

JULIANA MAGALHÃES LOBO

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E
NASCIMENTO NO MUNICÍPIO DE CAPITÓLIO, MINAS GERAIS**

**FORMIGA/MINAS GERAIS
2010**

JULIANA MAGALHÃES LOBO

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E
NASCIMENTO NO MUNICÍPIO DE CAPITÓLIO, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Celina Camilo de Oliveira

**FORMIGA/MINAS GERAIS
2010**

JULIANA MAGALHÃES LOBO

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E
NASCIMENTO NO MUNICÍPIO DE CAPITÓLIO, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Celina Camilo de Oliveira

Banca examinadora

Prof. _____ UFMG

Prof. _____ UFMG

Prof. _____ UFMG

Aprovada em Belo Horizonte: ____/____/____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais pelos ensinamentos e por tornar possível a realização de todos os meus sonhos. Ao meu marido pela paciência e compreensão na fase de elaboração do trabalho e por estar sempre presente em minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por preencher a minha vida e me encaminhar sempre para os melhores caminhos.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Celina Camilo de Oliveira por me compreender, auxiliar e compartilhar seus conhecimentos.

Ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG (Nescon) pela oportunidade de aperfeiçoar e atualizar os meus conhecimentos através deste curso de especialização.

Aos tutores presenciais do pólo Formiga, Joseane, Bruno e Maria Izabel pela assistência e orientação no decorrer do curso.

Aos tutores a distância que dividiram seus conhecimentos e experiências em prol da qualidade da assistência prestada pelos profissionais da atenção primária a saúde.

Aos colegas da pós-graduação que compartilharam suas experiências profissionais, dúvidas e anseios sobre a estratégia Saúde da Família e assim contribuíram para a aquisição de novos conhecimentos e atitudes.

A equipe do PSF Novo Horizonte pela cumplicidade, empenho e dedicação na realização das atividades da unidade de saúde.

A todos que de uma forma direta ou indireta contribuíram na realização da especialização e no trabalho de conclusão de curso ofereço os meus agradecimentos.

EPÍGRAFE

“A adversidade desperta em nós capacidades que, em circunstâncias favoráveis, teriam ficado adormecidas”.
(Horácio)

RESUMO

Este é um estudo quantitativo descritivo que tem como objetivo realizar uma análise do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento em Capitólio-MG. Utilizou-se como metodologia o levantamento de dados secundários do Sisprenatal, sendo analisado os percentuais de 563 gestantes por períodos pré-estabelecidos. Os resultados encontrados indicam variações dos indicadores durante os sete períodos avaliados. O município atingiu as metas previstas pelo Ministério da Saúde durante os dois primeiros anos do Programa. Em relação à captação precoce, o último período apresentou o menor percentual. A efetivação das seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e a realização de todos os exames, incluindo o VDRL foram crescentes até o quarto período, mas sofreu decréscimos nos períodos seguintes. A imunização foi em sua maioria crescente. A realização do teste anti-HIV foi superior a 95% em todos os períodos analisados. A partir destes resultados, foi possível levantar os prováveis problemas que interferem na qualidade do Programa. Verificou-se que é necessária uma reestruturação da atenção ao pré-natal no município para melhorar seus indicadores. O desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência às gestantes, tais como: ampliação do acesso, qualidade da assistência prestada, capacitação das equipes, contratação de profissionais especializados, implantação das linhas guias do Ministério da Saúde e maior articulação das políticas públicas são medidas que devem ser aplicadas para que a adesão ao pré-natal seja efetiva.

Descritores: Pré-natal, Sisprenatal, Humanização no pré-natal, Capitólio.

ABSTRACT

This is a quantitative descriptive study that aims at carry out an analysis of the Humanization Program of Prenatal care and Birth in Capitólio-MG. A survey of secondary data of Sisprenatal was utilized as a methodology, and it focused on the percentage of 563 pregnant women over pre-established periods of time. The results obtained through the survey show variations of the indicators over the seven considered periods. The town could reach the standards expected by the Health Ministry during the first two years of the Program. With regard to early treatment, the last period had the lowest percentage. The six prenatal consultations accomplishment, the puerperal consultation and the fulfillment of all exams, including VDRL were increasing up to the fourth period, but they decreasing in the subsequent periods. Immunization was mostly increasing. The anti-HIV exams exceeded 95% in all the considered periods. From these results, it was possible to identify the likely problems that interfere with the Program quality. The necessity of a restructuring of attention to prenatal care in the town was verified in order to improve the indicators. The development of actions of promotion, prevention and assistance to pregnant women, such as:Improvement of access, quality of care, team training, skilled professionals engagement, of the Health Ministry guiding lines implementation and better coordination of public policies are measures that should be taken so that the option for prenatal care can be effective.

Keywords: Prenatal care, Sisprenatal, Humanization of prenatal care, Capitólio.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-----------------|--|----|
| Figura 1 | Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram a primeira consulta de pré-natal até 120 dias de gestação por períodos | 36 |
| Figura 2 | Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram as seis consultas de pré-natal por períodos | 40 |
| Figura 3 | Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério por períodos..... | 44 |
| Figura 4 | Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos por períodos | 46 |
| Figura 5 | Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos por períodos | 50 |
| Figura 6 | Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que receberam a segunda dose, dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica por períodos | 52 |
| Figura 7 | Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a segunda dose, dose de reforço ou dose imunizante da vacina antitetânica por períodos | 54 |
| Figura 8 | Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram o teste anti-HIV por períodos | 56 |
| Figura 9 | Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram os dois exames VDRL por períodos | 58 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------------|---|
| ABO | Teste de tipagem sanguínea |
| ACD | Auxiliar de Consultório Dentário |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| DECIT | Departamento de Ciências e Tecnologia |
| DUM | Data da última menstruação |
| DPP | Data provável do parto |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| GM | Gabinete do Ministério |
| Hb | Hemoglobina |
| HbsAg | Sorologia para hepatite B |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Adquirida |
| HIPERDIA | Sistema de Cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos |
| Ht | Hematócrito |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MG | Minas Gerais |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PDAPS | Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde |
| PHPN | Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| Rh | Rhesus |
| SB | Saúde Bucal |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SF | Saúde da Família |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SINAN | Sistema de Informação sobre Agravos Notificáveis |

| | |
|--------------------|--|
| SINASC | Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos |
| SISPRENATAL | Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento |
| SISVAN | Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| VDRL | Venereal Disease Research Laboratory |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 14 |
| 2. OBJETIVO | 18 |
| 2.1. Objetivo geral | 18 |
| 2.2. Objetivos específicos | 18 |
| 3. METODOLOGIA | 19 |
| 3.1. Tipo de estudo | 19 |
| 3.2. Levantamento de dados | 19 |
| 3.3. Procedimentos esperados no Sis prenatal | 21 |
| 3.4. Indicadores de avaliação | 22 |
| 3.5. Coleta de dados, apresentação e análise | 23 |
| 4. DESENVOLVIMENTO..... | 25 |
| Parte 1 – O contexto do PHPN nas políticas de saúde do município de Capitólio | 25 |
| Parte 2 – Avaliação do PHPN no município de Capitólio | 33 |
| 4.2.1. Os dois primeiros anos de implantação do PHPN | 33 |
| 4.2.2. Percentual de gestantes que se inscreveram no Programa e realizaram a primeira consulta até 120 dias, em relação ao número de nascidos vivos | 35 |
| 4.2.3. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal | 40 |
| 4.2.4. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério | 43 |
| 4.2.5. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos | 46 |
| 4.2.6. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos | 50 |
| 4.2.7. Percentual de gestantes inscritas que receberam a segunda dose, dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica..... | 51 |

| | |
|---|----|
| 4.2.8. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste de anti-HIV, a segunda dose, dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica | 54 |
| 4.2.9. Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV | 56 |
| 4.3.0. Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames de VDRL | 57 |
| 4.3.1 Avaliação do PHPN de acordo com os resultados encontrados | 59 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 65 |
| REFERÊNCIAS..... | 69 |

1. INTRODUÇÃO

O acesso das gestantes e recém-nascidos ao atendimento digno e de qualidade no decorrer do ciclo gravídico-puerperal são direitos inalienáveis da cidadania, por essa razão foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 569 de 1º de junho de 2000 (BRASIL, 2000a).

O pré-natal constitui-se em um conjunto de ações e procedimentos clínicos, ginecológicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam oferecer riscos à gestante ou criança (BRASIL, 1984).

A realização de um pré-natal com qualidade pode contribuir com a redução dos índices de mortalidade materna e infantil, os quais estão entre os principais indicadores de condições de vida e saúde de uma população (PARADA, 2008).

O cuidado pré-natal possibilita identificar fatores de risco, para posterior controle ao longo de toda a gestação, bem como diagnosticar precocemente complicações da gravidez (SANTOS *et al*, 2000). Além de permitir uma evolução normal da gravidez, parto e puerpério.

Segundo o Ministério da Saúde, a maioria das mortes de menores de um ano ocorre no primeiro mês após o nascimento, o que poderia ser evitado se a gestante fizesse um pré-natal de qualidade com garantia de boa assistência na hora do parto e cuidado adequado ao recém-nascido (BRASIL, 2004a).

A gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade da mulher e não à doença. Mesmo sendo um processo natural, encontram-se registros de mortes maternas no Brasil, que poderiam ser evitadas em 92% dos casos. Essa estimativa representa uma violação aos direitos humanos das mulheres e crianças, além de um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2007).

Ao realizar uma retrospectiva sobre a saúde da mulher no país, principalmente, no período gravídico-puerperal, verifica-se que as políticas nacionais para a mulher foram introduzidas nas primeiras décadas do século XX, sendo as ações voltadas apenas para as demandas relativas à gravidez e ao parto de uma forma desarticulada (BRASIL, 2005a).

Já nas décadas de 30, 50 e 70 foram elaborados os programas materno-infantis, porém eram restritos, baseados nas condições biológicas e sociais da mulher, sem integração com outros programas do governo federal e avaliação das necessidades municipais (BRASIL, 2009a).

Em 1984, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que oferecia ações de assistência integral voltadas para o pré-natal, parto e puerpério; além da abordagem dos problemas de saúde desde a adolescência até terceira idade; com controle de doenças sexualmente transmissíveis (DST); controle do câncer de mama e do colo do útero e atividades de planejamento familiar (BRASIL, 1984). O PAISM englobava todas as fases do ciclo vital da mulher e não apenas o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2005a).

Entretanto, estudos realizados para avaliar o estágio de implantação do PAISM no país indicam a existência de dificuldades em suas ações e ocorrência de desarticulação com outras áreas técnicas (BRASIL, 2009a).

O PAISM sofreu algumas dificuldades políticas, financeiras e operacionais, que estão sendo superadas com o desenvolvimento do PHPN, pelo menos, para a área focada para o ciclo gravídico-puerperal (SERRUYA *et al*, 2004a). O PHPN foi criado na tentativa de se aprimorar as ações do PAISM (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

O PHPN tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência a saúde de gestantes e recém-nascidos, através da ampliação do acesso a estas ações, o aumento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, além da sua organização no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS (BRASIL, 2000a).

O Programa apresenta características voltadas para a integralidade da assistência obstétrica e para a afirmação dos direitos da mulher, tendo como objetivo principal a reorganização da assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos (BRASIL, 2001).

A assistência pré-natal não deve se restringir apenas às ações clínico-obstétricas, mas incluir as ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, assim como aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto em que vivem e incentivando que a gestante

participe globalmente das decisões que envolvem a saúde (DUARTE; ANDRADE, 2008).

A fundamentação da medida ministerial, na instituição das portarias do PHPN, pretendia ser um fator determinante para construção de um novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto (SERRUYA *et al*, 2004b).

As prioridades do PHPN em relação à atenção específica à gestante, recém-nascido e puerperal abrangem a concentração de esforços para reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, peri e neonatal do Brasil; ações que assegurem a melhoria do acesso, a cobertura e a qualidade da assistência pré-natal; ampliação das ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais à gestação de alto risco, nos procedimentos específicos, na destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes dessas redes (BRASIL, 2002).

Através do PHPN, os municípios devem adotar medidas que garantam o acesso e a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento à gestante (NASCIMENTO *et al*, 2007).

Os municípios que aderirem ao PHPN receberão incentivos e investimentos financeiros. Em contrapartida, o município deverá realizar o cadastramento e acompanhamento completo das gestantes; garantir a realização dos exames básicos de pré-natal; estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco; monitorar o desempenho do programa e os resultados alcançados através dos indicadores de morbi-mortalidade materno-infantil e manter atualizados os bancos de dados que estejam sob a responsabilidade municipal (BRASIL, 2000a).

O cadastramento e acompanhamento das gestantes deverão ser digitados no Sistema de Informação do PHPN, o Sis prenatal, onde é gerado o percentual dos indicadores do município.

Para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal à gestante e puérpera, os municípios deverão, por meio das unidades integrantes dos seus sistemas de saúde, prestar assistência de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas nas portarias que determinam o funcionamento do PHPN (BRASIL, 2000a).

De acordo com o Ministério da Saúde, a efetividade da assistência pré-natal será avaliada pelos sistemas nacionais de informação em saúde do município e do estado através de indicadores relacionados ao percentual de gestantes inscritas no programa até o quarto mês, que realizarem no mínimo seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, incluindo o teste anti-HIV, e que receberem a dose imunizante da vacina antitetânica (BRASIL, 2006a).

Os critérios estabelecidos para o PHPN determinam as práticas assistenciais mínimas que garantem a qualidade da assistência pré-natal. Assim cada município poderá avaliar a qualidade do pré-natal oferecido e intervir de acordo com a realidade local.

O município de Capitólio, no estado de Minas Gerais, aderiu ao PHPN no dia 19 de setembro de 2002, e desde então, vem ampliando as ações de promoção, prevenção e assistência a saúde, através do cadastramento e acompanhamento das gestantes pelo Programa Saúde da Família (PSF) Novo Horizonte.

Contudo, mesmo com o desenvolvimento do PHPN no município, encontram-se gestantes que não cumprem os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde alterando diretamente os indicadores do Sispre natal.

Por essa razão, fez-se necessário realizar um estudo sobre a situação do PHPN no município de Capitólio desde sua implantação, para buscar os motivos que poderiam estar influenciando o cumprimento dos critérios pelas gestantes, tendo em vista a promoção da saúde materno-infantil e a assistência no ciclo gravídico-puerperal.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do município de Capitólio.

2.2. Objetivos específicos

- ✓ Realizar um levantamento dos percentuais dos indicadores do Sisprenatal do município de Capitólio desde sua adesão até os dias atuais;
- ✓ Identificar os fatores que beneficiam ou prejudicam a adesão das gestantes ao programa;
- ✓ Apurar a situação do acompanhamento das gestantes pelo município de Capitólio;
- ✓ Detectar problemas na execução do programa;
- ✓ Propor estratégias para aumentar a adesão e o cumprimento dos critérios preconizados.
- ✓ Levantar as características demográficas, sociais, econômicas e da saúde do município para auxiliar na compreensão de como o PHPN está inserido.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva documental, desenvolvida no município de Capitólio a partir do levantamento de dados secundários locais. A pesquisa descritiva traduz um delineamento da realidade, escrevendo-a, analisando-a e interpretando-a (SALOMON, 1991). Os dados secundários foram levantados através do sistema de informação Sisprenatal de Capitólio, cuja população alvo foi as gestantes cadastradas.

3.2. Levantamento de dados

O Sisprenatal constitui-se em um sistema disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, DATASUS, que auxilia no monitoramento e avaliação da atenção pré-natal e puerperal a partir do acompanhamento de cada gestante (BRASIL, 2006a).

Neste sistema de informação estão definidos os critérios mínimos de procedimentos para uma adequada assistência pré-natal, permitindo um acompanhamento desde o início da gestação até o puerpério.

