

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

RITA DE CÁSSIA TEIXEIRA RANGEL

**PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
– AVALIAÇÃO DO PROCESSO E RESULTADO DA ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL NA REGIÃO DA AMFRI,SC**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Itajaí, SC

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

RITA DE CÁSSIA TEIXEIRA RANGEL

**PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
– AVALIAÇÃO DO PROCESSO E RESULTADO DA ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL NA REGIÃO DA AMFRI,SC**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí para obtenção do Título de Mestre em Saúde, área de Saúde da Família

Orientadora: Prof^a Dr^a Elisete Sanches Navas Próspero
Co-orientador: Prof^o Dr Henri Stuker

**Itajaí, SC
2005**

Mulher barriguda

“Mulher barriguda”.

Que vai ter menino.

Qual o destino

Que ele vai ter?

Que será ele

Quando crescer?

Haverá guerra

Ainda?

Tomara que não

Mulher barriguda,

Tomara que não...”

(João Ricardo – Solano Trindade)

FICHA CATALOGRÁFICA

R196p	<p>Rangel, Rita de Cássia Teixeira, 1967 – Programa de humanização do pré-natal e nascimento – avaliação do processo e resultado da assistência pré-natal na região da AMFRI, SC / Rita de Cássia Teixeira Rangel, 2005 191p; tab.; fig. Anexos Cópia de computador (Printout(s)) Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Educação de Ciências da Saúde, 2005. “Orientadora : Prof^ª. Dr Elisete Sanches Navas Próspero. Bibliografia</p> <p>1. Humanização do parto. 2. Serviços de saúde. 3. Cuidado – Pré-natal. 4. Adequação de programas. 5. Saúde da Mulher. I. Título</p> <p style="text-align: right;">CDU: 618,2-082</p>
-------	--

Josete de Almeida Burg Cordeiro – CRB 14.^a 293

RITA DE CÁSSIA TEIXEIRA RANGEL

**PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
– AVALIAÇÃO DO PROCESSO E RESULTADO DA ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL NA REGIÃO DA AMFRI,SC**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho aprovada pelo Curso de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí.

Itajaí, 24 de fevereiro de 2005.

Prof^ª. Dr^ª. Elisete Sanches Navas Próspero
UNIVALI – CCS de Itajaí
Orientadora

Prof. Dr. Henri Stuker
UNIVALI – CCS de Itajaí
Co-orientador

Prof^ª. Dr^ª. Sônia Maria Oliveira de Barros
UNIFESP – São Paulo
Membro

Prof. Dr. Julian Borba
UNIVALI – CEJURPS de Itajaí
Membro

Prof^ª. Dr^ª. Rosita Saupe
UNIVALI – CCS de Itajaí
Membro

DEDICO ESTA DISSERTAÇÃO...

... à minha família;

“... um artista pode moldar o barro inerte que tem sobre a tripeça de trabalho, e fazer

(Eça de Queirós)

... ao Décio, Fernando e Décinho,

homens de minha vida, pelo amor, e pela vida compartilhada, pelo carinho, pela alegria e pela esperança.

“Não há nada como um sonho para criar o futuro.”

(Victor Hugo)

... a todas as mulheres e seus filhos,

que sobreviveram à assistência pré-natal e ao parto, para que com coragem lutem, em busca de um atendimento digno, humano...

“Você não pode mudar o passado... mas, pode mudar o amanhã com os seus atos de hoje.”

AGRADECIMENTOS

À Dra. Elisete Navas Sanches Próspero, minha grande professora, orientadora e amiga, pelo incentivo na realização deste trabalho.

Ao professor Dr. Henry Stuker, pela co-orientação deste trabalho, e pelo apoio estatístico.

À Dra. Sônia Maria Oliveira de Barros, por se dispor à participar da banca avaliadora deste trabalho.

À Dra. Rosita Saupe e Dr. Julian Borba, pelas oportunas e valiosas sugestões durante a qualificação.

À Karina, amiga que se encontra nesta luta de estudo, no propósito de melhorar a atenção ao pré-natal e nascimento da região da AMFRI.

À minha sobrinha Eneida, pelo apoio e dedicação na digitação do projeto. E a “minha menina” Graziella, pelo apoio nas tardes de verão, com digitação e mais digitação desta dissertação.

À minha queridíssima e amada prima, Jane, pelo apoio durante toda a vida e por esta dedicada revisão e correção ortográfica.

