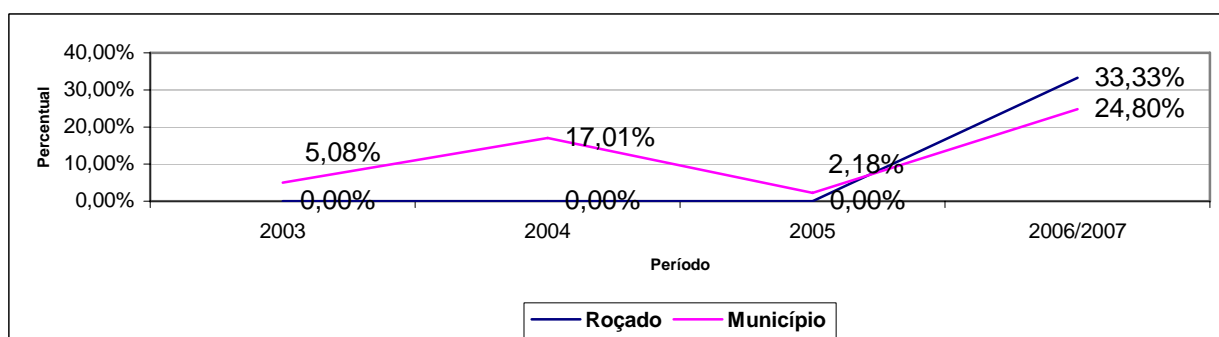


Figura nº 93: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Roçado, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

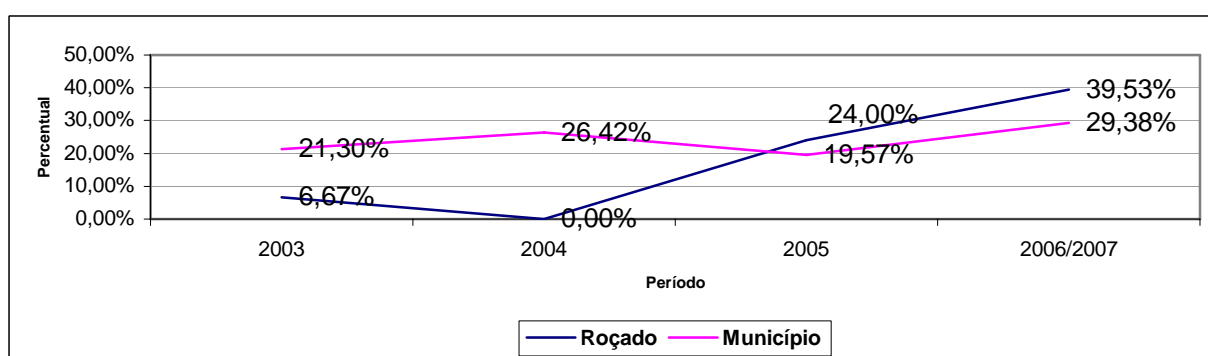


Figura nº 94: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Roçado, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

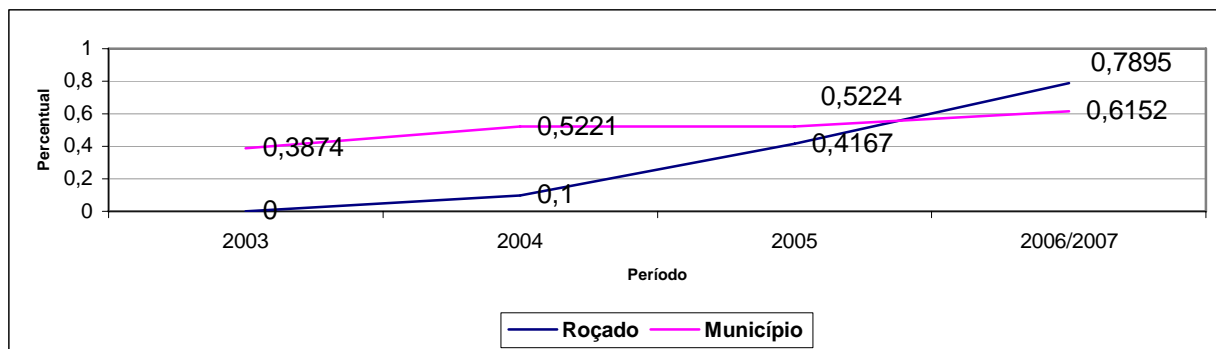


Figura nº 95: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Roçado, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

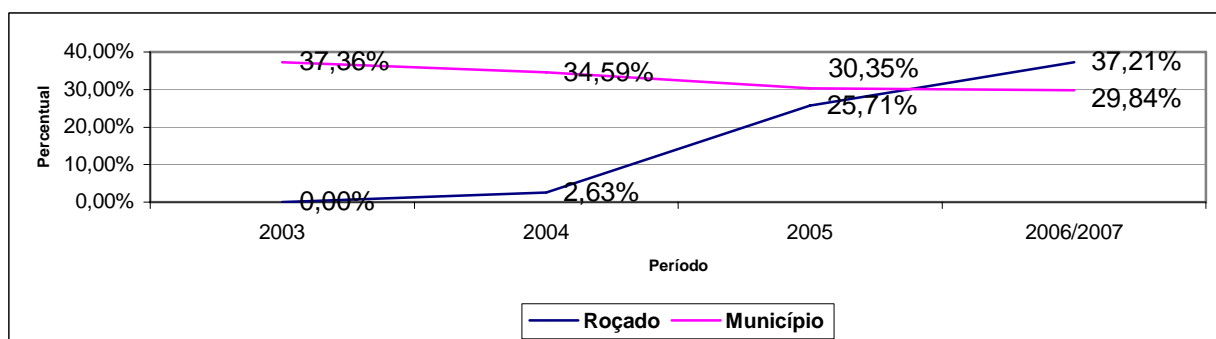


Figura nº 96: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Roçado, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

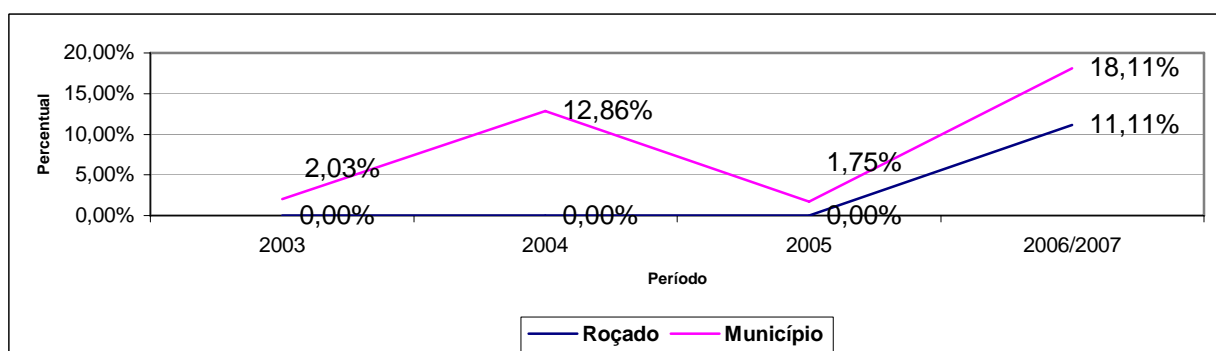


Figura nº 97: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Roçado, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

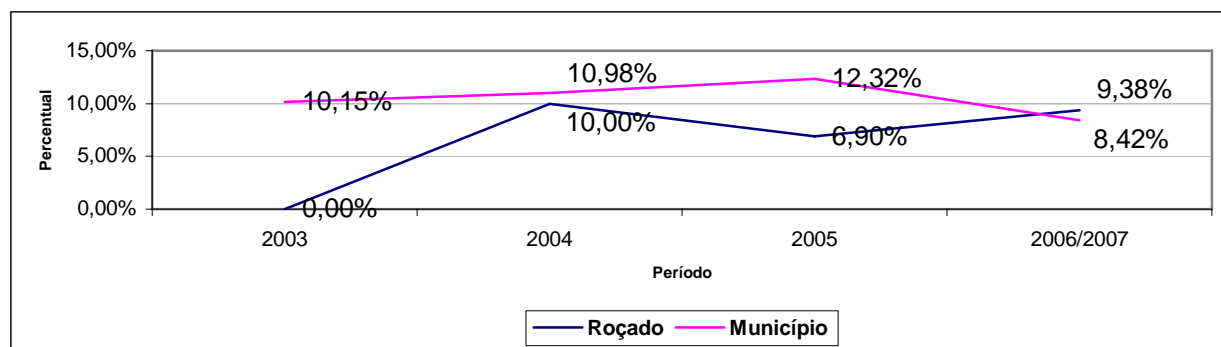


Figura nº 98: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Roçado, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

As recuperações de alguns indicadores iniciaram em 2005 alcançando melhores resultados em 2006, onde grande parte dos indicadores ficou acima da média municipal.

Destacam-se como potencialidades na unidade a realização de 6 (seis) consultas de pré-natal que, apesar de sofrer uma pequena queda nos valores de 2005 para 2006, permanece 16% acima da média municipal com uma cobertura de 51,16% das gestantes inscritas no PHPN no Roçado (Figura nº 92); e a imunização antitetânica que progrediu ao longo dos 4 anos alcançando o índice de 78,95% de cobertura em 2006 (Figura nº 95).

15 - Unidade PSF Santos Saraiva

Dentre as unidades analisadas nesta pesquisa, a unidade de Programa da Saúde da Família (PSF) Santos Saraiva, apresenta um dos menores índices de cadastramento de gestante no PHPN cuja média de 39 cadastros/ano correspondem a 3% do total de cadastros de São José nos 4 (quatro) anos em estudo.

O crescimento na abrangência dos indicadores no programa em 2004 evidencia uma adaptação às exigências da prática do PHPN pela unidade, no entanto, a decadência dos percentuais em 2005 – exceto 6 (seis) consultas de pré-natal (FIGURA nº 99) – demonstra uma fragilidade na operacionalização. Ressalta-se ainda a excelente recuperação da unidade em 2006 onde os percentuais ultrapassaram a média municipal (FIGURAS nº 100, 101, 102 e 103).