A alimentação do Sisprenatal é realizada através da Ficha de Cadastramento da Gestante que é preenchida na primeira consulta de pré-natal em que é gerada uma série numérica de cadastro; e da Ficha de Registro Diário de Atendimento que é preenchida nas consultas subsequentes (NASCIMENTO *et al*, 2007). O município de Capitólio utiliza as fichas citadas anteriormente para o cadastramento e acompanhamento das gestantes.

O Sisprenatal é um instrumento que disponibiliza um acompanhamento da assistência prestada nos diferentes níveis de gestão e gera indicadores de processo

e de resultados sobre a atenção pré-natal, induzindo as intervenções no processo de atenção, através de um conjunto de relatórios (SERRUYA *et al*, 2004a).

Este sistema elabora e disponibiliza os indicadores de processo, tomando como base de cálculo a estimativa do número de nascidos vivos naquele município em um período analisado. Porém, para a obtenção do indicador de processo, percentual de gestantes que foram inscritas no PHPN e realizaram a primeira consulta até o quarto mês, é tomado como base de cálculo o número de gestantes existentes.

O Sis prenatal é constantemente revisado e adaptado para atender as exigências do programa e melhorar o processamento do seu banco de dados. A atual versão do programa no município de Capitólio é a 2.13b que foi disponibilizada pelo Ministério da Saúde a partir do dia oito de maio de 2009.

O sistema de informação possibilita o gerenciamento da atenção à saúde, através do monitoramento do atendimento pré-natal e da retroalimentação das equipes de saúde, através de um processo dinâmico de comunicação (MINAS GERAIS, 2006).

Este monitoramento só será eficaz se os dados informados no sistema tenham sido obtidos de forma adequada, através do preenchimento correto dos formulários da gestante ou puérpera.

No programa Sis prenatal são consideradas válidas as consultas que forem realizadas após a data de habilitação do município, após a data de cadastramento da gestante, não realizadas após a consulta de puerpério, seguirem a ordem das doses da vacina antitetânica e o intervalo entre as consultas não for menor que 15 dias. Além disso, para o recebimento do incentivo financeiro do cadastro a data da primeira consulta deve ser maior que 28 dias em relação à data da última menstruação (DUM), sendo que a diferença entre essas datas deve ser igual ou menor que 120 dias (BRASIL, 2009b).

O pagamento dos incentivos financeiros é efetuado a partir do cadastramento das gestantes e da conclusão do pré-natal. Cada gestante cadastrada com até 120 dias de gestação na primeira consulta gera um incentivo de R\$10,00 reais para o município. Para o pagamento do incentivo relativo à conclusão no valor de R\$40,00 reais por gestante, o município deverá cumprir todos os critérios estabelecidos pelo PHPN (BRASIL, 2000b).

3.3. Procedimentos esperados no PHPN

Atualmente, os municípios necessitam atender aos seguintes procedimentos ou atividades no PHPN:

- ✓ Captar precocemente as gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias de gestação;
- ✓ Efetuar o cadastramento das gestantes;
- ✓ Realizar, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;
- ✓ Desenvolver atividades educativas e informativas;
- ✓ Realizar anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
- ✓ Garantir a realização dos exames laboratoriais de tipagem sanguínea (ABO - Rh), hemograma (HB/HT), teste anti-HIV (nos municípios com população acima de 50000 habitantes) e sorologia para toxoplasmose, na primeira consulta e exame de VDRL, urina de rotina e glicemia de jejum, sendo realizado um exame na primeira consulta e outro na 30ª semana de gestação, sorologia para hepatite B (HbsAg), com um exame, preferencialmente, próximo à 30ª semana de gestação.
- ✓ Aplicar a vacina antitetânica dose imunizante (segunda do esquema recomendado) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
- ✓ Classificar o risco gestacional na primeira consulta e nas subsequentes;
- ✓ Garantir às gestantes classificadas como de risco atendimento ou acesso à unidade de referência para gestação de alto risco;
- ✓ Avaliar e monitorar o estado nutricional da gestante;
- ✓ Prevenir e tratar os distúrbios nutricionais;
- ✓ Prevenir ou diagnosticar precocemente o câncer de colo uterino e de mama;
- ✓ Tratar das intercorrências da gestação;
- ✓ Registrar o acompanhamento em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências e urgência;
- ✓ Realizar a atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da primeira Semana de Saúde Integral; e
- ✓ Realizar a consulta puerperal até 42 dias após o parto
- ✓ Fazer a busca ativa das gestantes faltosas no acompanhamento (BRASIL, 2000a).

O cumprimento do conjunto de procedimentos básicos tem por finalidade a prevenção de agravos na gestação e a garantia do direito fundamental de toda mulher à experiência da maternidade de maneira segura (SERRUYA *et al*, 2004c).

3.4. Indicadores de avaliação

A partir da alimentação dos dados no Sis prenatal é possível a geração de alguns indicadores pelo próprio sistema na forma de percentuais, que serão os objetos deste estudo, sendo eles:

- ✓ Percentual de gestantes inscritas no programa e que realizaram a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês (120 dias), em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimados pelo número de nascidos vivos do município);
- ✓ Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal;
- ✓ Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;
- ✓ Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos;
- ✓ Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;
- ✓ Percentual de gestantes inscritas que receberam a segunda dose da vacina antitetânica, a dose de reforço em mulheres já imunizadas anteriormente, dose imunizante da vacina antitetânica ou nenhuma dose nas mulheres com imunização completa;
- ✓ Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a segunda dose, dose de reforço ou dose imunizante da vacina antitetânica;
- ✓ Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV; e
- ✓ Percentual de gestantes inscritas que realizam os dois exames de VDRL.

A utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos (XIMENES NETO *et al*, 2008).

Neste estudo, os percentuais dos indicadores foram gerados pelo Sis prenatal tendo como referência o número previsto de nascidos vivos de acordo com o período selecionado.

A unidade de saúde responsável pela alimentação dos dados do Sis prenatal é o PSF Novo Horizonte. O período analisado corresponde ao intervalo entre o dia 19 de setembro de 2002 até o dia 19 de setembro de 2009, sendo levantados os dados de 563 gestantes cadastradas.

3.5. Coleta de dados, apresentação e análise

Os dados foram coletados de novembro de 2009 a janeiro de 2010. Os resultados foram apresentados na forma de percentuais de gestantes e em figuras, analisados à luz da literatura atual e realidade municipal. Este estudo tem como referência os indicadores de avaliação de cobertura de pré-natal previstos pelo PHPN do município de Capitólio com destaque para a captação precoce, realização de exames laboratoriais e consultas de pré-natal e puerpério.

A faixa etária do público analisado variou de 13 a 48 anos de idade. O total de gestantes na primeira consulta de pré-natal em relação ao mês gestacional foi: quatro mulheres com menos ou igual a um mês de gestação; 194 com dois meses; 176 com três meses; 133 com quatro meses; 19 com cinco meses; 17 com seis meses de gestação; 14 com sete meses de gestação e seis com oito meses.

Do total das mulheres cadastradas, 125 gestantes não tiveram seus cadastros concluídos, seja devido à captação tardia, não realização de todas as consultas pré-natais preconizadas e consulta de puerpério, não cumprimento de todos os exames básicos ou não efetivação das vacinas antitetânicas. Também foram interrompidos 63 cadastros por motivo de aborto, mudança de convênio, mudança de endereço, cadastro incorreto ou duplicidade de dados. Foram concluídos 354 cadastros dentro do período analisado.

Tomou-se como base o dia 19 de setembro como marco inicial ou final dos períodos em estudo, pois foi nesta data, no ano de 2002, que foi realizado o primeiro cadastro de gestante no município, que é coincidente com a data de adesão do

município, sendo indicado pelo Ministério da Saúde a análise a partir desta situação cadastral.

Foi feito um levantamento por períodos dos percentuais dos indicadores do Programa. O primeiro período coletado iniciou-se no dia 19/09/2002 e finalizou-se no dia 19/09/2003. Já o segundo período, teve início no dia 19/09/2003 e término no dia 19/09/2004, e assim sucessivamente, totalizando sete períodos analisados.

Em seguida, foi realizada a análise e discussão dos dados relevantes, visando a responder aos objetivos deste estudo e aos critérios destacados de cada componente do PHPN. O pré-projeto do presente trabalho foi apresentado para a gestora municipal de saúde que assinou o termo de ciência de estudo, aprovando a realização da pesquisa.

4. DESENVOLVIMENTO

Parte 1 – O contexto do PHPN nas políticas de saúde do município de Capitólio

Para entender como o PHPN está inserido em Capitólio é importante realizar um levantamento sobre as características demográficas, sócio-econômicas, culturais e de saúde do município, principalmente em relação à atenção básica. No Brasil, a condição primordial para o acesso a assistência pré-natal apresenta importantes diferenciais por região, residência e escolaridade (SERRUYA *et al*, 2004c).

O município de Capitólio está localizado na mesorregião sul-sudoeste de Minas Gerais, tem 522,08 Km² de extensão territorial e possui 7.634 habitantes, sendo banhado pelo Lago de Furnas (IBGE, 2008).

Segundo o Ministério do Meio Ambiente, o Lago de Furnas é a maior extensão de água de Minas Gerais e um dos maiores lagos artificiais do mundo, proporcionando para a região um desenvolvimento econômico voltado para pesca, navegação e turismo (BRASIL, 2005b).

Próximo à região de Capitólio está localizada a hidrelétrica de Furnas que para sua construção inundou uma extensão territorial de aproximadamente 120 km do município no ano de 1962. O que na época foi considerado um prejuízo, hoje é a principal atração da cidade, conhecida como o Mar de Minas (BRASIL, 2005b).

As famosas Escarpas do Lago, considerada a maior base náutica de água doce da América Latina e onde existe um luxuoso condomínio estão localizadas no município de Capitólio.

Os municípios mineiros limítrofes de Capitólio são: Piumhi, Vargem Bonita, Pimenta, São João Batista do Glória, São José da Barrra e Guapé. A cidade está situada a uma distância de 284 Km da capital Belo Horizonte, à qual se liga pela rodovia MG-050 (CAPITÓLIO, 2009).

As atividades econômicas estão voltadas para agricultura, pecuária, turismo, artesanato, comércio e serviços. Na agricultura destaca-se a produção de café e banana como lavoura permanente, além do arroz, cana-de-açúcar, feijão, milho e

mandioca como lavoura temporária (IBGE, 2009a). Na pecuária, encontra-se grande criação de bovinos e suínos (IBGE, 2009b).

Na área da saúde pública o município possui uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS), uma Diretoria de Saúde, uma Santa Casa de Caridade, um laboratório municipal de análises clínicas, uma farmácia municipal, três PSF e duas equipes de Saúde Bucal (SB).

Os serviços de saúde especializados e públicos existentes na cidade são os de ginecologia, pediatria e psiquiatria que atendem a população através de consultas agendadas. As especialidades que não são disponibilizadas pelo município são referenciadas para Piumhi e Passos, através de cotas pré-estabelecidas por meio de consórcios ou convênios. A realidade tem mostrado que o acesso à maioria das especialidades apresenta-se deficiente, uma vez que o número de consultas oferecidas não supre as necessidades da população o que gera uma demanda reprimida.

A marcação das consultas especializadas e exames é realizada pela SMS, porém existe certa deficiência na marcação, devido ao mesmo problema citado anteriormente, sendo geralmente marcados de acordo com a solicitação mais antiga, sem critérios específicos de classificação de risco ou prioridades. A SMS não dispõe de um serviço de referência e contra-referência que permita a continuidade do cuidado nos demais níveis de atenção.

Essa carência de consultas e exames prejudica a integralidade do cuidado prestado aos usuários e a coordenação dos fluxos de atendimento em outros pontos de atenção.

O laboratório municipal de análises clínicas oferece serviços de coletas e interpretação de exames básicos como sangue, urina e fezes, mas não possui um serviço de análise citopatológica que é referenciado para Passos.

Já a farmácia municipal dispõe de uma relação padronizada de medicamentos e consegue viabilizar alguns remédios de uso contínuo para os portadores de patologias crônicas, pacientes psiquiátricos, mulheres, gestantes, entre outros.

O atendimento de urgência e emergência é realizado pela Santa Casa de Caridade de Capitólio. Entretanto, não existem mecanismos de referência do paciente para o PSF, o que prejudica a garantia de continuidade do cuidado, quando necessário.

Os PSF existentes no município de Capitólio são: PSF Novo Horizonte, PSF Terezinha Rattis e PSF José Pereira de Melo, sendo os dois primeiros urbanos e o último rural. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, dois a três auxiliares de enfermagem e seis a sete agentes comunitários de saúde (ACS).

De acordo com o sistema de informação da Atenção Básica (SIAB), a cobertura dos PSF em Capitólio é alta e atingem 7133 habitantes (92%), a cobertura só não é maior porque a zona rural possui algumas áreas descobertas pelo programa devido à dificuldade de acesso ou a deficiência de ACS residentes nas áreas sem cobertura.

O PSF, criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, tem o propósito de orientar a organização da Atenção Básica no país no sentido de garantir a efetivação dos princípios do SUS. Nos primeiros anos, recebeu a denominação de programa e, posteriormente veio a se chamar estratégia Saúde da Família/SF (BRASIL, 2008a).

A Saúde da Família prioriza a realização de ações de saúde de forma integral e contínua, com o objetivo de resolver a maioria dos problemas de saúde da população, a partir do desenvolvimento do trabalho multiprofissional.

O PSF propicia assistência pré-natal de qualidade, sendo que o vínculo estabelecido entre os profissionais da unidade e os ACS com as gestantes é imprescindível para a adesão das mesmas ao PHPN (GONÇALVES *et al*, 2008).

Antes da inauguração do primeiro PSF no município o que havia na cidade era um posto de saúde municipal, o qual assistia toda a população, inclusive as gestantes de uma forma desarticulada.

Atualmente, os PSF contam com o apoio importante de uma psicóloga, uma nutricionista e uma fisioterapeuta, possibilitando o tratamento dos pacientes de maneira integral, dando ênfase à prevenção e promoção da saúde.

Os profissionais do PSF trabalham com número de famílias ou pessoas vinculadas por equipe de saúde, entretanto, o atendimento médico não possui adscrição de clientela, devido à escassez de especialidades e pelo fato do município ter uma população pequena e não totalmente coberta pelo programa. Por essa razão, não existe uma separação específica dos pacientes atendidos nos PSF em relação apenas ao atendimento médico.

Na medida em que não existem mecanismos de regionalização e hierarquização no sistema local de saúde, atende-se um maior contingente populacional residente em outras áreas da cidade (COSTA *et al*, 2000).

Segundo dados do DATASUS, o maior percentual de internações hospitalares por grupo de causa no município, no ano de 2005, foi devido a doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo e geniturinário (BRASIL, 2009c).

No ano de 2004, o coeficiente de mortalidade indicou óbitos relacionados principalmente a doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus, infarto agudo do miocárdio, neoplasia maligna da mama e acidentes de transporte (BRASIL, 2009d).

Os indicadores de morbi-mortalidade do município evidenciam problemas relacionados às doenças crônicas e apontam a necessidade de que a Atenção Básica à Saúde seja voltada para a realização de medidas de prevenção primária, de identificação precoce e de controle das doenças crônicas pelas equipes de saúde.

Os profissionais das equipes de PSF não dispõem de protocolos clínicos padronizados para os atendimentos aos usuários e de um processo de educação permanente. Ocorrem treinamentos fragmentados, de acordo com o interesse ou a necessidade identificada pela coordenação local.

O agendamento de consultas na unidade de saúde é realizado de acordo com a ordem de chegada na fila e não existe um processo padronizado de identificação do problema apresentado pelo usuário e avaliação da gravidade do caso.