À amiga Jucelene, pela dedicação e incansável apoio na busca do banco de dados.

À enfermeira Denise Stringari Marco, professora, amiga e Gerente da 17ª Gerência Regional de Saúde, pela permissão de utilização do banco de dados SISPRENATAL e SINASC.

Às enfermeiras, Valéria, Yaskara, e em especial ao Guedes, funcionários da 17ª Gerência Regional de Saúde, pelo apoio na coleta do banco de dados.

À Lucimir, Susi, Antônio Meira, Ivanda, Francisco, Verônica, Carol e Catiane, pelo apoio incondicional durante todos estes anos na Secretaria de Saúde e Bem Estar Social de Piçarras, e por acreditarem na minha capacidade profissional.

Às minhas amigas, professoras, enfermeiras, Telma Magrini Brochado de Figueiredo, Claudete Meurer e Luciana de Cássia Nascimento, pelo apoio e disponibilidade em me auxiliar nesta caminhada.

Aos professores Eduardo Eguerini e Guillermo Alfredo Johnson, do Mestrado de Gestão de Políticas Públicas, pelo auxílio em implementar esta dissertação no que tange as Políticas Públicas de Saúde.

À Oswine Lorenz (in memoriam), que nos deixou vivas a sua imensa alegria e a sua dedicação às “mulheres barrigudas”.

Às funcionárias da secretaria do Mestrado Profissionalizante em Saúde, em especial a Rosélia, por sua disponibilidade e dedicação em atender.

À Escola de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UNIVALI.

Em fim, agradeço a todos, que de alguma forma colaboraram...

Muito Obrigada!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3 MARCO TEÓRICO.....	28
3.1 ESTUDO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	28
3.1.1 CONCEITO DE POLÍTICA.....	28
3.1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	28
3.2 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM)	29
3.3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	34
3.3.1 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	35
3.4 INDICADORES DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	39
3.4.1 SELEÇÃO, DESENVOLVIMENTO E MONITORAMENTO DE INDICADORES.....	41
3.5 INDICADORES DO PROCESSO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	42
3.5.1 NÚMERO DE CONSULTAS E INÍCIO DO PRÉ-NATAL	43
3.5.2 SOLICITAÇÕES DE EXAMES COMPLEMENTARES CONSIDERADOS OBRIGATÓRIOS	45
3.5.3 EXAME DE HEMOGRAMA (HEMATÓCRITO E HEMOGLOBINA).....	46
3.5.4 TIPAGEM SANGÜÍNEA E DETERMINAÇÃO DO FATOR RH.....	47
3.5.5 EXAME DE VDRL.....	47
3.5.6 TESTAGEM ANTI-HIV	48
3.5.7 EXAME COMUM DE URINA	49
3.5.8 GLICEMIA DE JEJUM	50
3.5.9 VACINAÇÃO ANTITETÂNICA.....	51
3.5.10 CONSULTA DE PUERPÉRIO	51
3.6 INDICADORES DAS CONDIÇÕES DO RECÉM NASCIDO E TIPO DE PARTO	52
3.6.1 VITALIDADE DO RECÉM NASCIDO.....	52
3.6.1.1 Apgar do 1º e 5º minuto	52
3.6.1.2 Duração da gestação.....	54
3.6.1.3 Peso ao nascer	56
3.6.1.4 Tipo de parto.....	58