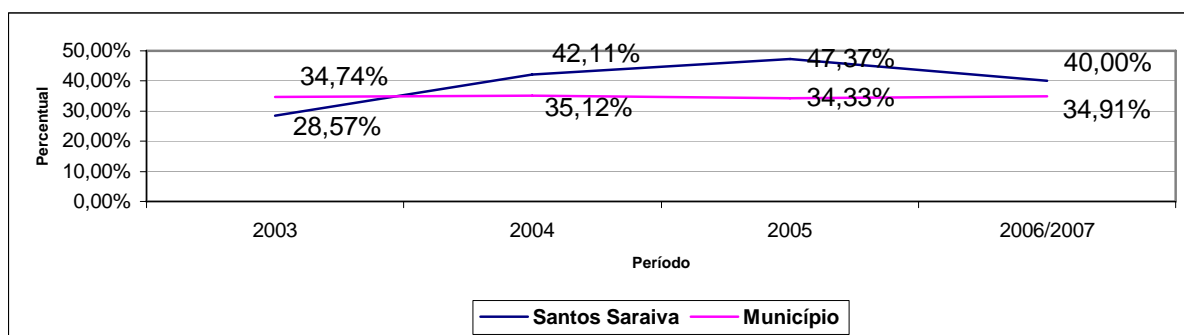


Figura nº 99: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Santo Saraiva, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

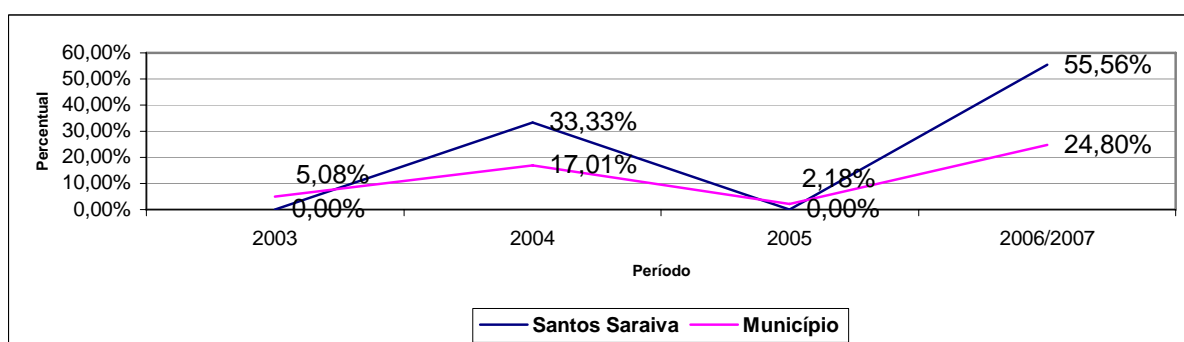


Figura nº 100: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Santos Saraiva, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

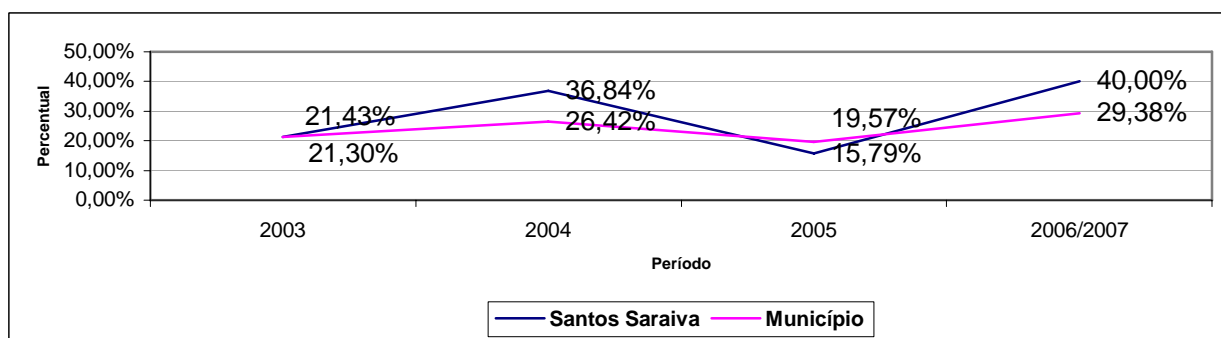


Figura nº 101: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Santos Saraiva, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

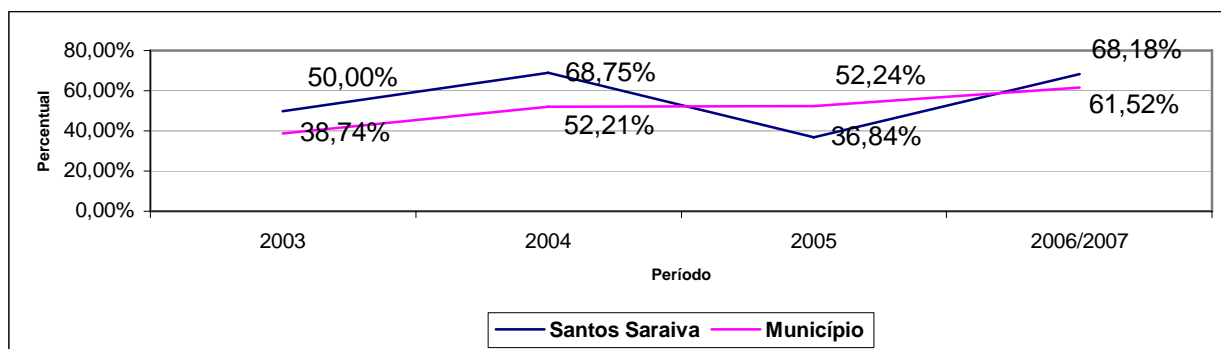


Figura nº 102: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Santos Saraiva, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

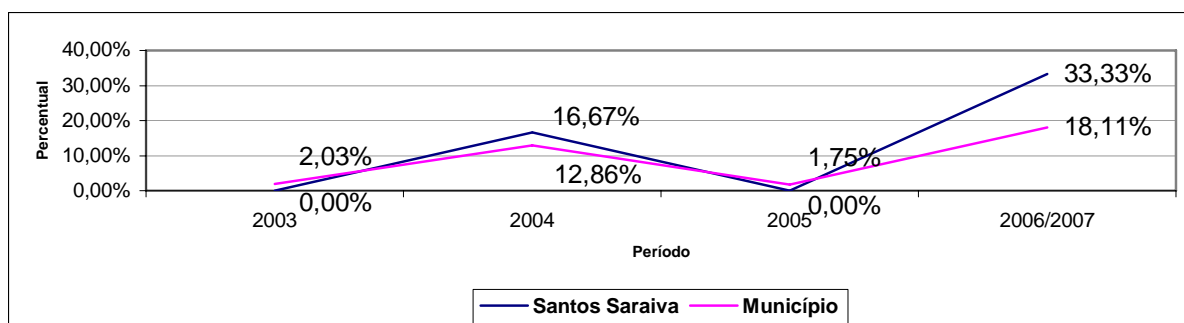


Figura nº 103: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Santos Saraiva, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

A exceção a esta conclusão aparece nas Figuras nº 104 e 105 onde o percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV e os 2 (dois) exames VDRL caíram a partir de 2004 e permanecem decrescendo.

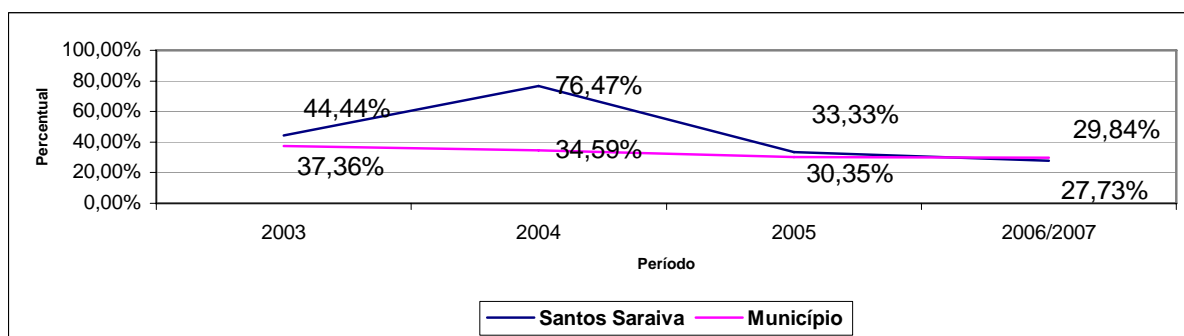


Figura nº 104: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Santos Saraiva, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

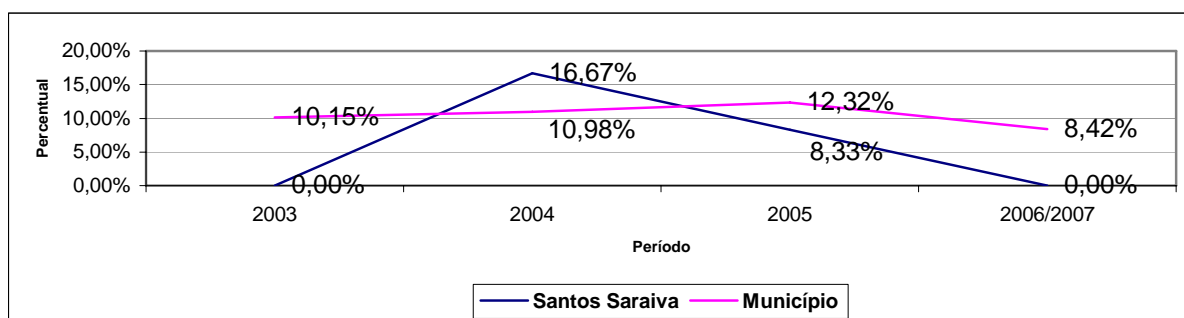


Figura nº 105: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Santos Saraiva, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

16 - Centro de Saúde Sede

A unidade local de saúde Sede iniciou o registro de seus cadastros no SISPRENATAL em março de 2004 com 40 cadastros, em 2005 com 88 e em 2006/janeiro de 2007 com 72 gestantes cadastradas.

Os indicadores de exames básicos (FIGURA nº 106), imunização antitetânica (FIGURA nº 107) e teste anti-HIV (FIGURA nº 108) apresentaram uma redução nos valores percentuais ao longo dos 3 anos onde em 2004 encontravam-se acima da média municipal e em 2006 inferiores ao município.

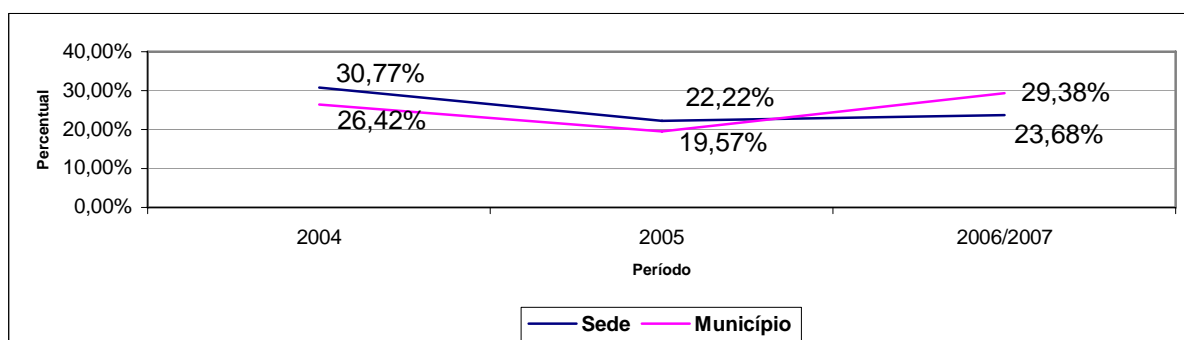


Figura nº 106: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Sede, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2004 – Jan./2007.

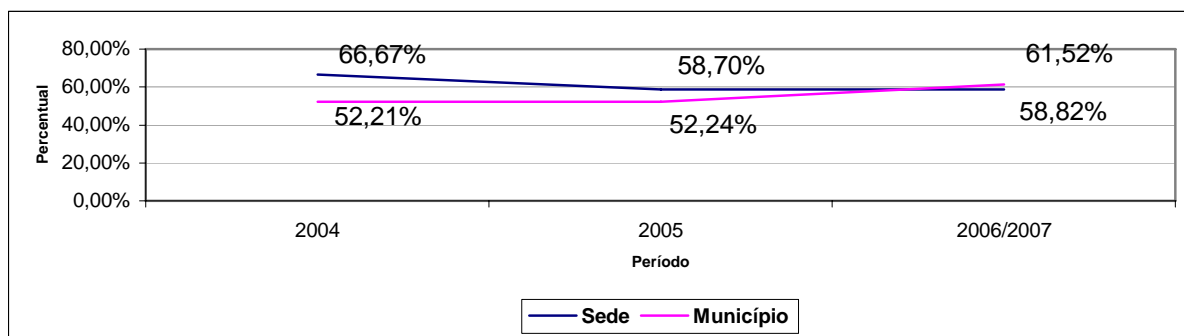


Figura nº 107: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Sede, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2004 – Jan./2007.