O atendimento de pré-natal no município é centralizado. Todas as gestantes, independente da semana gestacional, são acompanhadas pelo PSF Novo Horizonte, uma vez que o médico da unidade é o único ginecologista da cidade. Não existem outras unidades de saúde ou consultórios particulares na cidade que realizam esse tipo de atendimento. Além das gestantes, a equipe do PSF prioriza o atendimento de idosos e moradores da zona rural através do agendamento programado das consultas.

O PSF Novo Horizonte está situado, atualmente, à Rua José Soares Leite de Melo, 276, bairro Nossa Senhora de Fátima. O mesmo ainda não possui sede própria, é um imóvel alugado e adaptado para ser um PSF.

No ano de 2009, a Secretaria Estadual de Saúde (SES), instituiu o incentivo financeiro para melhoria da infraestrutura da atenção primária através do Projeto Estruturador Saúde em Casa e definiu critérios para sua concessão (MINAS GERAIS, 2009a).

O município de Capitólio enviou o projeto para construção da sede do PSF Novo Horizonte para a SES e foi um dos contemplados (MINAS GERAIS, 2009b).

No momento em que se realiza esta pesquisa, a equipe do PSF aguarda a liberação do recurso para iniciar a construção da sede própria, o que permitirá um atendimento mais adequado e humanizado a todos os clientes e gestantes que utilizam os serviços do PSF.

O PSF Novo Horizonte possui uma área de abrangência composta por três bairros: Nossa Senhora de Fátima, Nossa Senhora Aparecida e parte do Centro da cidade.

Segundo os dados do SIAB da unidade, o PSF possui 2700 pessoas cadastradas, prevalecendo a população feminina em relação à masculina. A faixa etária predominante é a de adultos. O PSF possui seis microáreas, 1008 famílias e cada ACS responsabiliza-se por uma microárea que cobre uma média de 160 famílias.

Por ser um imóvel alugado, o PSF não atende ao padrão mínimo exigido pela SES (MINAS GERAIS, 2007). A unidade de saúde possui uma sala de recepção, uma sala de cuidados básicos, uma sala de curativo, uma sala para os ACS, um consultório médico, uma sala de enfermagem, um consultório odontológico, um banheiro para usuários não separado por sexo e dois banheiros para funcionários, não separado por sexo.

A equipe do PSF Novo Horizonte é constituída pelos seguintes profissionais: um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e uma auxiliar de serviços gerais. Também possui uma equipe de SB composta por uma cirurgiã dentista e uma auxiliar de consultório dentário (ACD). A unidade também conta com uma nutricionista e uma fisioterapeuta que desenvolve trabalhos de promoção da saúde e prevenção de doenças, atendendo uma vez por semana.

O PSF realiza cerca de 200 consultas médica por mês. A equipe não realiza ações de acolhimento dos usuários. O horário de atendimento da unidade é das 7 às 11 horas e das 12 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. As ações de prevenção são voltadas principalmente para as mulheres. O PSF dispõe de prontuários em papel para o registro de informações pertinentes aos pacientes pela equipe multiprofissional, que são arquivados por famílias. A equipe gera vários sistemas de informação como o SIAB, Sis prenatal, sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), sistema de informação

sobre agravos notificáveis (SINAN), sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN) e Bolsa Família.

O presente estudo não identificará as unidades de saúde que implantaram o PHPN, uma vez que, apenas um PSF realiza o pré-natal de forma efetiva, através do cadastramento e acompanhamento periódico das gestantes e alimentação dos dados no Sis prenatal. Como as mulheres são cadastradas no PSF Novo Horizonte, há poucos registros de atendimento pré-natal nas outras unidades, apenas quando ocorre algum atendimento isolado, intercorrências ou férias do médico responsável pelo atendimento pré-natal.

Segundo o protocolo Viva Vida, para garantir um acompanhamento adequado durante o pré-natal estão previstos o fortalecimento do PSF através da ampliação do número de equipes em todos os municípios de Minas Gerais, a aquisição de equipamentos para a atenção básica e a capacitação de todos os profissionais em um sistema de educação continuada (MINAS GERAIS, 2006).

O PHPN necessita de uma maior ampliação da articulação interna dos três níveis de atenção à saúde, especialmente com o PSF, que com sua equipe já garantem a realização do pré-natal. Essa articulação permitiria o fortalecimento do PHPN, eliminaria etapas burocráticas e melhoraria os resultados maternos e perinatais (SERRUYA *et al*, 2004c).

É importante ressaltar que essa realidade local advém do costume da cidade de realizar o pré-natal apenas com o ginecologista. Como essa situação já estava consolidada, antes mesmo da implantação do PHPN, as próprias gestantes manifestam resistência ao consultarem com outros profissionais. Por um lado o acompanhamento de uma gestante por um especialista auxilia na qualidade do atendimento, mas por outro, as outras unidades de saúde enfrentam dificuldades de implantarem novas políticas de atendimento, como a implantação das linhas-guias.

O esclarecimento de que a mulher tem a respeito dos seus direitos reprodutivos é um dos pilares do PHPN, e é justamente esse conhecimento que deve garantir uma participação ativa da mulher durante todo processo de atenção no pré-natal (SASSI *et al*, 2007).

O município de Capitólio iniciou no ano de 2009 a implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS), que tem por objetivo geral a reorganização e consolidação do sistema de saúde municipal, por meio do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (MINAS GERAIS, 2009c).

Assim, com a efetivação do PDAPS, as unidades de saúde deverão adequar ao plano, respeitar a adscrição de clientela e realizar atendimentos com os grupos de riscos de acordo com as linhas-guias e isso inclui o atendimento pré-natal.

Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido na unidade de saúde é uma obrigação de todos. Para isso é necessária a organização das rotinas, procedimentos e estrutura-física, além da inclusão de práticas acolhedoras e não-intervencionistas (BRASIL, 2000a).

O município de Capitólio está em fase de implantação do PDAPS e até que as unidades de saúde se adéquem à nova realidade, o PSF Novo Horizonte continuará a ser o responsável pelo pré-natal.

A unidade de saúde é um ponto de atenção estratégico e deve ser a porta de entrada da gestante para o sistema de saúde, devendo garantir o acesso e assumir a responsabilidade e o monitoramento dos problemas de saúde das gestantes de sua área adscrita (MINAS GERAIS, 2006).

O número de consultas disponibilizado para o atendimento pré-natal é de acordo com a demanda. Todas as gestantes cadastradas no Sis prenatal são atendidas uma vez por mês no PSF e, quando necessário, ou de acordo com a semana gestacional, mais de uma vez ao mês. Não existem limites de consultas para esse tipo de atendimento.

Os atendimentos são realizados às quartas-feiras, no período da manhã, com média de 12 a 15 consultas por semana. O horário específico pré-agendado para a consulta de pré-natal é uma prática humanizada e que reduz o tempo de espera, propiciando conforto e segurança para gestante (XIMENES NETO *et al*, 2008).

A taxa de mortalidade materna no município é baixa, não tendo sido registrado óbitos maternos nos últimos anos. As principais intercorrências e riscos que acometem as gestantes do município são: hipertensão arterial, pré-eclâmpsia e infecções do trato urinário. Embora o município não registre índices preocupantes de taxas de morbi-mortalidade maternas, ainda apresenta algumas deficiências tanto na extensão da cobertura como no padrão de qualidade em pré-natal.

Os exames laboratoriais básicos pactuados pelo município são a tipagem sanguínea, VDRL, hemograma completo, glicemia de jejum, sorologia para toxoplasmose, anti-HIV, HbsAg e urina de rotina, sendo o número de exames oferecidos suficientes para atender à demanda.

A referência para intercorrências, parto normal ou cesariana é a Santa Casa de Caridade de Capitólio, porém o município não dispõe de um anestesista e pediatra atendendo em tempo integral. Por isso, muitas vezes a gestante de risco habitual é referenciada para cidades vizinhas como Piumhi ou Passos. Já para a gestação de alto risco a referência é a cidade de Passos.

A enfermeira do PSF Novo Horizonte é a responsável pela digitação do cadastro e acompanhamento das gestantes no Sis prenatal o que facilita a captação dos dados e a busca ativa das faltosas e com exames atrasados.

O PSF auxilia na mudança do processo de trabalho, e na área de enfermagem, vêm aproximando as enfermeiras do cuidado, com uma maior atuação na atenção pré-natal, através da criação de protocolos municipais e estaduais que respaldam as ações de enfermagem (PARADA, 2008).

A participação do enfermeiro no atendimento às gestantes de baixo risco é de fundamental importância e resulta em um maior acesso da mulher e maior qualidade da assistência (SILVA; AGUIAR, 2003).

A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, bem como enriquecedora para todos que dela participam (BRASIL, 2001).

A qualidade de um serviço de saúde implica na ocorrência de várias circunstâncias e não pode ser determinada por um único fator. Avaliar a qualidade do pré-natal gera a necessidade de analisarmos vários componentes incluindo os fatores sociais, econômicos, demográficos e até mesmo culturais de um município para que possamos entender como a assistência pré-natal está inserida. A primeira parte deste desenvolvimento procurou justamente contextualizar todos esses fatores para um maior entendimento da assistência pré-natal no município de Capitólio. Para a segunda parte deste estudo, realizou-se o levantamento dos percentuais dos indicadores de processo do Sis prenatal que estão descritos a seguir.

Parte 2 - Avaliação do PHPN no município de Capitólio

4.2.1. Os dois primeiros anos de implantação do PHPN

O Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do Ministério da Saúde financiou diretamente o primeiro projeto de pesquisa sobre a avaliação nacional do PHPN. A pesquisa utilizou como dados quantitativos os municípios brasileiros que já haviam aderido ao Programa de janeiro de 2001 a agosto de 2002, tendo como objetivo avaliar o processo de implantação do PHPN (BRASIL, 2008b).

Essa pesquisa mostrou que a maioria das gestantes estava sendo captada com até 120 dias de gestação, realizavam seis consultas durante o pré-natal, realizavam a primeira etapa dos exames laboratoriais e eram imunizadas contra o tétano. Apontou problemas como a falta de integração entre o pré-natal e o parto, a reduzida realização da segunda etapa dos exames laboratoriais e a escassa realização da consulta puerperal (BRASIL, 2008b).

O PHPN mudou o modelo da atenção ao pré-natal, através do cumprimento dos critérios mínimos e do monitoramento e avaliação da assistência prestada pelo sistema de informação (SERRUYA *et al*, 2004c). Mas a pesquisa realizada pelo DECIT mostrou que o Programa em um primeiro momento apresentava algumas falhas.

A mesma pesquisa também apontou que o tempo de adesão ao PHPN é inversamente proporcional ao porte do município, à semelhança do tempo entre a adesão e o início dos procedimentos, entretanto, os municípios de menor porte completavam o Programa em menor tempo que os municípios de grande porte (BRASIL, 2008b).

Assim os municípios de pequeno porte, como é o caso de Capitólio, demoravam mais para aderir e iniciar os procedimentos previstos pelo PHPN. Comparando-se esse levantamento com os dados do Sis prenatal local, nota-se que o município de Capitólio aderiu ao Programa em data posterior ao período da pesquisa. Acredita-se, com esse fato, que o tempo de adesão ao PHPN em Capitólio também foi inversamente proporcional ao porte do município.

Segundo o Ministério da Saúde, todos os municípios que aderirem ao PHPN serão avaliados anualmente, estando a continuidade da adesão municipal ao Programa vinculada à apresentação do procedimento de conclusão do pré-natal para no mínimo, 30% das gestantes nele cadastradas no primeiro ano; e 50% no segundo ano, a partir da data de cadastramento da primeira gestante (BRASIL, 2000c).

Para avaliar se o município de Capitólio cumpriu as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde, realizou-se inicialmente um levantamento dos indicadores dos dois primeiros anos do Programa de forma isolada.

A vantagem do Sisprenatal é que o sistema permite o lançamento de qualquer intervalo de tempo para análise. Entretanto, para que seja feito um levantamento fidedigno é importante que o intervalo analisado seja superior ao período gestacional.

A partir dessa definição, constatou-se que o município de Capitólio atingiu a meta do primeiro ano de adesão com um percentual de 39,53% de conclusão de pré-natal a partir da data de cadastramento da primeira gestante. Com esse resultado, o município superou a meta estipulada pelo Ministério da Saúde para o primeiro ano de implantação. Já no segundo ano, o percentual subiu para 64,71%, valor acima do mínimo esperado para o segundo ano.

De acordo com o Ministério da Saúde, os municípios menores podem encontrar dificuldades na operacionalização do PHPN, relacionados aos recursos humanos e capacidade técnica necessária para desencadear a organização dos dados, pactuações e recursos para o planejamento do sistema de saúde local (BRASIL, 2008b). Acredita-se que com os resultados encontrados em Capitólio não ocorreram dificuldades operacionais nos dois primeiros anos de adesão ao PHPN.

Em Salvador-BA, a adesão ao PHPN se deu em 2001, sendo identificada uma baixa cobertura de pré-natal da ordem de 14,2%, para o ano de 2002. Esse resultado aponta para dificuldades de acesso das mulheres aos serviços de saúde, maior número de unidades de baixa complexidade, com baixa oferta de serviços e dificuldade na realização de exames. Os baixos valores da cobertura pré-natal pelo PHPN podem estar relacionados ao fato de que a pesquisa utilizou apenas os dados do primeiro ano de adesão (NASCIMENTO *et al*, 2007).

Em um estudo realizado para avaliar a qualidade do pré-natal no Brasil, identificou-se que a avaliação preliminar dos dados gerados nos dois primeiros anos

de implantação, através do Programa Sisprenatal, mostrou que apenas uma pequena parcela das gestantes cadastradas cumpriu integralmente os critérios estabelecidos em seus objetivos, a maioria apresentou assistência desarticulada e parcial (SILVA *et al*, 2005).

O Ministério da Saúde já previa um pequeno percentual no primeiro ano do Programa, mas se a gestante for captada precocemente é possível realizar o cumprimento dos critérios para a conclusão do pré-natal. Comparando-se a pesquisa de Nascimento *et al* (2007) com o percentual encontrado no primeiro ano de adesão em Capitólio, pode-se supor que o município teve certa vantagem no cumprimento das metas, devido ao pequeno número de habitantes, e por ter optado por uma estratégia de atendimento pré-natal concentrado em apenas uma unidade de saúde, o PSF Novo Horizonte, o que poderia ter facilitado a captação, busca ativa das gestantes, controle e lançamento dos dados.

Uma vez analisado o cumprimento das metas dos dois primeiros anos de implantação do PHPN em Capitólio, é possível prosseguir a pesquisa e avaliar os indicadores de processo do Sisprenatal municipal de uma forma específica por procedimentos. A análise desses indicadores foi dividida em itens que se destacam a seguir.

4.2.2. Percentual de gestantes que se inscreveram no Programa e realizaram a primeira consulta até 120 dias em relação ao número de nascidos vivos

O primeiro indicador de processo que se deve analisar para verificar a qualidade do atendimento de pré-natal é o percentual de gestantes que se inscreveram no Programa e realizaram a primeira consulta até 120 dias, em relação ao número de nascidos vivos, por períodos. Isso porque, é a partir deste indicador que são gerados os demais indicadores do Sisprenatal.

O cadastro das gestantes com até 120 dias de gestação sofreu variações positivas e negativas, tendo seu maior índice no sexto ano de implantação (96,67%) e menor valor no sétimo ano de adesão (65,56%).