4 METODOLOGIA.....	62
4.1 TIPO DE ESTUDO	62
4.2 LOCAL DE ESTUDO	62
4.2.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS QUE INTEGRAM A REGIÃO DA AMFRI (AMFRI, 2003).....	63
4.3 AMOSTRA DE ESTUDO.....	65
4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO	65
4.4.1 VARIÁVEIS DO PROCESSO.....	66
4.4.1.1 Número de consultas de pré-natal (NC)	66
4.4.1.2 Início do acompanhamento pré-natal (IPN)	66
4.4.1.3 Solicitações de exames complementares considerados obrigatórios.....	66
4.4.1.4 Vacinação antitetânica	67
4.4.1.5 Consulta de puerpério	67
4.4.2 VARIÁVEIS DE RESULTADO	68
4.4.2.1 Variáveis do recém-nascido	68
4.4.2.1.1 Peso ao nascer.....	68
4.4.2.1.2 Índice de Apgar no 1º e 5º minutos	68
4.4.2.1.3 Idade gestacional	68
4.4.2.1.4 Tipo de parto.....	69
4.4.3 MUNICÍPIOS QUE INTEGRAM A REGIÃO DA AMFRI	69
4.4.4 PROFISSIONAL QUE PRESTOU A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	69
4.4.5 SEXO DO RECÉM NASCIDO	69
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	69
4.5.1 SISPRENATAL	69
4.5.2 SINASC.....	71
4.6 COLETA DE DADOS.....	72
4.7 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE DADOS	72
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	74
5 RESULTADOS.....	75
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL E SEUS RESPECTIVOS RN FRENTE ÀS VARIÁVEIS DE PROCESSO E RESULTADO NOS MUNICÍPIOS DA AMFRI.....	75
5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL E SEUS RESPECTIVOS RN FRENTE ÀS VARIÁVEIS DE PROCESSO E RESULTADO NOS MUNICÍPIOS DO AGRUPAMENTO 1, BOMBINHAS, ILHOTA, PENHA, PIÇARRAS, E PORTO BELO	81
5.2.1 GRÁFICOS DO AGRUPAMENTO 1.....	90
5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL E SEUS RESPECTIVOS RN FRENTE ÀS VARIÁVEIS DE PROCESSO E	

RESULTADO NOS MUNICÍPIOS DO AGRUPAMENTO 2, LUIZ ALVES E NAVEGANTES	94
5.3.1 GRÁFICOS DO AGRUPAMENTO 2.....	99
5.4 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL E SEUS RESPECTIVOS RN FRENTE ÀS VARIÁVEIS DE PROCESSO E RESULTADO NOS MUNICÍPIOS DO AGRUPAMENTO 3, CAMBORIÚ E ITAJAÍ	102
5.4.1 GRÁFICOS DO AGRUPAMENTO 3.....	107
5.5 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL E SEUS RESPECTIVOS RN FRENTE ÀS VARIÁVEIS DE PROCESSO E RESULTADO NO MUNICÍPIO DO AGRUPAMENTO 4, BALNEÁRIO CAMBORIÚ	110
5.5.1 GRÁFICO DO AGRUPAMENTO 4.....	114
5.6 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL E SEUS RESPECTIVOS RN FRENTE ÀS VARIÁVEIS DE PROCESSO E RESULTADO NO MUNICÍPIO DO AGRUPAMENTO 5, ITAPEMA	116
5.6.1 GRÁFICO DO AGRUPAMENTO 5.....	120
6 DISCUSSÃO	122
7 CONCLUSÕES.....	150
REFERÊNCIAS	156
ANEXOS	175
ANEXO 01 – FICHA DE CADASTRO DA GESTANTE NO SISPRENATAL	176
ANEXO 02 – FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES	177
ANEXO 03 – RELATÓRIOS DO SISPRENATAL	179
ANEXO 04 – DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS	180
ANEXO 05 – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS	181
ANEXO 06 – PERMISSÃO DE IDENTIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS	183
ANEXO 07 – PARECER COMISSÃO DE ÉTICA	184
ANEXO 08 – ATA DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO	185

RESUMO

O Ministério da Saúde afirma que a gravidez é um evento social que integra a vivência reprodutiva. Trata-se de um processo singular no universo da mulher e de seu parceiro, envolvendo também a família e a comunidade. Assim, a atenção pré-natal deverá promover a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem nesse período. O Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que implementa as políticas do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, visa resgatar a atenção obstétrica integrada, qualificada e humana, envolvendo estados, municípios e unidades de saúde. Somente a avaliação de programas efetivamente implementados, como é o caso do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, poderá estabelecer o resultado ou impacto das ações. Partindo deste princípio, o presente estudo objetivou avaliar a implementação da assistência pré-natal, conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, na Região da Associação de Municípios da Foz do Rio Itajaí, Santa Catarina. O referencial teórico que respaldou a avaliação da assistência pré-natal é de autoria de Donabedian. Para tanto, foram utilizados todos os cadastros de gestantes acompanhadas no Sistema de Informações do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no período de 2002 e 2003, com status de conclusão ou não, cujos partos ocorreram nas maternidades da região da Associação de Municípios da Foz do Rio Itajaí, assim como os cadastros do Sistema de Informação de Nascidos Vivos, compostos pelas Declarações de Nascido Vivo. Para análise estatística das variáveis foi utilizada a análise fatorial de correspondência múltipla. Os resultados revelaram a existência de cinco agrupamentos distintos de municípios em relação às variáveis que interferiram no processo e no resultado da assistência pré-natal na região da Associação de Municípios da Foz do Rio Itajaí. Observou-se que quando os agrupamentos foram caracterizados pela boa adequação da assistência pré-natal (captação precoce da gestante e número de consultas maior ou igual a seis) houve cumprimento do protocolo preconizado pelo Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. No entanto, identificaram-se grupos de gestantes cuja inadequação refletiu-se nas condições de nascimento de recém-nascido, caracterizadas por prematuridade, baixo peso e baixa vitalidade fetal e pela não realização de exames, imunização e consulta puerperal.