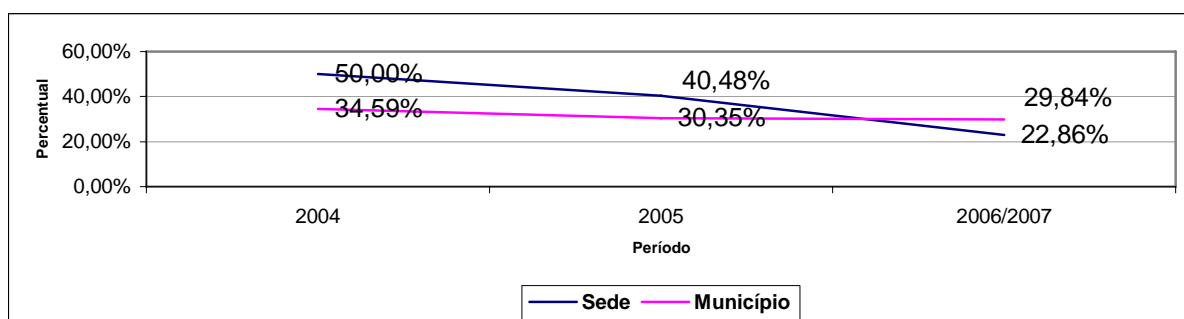


Figura nº 108: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Sede, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2004 – Jan./2007.

Já o percentual de 6 (seis) consultas pré-natal e de realização de 2 (dois) exames VDRL alcançaram seus maiores valores em 2005 também decaindo em 2006 (FIGURAS nº 109 e 110).

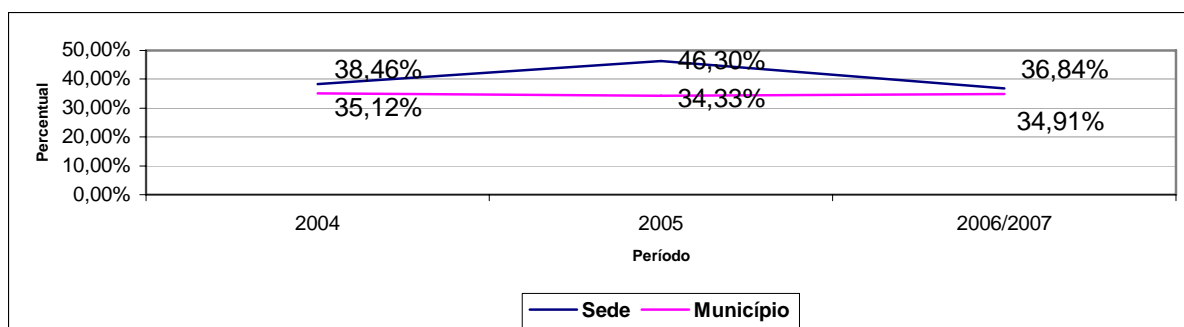


Figura nº 109: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Sede, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2004 – Jan./2007.

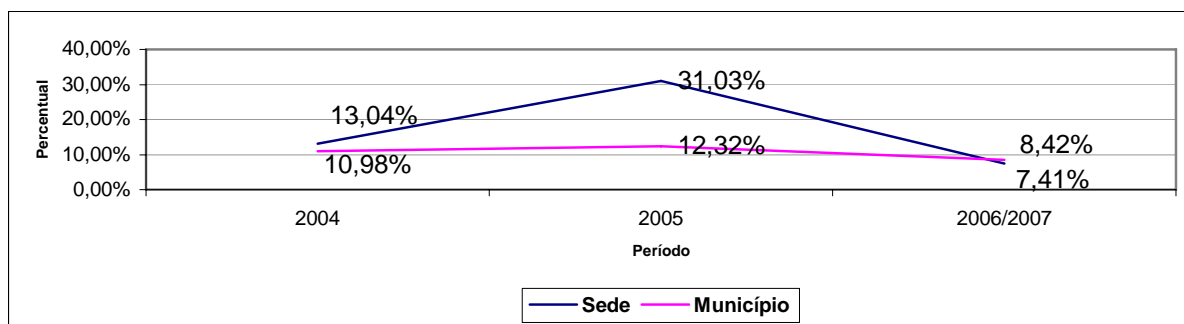


Figura nº 110: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Sede, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2004 – Jan./2007.

Ao analisar a consulta de puerpério, a unidade Sede apresentou 0% nos dois primeiros anos e 37,50% em 2006 (FIGURA nº 111) assim como o conjunto de práticas assistenciais como 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica que registrou um crescimento de 18,75% (Figura nº 112).

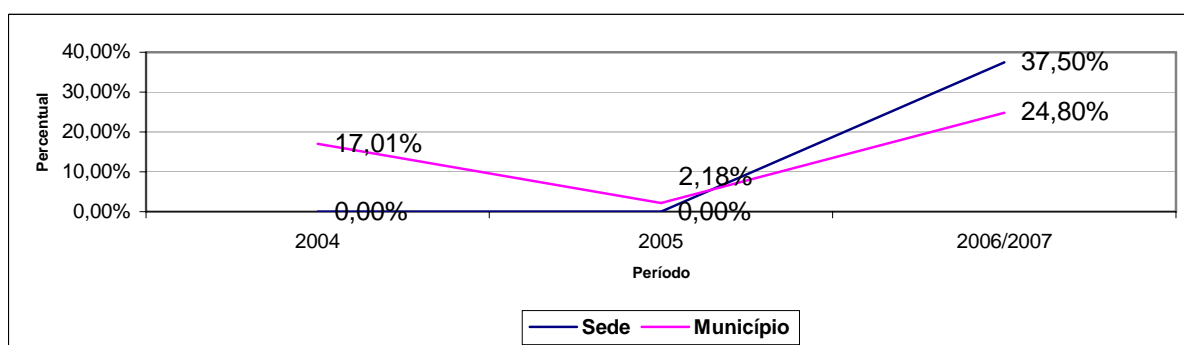


Figura nº 111: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Sede, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2004 – Jan./2007.

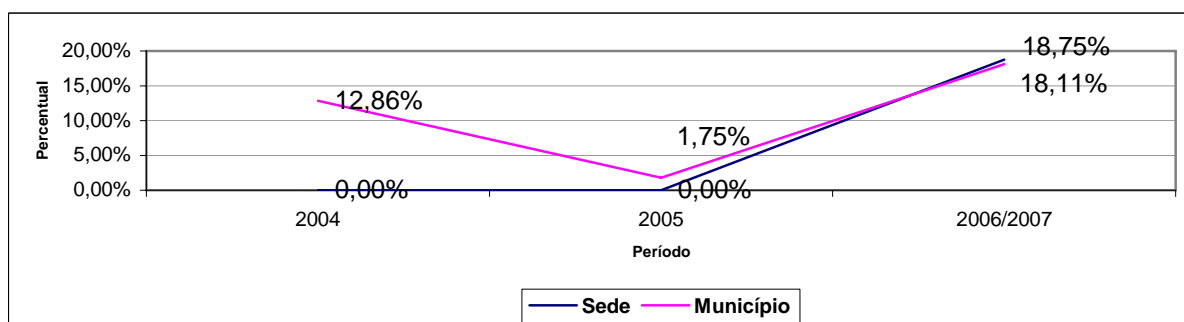


Figura nº 112: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Sede, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta

de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2004 – Jan./2007.

17 - Centro de Saúde de Serrarias

A unidade de Serrarias possui um baixo índice de cadastramento de gestantes comparando-se a outras unidades de São José, no entanto apresenta um equilíbrio de valores nos anos avaliados (42 cadastros/ano) caracterizando uma baixa demanda de gestantes na população atendida pela unidade.

Após um crescimento de 37% em média a partir de 2003, a unidade alcança seu melhor desempenho nos anos analisados no programa em 2004 cujos indicadores encontram-se acima da média municipal (FIGURAS nº 113, 114, 115, 116, 117, 118 e 119).

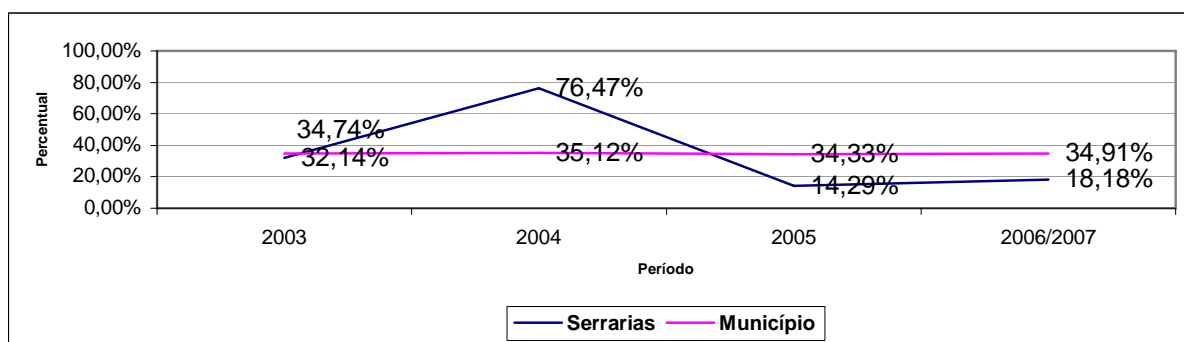


Figura nº 113: Comparação entre a média municipal Municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Serrarias, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

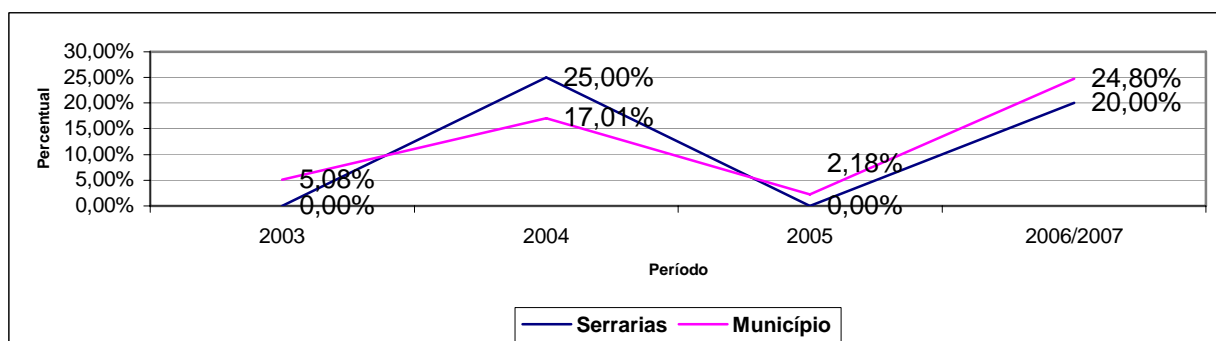


Figura nº 114: Comparação entre a média municipal Municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Serrarias, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