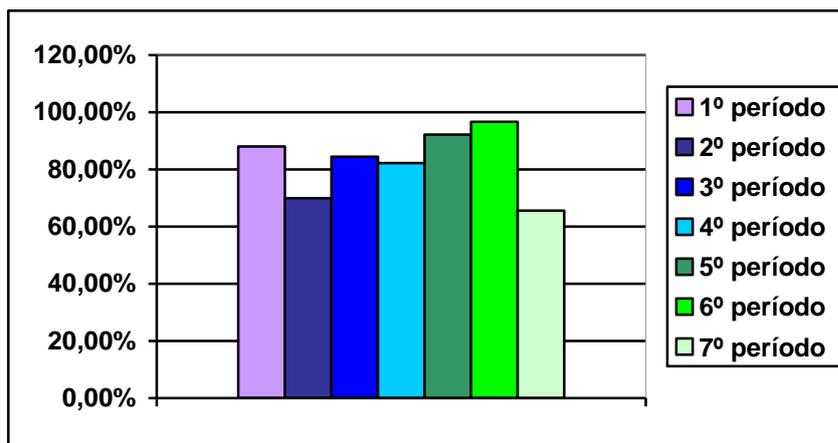


Figura 1: Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram a primeira consulta de pré-natal até 120 dias de gestação por períodos. Fonte: Sis prenatal.

Acredita-se com esses resultados, que a captação precoce e adesão das gestantes ao pré-natal durante os anos tiveram uma queda importante no último período analisado, pois o mesmo apresentou o menor valor em relação aos outros momentos.

Perante esse resultado, desconfia-se que pode estar ocorrendo no município uma falta de informação acerca da importância do início precoce no pré-natal e do comparecimento às consultas, o que provavelmente está relacionado a fatores educacionais, baixa escolaridade das pacientes e de seus companheiros (TREVISAN *et al*, 2002).

A assistência pré-natal deve ocorrer o mais rápido possível, até o 4º mês de gestação, pelo ACS ou através da procura direta da mulher com suspeita de gravidez, acessando diretamente a equipe de saúde (MINAS GERAIS, 2006).

A captação corresponde à primeira aproximação da mulher com o serviço de saúde e engloba a assimilação da notícia da gravidez, as expectativas e necessidades da gestante. A grande variação no tempo transcorrido até a chegada ao serviço público de saúde está associada à disponibilidade de acesso ao serviço em relação à oferta de exame confirmatório e do primeiro atendimento, e pela percepção da mulher quanto à necessidade de acompanhamento pré-natal e da qualidade do serviço prestado (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Em uma pesquisa realizada na periferia do município do Rio Grande, no Estado do Rio Grande do Sul, aproximadamente 95% das mulheres estudadas sabiam da grande utilidade do pré-natal, mas apenas 41% delas afirmaram que uma mulher deveria ir ao médico no primeiro mês de gravidez (SASSI *et al*, 2007).

Foi identificada alta cobertura de pré-natal (99,04%) em Juiz de Fora, no Estado de Minas Gerais, em 2002. Entretanto, somente 29,7% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, ao passo que 9,2% procuraram assistência apenas nos últimos três meses de gestação (COUTINHO *et al*, 2003).

Em Quixadá, município do Estado do Ceará, houve um pequeno percentual de cadastramento das gestantes no ano de 2001, (15,05%), o que pode estar relacionado ao início da implantação do Sis prenatal no município, estando, assim, sujeito às falhas operacionais do sistema, dos profissionais responsáveis pela assistência ou pela alimentação dos dados. A capacitação dos profissionais envolvidos, tanto no cadastramento na unidade de saúde quanto na digitação desses dados, são procedimentos fundamentais ao bom desenvolvimento do Sis prenatal (GRANGEIRO *et al*, 2008).

As equipes de saúde podem não estar preparadas para implantar ações de divulgação dos programas de pré-natal, identificar prioridades e para interagir como equipe multidisciplinar (TREVISAN *et al*, 2002). Fato esse, que poderia estar prejudicando os dados do município de Capitólio.

É importante salientar que o modelo adotado pelo PSF preconiza a delimitação da área de abrangência da unidade de saúde tornando possível detectar precocemente as gestantes residentes na comunidade e incentivá-las ao comparecimento no programa (GONÇALVES *et al*, 2008).

Em um levantamento feito no Estado de São Paulo com grupos de mulheres de baixa renda, foi encontrada uma maior proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal até o terceiro mês de gestação entre aquelas que não tinham nenhum filho vivo, viviam com um companheiro, tinham mais que o primeiro grau e aquelas que moravam no interior do Estado (OSIS *et al*, 1993). Aqui aparece um dado importante que quando a mulher não tem ainda filho, parece estar mais disponível para deixar o lar e cuidar de si e da própria gravidez. Ter mais filho indica dificuldade de afastar-se de casa ou encontrar pessoas com quem possa confiar o cuidado de outros filhos.

Em 2003, na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, foram identificados, por meio de dados do SIAB, percentuais de realização de pré-natal no primeiro trimestre de gestação abaixo de 77% na maioria de seus municípios (MALFATTI *et al*, 2006).

Recomenda-se iniciar o pré-natal no momento em que a gestação é diagnosticada com o objetivo de fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco (SERRUYA *et al*, 2004c).

A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde e essa assistência é uma medida essencial para preservar a saúde da mulher e do feto e, conseqüentemente, para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal ainda persistentes no Brasil (SILVA; AGUIAR, 2003).

Em Capitólio, a cobertura do pré-natal poderia estar sendo influenciada, além de todos estes fatores já comentados, pelas gestantes que preferem realizar o pré-natal com médicos em clínicas particulares. Entende-se que esse fato prejudicaria os dados municipais que também são baseados no número de nascidos vivos.

O pré-natal pode ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde cuja fonte pagadora é o Sistema Público de Saúde ou em consultórios privados, onde as consultas são pagas diretamente pelo cliente ou indiretamente, através de convênios médicos ou sistema de seguro saúde (NASCIMENTO, 2003).

É interessante ressaltar que os atendimentos particulares não podem ser lançados no Sisprenatal, mas sim, apenas os acompanhamentos realizados pela equipes de saúde vinculadas ao SUS. Por essa razão, seria importante que todas as gestantes de Capitólio pudessem compor os quadros estatísticos de gestante do município. Chegou-se a pensar no incentivo do pré-natal pelo PHPN paralelo ao serviço particular para as mulheres que optam por esse último serviço, pois, caso a gestante necessite de acompanhamento imediato, o médico do município já conheceria suas necessidades e teria melhores condições de intervir no seu tratamento.

É indicado para a SMS fazer um plano de ação dentro do Plano Municipal de Saúde para que se tenham os dados de todas as gestantes, mesmo que seja atendida por planos de saúde ou clínica particular. Por esse motivo as equipes dos PSF procuram realizar visitas domiciliares, grupos de gestantes e consultas com enfermeiros, odontólogos, nutricionista, psicóloga e fisioterapeuta para atingir tal público e assim acompanhar a maioria das gestantes do município.

A escolha do local do acompanhamento pré-natal pode ser influenciada por experiência relatada por um familiar já atendido naquele local; possibilidade de que o acompanhamento assegure o parto no mesmo equipamento de saúde; proximidade

geográfica com a residência; falta de opções por haver somente um local de atendimento no município; empatia com profissionais da equipe; perda de um convênio de saúde suplementar (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Outra questão avaliada, é que o município dispõe apenas de um ginecologista que, além de ser responsável pelo acompanhamento das gestantes, faz parte de uma equipe de PSF que atende uma determinada área de abrangência, não sendo exclusivo para o atendimento pré-natal. Existem sérias falhas, como, por exemplo, nas férias médicas, o atendimento pré-natal fica descoberto e as gestantes, quando necessário, são referenciadas para outros municípios.

Do ponto de vista técnico, os médicos com formação em ginecologia teriam vantagens sobre os médicos clínicos gerais para o adequado manejo da gestação. No entanto, tendo em vista as limitações de recursos públicos, é possível que a capacidade técnica não seja suficiente para o adequado manejo de pacientes no nível primário do cuidado (SANTOS *et al*, 2000).

Recomenda-se que o município contrate mais um obstetra para auxiliar no atendimento, para que não seja necessário referenciar as gestantes para outras cidades na ausência do médico obstetra.

A implantação das linhas-guias do Ministério da Saúde também facilitaria o acompanhamento pré-natal, pois estas auxiliam na normatização da assistência e estabelece fluxos que poderiam orientar as demais equipes dos PSF a implantar o atendimento pré-natal em suas unidades de saúde também.

O PHPN recomenda a proximidade geográfica com a residência da gestante como único critério de referência para o local de realização do controle pré-natal (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Além da procura espontânea, seja pela confirmação tardia ou pela maior aceitação da gravidez, a pressão familiar e a captação pelas unidades de saúde e ações comunitárias locais aumentam a adesão ao pré-natal com o evoluir da gestação (COUTINHO *et al*, 2003).

Os dados apresentados pelo primeiro indicador analisado, demonstram a necessidade de novas intervenções de todas as equipes de saúde do município. Por mais que o pré-natal seja realizado apenas por um PSF, todas as equipes necessitam estar envolvidas na busca ativa das gestantes e captação precoce. É de suma importância um fluxo de comunicação eficaz e direto entre as unidades de saúde para que não ocorra demora no cadastramento.

4.2.3. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal

O segundo indicador de processo estudado foi o percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal no município de Capitólio. O percentual de mulheres que realizaram as seis consultas foi crescente do primeiro ao quinto período avaliado, aumentando de 40,48% para 98,75%, entretanto, houve um declínio para 86,49% no sexto ano e de 72,50% no sétimo ano de implantação do programa.

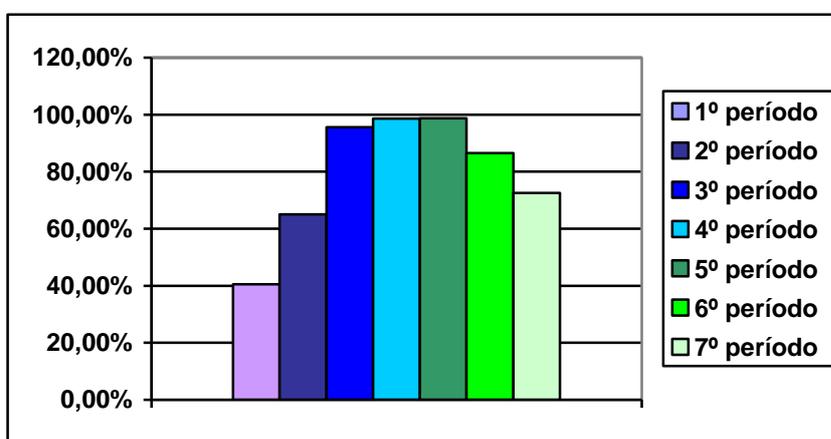


Figura 2: Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram as seis consultas de pré-natal por períodos. Fonte: Sis prenatal.

O número de consultas de pré-natal diminuiu nos últimos dois períodos analisados o que poderia influenciar na qualidade da assistência, uma vez que é preconizada a realização de seis consultas no período gestacional.

Avaliando esse resultado, pode-se supor que a realização do pré-natal esteja sofrendo influências externas voltadas para as gestantes, e internas relacionadas à própria assistência ou alimentação dos dados no Sis prenatal.

No que se referem às gestantes, o baixo nível de escolaridade e sócio-econômico da mulher, a multiparidade, além da localização da residência, principalmente das que moram em áreas rurais ou de difícil acesso, podem interferir negativamente no uso de serviços relacionados ao cuidado pré-natal.

O acesso ao serviço pré-natal pode ser prejudicado quando a mulher tem que percorrer longas distâncias para consultar ou são múltiparas. Um maior nível de

escolaridade aumenta o nível de instrução que faz a mulher utilizar mais esse tipo de serviço (RODRIGUES FILHO *et al*, 1994).

Em relação aos fatores internos que interfeririam no número de consultas, cogita-se que, por não haver outros serviços de pré-natal no município, a mulher não tenha outras opções de atendimento, podendo realizar consultas particulares ou não fazer nenhum tipo de acompanhamento.

Outra hipótese para a redução do número de atendimentos seria a perda dos registros de atendimento na unidade de saúde, no momento da transferência das informações de consultas para a ficha de acompanhamento ou na própria alimentação dos dados no Sisprenatal.

As hipóteses anteriores também são sugeridas por outros autores que descrevem que o pré-natal inadequado reflete problemas tanto do serviço, quanto do usuário. Quanto ao serviço, as equipes podem não estar preparadas para realizar ações de divulgação do programa, para trabalhar com prioridades, para buscar gestantes faltosas e para interagir como equipe multidisciplinar. Quanto às usuárias, pode estar ocorrendo uma falta de conscientização sobre a importância do ingresso precoce no pré-natal e do comparecimento às consultas, principalmente entre as gestantes de baixa renda. Por outro lado estes autores também acreditam que o número de consultas pré-natais não garante a qualidade do cuidado (SILVEIRA *et al*, 2001).

Segundo a Organização Pan-americana da Saúde a qualidade atual dos serviços de saúde no país é questionável, pois dados do sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC) apontam que apenas em 47% dos casos de crianças que nascem vivas as mães tiveram sete ou mais consultas de pré-natal, como preceitua o Ministério da Saúde, variando entre 18% no Amapá e 64% em São Paulo (BRASIL, 2004b).

As seis consultas durante o pré-natal seria o mínimo necessário para garantir não somente o acompanhamento dos parâmetros que avaliam a evolução da gestação e a detecção de fatores de risco e agravos que poderão surgir, mas, de igual importância, estabelecer vínculo com as gestantes e sua família, no sentido de bem prepará-la para o parto e o puerpério, de maneira a vivenciá-los com autonomia e segurança (GRANGEIRO *et al*, 2008).

A proximidade da unidade de saúde é o elemento mais fortemente associado à decisão de consultar. Entre as mulheres que consultam em outros locais, a

principal razão atribuída para a não utilização do PSF mais próximo da residência é a qualidade do serviço (SANTOS *et al*, 2000).

Em investigação realizada com grupos de mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, as mulheres que haviam feito seis ou mais consultas de pré-natal foram principalmente aquelas que tinham um filho vivo, viviam com companheiro, tinham maior grau de escolaridade e moravam no interior do Estado. Não havendo diferenças em relação à idade da última gravidez e trabalho entre os grupos (OSIS *et al*, 1993).

No município de Juiz de Fora, no Estado de Minas Gerais, em levantamento feito em 2002, a média de consultas por gestante foi de 6,4, mas, um terço (33,8%) das pacientes não compareceu ao mínimo de seis atendimentos, incluindo 5,1% que frequentaram apenas uma ou duas consultas (COUTINHO *et al*, 2003).

Em um estudo realizado no município de Pelotas, no Rio Grande do Sul, foi identificada uma média de 5,3 consultas durante o pré-natal, no ano de 1998, que é anterior à implantação do Programa. Os autores justificaram que essa média poderia estar relacionada a três fatores: gestantes de baixa renda, caracterizando-se como as que menos consultam; sub-registro das consultas realizadas, principalmente a primeira, quando são solicitados os exames; e dificuldade de acesso, em virtude dos serviços funcionarem nos turnos diurnos, em sua grande maioria (SILVEIRA *et al*, 2001).

Identifica-se a partir desse estudo, que os problemas advindos da cobertura de pré-natal possuem suas raízes anteriores à implantação do PHPN e continuam persistindo, mesmo com todas as facilidades que o Programa trouxe para as gestantes.

Em outro estudo realizado em Pelotas, no Rio Grande do Sul, no período de setembro de 2002 a maio de 2003, observou-se que 77% das gestantes fizeram seis ou mais consultas de pré-natal, porém, existem falhas no cumprimento e no manejo das normas de assistência pré-natal, como tratamento de problemas ginecológicos e orientações educativas (RASIA; ALBERNAZ, 2008).