Palavras-chave: humanização; cuidado pré-natal; adequação de programas; avaliação; serviços de saúde.

ABSTRACT

The Governmental Health Department affirm pregnancy is a social event that aggregate the reproductive life, being a singular process in the woman's universe and her partner, that also involve the family and community. Thus, the before born attention should promote the prevention, health promotion and the treatment of the problems that happens in this period. The Before born and Birth Humanization National Program (PHPN), that increase the PAISM politics, it seeks to rescue the integrated obstetric attention, qualified and human obstetric attention, involving states, municipal district and health units. Just the evaluation of implemented program, for example PHPN, could establish the result or action impact. Thus, the present study aimed at to evaluate the before born assistance implementation, according to PHPN of AMFRI, SC region. The theoretical reference that support the evaluation of before born assistance was Donabedian. For that, were used all pregnant woman's registers accompanied in SISPRENATAL, in the period of 2002 and 2003, with conclusion status or not, those delivery happens at the AMFRI region's maternity, such with the SINASC cadastre, composed of Born with Life Declaration. To the statistical analysis of variables was used factorial analysis with multiple correspondence. The results showed the existence of 5 different grouping of municipal district in relation to the variables that interfered in the process and in the result of before born assistance in the AMFRI region. It was observed that when the grouping were characterized by good adjustment of before born assistance (pregnant woman early captation and number of attendance bigger or equal to 6) there was execution of PHPN register. However, there was some inappropriate group of pregnant woman, whose reflected in the condition of RN birth, characterized by premature ness, low weight, low fetal vitality and the non accomplishment of the exams, immunization and puerperal attendance.

Palavras-chave: Humanization; before born care; programs adjustment; evaluation; health service.

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ABO - Teste para detectar o tipo sanguíneo A, B, ou °

AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AMFRI - Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí Açu

CAPS - Centro de Atenção Psico Social

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DHEG - Doença Hipertensiva Específica da Gestação

DNV - Declaração de Nascido Vivo

HB - Hemoglobina

HIV - Vírus da Imunodeficiência Adquirida

HT - Hematócrito

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan Americana da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitário de Saúde

PAISC - Programa de Atenção Integral da Saúde da Criança

PAISM - Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PNI - Programa Nacional de Imunizações

PSF - Programa Saúde da Família

Rh - Rhesus

RN - Recém-nascido

SES - Secretaria de Estado da Saúde

SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SISPRENATAL - Sistema de Informações do PHPN

SUS Sistema - Único de Saúde

UNIVALI - Universidade do Vale do Itajaí

VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

|

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao início da assistência pré-natal, nos municípios AMFRI, SANTA CATARINA, 2002-2003	76
Tabela 2 – Distribuição da frequência da cobertura da assistência pré-natal e início precoce dos municípios que fazem parte da Região da AMFRI, 2002.....	77
Tabela 3 – Distribuição da frequência da cobertura da assistência pré-natal e início precoce dos municípios que fazem parte da Região da AMFRI, 2003.....	77
Tabela 4 – Distribuição da frequência das variáveis de processo e resultado da assistência pré-natal das gestantes selecionadas, nos municípios da AMFRI, SANTA CATARINA, 2002-2003	78
Tabela 1.1 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao número de consultas, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003.....	81
Tabela 1.2 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao profissional que realizou a assistência pré-natal, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003.....	82
Tabela 1.3 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame ABO-Rh, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003.....	82
Tabela 1.4 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame Parcial de Urina, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003	83
Tabela 1.5 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de Glicemia, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003	83
Tabela 1.6 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HB, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003.....	84
Tabela 1.7 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HT, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003.....	84
Tabela 1.8 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame VDRL, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003.....	85
Tabela 1.9 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame anti-HIV, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003.....	85
Tabela 1.10 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à vacina antitetânica, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003	86
Tabela 1.11 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à consulta de puerpério, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003	86
Tabela 1.12 - Distribuição da frequência quanto ao sexo dos RN, atendidos nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003	87
Tabela 1.13- Distribuição da frequência quanto ao peso ao nascer dos RN atendidos nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003	87
Tabela 1.14 - Distribuição da frequência quanto ao Apgar do 1º minuto, nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003	88
Tabela 1.15 - Distribuição da frequência quanto ao Apgar do 5º minuto nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003	88
Tabela 1.16 - Distribuição da frequência quanto à Idade Gestacional de RN que foi atendido nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003.....	89