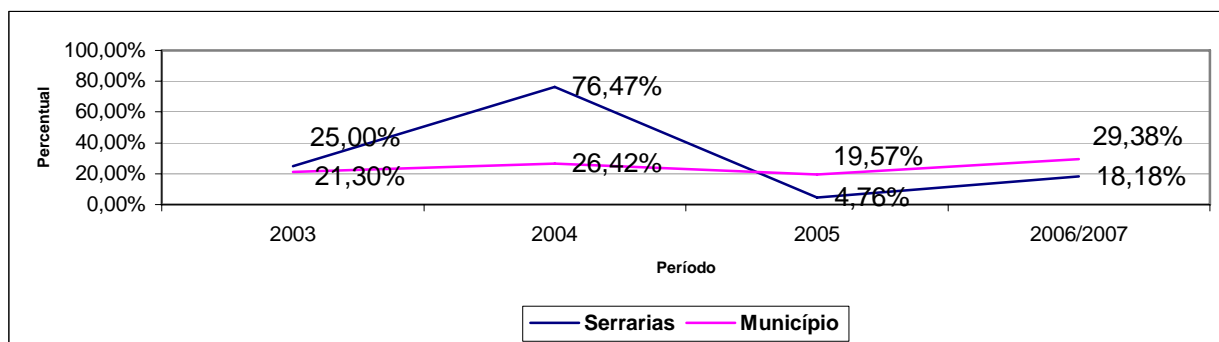


Figura nº 115: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Serrarias, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

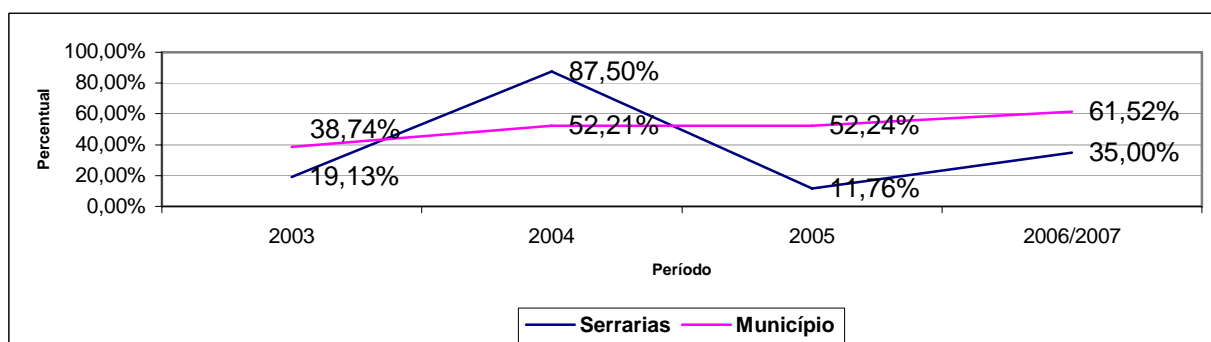


Figura nº 116: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Serrarias, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

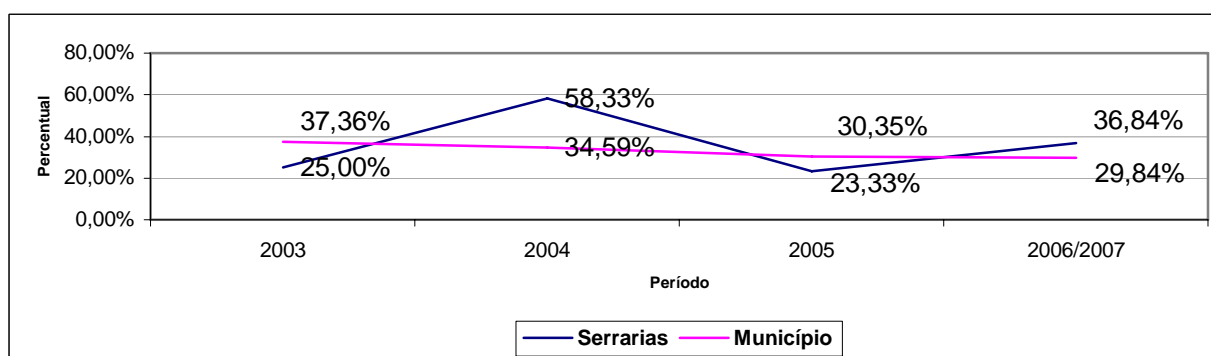


Figura nº 117: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Serrarias, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

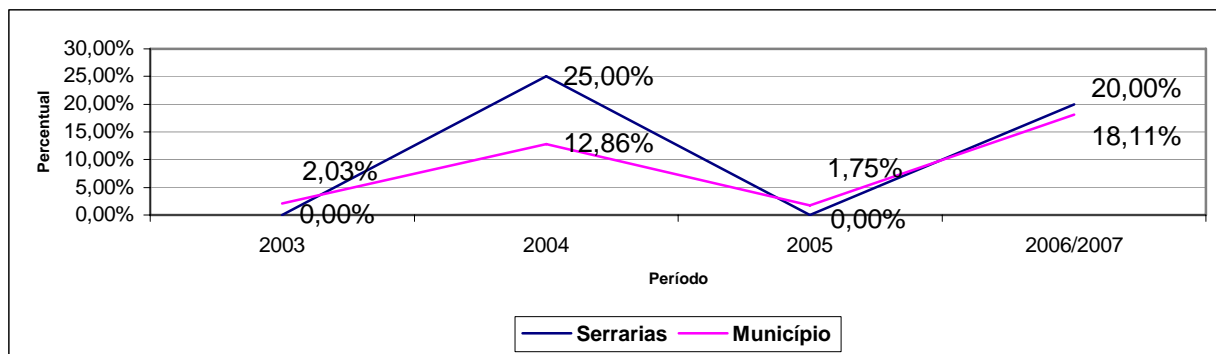


Figura nº 118: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Serrarias, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

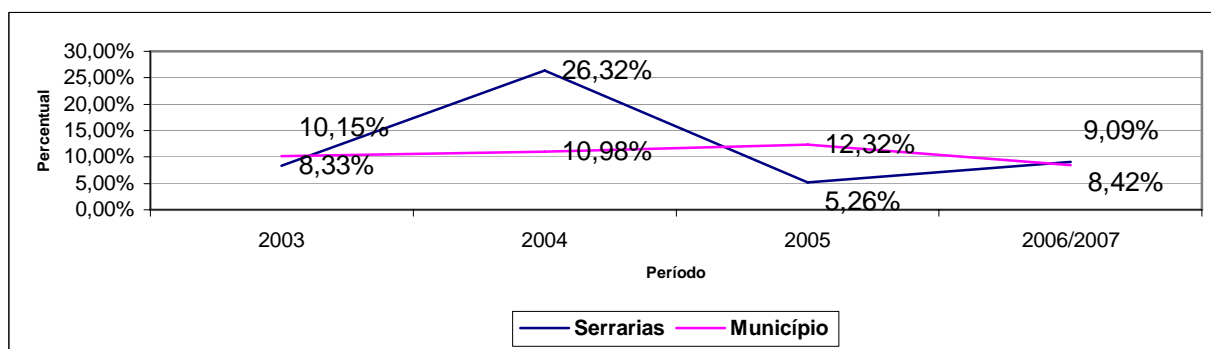


Figura nº 119: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Serrarias, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Em 2005, assim como em outras unidades, ocorreu uma queda de 45% em média em todos os indicadores, alguns deles marcando 0% de cobertura como pode-se observar nas figuras nº 114 e 118.

Apesar da leve evolução após o declínio de 2005, parte dos indicadores continuam abaixo da média municipal (FIGURAS nº 113, 114, 115, 116 e 119), exceto o percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica (FIGURA nº 118); percentual de gestantes que realizaram o teste anti-HIV (FIGURA nº 117) e, o percentual de gestantes inscritas que realizaram os 2 (dois) exames VDRL (FIGURA nº 119) que estão um pouco acima da média municipal.

Destaca-se como fragilidade da unidade de Serrarias a imunização antitetânica cujo percentual em 2006 está 26% abaixo da média em São José.

18 - Centro de Saúde Sertão do Maruim

A unidade local de saúde do Sertão de Maruim possui uma média de 56 gestantes cadastradas no PHPN por ano. Esse valor corresponde a cerca de 5% do total de gestantes cadastradas nos 4 (quatro) anos em estudo no município de São José, SC.

Após o crescimento nas percentagens de alguns indicadores em 2004 como se observam nas figuras nº 120, 121, 122, 123 e 124 ocorreu um decréscimo de até 25% (Figura nº 124) dos valores dos indicadores em 2005, com exceção da realização de 6 (seis) consultas pré-natal que continuou em progressão alcançando o resultado de 72% de abrangência em 2006 (Figura nº 120).

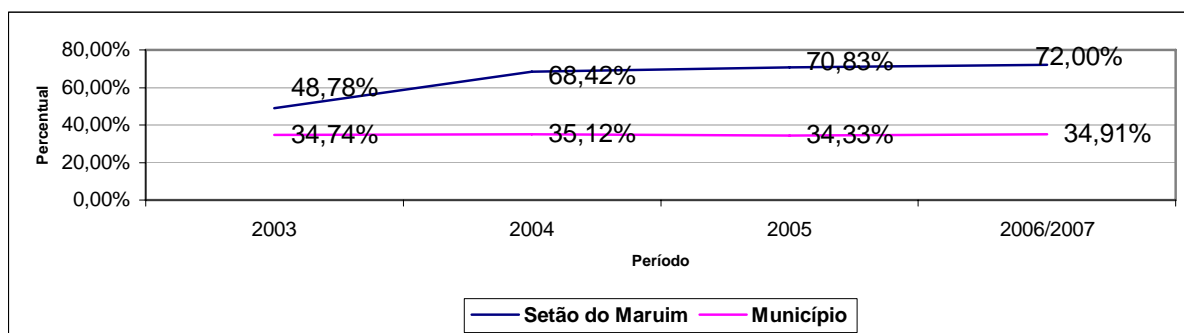


Figura nº 120: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Sertão do Maruim, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

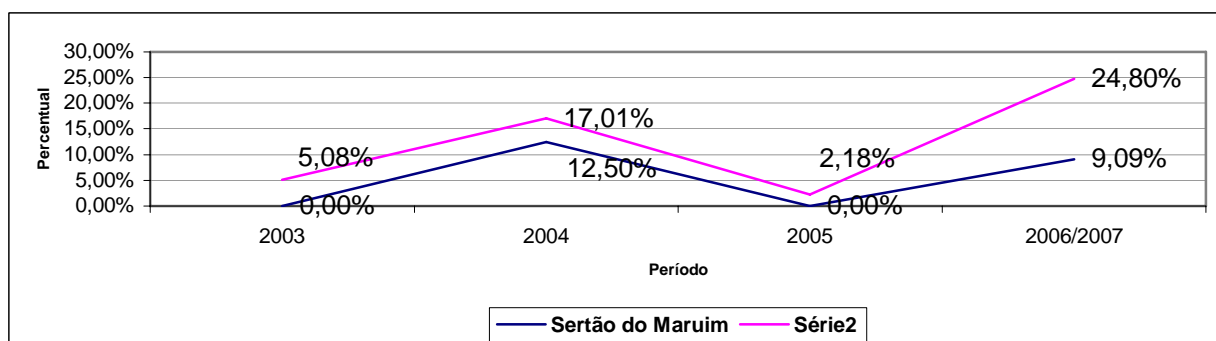


Figura nº 121: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Sertão do Maruim, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