O menor número de consultas no pré-natal pode estar associado a um início mais tardio e compromete o papel educativo que poderia ser desenvolvido com as gestantes (NASCIMENTO, 2003).

O número de consultas em Capitólio pode também estar relacionado com a não adscrição de clientela em relação ao atendimento médico. Torna-se mais fácil

para o serviço detectar precocemente as gestantes residentes na comunidade e incentivá-las ao comparecimento ao programa. Da mesma forma, a proximidade geográfica facilita a busca ativa para a revisão puerperal (COSTA *et al*, 2000).

Um dos principais obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal é a desobediência às normas e rotinas do programa, principalmente a inadequação dos registros das consultas (COUTINHO *et al*, 2003).

Constata-se que o acolhimento e o fornecimento de informações devem ser práticas de todos os profissionais da equipe de saúde e devem estar presentes durante todo o contato com a mulher. O acolhimento é uma prática educativa que reflete a qualidade da relação profissional e gestante, para isso, os profissionais devem estar sensibilizados e capacitados para incorporar o acolhimento e a orientação como prática cotidiana da assistência, na tentativa de melhorar o perfil atual da assistência pré-natal no país (BRASIL, 2005c).

A maior realização de consultas estará sujeita a um redirecionamento das políticas e programas de saúde do município para uma assistência integral em pré-natal que aborde todos os fatores discutidos anteriormente, e não só o quantitativo da assistência. A conduta das gestantes frente às consultas gestacionais depende do modo como elas percebem o pré-natal (DUARTE; ANDRADE, 2008).

A variação apresentada no município de Capitólio em relação ao percentual de consultas realizadas no pré-natal indica a necessidade de avaliações constantes e novas intervenções com o objetivo de melhorar a qualidade do pré-natal e do acolhimento da gestante. Os PSF do município possuem equipamentos e insumos mínimos, necessários para a realização das consultas de pré-natal, não estando fora dos padrões exigidos pelo Ministério da Saúde.

4.2.4. Percentual de gestantes inscritas que realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério

O terceiro indicador avaliado foi o percentual de gestantes inscritas que realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. Verifica-se que este indicador foi crescente até o quarto período de início do Sis prenatal (41,86% a

100%), em que atingiu seu maior percentual. Nos anos seguintes ocorreram quedas sucessivas até o último intervalo analisado (78,13%).

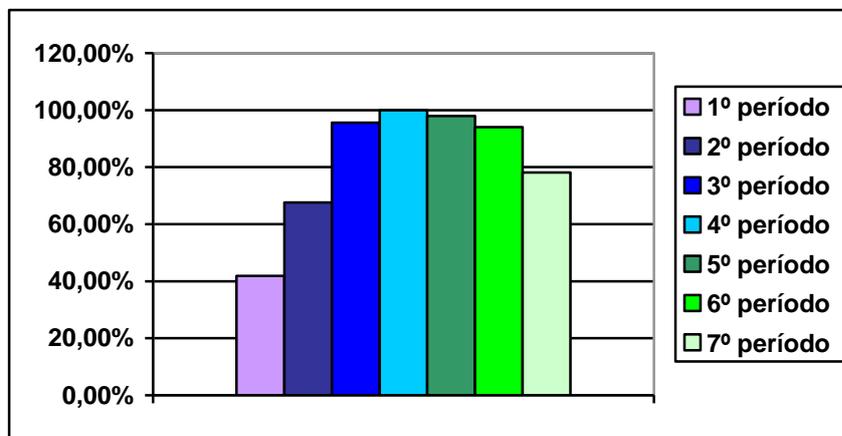


Figura 3: Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério por períodos. Fonte: Sis prenatal.

O puerpério é considerado o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico (BRASIL, 2001).

O retorno da mulher na unidade de saúde deve ser marcado em torno do 7º ao 10º dia de puerpério. Nesse retorno, devem-se ouvir as queixas da puérpera, proceder ao exame físico adequado, com ênfase ao estado hematológico e rastreamento de infecções. Após esse atendimento precoce, deve-se orientar a puérpera para retornar para nova avaliação entre o 30º e o 42º dia pós-parto. Nas puérperas que não completaram seus esquemas de vacinação, deve-se aproveitar esse momento para imunizá-las contra o tétano, hepatite B e rubéola (BRASIL, 2001).

A assistência a mulher na gestação deve ser considerada concluída após a consulta puerperal. A consulta de puerpério estabelece condutas para garantir o adequado intervalo interpartal, proteger a mulher e melhorar os resultados perinatais, com a orientação para a introdução de método contraceptivo e detectar alterações como a anemia e estados depressivos (SERRUYA *et al*, 2004c).

No município de Quixadá, no Estado do Ceará, o percentual de gestantes que atingiu seis ou mais consultas de pré-natal, associado à consulta de puerpério, tiveram uma ascensão em 2002, um decréscimo em 2003, e novo crescimento em

2004. O indicador de consulta puerperal, neste estudo, demonstrou deficiência importante no registro (GRANGEIRO *et al*, 2008).

No momento do puerpério, a mulher fica colocada na interface entre o programa de atenção ao ciclo gravídico-puerperal e o programa de atenção à criança. Isso decorre tanto de uma não valorização das puérperas em relação a esse atendimento, quanto do fato de a dinâmica programática de atenção à criança estar mais estruturada que a da atenção pré-natal. Importantes oportunidades de realização do controle puerperal são desperdiçadas com a falta de articulação entre programas de saúde (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

As atividades da consulta puerperal devem ser planejadas e realizadas em vários momentos de contato com a mulher como nas ações do quinto dia do recém-nascido, na avaliação subsequente da criança, nas consultas de orientação sobre planejamento familiar ou na própria visita domiciliar, portanto, que se realizem até 42 dias após o parto.

A atenção pré-natal só pode ser finalizada depois da consulta puerperal, mas o puerpério no Brasil não é realizado de maneira efetiva, mesmo sendo as vacinas realizadas nos primeiros cinco dias de vida do recém-nascido apresenta altos índices de cobertura. Além disso, a atenção pré-natal tem potencial destacado como indicativo de qualidade dos serviços (COUTINHO *et al*, 2003).

A visão das puérperas sobre o cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal indica a importância das relações interpessoais, a qualidade técnica do atendimento e a atenção do cuidado voltada para a mulher como sujeito ativo (PARADA: TONETE, 2008).

Acredita-se que esteja ocorrendo uma falta de comunicação entre a Santa Casa de Caridade de Capitólio e as equipes de PSF do município. A falta de contra-referência é visível nesse momento do atendimento. Após a alta da puérpera, é necessário que ocorra uma contra-referência formal da Santa Casa para as equipes de PSF. O plano de humanização deve atingir também as Instituições de atenção secundária e terciária. Somente dessa forma a equipe poderá dar seguimento a um atendimento humanizado à mulher, à criança e à família. Muitas vezes a equipe só toma conhecimento do puerpério pelos ACS durante a visita domiciliar ou pela própria puérpera que procura a unidade de saúde para ser orientada ou consultar. A busca ativa poderia ser poupada se houvesse um trabalho de notificação institucional

proveniente da Santa Casa para a SMS. Como não existe tal sistema de informação o acompanhamento destas mulheres fica à mercê da busca ativa.

Diante dessas informações, sugere-se que o puerpério no município seja reavaliado não só pela equipe do PSF Novo Horizonte, mas também pela SMS juntamente com todas as equipes de PSF. Este é um item importante para debate na Conferência Municipal de Saúde.

As orientações e avaliação das puérperas devem ser dadas no domicílio pelo enfermeiro ou médico, uma vez que nesse momento, a mulher pode ter dificuldades de locomoção. Mesmo que a gestante falte ao agendamento da consulta puerperal, a equipe deve realizar o puerpério na própria visita domiciliar e nas ações desenvolvidas com o recém-nascido.

4.2.5. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos

O quarto indicador considerado foi o número de gestantes inscritas e que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos. Em Capitólio, esse percentual foi progressivo até o quarto período verificado (39,29% a 98,63%) e regressivo a partir do quinto período (de 91,25% a 72,50%).

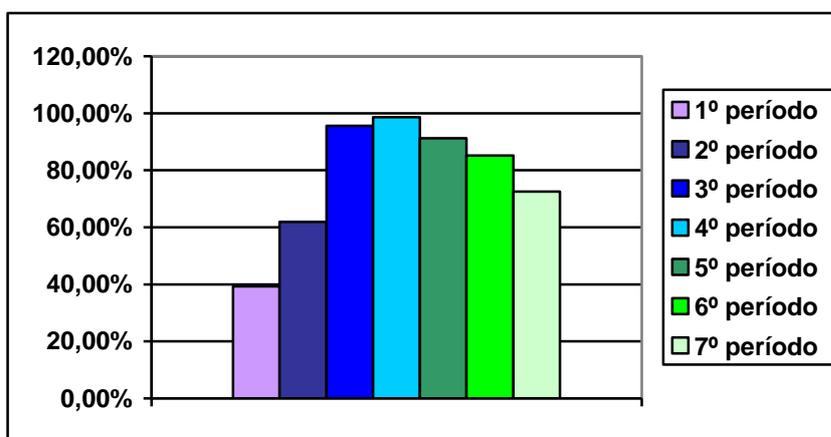


Figura 4: Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos por períodos. Fonte: Sis prenatal.

Os exames laboratoriais básicos são imprescindíveis para o acompanhamento pré-natal, pois complementam a análise dos dados clínicos e obstétricos da gestante. Com a evolução dos métodos diagnósticos e a mudança no panorama das doenças, como o aumento da prevalência de diabetes e das doenças sexualmente transmissíveis, vários procedimentos propedêuticos têm sido estudados a respeito de quais exames são necessários e em que período da gestação devem ser realizados (AMORIM; MELO, 2009).

No município de Pelotas, no Estado do Rio Grande do Sul, foi identificado um elevado percentual de ausência de registro dos exames laboratoriais, necessitando-se avaliar se realmente não foram solicitados, se foram solicitados e não realizados, se ocorreu sub-registro da informação ou se não houve tempo de realizar exames por ingresso tardio no pré-natal. A baixa frequência encontrada para o registro dos três exames, em três oportunidades diferentes, pode ser explicada pelos mesmos fatores, acrescentando-se, ainda, a possibilidade da ocorrência de interrupção precoce da gravidez ou de parto prematuro (SILVEIRA *et al*, 2001).

O percentual de gestantes que atingiu seis ou mais consultas de pré-natal, associado à variável de realização dos exames básicos apresentaram-se no município de Quixadá, no Estado do Ceará, ainda mais reduzido, revelando, porém, ascensão em 2002, acentuado declínio em 2003, e revelando crescimento em 2004. Somente metade das gestantes inseridas no serviço de pré-natal tem acesso aos exames, o que gera uma lacuna na oferta de serviços laboratoriais que precisam de investimentos em todas as esferas de governo para ser superada (GRANGEIRO *et al*, 2008).

Uma auditoria realizada na região sul do Brasil apontou que apesar de ocorrer melhoras nos indicadores de pré-natal local, encontrou-se percentual elevado de mulheres sem exames laboratoriais básicos (COSTA *et al*, 2000).

As razões do elevado percentual de mulheres com no mínimo seis consultas de pré-natal realizadas, mas que até o parto não fizeram todos os exames básicos de pré-natal estão no início tardio do acompanhamento pré-natal e a maior concentração de consultas próximo ao término da gravidez (TREVISAN *et al*, 2002).

O decréscimo na realização dos exames nos últimos anos em Capitólio aponta que o pré-natal não deve ser analisado apenas em termos de número de consultas realizadas, mas também na qualidade dos procedimentos indicados.

Antes da implantação do Sis prenatal, não era possível saber quantos e quais exames haviam sido realizados especificamente para a atenção pré-natal em Capitólio. Com o PHPN foi possível verificar quais são esses exames e como eles são solicitados.

A realização dos exames de pré-natal pode estar relacionada com a forma de organização da oferta dos procedimentos, podendo ocorrer uma diminuição na realização dos exames devido a um esgotamento da quota de exames disponibilizada para os serviços de atenção básica (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Alguns exames laboratoriais, após a coleta, podem ser enviados para outras cidades o que acarreta certa demora na entrega dos resultados. Para o Ministério da Saúde a realização dos procedimentos previstos no PHPN é mais freqüente nos municípios de grande porte, indicando que a oferta de serviços existentes é um elemento facilitador no cumprimento do programa (BRASIL, 2008b). Em Capitólio, alguns exames são enviados para o Instituto Hermes Pardini, em Belo Horizonte, o que gera atrasos na entrega dos resultados.

A ausência do registro de um determinado exame pode indicar a falta de solicitação do exame pela equipe técnica, falta de registro adequado pelos profissionais, apesar do exame ter sido solicitado e realizado, dificuldades para o agendamento e a realização do exame pelo SUS, realização do exame, porém sem retorno ao serviço de saúde ou não-realização do exame motivada pela própria paciente (COUTINHO *et al*, 2003).

Os exames laboratoriais feitos pelas gestantes em Capitólio devem ser analisados pelos gestores municipais, que deveriam propor medidas que facilitassem coleta e entrega do exame, pois as alterações nos resultados podem gerar riscos que comprometem a saúde da mãe e criança.

Para o agendamento dos exames básicos a gestante deve comparecer a SMS munida da solicitação médica para que se autorize a realização do exame. Após a autorização, a mulher comparece ao laboratório municipal para agendamento da coleta. Frequentemente o agendamento da coleta demora alguns dias e a mulher aguarda até o dia marcado para colher o exame. Todo este processo para realização do exame pode dificultar a sua realização e assim gerar perdas nos indicadores.

É interessante ressaltar que não são poucos os casos relatados pelas gestantes de esquecimento do agendamento do exame devido à demora na

marcação ou perda do pedido médico que impossibilita a realização do exame. Tais fatores prejudicam a alimentação dos dados do Sis prenatal e também gera atrasos no tratamento dos resultados alterados.

Outro problema encontrado é a falta de materiais ou reagentes para realização dos exames. Algumas gestantes que colhem o exame de sangue retornam à unidade de saúde sem alguns resultados solicitados o que também ocasiona os mesmos prejuízos citados anteriormente.

Um exame que não é preconizado pelo PHPN, mas frequentemente realizado no pré-natal é o ultrassom obstétrico. Vale registrar que em Capitólio, não há um serviço de ultra-som obstétrico gratuito.

As gestantes usuárias do serviço público querem contar com recursos que possam diminuir seu desconhecimento em relação às condições de saúde de seu bebê e propiciar-lhes uma gestação mais tranquila. As ultrassonografias trazem essa possibilidade. No entanto, esse exame não é previsto pelo PHPN (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Alguns problemas do acompanhamento de pré-natal podem estar relacionados à organização dos serviços de saúde, principalmente da referência laboratorial e dos exames de ultrassonografia (SILVA; AGUIAR, 2003).

Para a superação dos problemas apontados, ressalta-se a necessidade de preparar a mulher para a realização dos exames laboratoriais, com enfoque na importância de sua realização, buscando sempre conhecer a história obstétrica anterior, bem como a realização de exames anteriores, além do respeito aos valores culturais e as limitações que envolvem a gravidez (DUARTE; ANDRADE, 2008).

A ênfase do PHPN se dá apenas para os procedimentos clínicos e laboratoriais que a gestante deve receber durante o pré-natal. No entanto, pouco se sabe a respeito do conhecimento que a gestante tem sobre esse processo em si, ou seja, o quanto conhece dos procedimentos necessários, ou a que tem direito, desde o início da gravidez até o pós-parto imediato (SASSI *et al*, 2007).

Diante desses fatos, verifica-se a importância de se restabelecer o fluxo para coleta dos exames laboratoriais de pré-natal no município para que ocorra agilidade na coleta, entrega de resultados e tratamento.