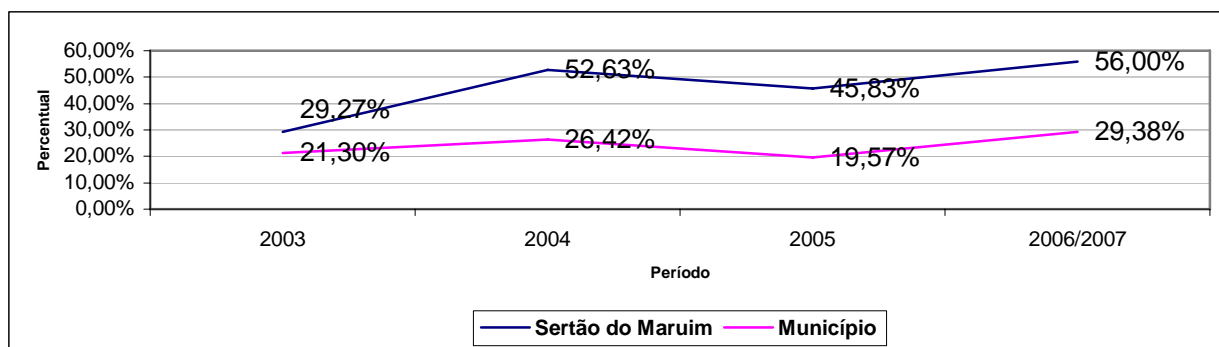


Figura nº 122: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Sertão do Maruim, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

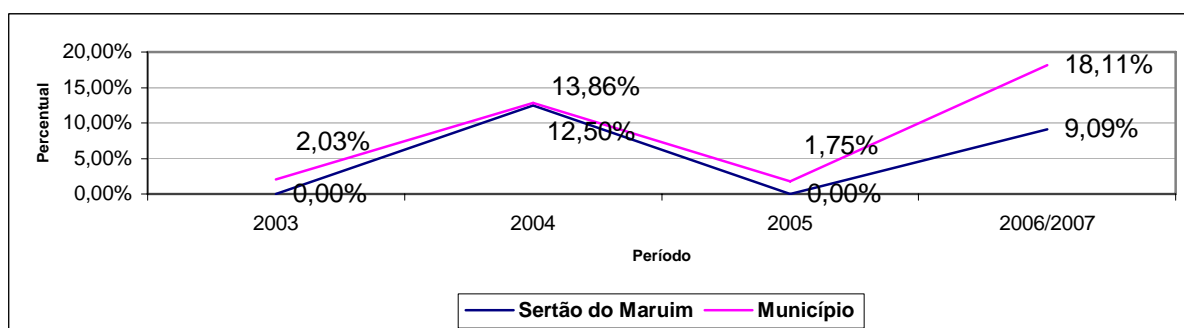


Figura nº 123: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Sertão do Maruim, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

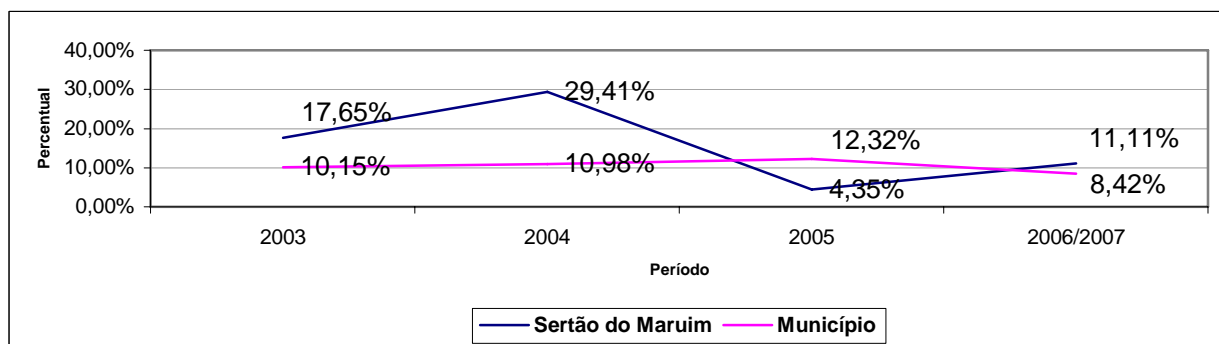


Figura nº 124: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Sertão do Maruim, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

A unidade do Sertão de Maruim conseguiu reverter a queda de 2005 e ultrapassou a média municipal em alguns indicadores (FIGURAS nº 120, 122, 124 e 125). No

entanto a percentagem de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV decresceu cerca de 36% nos 4 (quatro) anos em estudo como observa-se na figura nº 126.

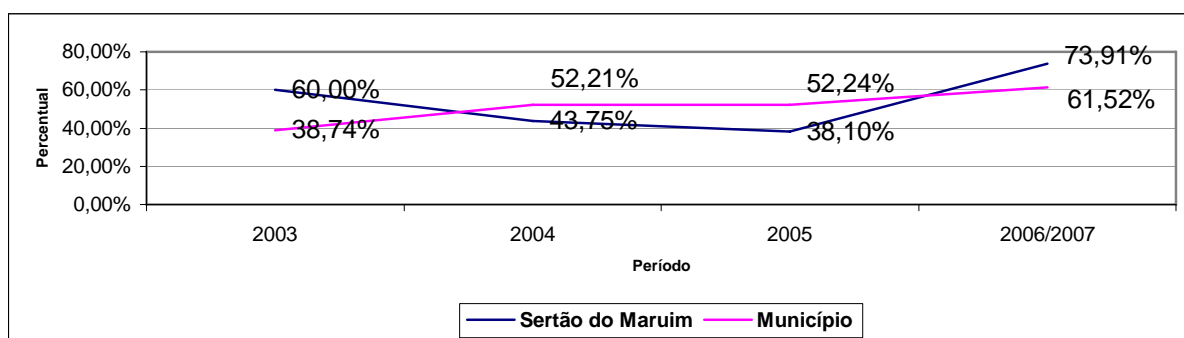


Figura nº 125: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Sertão do Maruim, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

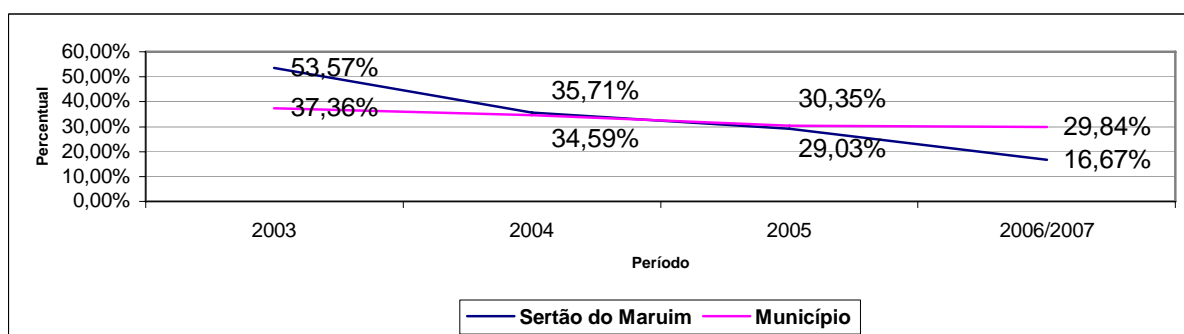


Figura nº 126: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Sertão do Maruim, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Outra fragilidade encontrada na avaliação das informações geradas no SISPRENATAL sobre esta unidade foi o percentual de gestantes que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério cujos percentuais estão abaixo da média municipal em todos os anos (FIGURA nº 121) demonstrando um insucesso na efetivação da consulta de puerpério haja visto o resultado positivo apresentado na Figura nº 120 já discutida anteriormente.

19 - Centro de Saúde Zanellato

Ao analisar o incentivo à assistência pré-natal conhecida como componente I no PHPN na unidade do Zanellato, observa-se que no ano de 2003 houve o cadastramento de 124 gestantes e nos anos seguintes ocorreu uma redução de 24% indicando uma média de 94 cadastros ao ano.

A progressão nos valores dos indicadores anos 2003 e 2004 nas figuras nº 127, 128, 129, 130, 131 e 132, foi interrompida por um decréscimo de 20% em média no ano de 2005. Nota-se ainda, uma recuperação nos percentuais em 2006 cuja maioria dos indicadores manteve-se acima da média municipal (Figuras nº 127, 128, 129, 130, 131).

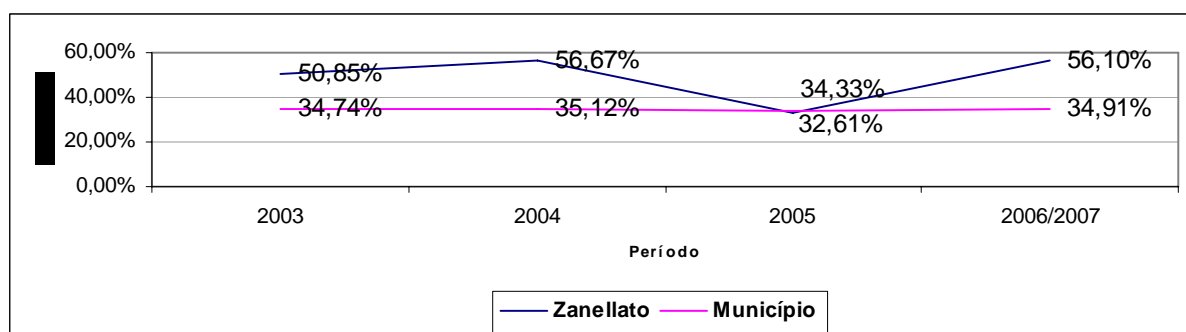


Figura nº 127: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Zanellato, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

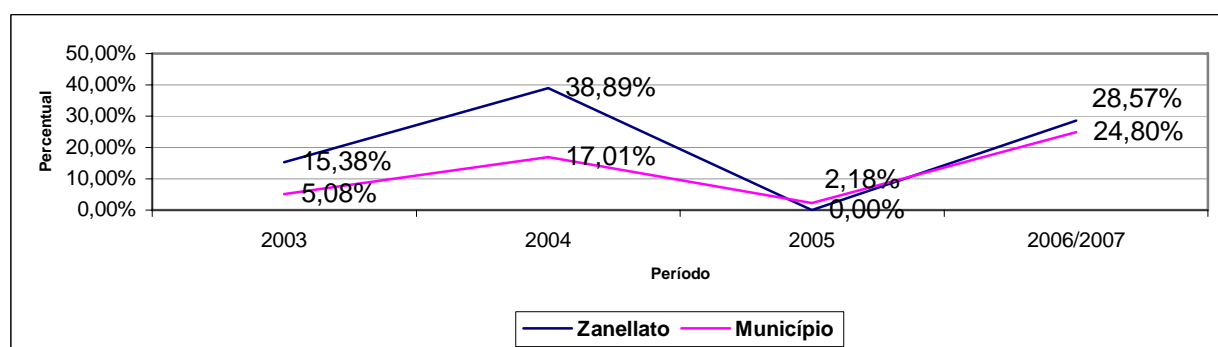


Figura nº 128: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Zanellato, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

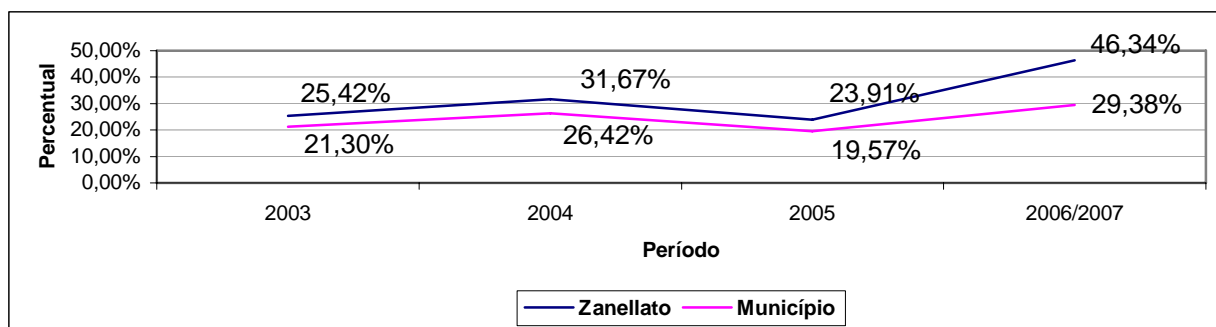


Figura nº 129: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Zanellato, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