4.2.6. Percentual de gestantes inscritas que realizaram as seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos

O quinto indicador de processo considerado foi o percentual de gestantes inscritas que realizaram as seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos. Esse indicador é uma somatória de todos os procedimentos analisados até o momento em relação ao número de consultas, consulta puerperal e exames básicos.

Nota-se que desde a implantação do Programa houve acréscimos positivos no percentual analisado que atingiram o seu valor máximo no quarto ano do Sisprenatal (39,53 até 100%) e a partir dos períodos seguintes sofreu decréscimos consecutivos (92,00 até 78,13%).

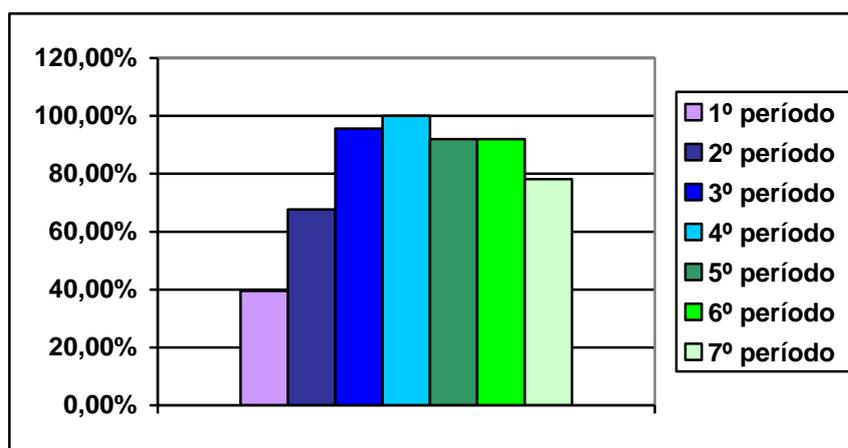


Figura 5: Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos por períodos. Fonte: Sisprenatal.

Apesar de existirem falhas no uso do Sisprenatal, é inaceitável que o pré-natal ainda não atenda a garantias tão básicas como exames laboratoriais mínimos e consultas (PASSOS; MOURA, 2008).

A realização de exames laboratoriais e a consulta puerperal são considerados pontos de estrangulamento e sinalizam a necessidade de rever os mecanismos atuais e propor novas medidas, além das necessárias mudanças baseadas em novas evidências (SERRUYA *et al*, 2004a).

Em Capitólio, além dos exames preconizados pelo PHPN, são solicitados os exames para detecção de toxoplasmose e hepatite B. A transmissão congênita do

toxoplasma pode ocorrer quando a gestante adquire a primo-infecção durante a gestação. As graves repercussões fetais devido ao acometimento do feto pela doença dependem da virulência, do sistema imunológico materno e da idade gestacional (AMORIM; MELO, 2009).

Já em relação à hepatite B, o rastreamento da doença reduz a transmissão vertical e o conseqüente desenvolvimento de hepatite crônica pelo recém-nascido, que causa um quadro que pode evoluir para cirrose e carcinoma hepatocelular (AMORIM; MELO, 2009).

Os procedimentos técnicos como consultas, realização de exames e atividades educativas, são comentados e valorizados na expectativa da garantia de boa saúde para o filho e mulher. Contudo, as informações nem sempre são assimiladas e suficientes para esclarecer as dúvidas das gestantes (DUARTE; ANDRADE, 2008).

Para um acompanhamento pré-natal efetivo não é necessário tecnologias complexas, sofisticadas e caras, mas a garantia de acesso aos serviços de pré-natal, recursos humanos capacitados, apoio diagnóstico e tratamento adequados (PICCINI *et al*, 2007). De tal modo, é importante chamar a atenção para o fato de que a proximidade geográfica facilita o contato dos usuários com o PSF no momento do puerpério (GONÇALVES *et al*, 2008).

As secretarias municipais de saúde possuem a responsabilidade de controlar o cadastro das gestantes, garantirem a assistência pré-natal e puerperal de acordo com o PHPN e os laboratórios para a realização dos exames básicos e complementares quando necessários, mediante programação pactuada integrada regional (GRANGEIRO *et al*, 2008).

Assim fica clara a necessidade de uma reestruturação na captação de gestantes, no acompanhamento pré-natal e puerperal bem como nas coletas de exames laboratoriais no município de Capitólio. A melhoria das condições de atendimento, por meio da mudança de atitude dos profissionais que assistem as mulheres grávidas e puérperas é imprescindível para que o atendimento seja eficiente e participativo.

4.2.7. Percentual de gestantes inscritas que receberam a segunda dose, dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica

O sexto indicador, percentual de gestantes inscritas que receberam segunda dose, dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, apresentou variações crescentes até o último período levantado (72,84 até 97,448%), apenas do segundo para o terceiro ano, houve uma discreta variação negativa de 84,75% para 84,62%.

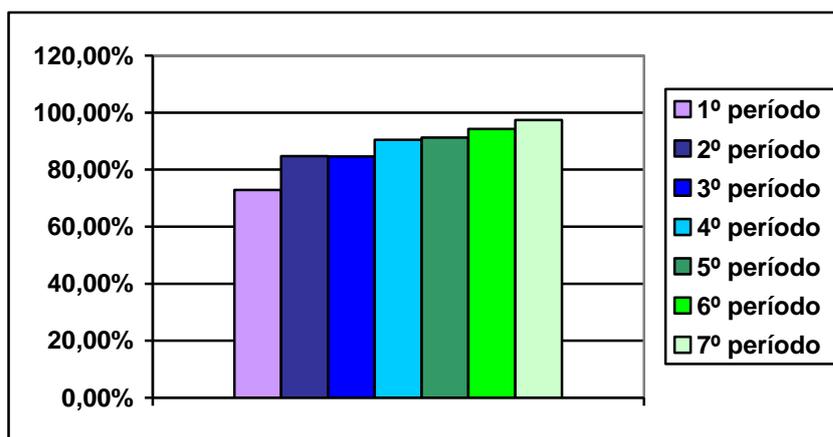


Figura 6: Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que receberam a segunda dose, dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica por períodos. Fonte: Sis prenatal.

A vacinação antitetânica é considerada uma assistência básica, e mesmo com um acréscimo no indicador na maioria dos períodos analisados, indicam a necessidade de reformular a abordagem desse processo, uma vez que, esse procedimento é gratuito e todas as mulheres deveriam estar ou serem imunizadas contra o tétano.

O tétano neonatal é a segunda maior freqüência de mortalidade entre as seis infecções preveníveis por vacinas em países em desenvolvimento (XIMENES NETO *et al*, 2008).

Para avaliar adequadamente a condição vacinal da gestante, é necessário o registro de imunidade anterior à gestação atual. Apesar de a vacinação antitetânica estar disponível em grande parte dos serviços de saúde, ainda existem mulheres que não recebem nenhuma dose de vacina ou que não são corretamente imunizadas (GRANGEIRO *et al*, 2008).

O PSF Novo Horizonte não possui uma sala de vacina, uma vez que a vacinação do município é centralizada no PSF Terezinha Rattis. Esse fato dificulta a realização da vacina antitetânica, pois a mulher que mora fora da área de cobertura

do PSF Terezinha Rattis, se vê obrigada a deslocar-se para esta unidade de saúde a fim de realizar a imunização.

Há uma falta de avaliação qualificada do conteúdo das ações de pré-natal e a não investigação das razões para a utilização majoritária de serviços fora da área de abrangência (PICCINI *et al*, 2007).

Outro problema identificado é que a maioria das gestantes não possui cartão de vacina e quando têm, são cartões, geralmente, de campanhas isoladas do Ministério da Saúde ou de vacinações recentes. Isso prejudica a análise da indicação da vacina antitetânica, uma vez que não há um histórico vacinal da mulher.

O cartão espelhos de vacinação, que são uma segunda via do histórico vacinal das pessoas, só foram implantados no município a partir do ano de 2001, e em sua maioria, possuem registros apenas de crianças ou adolescentes. É importante um grande investimento na preservação da implantação do cartão espelho na vacinação por todas as equipes do PSF. É impossível garantir uma boa cobertura vacinal sem o cartão espelho.

A maioria dos adultos de Capitólio ainda não tem cartão espelho o que não auxilia no levantamento do histórico vacinal das gestantes. Assim, muitas mulheres que não têm comprovação vacinal, são imunizadas contra o tétano, mesmo que relatem terem sido vacinadas anteriormente.

O controle vacinal das gestantes deve ser uma rotina realizada por todos os profissionais que fazem o acompanhamento pré-natal, tanto nas consultas quanto nas visitas domiciliares.

Em uma pesquisa realizada no ano de 2003 na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, através de dados do SIAB, a maioria dos municípios atingiu valores percentuais acima de 85% de gestantes cadastradas que foram imunizadas (MALFATTI *et al*, 2006).

Em um outro estudo realizado no município de Rio Grande, também no Estado do Rio Grande do Sul, foram entrevistadas 385 gestantes com até 16 semanas de gravidez no domicílio, somente 28% delas, sabia quantas doses de vacina antitetânica deveriam receber durante o pré-natal (SASSI *et al*, 2007).

Os dados relativos à imunização da gestante no município de Quixadá, no Estado do Ceará, demonstraram melhoria expressiva a partir de 2002, chegando, em 2004, com 90,9% das gestantes cadastradas imunizadas. Com o aumento da

imunização antitetânica, espera-se que as equipes do PSF atinjam 100% das mulheres cadastradas e, assim, mantenha-se a ausência de casos, definitivamente, no município (GRANGEIRO *et al*, 2008).

Os valores identificados em Capitólio sugerem a necessidade de ações mais eficazes no campo da saúde preventiva, o que poderia atenuar os problemas advindos da falta de imunização para a mulher e a criança.

4.2.8. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste de anti-HIV, a segunda dose ou dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica

O sétimo indicador avaliado, percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste de anti-HIV, a segunda dose ou dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, foi crescente até o quarto ano (39,53% até 90,20%), teve um discreto decréscimo no quinto ano (90,00%), apresentou-se crescente no ano seguinte (92,00%) e novamente decrescente no último ano observado (78,13%).

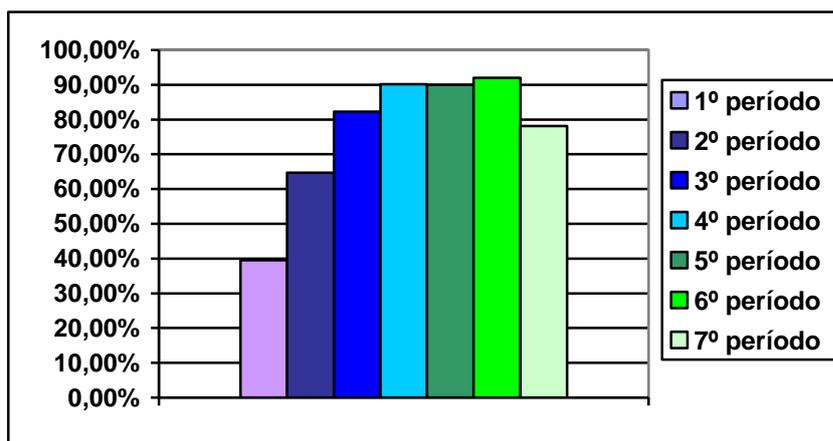


Figura 7: Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a segunda dose, dose de reforço ou dose imunizante da vacina antitetânica por períodos. Fonte: Sisprenatal.

Percebe-se com esse resultado que o indicador analisado teve um crescimento positivo em quase todos os anos sofrendo um decréscimo considerável

apenas no último período. Desconfia-se que tal diminuição esteja relacionada a fatores de interrupções de pré-natal, problemas na alimentação e captação dos dados.

Notou-se percentual crescente de gestantes com indicador de, no mínimo, seis consultas, todos os exames básicos, teste anti-HIV, imunização antitetânica e consulta puerperal de 2001 a 2004 no município de Quixadá, no Estado do Ceará, ou seja, zero, 2,6, 5,68 e 21,11%, respectivamente (GRANGEIRO *et al*, 2008).

Assim como discutido nos outros indicadores, acredita-se que esse decréscimo de percentuais possa estar relacionado com a ocorrência de evasão de gestante para outros serviços e sub-registro da inscrição de gestantes no programa de pré-natal. Essa mesma situação é identificada em outros estudos (SILVEIRA *et al*, 2001).

A garantia de exames básicos que diagnosticam ou previnem agravos ou doenças como anemias, sífilis congênita, AIDS, infecção urinária dentre outros são essenciais para uma satisfatória atenção ao pré-natal e qualidade de vida materna e infantil, permitindo a redução dos riscos de aquisição de morbidades e mortalidade perinatal e neonatal (XIMENES NETO *et al*, 2008).

Em pesquisa feita no extremo Sul do Brasil, descobriu-se que as gestantes visitadas pelos ACS iniciam o pré-natal mais precocemente, realizam maior número de consultas, exames clínicos e testes laboratoriais, são mais comumente orientadas sobre amamentação e suplementadas com sulfato ferroso (CESAR *et al*, 2008).

Um outro fator que pode afetar o número de consultas e a realização dos exames básicos é o registro incorreto da DUM. Muitas mulheres chegam aos serviços de saúde e não informam corretamente a DUM. O cadastro da gestante só é feito com este dado, se o mesmo estiver incorreto, podem ocorrer diferenças entre a DUM e a data provável do parto (DPP) o que poderia diminuir o intervalo de tempo para realização de todos os exames e consultas de pré-natal.

Os acompanhamentos realizados nos serviços de saúde durante as diferentes fases do período gestacional proporcionam um efeito protetor para a saúde do binômio mãe-filho (MALFATTI *et al*, 2006).

Por essa razão, deve-se avaliar a forma de cadastramento das gestantes, acompanhamento e processo de interrupções no município de Capitólio para que as diferentes fases do período gestacional sejam monitoradas com qualidade e efetividade.

4.2.9. Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV

O percentual que analisa apenas o exame de anti-HIV apresentou pequenas oscilações que não foram inferiores a 95% em todos os períodos avaliados no Sisprenatal do município de Capitólio. O menor índice foi identificado no segundo período.

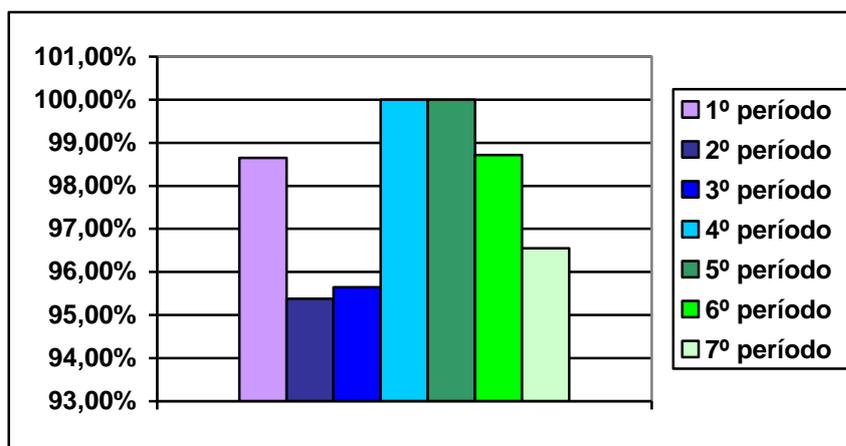


Figura 8: Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram o teste anti-HIV por períodos. Fonte: Sisprenatal.

O Ministério da Saúde recomenda a realização do teste anti-HIV a toda gestante, com aconselhamento pré e pós-teste, independentemente da situação de risco da mulher para a infecção (BRASIL, 2001).

No Brasil, mais de 90% dos casos de Aids em crianças estão relacionados à transmissão do HIV da mãe para o filho, sendo que 15 a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas adquirem o vírus na gestação, parto ou amamentação (BRASIL, 2001).