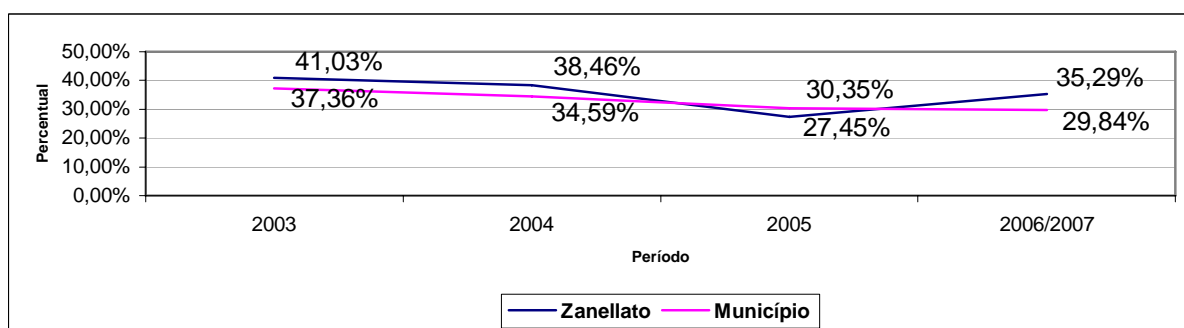


Figura nº 130: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Zanellato, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

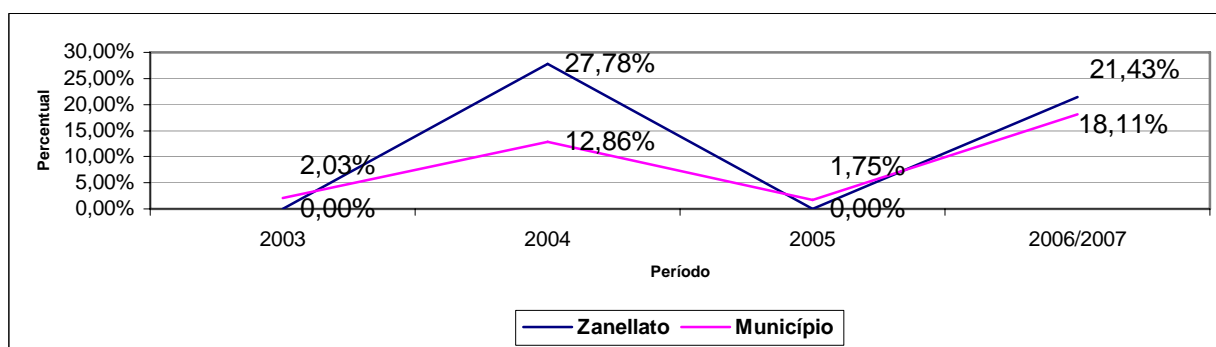


Figura nº 131: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Zanellato, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

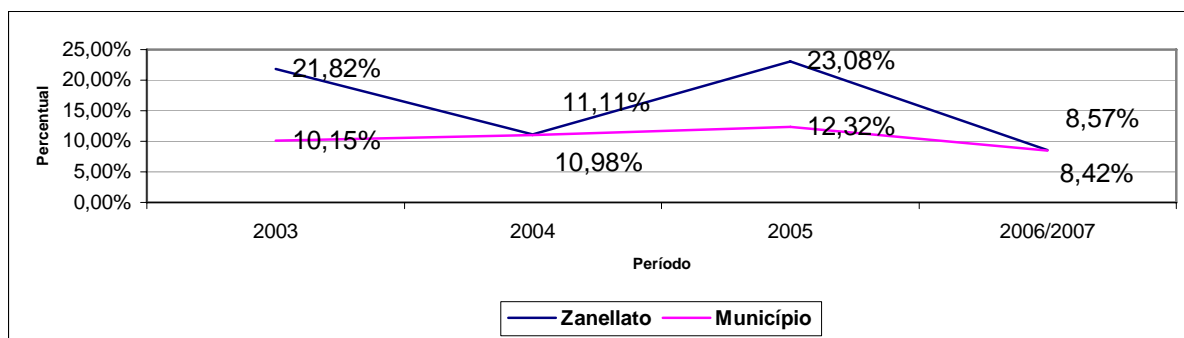


Figura nº 132: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Zanellato, acerca do percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

Aponta-se como fragilidade o número de gestantes que receberam a imunização antitetânica na unidade Zanellato que, apesar de cobrir mais da metade das gestantes inscritas, permanece abaixo da média municipal desde 2004 (figura nº 133).

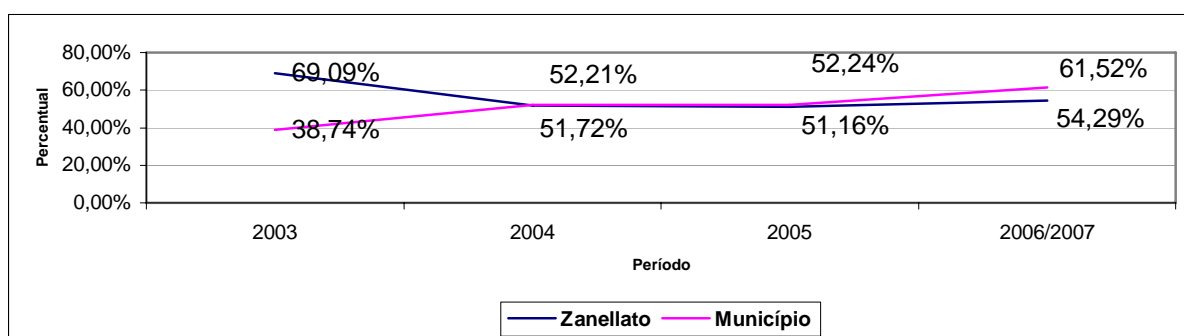


Figura nº 133: Comparação entre a média municipal de São José e a Unidade Local de Saúde de Zanellato, acerca do percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica. SISPRENATAL, Jan./2003 – Jan./2007.

O percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos (FIGURA nº 129) na unidade do Zanellato, encontra-se acima da média municipal nos 4 (quatro) anos em estudo e 17% acima no ano de 2006.

ANEXOS

ANEXO 1



Ministério da Saúde

PORTARIA N.º 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania;

Considerando a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal;

Considerando a necessidade de complementar as medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde no sentido de aprimorar a assistência à saúde da gestante, como a implantação das redes de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes;

Considerando a necessidade de prosseguir na política de estimular o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial;

Considerando a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido;

Considerando a necessidade de estimular o processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal baseado na implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal nos níveis estadual, regional e municipal, como um instrumento ordenador e orientador da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, com o princípio fundamental de incrementar o desenvolvimento da capacidade do poder público de gerir o sistema e de responder, de

forma rápida, qualificada e integrada, às demandas de saúde oriundas deste grupo populacional específico, em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, resolve:

Art. 1º Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. O Programa objeto deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

a-toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

b-toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

c-toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

d-toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;

e-todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

f-as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

Art. 3º Estabelecer que o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento seja constituído pelos seguintes componentes, regulamentados em ato próprio do Ministério da Saúde:

a-Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal;

b-Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal.

c-Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto;

§ 1º O Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal, tem o objetivo de estimular os estados e municípios, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes;

§ 2º O Componente II – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, terá dois componentes:

a-criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação

de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, e

b-financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde que prestem este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos.

§ 3º O Componente III - A nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, tem a finalidade de melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH/SUS e terá dois componentes:

a-alteração do valor e forma de remuneração da assistência ao parto, e

b-pagamento de um adicional sobre o valor de que trata a alínea “a” para aqueles hospitais que prestarem assistência ao parto a gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré-natal e que tenham o acompanhamento pré-natal completo;

Art. 4º Estabelecer recursos no montante de R\$ 567.038.000,00 (quinhentos e sessenta e sete milhões e trinta e oito mil reais) para o desenvolvimento dos componentes previstos no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, cujas despesas correrão à conta das dotações consignadas às seguintes atividades: 10.301.0001.0587, 10.301.0001.0589, 10.302.0023.4306, 10.302.0023.4307, 10.302.0004.1823, 10.302.0004.1837, 10.302.0004.1867.

Parágrafo único. A composição do montante global de recursos destinados à implementação do Programa, de que trata este Artigo, é a seguinte:

a-R\$ 123.000.000,00 (cento e vinte três milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência;

b-R\$ 134.038.000,00 (cento e trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) a serem investidos no primeiro ano de implantação do Programa, sendo:

-R\$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais) oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde e destinados ao Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, e -R\$ 34.038.000,00 (trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) oriundos do empréstimo BID/BIRD/REFORSUS destinados, dentro do Componente II, à aquisição de equipamentos para aparelhamento de unidades hospitalares cadastradas como referência para gestão de alto risco e de UTIs neonatais;

c-R\$ 310.000.000,00 (trezentos e dez milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência Obstétrica e Neonatal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência;

Art. 5º Estabelecer, para cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde, as seguintes competências/atribuições na implementação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento :

§ 1º São competências/atribuições do Ministério da Saúde:

a-articular com estados, municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;

b-assessorar os estados, municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

c-estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa;

d-alocar recursos destinados ao co-financiamento dos componentes integrantes do Programa.

§ 2º São competências/atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

a-elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde e como condição indispensável à implantação do Programa Nacional, os Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, organizando seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem ações voltadas para a atenção básica, o apoio laboratorial, a atenção ambulatorial especializada e a assistência hospitalar obstétrica e neonatal, explicitando as unidades de referência para o diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco;

b-coordenar e executar, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, a programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal;

c-estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal;

d-assessorar os municípios na estruturação de suas respectivas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

e-assessorar os municípios no processo de implementação do Programa e seus respectivos componentes e no desenvolvimento de mecanismos destinados a seu controle, avaliação e acompanhamento;

f-alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;

g-monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual;

h-manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade SIM, SINASC, SIPAC.

§ 3º São competências/atribuições das Secretarias Municipais de Saúde:

a-participar da elaboração do Programa Estadual de Humanização no Pré-natal e Nascimento;

b- estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;

c-estruturar e garantir o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;

d-garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastro de suas gestantes;

e-identificar laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;

f-estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;

g-alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;

h-monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal;

i-manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade SIM, SINASC, SIPAC.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

Anexo I

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA O ADEQUADO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e condições estabelecidas no presente documento, realizando as seguintes atividades:

I - Atividades

1-Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;

2-Garantir os seguintes procedimentos:

2.1-Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;

2.2-Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;

2.3-Realização dos seguintes exames laboratoriais:

a-ABO-Rh, na primeira consulta;

b-VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

c-Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

d-Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

e-HB/Ht, na primeira consulta.

2.4-Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;

2.5-Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;

2.6-Realização de atividades educativas;

2.7-Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;

2.8-Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

II - Avaliação da Assistência Pré-natal

Para avaliar a efetividade da assistência pré-natal oferecida, a partir dos dados disponíveis nos sistemas nacionais de informações em saúde o município e o estado devem utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

1-Indicadores de Processo

1.1-Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município);

1.2-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal;

1.3-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;

1.4-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos;

1.5-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;

1.6-Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica.

1.7-Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.