De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, foram notificadas no SINAN, no período de 2000 a 2006, 31.921 gestantes soropositivas para o HIV (BRASIL, 2006b).

No país, a cobertura do teste anti-HIV na gestação no ano de 2004, considerando-se todas as etapas antes do parto, foi estimada em 63%. As regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste apresentaram proporções superiores a 75%, já as regiões Norte e Nordeste apresentaram variações de 31 a 35%. As desigualdades socioeconômicas, os diferentes graus de escolaridade das gestantes e as

disparidades sociais no acesso aos serviços de saúde são alguns fatores atribuídos a essas diferenças regionais (SZWARCOWALD; JÚNIOR, 2006).

A realização do exame anti-HIV no município de Quixadá, no Estado do Ceará, apontou porcentagens decrescentes. A realização do exame pelas gestantes, em 2001, não existiu, mantendo-se níveis baixíssimos, em 2002, com 2,6% e, 2003, com 5,68%, obtendo uma discreta melhora, em 2004 para 21,11%. As carências como a ausência ou início tardio do acompanhamento pré-natal, atendimento pré-natal sem solicitação do teste anti-HIV; resultado do exame laboratorial em tempo não hábil ou extravio do exame e a não obrigatoriedade em fazer o exame são algumas das justificativas apresentadas pelos autores deste estudo sobre o baixo índice identificado (GRANGEIRO *et al*, 2008).

A detecção precoce do HIV nas gestantes e as intervenções necessárias a impedir a transmissão para a criança demandam o desencadeamento de ações de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2006c). Além da mobilização dos serviços e equipes de saúde na captação precoce das gestantes, acompanhamentos periódicos, solicitação do teste anti-HIV na primeira consulta de pré-natal, disponibilização do exame e entrega do mesmo em tempo hábil.

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer durante a gestação, durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto (amamentação). A pesquisa de HIV durante a gravidez deve ser realizada o mais precocemente possível, uma vez que existem evidências de que o rastreamento associado a medidas profiláticas reduz efetivamente a transmissão vertical do HIV (AMORIM; MELO, 2009).

Os dados do Sis prenatal de Capitólio apresentam um percentual superior à média nacional em relação à realização do teste anti-HIV realizados pela gestante, durante todos os períodos analisados, destaca-se aqui a importância da busca pela oportunidade de detecção da infecção pelo HIV no pré-natal pela equipe de saúde.

4.3.0. Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames de VDRL

Em relação ao percentual que avalia a realização dos dois exames de VDRL de forma isolada dos demais exames, identificaram-se no município de Capitólio

variações nos períodos analisados, e estas apresentaram maior índice no quarto ano (100,00%) e menor no sétimo período estudado (71,74%).

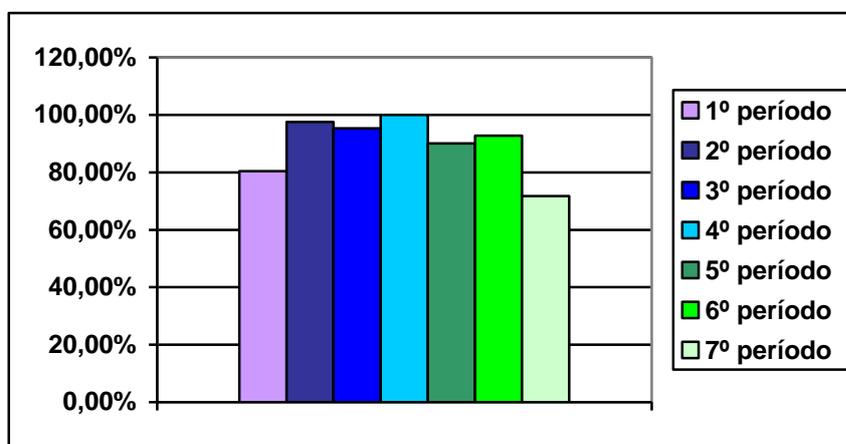


Figura 9 Percentual de gestantes inscritas no PHPN no município de Capitólio que realizaram os dois exames VDRL por períodos. Fonte: Sis prenatal.

A sífilis pode ser detectada pelo exame de VDRL e é uma das causas de abortamento, por essa razão, deve-se realizar a sorologia e promover seu tratamento quando presente (BRASIL, 2001).

De acordo com dados do SINAN, de 1998 até meados de 2006 foram notificados no Brasil, 36.615 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. A região Sudeste concentrou 51,2% dos casos, seguida da região Nordeste que notificou 27,9%. As ações como revisão e publicação de normas técnicas, assessoria e disponibilização de material instrucional específico para a vigilância epidemiológica desse agravo foram utilizadas pela região Nordeste como medida preventiva (BRASIL, 2006b).

A transmissão da sífilis para o feto ocorre geralmente pela via placentária, podendo ocorrer também durante o nascimento, na presença de lesões genitais maternas. O exame VDRL utilizado para rastrear a sífilis deve ser realizado antes da 20ª semana, devido à maior eficácia do tratamento quando iniciado precocemente. Entretanto, existe o risco de contaminação pela doença durante a gravidez, sendo indicado um segundo teste no início do terceiro trimestre de gestação (AMORIM; MELO, 2009).

Para realização do VDRL, de acordo com um modelo proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é recomendado o teste rápido e o tratamento imediato no momento da consulta. A estratégia procura facilitar o acesso para todas

as mulheres, liga o exame ao resultado imediato e ao tratamento, e propicia aos profissionais a execução de melhores intervenções. A proposta propicia facilidades à paciente, no sentido de conseguir o pedido do exame, a realização sem necessidade de novo deslocamento, a apresentação do resultado, e início imediato de eventual tratamento, vantagens acumuladas na mesma consulta (SILVA *et al*, 2005).

Mesmo com a realização de exames de VDRL e tratamento das gestantes com sorologia positiva, continua elevado o percentual de mães que realizaram o pré-natal, fizeram o diagnóstico de sífilis durante a gestação, mas o parceiro não foi tratado adequadamente e a criança teve sífilis congênita (BRASIL, 2005d).

A queda do percentual referente à realização dos dois exames de VDRL no município de Capitólio também deve ser analisada pelos gestores municipais, juntamente com a realização dos demais exames laboratoriais para que esse índice aumente nos próximos anos e não coloque em risco a vida de gestantes e crianças.

4.3.1. Avaliação do PHPN de acordo com todos os resultados encontrados

Frente a todos os resultados encontrados, constatou-se que provavelmente não ocorra o cumprimento integral dos critérios do Sispre natal no município de Capitólio. Por mais que a maioria das mulheres tenha recebido assistência pré-natal, percebe-se que esta é dada de forma desarticulada, uma vez que existe grande variação no percentual analisado no decorrer dos anos.

Em um estudo realizado em Caxias do Sul, no Estado do Rio Grande do Sul, identificou-se que quanto maior o número de gestações prévias, o acompanhamento pré-natal era pior. O estudo apontou que quanto mais filhos, mais a mulher se considera auto-suficiente para lidar com as próximas gestações, ou, então, os acompanhamentos pré-natais nas gestações anteriores não convenceu essas mulheres da importância dos mesmos (TREVISAN *et al*, 2002).

O preparo da mulher para o pré-natal poderia ocorrer antes mesmo da gestação, assim a mulher poderia ser sensibilizada da importância do pré-natal e dos procedimentos que devem ser realizados. Mas para isso os profissionais de saúde também devem estar sensibilizados.

A dificuldade de acompanhamento pode surgir pela ausência de acolhimento e vínculo entre o profissional e a gestante sendo, apenas a vinculação formal dos serviços, insuficiente (PARADA; TONETE, 2008).

A equipe de saúde deve realizar os procedimentos benéficos para a mulher e o bebê e evitar as intervenções desnecessárias, preservando a privacidade e autonomia da mulher. Os profissionais de saúde desempenham importante papel no acompanhamento pré-natal, pois têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias (BRASIL, 2001).

A qualidade da assistência pré-natal deveria ser avaliada como a soma de todas as ações e ser centrada, individualmente, na mulher, e não no coletivo por meio do total de consultas ou do total de cada exame realizado no âmbito do Programa. Os dados dos sistemas de informação seguem uma lógica quantitativa o que compromete as avaliações qualitativas, a compreensão de que somente o conjunto das ações reflète integralidade e pode produzir algum impacto, é necessário para garantir a realização dessas atividades com qualidade (SERRUYA et al, 2004c).

O PHPN privilegia o número de consultas, imunização e os exames básicos realizados, mas não está avançando na inclusão de aspectos que valorizem outras dimensões do cuidado, como as relacionadas às questões de gênero, além das questões sócioeconômicas e culturais (PARADA; TONETE, 2008).

O cuidado realizado pelos profissionais de saúde a uma gestante ou puérpera implica, antes de tudo, no cuidado com o ser humano, suas necessidades, sua história e responsabilidade para com a criança que carrega (MINAS GERAIS, 2006).

Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver na mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (XIMENES NETO *et al*, 2008).

Os problemas com a complexidade do Sis prenatal, falhas de registro das informações, do acompanhamento e não captação precoce das gestantes pode estar contribuindo para a variação destes indicadores no município de Capitólio. Mas a qualidade da assistência pré-natal deve ser avaliada de uma forma mais ampla, não se restringindo apenas a questões técnicas ou de procedimentos.

Os principais problemas apontados em estudos da literatura referem-se ao não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não preenchimento de registros e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades (SILVEIRA *et al*, 2001).

De acordo com alguns autores, a falha de registro das informações parte do pressuposto de que se algum procedimento não foi registrado, provavelmente o mesmo não foi realizado (COSTA *et al*, 2000).

Faz-se necessária uma política conjunta das três esferas do poder público comprometido, verdadeiramente, com melhores indicadores da saúde materna e perinatal. Na leitura dos indicadores, fica visível que, à medida que são somadas as variáveis de avaliação de processo do PHPN, os percentuais diminuem, indicando que é a realização do conjunto, e não das atividades isoladas, o maior desafio da atenção pré-natal satisfatória (GRANGEIRO *et al*, 2008).

A partir dos resultados encontrados, nota-se um decréscimo considerável da maioria dos indicadores do último período analisado. Ao levantar no programa Sisprenatal o relatório de gestantes com acompanhamento interrompido, incluindo gestantes com mais de um ano da data da última menstruação, nota-se que o último período, foi o momento que houve maior interrupção de pré-natal no Programa, em um total de 20 interrupções, sendo quatro abortos, um cadastro incorreto, um cadastro duplicado, quatro gestantes não localizadas, quatro mudanças de endereço, cinco opções por convênio particular e uma opção por outros convênios.

Esse fato demonstra que existem falhas como o cadastramento incorreto ou duplicado. Mas problemas como não localização de gestante, mudança de endereço e opções por outros convênios, sugere que estejam ocorrendo erros na qualidade da assistência prestada e no vínculo estabelecido entre a equipe e a gestante. Mesmo o aborto, que também foi citado, pode estar relacionado com a falta de um atendimento humanizado e avaliação da gestante como um ser holístico, que pode possuir outros problemas que direta ou indiretamente afetariam uma gestação.

Diante destes dados, pode-se supor que o baixo índice do último período comparado aos outros períodos estudados está relacionado com as interrupções realizadas no Sisprenatal. Mesmo com as interrupções, as gestantes foram contadas uma vez que a base de cálculo dos indicadores está relacionada com as gestantes inscritas, independente se foram posteriormente interrompidas ou não, pois, para ocorrer essa descontinuação, teve-se primeiramente um cadastramento.

A responsabilidade sobre a prestação de serviços de pré-natal, que agora recai sobre os municípios de acordo com as portarias do Ministério da Saúde, faz os gestores municipais da saúde atores fundamentais no processo. A descentralização da gestão da saúde tem sido responsável pela expansão da cobertura oferecida pelo SUS (COSTA *et al*, 2005).

Existem lacunas relacionadas à oferta e qualidade da atenção ao pré-natal nos municípios. O processo de municipalização da saúde amplia a oferta de pré-natal, porém há desigualdades entre regiões e entre municípios de diferentes dimensões populacionais (COSTA *et al*, 2005).

Espera-se que serviços com uma melhor estrutura apresentem um melhor processo de atendimento e de acompanhamento (SILVEIRA *et al*, 2001).

Em pesquisa realizada em unidades de saúde do Sul e Nordeste do Brasil, observou-se uma perda progressiva de efetividade da atenção pré-natal, desde a organização da oferta de ações individuais e coletivas, passando pela capacitação dos profissionais e uso de protocolos, até as coberturas populacionais dos programas (PICCINI *et al*, 2007).

O vínculo construído entre a mulher e o profissional foi apontado como importante quesito para a humanização da atenção, para a adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao pré-natal (COSTA *et al*, 2005).

Em um levantamento que avaliou a perspectiva das mulheres em relação o PHPN, ficou claro a discordância existente entre as recomendações do Programa e os desejos e necessidades da mulher, o que faz com que ela procure traçar para si um outro fluxo de atendimentos. Os autores concluíram que essa ocorrência traz prejuízos ao vínculo que se estabelece com o serviço de saúde, além de dificuldades de controle pelo serviço do seguimento real que tem sido oferecido (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Pequenas atitudes como oferecer um tratamento pessoal, chamar a gestante pelo nome, acolhê-la como pessoa, participar das decisões e do diálogo informal com os profissionais são elementos de um atendimento que faz a diferença, não envolvem grandes tecnologias e melhoram os indicadores de saúde (PEREIRA *et al*, 2007).

Percebe-se a necessidade de intensificar o processo educativo entre as gestantes, permitindo, assim, que o conhecimento sobre a atenção no pré-natal seja mais adequado e difundido. Essa ação diminuiria a assimetria na relação gestante e

serviço de saúde, e melhoraria a qualidade da atenção com consequente impacto sobre a morbi-mortalidade materno-infantil, sobretudo, no período perinatal (SASSI *et al*, 2007).

É indispensável assegurar o acesso fácil das gestantes aos serviços públicos e empenhar-se no constante treinamento dos profissionais que devem atender a essa população, para que se amplie a cobertura e melhore a qualidade da assistência (OSIS *et al*, 1993).

Dificuldades como o pré-natal feito por um médico e o parto por outro, a falta de treinamento para os profissionais, a demora nos resultados de exames, a desarticulação entre o período pré-natal, parto e puerpério, a inexistência de uma referência hospitalar e a ausência de contra-referência também foram relatadas em estudo feito no município de Ribeirão Preto (OBA; TAVARES, 2000).

O PHPN não menciona as atividades clínico-obstétricas de execução obrigatória numa consulta pré-natal, como ausculta do BCF, medida uterina, aferição da pressão arterial, peso da gestante, permitindo apenas uma análise parcial do processo da assistência a gestação (COUTINHO *et al*, 2003).

Quando uma equipe de saúde não está sensibilizada para a importância da criação de vínculo com a gestante, aumenta-se o risco de desistência ou de menor frequência no acompanhamento, mesmo que o sistema ofereça poucas opções de locais de atendimento, a gestante se esforça por buscar aquelas que lhe transmitam maior segurança (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Por terem sido analisados apenas critérios considerados mínimos para um atendimento de baixa complexidade, esses resultados se mostram ainda mais significativos. É evidente a necessidade de uma discussão abrangente, envolvendo gestores, profissionais de saúde e comunidade, sobre a implantação de ações corretivas imediatas e de avaliações periódicas do pré-natal no município (COUTINHO *et al*, 2003).