2. Indicadores de Resultado

2.1- Percentual de Recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município

2.2 - Percentual de Recém-nascido com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município

3-Indicadores de Impacto

3.1-Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município comparando com o do ano anterior;

3.2-Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município comparando com o do ano anterior;

3.3-Razão de mortalidade materna no município comparando com o do ano anterior;

3.4-Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município comparando com o do ano anterior;

3.5- Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município comparando com o do ano anterior;

3.6- Coeficiente de mortalidade neonatal total no município comparando com o do ano anterior.

Anexo II

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA A ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas.

Para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as Unidades Integrantes do SUS têm como responsabilidades:

- 1.atender a todas as gestantes que as procurem;
2. garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;
3. estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;
4. transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
5. estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local;
6. garantir a presença de pediatra na sala de parto;
7. realizar o exame de VDRL na mãe;
8. admitir a visita do pai sem restrição de horário;
9. garantir a realização das seguintes atividades:
 - Realização de partos normais e cirúrgicos, e atendimento a intercorrências obstétricas;
 - recepcionar e examinar as parturientes;
 - assistir as parturientes em trabalho de parto;
 - assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos;
 - proceder à lavagem e antissepsia cirúrgica das mãos;
 - assistir a partos normais;
 - realizar partos cirúrgicos;

- assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita;
- assistir ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intra-uterina (AMIU);
- prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido;
- elaborar relatórios médico e enfermagem e fazer registro de parto;
- registrar a evolução do trabalho de parto em partograma;
- proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto;
- garantir o apoio diagnóstico necessário

10. dispor dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à adequada assistência ao parto.

ANEXO 2



Ministério Da Saúde

PORTARIA N.º 570, DE 1º DE JUNHO DE 2000

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

A Portaria GM/MS n.º 569/GM, de 1º de junho de 2000, que estabelece o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento;

A necessidade de estabelecer mecanismos que viabilizem a melhoria do acesso, a ampliação da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e a realização do cadastramento das gestantes.

Resolve:

Art. 1º - Instituir o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo Único – O Componente objeto deste Artigo tem o objetivo de estimular os estados e municípios a incrementar a qualidade do acompanhamento pré-natal, promovendo o cadastramento de suas gestantes, organizando seus sistemas assistenciais, municipais e estaduais, garantindo a realização do acompanhamento pré-natal completo e a articulação deste com a assistência ao parto e puerpério.

Art. 2º - Estabelecer que os recursos necessários ao desenvolvimento do Componente de que trata esta Portaria correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas ao Sistema Único de Saúde e são adicionais aos já destinados a esta modalidade assistencial.

Art. 3º - Definir que o Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal será executado mediante adesão, pelos municípios que sejam habilitados na forma da Norma Operacional Básica – NOB/96 e que comprovem o cumprimento dos requisitos estabelecidos no Artigo 4º desta Portaria.

Parágrafo Único – Nos municípios não habilitados em qualquer das condições de gestão estabelecidas pela NOB/96, o Componente I poderá ser executado pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 4º - Estabelecer que a adesão ao Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal será condicionada ao cumprimento, pelos municípios pleiteantes, dos seguintes requisitos:

a - dispor de sistema de assistência pré-natal, ao parto, puerpério e neonatal devidamente organizado, com definição de unidades de referência para o diagnóstico, assistência ambulatorial e hospitalar;

b - dispor de rede ambulatorial para realização do pré-natal e consulta no puerpério;

c - dispor de laboratórios vinculados à sua rede para realização dos exames básicos ou garantir acesso;

d - dispor de Unidade(s) de Referência para o Atendimento Ambulatorial e Hospitalar à Gestante de Alto Risco ou garantir acesso;

e - estabelecer mecanismos de vinculação pré-natal/parto;

f - estabelecer mecanismos de cadastramento no pré-natal das gestantes até o 4º mês da gestação e garantir, de acordo com os princípios gerais e condições para o acompanhamento pré-natal estabelecidos no Anexo I da Portaria GM/MS n.º 569/GM, de 1º de junho de 2000, a realização dos seguintes procedimentos:

Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês da gestação;

2. Realizar, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;

- Realizar 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
- Realizar os seguintes exames laboratoriais:
- ABO-Rh, na primeira consulta;
- VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
- Urina – rotina, (elementos anormais e sedimentos) - um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
- Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
- HB/Ht, na primeira consulta.
- Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;
- Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante (segunda do esquema recomendado) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
- Realização de atividades educativas;
- Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;
- Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Art. 5º- Para ser incluído no Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, o município pleiteante deverá apresentar o TERMO DE ADESÃO, e integrarem os Planos Regionais para a Assistência à Gestação, ao Parto e ao Recém-Nascido, a serem articulados

pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde/SES, a seguir encaminhando-os à Secretaria de Políticas de Saúde, para fins de publicação.

Art. 6º - Incluir nas tabelas de serviço e de classificação de serviço do SIA/SUS os códigos abaixo discriminados:

TABELA DE SERVIÇO

Código	Descrição
32	Serviço de Controle e Acompanhamento à Gestação

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE SERVIÇO

122	Unidade com serviço próprio de controle e acompanhamento à gestação de baixo risco
123	Unidade com serviço próprio de controle e acompanhamento à gestação de alto risco

Art. 7º - Incluir na Tabela SIA/SUS os seguintes códigos de procedimentos:

01.022.14-8 - Consulta Pré-natal realizada por enfermeiro. Consiste no atendimento realizado por enfermeiro, em paciente durante o período gestacional, com o objetivo de prestar assistência pré-natal

Nível de Hierarquia: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08

Serviço/classificação: 00/000

Atividade profissional: 01, 60, 76, 79

Tipo de Prestador: 01, 02, 03 04, 05, 06, 07 08, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 18, 19

Tipo de Atendimento: 01, 02, 03, 04, 09, 10

Grupo de Atendimento: 27, 28, 29

Faixa Etária: 60,61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69

Valor: 0,00

02.012.11-1 - Consulta médica puerperal. Consiste na consulta realizada pelo profissional médico, em paciente puérpera, no período de até quarenta e dois dias após o parto, com a finalidade de conclusão da assistência obstétrica.

Nível de Hierarquia: 01,02,03,04,05,06,07,08

Serviço/classificação: 00/000

Atividade profissional: 29, 59, 73, 84

Tipo de Prestador: 01, 02, 03 04, 05, 06, 07 08, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 18, 19

Tipo de Atendimento: 01, 02, 03, 04, 09, 10

Grupo de Atendimento:27, 28, 29

Faixa Etária: 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69

Valor: 0,00

01.022.15-6 – Consulta puerperal realizado por enfermeiro. Consiste no atendimento realizado por enfermeiro, em paciente puérpera, no período de até quarenta e dois dias após o parto, com a finalidade de conclusão da assistência obstétrica.

Nível de Hierarquia: 01,02,03,04,05,06,07,08

Serviço/classificação:00/000

Atividade profissional: 01, 60, 76, 79

Tipo de Prestador: 01, 02, 03 04, 05, 06, 07 08, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 18, 19

Tipo de Atendimento: 01, 02, 03, 04, 09, 10

Grupo de Atendimento:27,28,29

Faixa Etária: 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70

Valor: 0,00

Parágrafo único – Para a consulta pré-natal realizada por médico fica mantido o código de procedimento **02.012.03.0** da Tabela SIA/SUS.

Art. 8º - Estabelecer que o Incentivo à Assistência Pré-natal a ser pago pelo Ministério da Saúde aos municípios que aderirem ao Componente, será operacionalizado da seguinte forma:

1 – O município cadastra as gestantes na 1ª consulta de pré-natal (até o 4º mês de gravidez), através da Ficha de Cadastramento da Gestante do Componente I - Incentivo a Assistência Pré-natal, constante do Anexo I desta Portaria.

2 - A Ficha de Cadastramento da Gestante deverá alimentar o SISPRENATAL, programa a ser disponibilizado pelo DATASUS.

3 - A Ficha de Cadastramento da Gestante conterà os seguintes dados de alimentação obrigatória:

Dados de Cadastramento

1. Nome da Unidade de Saúde

2 . Código da Unidade no SIA

3. Nome do Município

4 . Código do Município no IBGE

5. Sigla da UF

6. Código da UF no IBGE

Identificação da gestante

7. Número da Gestante no SISPRENATAL

8. Gestante acompanhada pelo PSF e código da área e da microárea

9 . Nome da Gestante

10. Data do Nascimento da gestante- dia/mês/ ano

11. Nome da Mãe da Gestante

12 . Endereço Residencial

13. Número do Cartão SUS

14. Número do CPF

15. Certidão de Nascimento ou Casamento

16. Identidade

17. Carteira de Trabalho

Dados Assistenciais

Data da 1ª consulta pré-natal

Data da última menstruação

Responsável pela primeira consulta pré-natal

4 – A Ficha de Cadastramento da Gestante referente ao Componente I - Incentivo a Assistência Pré-Natal, será emitida em 02 (duas) vias, devendo 01 (uma) via ser arquivada no prontuário da gestante na unidade onde a mesma realizou a primeira consulta pré-natal ou consulta de cadastramento, e a segunda deve ser encaminhada para digitação das informações no SISPRENATAL, para possibilitar o recebimento do valor do incentivo.

5 – Após a alimentação do SISPRENATAL com a Ficha de Cadastramento da Gestante, o próprio sistema gerará automaticamente um BPA magnético específico, para importação no SIA/SUS, com o código de procedimento 07.071.02.7 – ADESÃO AO COMPONENTE I - INCENTIVO A ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL, que passa a integrar a Tabela do SIA-SUS no Subgrupo 07.070.00.4 – Procedimento de Assistência Pré Natal. É considerado executado, quando realizado o preenchimento e a alimentação do SISPRENATAL com todos os campos da Ficha de Cadastramento da Gestante – Componente I - Incentivo a Assistência Pré-Natal.

Nível de Hierarquia: 01, 02 ,03, 04, 05, 06, 07, 08

Serviço/classificação: 32/122, 32/123

Atividade profissional: 01 22 29 59 60 73 74 76 79 84

Tipo de Prestador: 05, 15, 04,14

Tipo de Atendimento: 00

Grupo de Atendimento: 00

Faixa Etária: 00

Valor: 10,00

5.1 O procedimento Adesão ao Componente I – Incentivo a Assistência Pré-natal só será efetuado pelo SIA/SUS a unidades públicas municipais ou estaduais.

5.2 - O pagamento deste procedimento será efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde e será custeado pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC.

5.3 – O pagamento será efetuado a unidade na qual a gestante foi cadastrada, desde que as informações pertinentes constem da FPO, (Ficha de Programação Orçamentária) da unidade para o mês de competência.

6- O SISPRENATAL terá duas saídas, sendo uma delas para alimentação do SIA/SUS e outra para formação da Base de Dados Nacional do próprio sistema.

6.1- Para alimentação do SIA/SUS, as Secretarias Municipais de Saúde deverão observar o cronograma definido pelo MS/DATASUS para aquele sistema.

6.2 - A saída do SISPRENATAL com os dados exclusivos do programa deverá ser apresentada pelas Secretarias Municipais de Saúde, por meio magnético, com a evolução dos atendimentos à Secretaria Estadual de Saúde/SES para transmissão ao DATASUS, na área de conferência 38, até o dia 15 de cada mês.

6.3 – O DATASUS remeterá à SES o recibo de entrada dos dados na Base Nacional SISPRENATAL.

6.4 – O DATASUS atualizará a Base Nacional do SISPRENATAL, até o 5º dia útil, a contar da data de transferência dos dados pela SES.

7 – No término do pré-natal, após a realização do parto e da consulta do puerpério, e quando devidamente alimentado, o SISPRENATAL gerará BPA magnético específico, lançando o código de procedimento abaixo discriminado, que passa a integrar a Tabela do SIA/SUS: 07.071.03.5 – CONCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL. É considerado executado o procedimento quando realizadas as 6 (seis) consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios, a imunização anti-tetânica, a realização do parto e da consulta do puerpério nas gestantes cadastradas no SISPRENATAL.