Em relação a todos os dados apresentados, nota-se a grande necessidade de um trabalho de sensibilização da população e dos próprios profissionais da saúde sobre a importância da realização do pré-natal. Devem ser inseridas ações dentro da estratégia de SF, uma vez que a gestante também é um sujeito ativo da promoção e prevenção da sua própria saúde, aspectos-chave para obter algum impacto em educação em saúde (SASSI *et al*, 2007).

Sendo o Sis prenatal um sistema descentralizado, todo gestor, em seu município, utilizando as informações geradas, poderá perceber os avanços e os desafios do PHPN. O monitoramento dos indicadores de processo constitui medida fundamental para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos, porque a identificação dos problemas mobiliza para a tomada de decisão e o processo de mudanças. Entretanto, a força fundamental para a concretização das melhorias está no compromisso político com as premissas do PHPN e, principalmente, com as gestantes (GRANGEIRO *et al*, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados apresentados, verifica-se a importância do acompanhamento do pré-natal devido as suas implicações na saúde materno-infantil. Após este estudo, torna-se extremamente importante investigar a qualidade da atenção ofertada às gestantes no município de Capitólio, através de levantamentos epidemiológicos constantes, pois, a análise destes indicadores permitirá avaliar a qualidade do atendimento direcionado às gestantes. Sugerem-se, com os resultados apresentados, algumas falhas na estrutura do pré-natal, mas verificam-se resultados positivos ao longo dos anos.

Foi necessário conceituar e contextualizar o município, a saúde e o pré-natal de Capitólio, para que se tivesse uma idéia geral de como o PHPN está implantado no município e assim compreender a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal local. Descreveu-se o processo de implantação do município desde sua adesão até os dias atuais, sendo possível avaliar os indicadores gerados.

O Sis prenatal apesar de apresentar indicadores de saúde importantes para analisar a assistência pré-natal prestada, também possui suas limitações. Depende basicamente do que é informado pelos médicos ou enfermeiros, os quais registram na Ficha de Registro Diário do Atendimento à Gestante as consultas realizadas, os exames laboratoriais e a dose imunizante da vacina antitetânica, bem como a consulta puerperal. Caso os dados não sejam repassados de forma criteriosa, os resultados disponíveis podem não ser fidedignos por estarem subestimados.

Verificou-se com este estudo que podem ocorrer erros em todo o processo do PHPN tanto relacionados às gestantes quanto a assistência propriamente dita ou alimentação de dados. As questões como condição sócio-econômica e cultural, escolaridade, estado civil, número de filhos, gestações prévias, localização da residência, início do pré-natal, evasão de gestantes, autonomia da mulher, conscientização, conhecimento prévio e empatia com a equipe são fatores relacionados à gestante e podem influenciar os indicadores do município de forma positiva ou negativa de acordo com o levantamento de outras literaturas e a realidade municipal. Notou-se que, mesmo com a melhoria das condições de saúde

ao longo dos anos, algumas mulheres possuem carência na execução dos procedimentos e assistência pré-natal.

Em relação à assistência propriamente dita, existe o envolvimento de vários setores da SMS, como as unidades de saúde, o laboratório de análise, os profissionais e gestores municipais. O acolhimento e vínculo estabelecido entre profissionais e gestantes, o controle vacinal, a descentralização das ações, a presença de protocolos municipais e das linhas - guias, os equipamentos mínimos necessários para o atendimento, a busca ativa das gestantes, as visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, a oferta do serviço de pré-natal, o sistema de referência e contra-referência, as políticas municipais, os registro e alimentação dos dados no Sis prenatal, a complexidade do Programa, a divulgação do PHPN, as ações educativas, o tempo para entrega de resultados de exames, os recursos humanos capacitados, o apoio diagnóstico, o acesso e qualidade do serviço, a solicitação e disponibilidade dos exames no momento adequado, a articulação com outros programas, as interrupções de pré-natal no sistema, a adstrição de clientela, o tratamento correto e em tempo hábil, a conscientização da importância do pré-natal, o número de profissionais e a existência de outros convênios de pré-natal foram os fatores levantados como sendo desencadeadores da qualidade do PHPN.

A parceria com os PSF deve ser amplificada, pois a equipe facilita o acesso ao atendimento pré-natal. Os ACS são elementos fundamentais e facilitadores para esse processo no que diz respeito à busca ativa e acompanhamento domiciliar.

No que tange à equipe que realiza o atendimento na unidade de saúde, a identificação precoce da gravidez e cadastro até 120 dias de gestação, o acompanhamento com no mínimo seis consultas, a solicitação e interpretação dos exames básicos de pré-natal, o tratamento das alterações, as imunizações e a consulta puerperal são procedimentos que devem ser monitorados e avaliados constantemente. Mas a sua execução não depende apenas da equipe, mas da SMS, laboratório municipal e da própria gestante.

É recomendado que o PHPN no município de Capitólio seja revisado e ampliado para novas práticas de saúde voltadas à mulher, com a adoção de indicadores qualitativos para avaliar as dimensões da assistência prestada. A incorporação de novas tecnologias na assistência também auxiliaria o acompanhamento pré-natal.

A sensibilização da equipe e da própria gestante a respeito da importância do acompanhamento pré-natal são ações que poderão corrigir parte das falhas identificadas. Outros problemas identificados precisam de políticas locais mais definidoras para que o programa tenha sucesso.

Esforços devem ser feitos para melhorar a qualidade da atenção oferecida por esses serviços. É necessário, portanto, ampliar a cobertura do programa, motivar e capacitar os profissionais para a prática da saúde coletiva e trabalho em equipe multidisciplinar, garantir a realização dos procedimentos da consulta de pré-natal, garantir o tratamento das intercorrências comuns da gravidez e organizar o sistema de atendimento entre os níveis.

É de suma importância o envolvimento dos gestores municipais na atenção ao pré-natal, pois é a partir desse envolvimento que o município poderá formular políticas públicas que atendam às necessidades das gestantes, qualifiquem o cuidado e respondam às necessidades municipais. Com o avanço das políticas voltadas para a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal é inadmissível que o pré-natal não seja tratado como prioridade.

Por mais que no município de Capitólio não se verifiquem óbitos maternos e perinatais nos últimos anos, no Brasil, ainda são encontrados índices consideráveis de óbitos, justificando a necessidade de medidas de monitoramento da mortalidade, bem como a melhoria da qualidade da assistência perinatal para que o município mantenha a situação atual.

Sugere-se que o município disponha de um serviço especializado em ginecologia para atender às necessidades das gestantes, quando necessário, além de um serviço de referência e contra-referência, para que ocorra a comunicação entre o PSF e o ginecologista.

Verifica-se a necessidade de sensibilizar e capacitar todos os profissionais da Atenção Básica para melhorar os registros das informações, baseando-se em protocolos nacionais e nas linhas-guias do Ministério da Saúde, através da melhoria do fluxo de atendimento, além do desenvolvimento de estratégias para melhorar a captação precoce e a busca ativa de faltosas no pré-natal e puerpério. Esses são os desafios que devem ser superados para a facilitação do acesso das mulheres a um acompanhamento de pré-natal de qualidade.

Os resultados desse estudo devem ser amplamente discutidos com as equipes de saúde a fim de melhorar os recursos materiais e humanos disponíveis.

Indicam-se a promoção de avaliações periódicas, como instrumentos imprescindíveis para seu aperfeiçoamento.

Para alcançar uma assistência de saúde para as gestantes, decisões políticas devem ser direcionadas para uma assistência integral, reforçando o nível primário de saúde, de modo que se tornem disponíveis todos os recursos de saúde necessários para atender a essa população.

Conhecer o que pensam as gestantes a respeito do pré-natal, praticar o acolhimento, criar vínculos com elas e oferecer-lhes acesso às informações necessárias, de modo que possam entender essas informações, são medidas que devem ser adotadas por todos os profissionais envolvidos neste tipo de atendimento.

Estudos como este, apesar de possuir algumas limitações, contribuem na melhoria da qualidade do pré-natal e, conseqüentemente, aumenta o impacto nas intervenções de saúde.

O presente trabalho pretende ter contribuído com uma análise do PHPN no município de Capitólio, visando à melhoria do Programa. Podem existir dificuldades e desafios que se colocam frente ao atendimento pré-natal, mas espera-se que com essas informações ocorra uma mudança no olhar das equipes de saúde, gestores e das próprias gestantes em prol da melhoria da qualidade do pré-natal e de resultados de indicadores ainda mais satisfatórios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C. A. L. de; TANAKA, O. Y. **Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.** Rev. Saúde Pública. 2009, vol.43, n.1, pp. 98-104

AMORIM, M. M. R.; MELO, A. S. de O. **Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1).** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2009, vol.31, n.3, pp. 148-155

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Série B: Textos Básicos de Saúde, n. 6. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 27p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 569 de 1º de junho de 2000a. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.** Republicada no Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 18 ago. 2000, por ter saído com incorreção no original.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 570 de 1º de junho de 2000b.** Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Portaria n. 9 de 5 de julho de 2000c.** Define a forma de adesão dos municípios ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28p.

_____. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa Saúde da Família.** 2. ed. Brasília:Ministério da Saúde, 2004a. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Rede Interagencial de Informações para a Saúde: RIPSAs. **Indicadores e Dados Básicos (IDB)**. Brasília, 2004b. (Fôlder).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno nº. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 24p.

_____. Ministério do Meio Ambiente - MMA, Agência Nacional de Águas - ANA. Cadernos de recursos hídricos: **O turismo e o lazer e sua interface com o setor de recursos hídricos**. Brasília: 2005b. pp. 36-39.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº. 4). Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Ano II, nº. 1 - 01^a. à 26^a semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2005. Brasília: 2005d. p. 5.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno nº. 5. Brasília: 3. ed. Ministério da Saúde, 2006a. 163p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Ano III, nº. 1 - 01^a. à 26^a semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2006. Brasília: 2006b. pp. 7-10.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendação para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília: 2006c. 83p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 104p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil : uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2008a. 200p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.** Rev. Saúde Pública. 2008b, vol.42, n.2, pp. 383-387.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 82p.

_____. Ministério da Saúde. **Sisprenatal.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/SPN_CBPA.htm>> Acessado em: 18 de novembro de 2009b.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 (por local de residência) 2005.** Disponível em: <<<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>>> Acessado em: 18 de novembro de 2009c.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Coefficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas, 2004.** Disponível em: <<<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>>> Acessado em: 18 de novembro de 2009d.

CAPITÓLIO. Disponível em: <<<http://www.capitolio.mg.gov.br/curiosidades.asp>>> Acessado em: 05 de dezembro de 2009.

CESAR, J. A. et al. **Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública. 2008, vol.24, n.11, pp. 2614-2622.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. **Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde.** Rev. Saúde Pública. 2005, vol.39, n.5, pp. 768-774.

COSTA, J. S. D. da et al. **Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil.** Rev. Saúde Pública. 2000, vol.34, n.4, pp. 329-336.

COUTINHO, T. et al. **Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2003, vol.25, n.10, pp. 717-724.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. **O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil.** Saude soc., São Paulo, v. 17, n. 2, June, 2008.

GRANGEIRO, G. R.; DIOGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. **Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do Sispre natal.** Rev. esc. enferm. USP. 2008, vol.42, n.1, pp. 105-111.

GONCALVES, R. et al. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo.** Rev. bras. enferm. 2008, vol.61, n.3, pp. 349-353.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Contagem da população 2007.** 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. **Produção Agrícola Municipal 2008.** Rio de Janeiro: IBGE, 2009a.

_____. **Produção da Pecuária Municipal 2008.** Rio de Janeiro: IBGE, 2009b.

MALFATTI, C. R. M. et al. **Perfil das gestantes cadastradas nas equipes de saúde da família da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v.15, n.3, Sept. 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida.** 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84p.

_____. **Resolução SES n. 1186 de 18 de maio de 2007.** Dispõe sobre o Programa Físico das Unidades Básicas de Saúde/UBS e das Unidades Básicas de Saúde-Rural /UBS-R. Belo Horizonte: SES, 2007.

_____. **Resolução SES n. 1794 de 11 de março de 2009a.** Institui incentivo financeiro para melhoria da infra-estrutura da atenção primária à saúde, no âmbito

do Projeto Estruturador Saúde em Casa e define critérios para sua concessão. Belo Horizonte: SES, 2009.

_____. **Resolução SES n. 1904 de 16 de junho de 2009b.** Divulga os municípios contemplados com recursos para melhoria da infra-estrutura física da Atenção Primária à Saúde - construção de Unidades Básicas Tipo 1, Tipo 2 e Tipo 3, no âmbito do Projeto Estruturador Saúde em Casa observada a Resolução SES/MG n. 1794 de 11 de março de 2009. Belo Horizonte: SES, 2009.

_____. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESPMG). **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde.** Oficina I. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2009c.

NASCIMENTO, E. R. do; PAIVA, M. S.; RODRIGUES, Q. P. **Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2007, vol.7, n.2, pp. 191-197.

NASCIMENTO, L. F. C. **Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2003, vol.3, n.2, pp. 187-194.

OBA, M. das D. do V.; TAVARES, M. S. G. **Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2000, vol.8, n.2, pp. 11-17.

OSIS, M. J. D. et al. **Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil.** Rev. Saúde Pública. 1993, vol.27, n.1, pp. 49-53.

PARADA, C. M. G. de L. **Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2008, vol.8, n.1, pp. 113-124.

PARADA, C. M. G. de L.; TONETE, V. L. P. **O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos.** Interface (Botucatu). 2008, vol.12, n.24, pp. 35-46.

PASSOS, A. A.; MOURA, E. R.F. **Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of**

a historical series (2001-2006). Cad. Saúde Pública. 2008, vol.24, n.7, pp. 1572-1580.

PEREIRA, M. B. B. B. D.; NOVO, N. F.; ARMOND, J. de E. **A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona Sul, no município de São Paulo.** Ciênc. saúde coletiva. 2007, vol.12, n.2, pp. 465-476.

PICCINI, R. X. et al. **Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2007, vol.7, n.1, pp. 75-82.

RASIA, I. C. R. B.; ALBERNAZ, E. **Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2008, vol.8, n.4, pp. 401-410

RODRIGUES FILHO, J.; COSTA, W. da; LENO, G. M. de L. **Determinantes de utilização do cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no Estado da Paraíba, Brasil.** Rev. Saúde Pública. 1994, vol.28, n.4, pp. 284-289

SALOMON, D.V. **Como fazer uma monografia.** 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

SANTOS, I. S. et al. **Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS.** Rev. Saúde Pública. 2000, vol.34, n.6, pp. 603-609.

SASSI, R. A. M. et al. **Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad. Saúde Pública. 2007, vol.23, n.9, pp. 2157-2166.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. de G. do. **Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2004a, vol.26, n.7, pp. 517-525.

_____. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.** Cad. Saúde Pública. 2004b, vol.20, n.5, pp. 1281-1289.

_____. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2004c,

vol.4, n.3, pp. 269-279.

SILVA, E. da; AGUIAR, Z. N. **A opinião de gestantes quanto ao atendimento pré-natal realizado por enfermeira (o) de uma unidade de Saúde da Família.** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 23.

SILVA, J. L. P.; CECATTI, J. G.; SERRUYA, S. J. **A qualidade do pré-natal no Brasil.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005, vol.27, n.3, pp. 103-105.

SILVEIRA, D. S. da; SANTOS, I. S. dos; COSTA, J. S. D. da. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo.** Cad. Saúde Pública. 2001, vol.17, n.1, pp. 131-139.

SZWARCWALD, C. L; JÚNIOR, P.R.B. de S. **Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004.** Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano: III, nº 01 – 01ª à 26ª semana epidemiológica – janeiro a junho de 2006. Brasília: 2006. p. 11 a 15.

TREVISAN, M. do R. et al. **Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2002, vol.24, n.5, pp. 293-299.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. **Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará.** Rev. bras. enferm. 2008, vol.61, n.5, pp. 595-602.