Nível de Hierarquia: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08

Serviço/classificação: 32/122, 32/123

Tipo de Prestador: 05, 15, 04, 14

Atividade profissional: 01 22 29 59 60 73 74 76 79 84

Tipo de Atendimento: 00

Grupo de Atendimento: 00

Faixa Etária: 00

Valor: 40,00

7.1- O pagamento deste procedimento será efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde e será custeado pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC.

7.2– A cada consulta pré-natal realizada pela gestante acompanhada pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, o profissional responsável pela consulta, deverá preencher a ficha de registro diário dos atendimentos das gestantes no sisprenatal, que alimentará o sistema.

7.3– Os dados referentes a cada gestante, constantes da FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL, constante do

ANEXO II desta Portaria, serão consolidados pelo próprio sistema que emitirá BPA magnético específico, para importação no SIA/SUS, possibilitando o pagamento do incentivo 07.071.03.5 – Conclusão da Assistência Pré-natal.

7.4 – O SISPRENATAL, será integrado ao SGAIH permitindo cruzamento de informações e disponibilizando um relatório constando o número de cadastramento da gestante no SISPRENATAL e o número da AIH utilizada no parto da mesma gestante.

7.5– O pagamento dos incentivos Adesão ao Componente I – Incentivo a Assistência Pré-natal Adesão ao Componente I – Incentivo a Assistência Pré-natal e o de Conclusão da Assistência Pré-natal será efetuado a cada unidade pública municipal ou estadual, na qual a gestante tenha sido cadastrada, desde que as informações pertinentes constem da FPO, (Ficha de Programação Orçamentária) da unidade para o mês de competência.

Art. 9º - As Secretarias Estaduais de Saúde, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, deverão elaborar os Planos Regionais para a Assistência à Gestação, Parto e ao Recém-nascido.

Art. 10º - Definir que as Unidades Hospitalares localizadas em municípios que aderirem formalmente ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, através do Termo de Adesão, e as que, neste termo, tenham sido informadas como referência para o atendimento à gestante, localizadas em outro município, poderão lançar o seguinte procedimento, no campo serviços profissionais da AIH de parto, que passa a integrar a Tabela do SIH-SUS:

95.002.01.4 – Incentivo ao Parto Componente I - Incentivo a Assistência Pré-natal

Tipo:25

Tipo de Ato: 37

Limite: 01

CNPJ Unidade:

Valor: 40,00

Art. 11º - Estabelecer que o pagamento dos procedimentos 07.071.02.7, 07.071.03.5, e 95.002.01.4, constantes desta Portaria, serão efetuados pelo Fundo Nacional de Saúde às Unidades de Saúde e custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC.

Art. 12º – Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde adote as medidas necessárias ao fiel cumprimento do disposto nesta Portaria, ficando a mesma autorizada a realizar as alterações de códigos de procedimento bem como sua descrição e valor, quando pertinente. Art. 13º – Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar da competência julho/2000.

JOSÉ SERRA

ANEXO 3**FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE**

1. Nome da Unidade de Saúde	2. Código da Unidade no SIASUS
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. N.º da Gestante no SISPRENATAL							8. Gestante acompanhada pelo PSF				
							Código da Área			Microárea	
9. Nome da Gestante							10. Data Nascimento				
11. Nome da Mãe da Gestante											
12. Endereço Residencial									Número		
Complemento			Bairro			Município			CEP		

Preencher com apenas um dos seguintes documentos

13. N.º do Cartão SUS						14. N.º do CPF					
15. Certidão de Nascimento ou Casamento											
Nome do Cartório						Livro			Folha		
16. Identidade											
Número						Órgão Emissor					
17. Carteira de Trabalho											
Número						Série			UF		
18. Data da 1ª Consulta Pré-Natal						19. Data da última menstruação					
20. Responsável pela primeira Consulta Pré-Natal											

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO **DATA**

1. Nome da Unidade de Saúde										2. Código da Unidade no SIASUS				
3. Nome do Município					4. Código do Município no IBGE					5. UF	6. Código da UF no IBGE			
N	Nº da gestante no SISPRENANAL	Consulta Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	HIV	Vacina anti-tetânica				Consulta Puerperal
										1º dose	2º dose	Reforço	imune	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
1														
1														
1														
1														
1														
1														
1														
1														
1														

Preencher as quadrículas "Consulta Pré-natal e Consulta Puerperal" com o código da atividade do profissional, conforme tabela: 01-Enfermeira;22- Ginecologia; 29-Obstetrícia; 59-Médico do PSF; 60-Enfermeira do PSF; 73- Ginecologia/Obstetrícia; 74- Medicina Geral Comunitária; 76- Enfermeira do PACS; 79- Enfermeira Obstetra; 84- Médico(qualquer especialidade). No caso dos exames, assinalar com "X" quando o resultado do exame for analisado pelo médico ou enfermeira que realizou a consulta naquele dia. No caso da vacina antitetânica, assinalar com "X" de acordo com o Cartão da Gestante.

ANEXO 5



Ministério da Saúde

Portaria Conjunta Nº 51, de 26 de julho de 2001.

O **Secretário Executivo** e o **Secretário de Políticas de Saúde**, no uso de suas atribuições, considerando:

- o disposto na Portaria SPS n.º 9, de 05 de julho de 2000, publicada no Diário Oficial da União do dia 10 subsequente, a qual estabelece as condições do processo de adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; e,

- o resultado da análise dos Termos de Adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, realizada pela Área Técnica de Saúde da Mulher, da Secretaria de Políticas de Saúde, **resolve**:

Art.1º Aprovar a adesão dos municípios do Estado da **Santa Catarina**, abaixo relacionados, ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

UF do Município	Nome do Município	Série Numérica das Fichas de Cadastramento das Gestantes
SC	Abelardo Luz	de 4.201.012.611 até 4.201.013.050
SC	Águas de Chapecó	de 4.201.013.481 até 4.201.013.620
SC	Águas Frias	de 4.201.013.621 até 4.201.013.670
SC	Alfredo Wagner	de 4.201.013.781 até 4.201.013.970
SC	Angelina	de 4.201.014.191 até 4.201.014.310
SC	Anitápolis	de 4.201.014.531 até 4.201.014.600
SC	Arroio Trinta	de 4.201.016.431 até 4.201.016.470
SC	Bom Jesus do Oeste	de 4.201.025.331 até 4.201.025.370
SC	Caçador	de 4.201.027.331 até 4.201.029.170
SC	Caíbi	de 4.201.029.171 até 4.201.029.300
SC	Calmon	de 4.201.029.301 até 4.201.029.360
SC	Campo Erê	de 4.201.030.721 até 4.201.031.020
SC	Canoinhas	de 4.201.031.891 até 4.201.033.160
SC	Caxambu do Sul	de 4.201.034.131 até 4.201.034.240
SC	Cordilheira Alta	de 4.201.035.931 até 4.201.035.990
SC	Coronel Freitas	de 4.201.035.991 até 4.201.036.140

SC	Cunha Porã	de	4.201.040.111	até	4.201.040.310
SC	Cunhataí	de	4.201.040.311	até	4.201.040.340
SC	Faxinal dos Guedes	de	4.201.042.301	até	4.201.042.520
SC	Formosa do Sul	de	4.201.042.561	até	4.201.042.620
SC	Gravatal	de	4.201.045.371	até	4.201.045.570
SC	Guatambu	de	4.201.046.511	até	4.201.046.620
SC	Ibiam	de	4.201.047.061	até	4.201.047.100
SC	Imbituba	de	4.201.048.931	até	4.201.049.590
SC	Ipuaçu	de	4.201.050.541	até	4.201.050.740
SC	Iraceminha	de	4.201.050.871	até	4.201.050.960
SC	Irati	de	4.201.051.141	até	4.201.051.200
SC	Itaiópolis	de	4.201.051.541	até	4.201.051.980
SC	Joinville	de	4.201.059.541	até	4.201.068.640
SC	Leoberto Leal	de	4.201.074.051	até	4.201.074.140
SC	Mafra	de	4.201.074.651	até	4.201.075.830
SC	Major Gercino	de	4.201.075.831	até	4.201.075.880
SC	Maravilha	de	4.201.076.141	até	4.201.076.500
SC	Modelo	de	4.201.077.001	até	4.201.077.070
SC	Monte Castelo	de	4.201.077.491	até	4.201.077.690
SC	Nova Erechim	de	4.201.078.921	até	4.201.079.000
SC	Novo Horizonte	de	4.201.079.461	até	4.201.079.530
SC	Palhoça	de	4.201.080.581	até	4.201.082.490
SC	Palmitos	de	4.201.082.771	até	4.201.083.050
SC	Papanduva	de	4.201.083.051	até	4.201.083.480
SC	Pinhalzinho	de	4.201.084.721	até	4.201.084.990
SC	Planalto Alegre	de	4.201.085.111	até	4.201.085.170
SC	Ponte Alta do Norte	de	4.201.085.511	até	4.201.085.580
SC	Porto União	de	4.201.086.071	até	4.201.086.860
SC	Quilombo	de	4.201.087.631	até	4.201.087.850
SC	Rancho Queimado	de	4.201.087.851	até	4.201.087.910
SC	Rio Fortuna	de	4.201.089.391	até	4.201.089.470
SC	Saltinho	de	4.201.090.851	até	4.201.090.950
SC	Salto Veloso	de	4.201.090.951	até	4.201.091.020
SC	Santa Rosa de Lima	de	4.201.091.751	até	4.201.091.790
SC	Santa Terezinha do Progresso	de	4.201.092.121	até	4.201.092.180
SC	Santiago do Sul	de	4.201.092.181	até	4.201.092.220
SC	Santo Amaro da Imperatriz	de	4.201.092.221	até	4.201.092.530
SC	São Bernardino	de	4.201.094.051	até	4.201.094.120
SC	São Bonifácio	de	4.201.094.121	até	4.201.094.170
SC	São Carlos	de	4.201.094.171	até	4.201.094.340
SC	São José	de	4.201.096.261	até	4.201.099.640
SC	São Lourenço do Oeste	de	4.201.100.101	até	4.201.100.530
SC	São Martinho	de	4.201.100.691	até	4.201.100.750
SC	São Miguel da Boa Vista	de	4.201.101.331	até	4.201.101.360
SC	Saudades	de	4.201.101.421	até	4.201.101.590
SC	Tigrinhos	de	4.201.103.091	até	4.201.103.120
SC	Tijucas	de	4.201.103.121	até	4.201.103.610
SC	Timbó Grande	de	4.201.103.961	até	4.201.104.170

SC	Três Barras	de	4.201.104.171	até	4.201.104.590
SC	Tubarão	de	4.201.104.981	até	4.201.106.500
SC	União do Oeste	de	4.201.106.821	até	4.201.106.880
SC	Videira	de	4.201.107.961	até	4.201.108.940

Art. 2.º Para o cadastramento das gestantes deverá ser utilizada, durante o ano de 2001, a série numérica acima citada.

§ 1.º A partir de 2002, e nos anos subsequentes, o município deverá alterar os dígitos relativos ao ano, e retornar ao primeiro número da série.

Art. 3.º Os municípios identificados no Art. 1º deverão alimentar a base nacional de dados do Sis prenatal, como condição indispensável ao monitoramento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e ao recebimento dos incentivos referentes ao Componente I.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

BARJAS NEGRI

CLÁUDIO DUARTE DA FONSECA