Tabela 1.17 - Distribuição da frequência dos RN selecionados quanto ao tipo de parto que foi atendido nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003	89
Tabela 2.1 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao número de consultas, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	94
Tabela 2.2 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao profissional que realizou a assistência pré-natal, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	94
Tabela 2.3 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame ABO-Rh, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	94
Tabela 2.4 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à variável de processo, exame Parcial de Urina, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	95
Tabela 2.5 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de Glicemia, nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003	95
Tabela 2.6 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HB, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	95
Tabela 2.7 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HT, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	95
Tabela 2.8 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame VDRL, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	96
Tabela 2.9 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame anti-HIV, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	96
Tabela 2.10 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à vacina antitetânica, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	96
Tabela 2.11 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à consulta de puerpério, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	96
Tabela 2.12 - Distribuição da frequência quanto ao sexo dos RN, atendidos nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	97
Tabela 2.13 - Distribuição da frequência quanto ao peso ao nascer dos RN, atendidos nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	97
Tabela 2.14 - Distribuição da frequência quanto ao Apgar do 1º minuto, nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	97
Tabela 2.15 - Distribuição da frequência quanto ao Apgar do 5º nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	97
Tabela 2.16 - Distribuição da frequência quanto à Idade Gestacional de RN que foi atendido nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	98
Tabela 2.17 - Distribuição da frequência dos RN selecionados quanto ao tipo de parto que foi atendido nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003	98
Tabela 3.1 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao número de consultas, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003	102
Tabela 3.2 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao profissional que realizou a assistência pré-natal, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003	102
Tabela 3.3 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame ABO-Rh, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003	102
Tabela 3.4 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame parcial de urina, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003	103

Tabela 3.5 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de glicemia, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003	103
Tabela 3.6 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HB, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003.....	103
Tabela 3.7 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HT, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003.....	103
Tabela 3.8 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame VDRL, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003.....	104
Tabela 3.9 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame anti-HIV, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003.....	104
Tabela 3.10 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao vacina antitetânica, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003	104
Tabela 3.11 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto a variável de processo, consulta de puerpério, nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003	104
Tabela 3.12 - Distribuição da frequência quanto a variável de resultado, sexo dos RN, atendidos nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003	105
Tabela 3.13 - Distribuição da frequência quanto a variável de resultado peso ao nascer dos RN atendidos nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003	105
Tabela 3.14 - Distribuição da frequência quanto a variável de resultado Apgar do 1º minuto, nos RN atendidos nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003	105
Tabela 3.15 - Distribuição da frequência quanto a variável de resultado Apgar do 5º minuto nos RN atendidos nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003	105
Tabela 3.16 - Distribuição da frequência quanto a variável de resultado Idade Gestacional de RN que foi atendido nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003	106
Tabela 3.17 - Distribuição da frequência dos RN selecionados quanto a variável de resultado tipo de parto que foi atendido nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003	106
Tabela 4.1 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao número de consultas, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003.....	110
Tabela 4.2 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao profissional que realizou a assistência pré-natal, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003.....	110
Tabela 4.3 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame ABO-Rh, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003.....	110
Tabela 4.4 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame Parcial de Urina, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003.....	110
Tabela 4.5 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de Glicemia, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003	111
Tabela 4.6 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HB, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003.....	111
Tabela 4.7 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HT, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003.....	111
Tabela 4.8 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame VDRL, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003.....	111

Tabela 4.9 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame anti-HIV, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003.....	111
Tabela 4.10 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à vacina antitetânica, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003	112
Tabela 4.11 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à consulta de puerpério, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003	112
Tabela 4.12 - Distribuição da frequência quanto ao sexo dos RN, atendidos nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003	112
Tabela 4.13 - Distribuição da frequência quanto ao peso ao nascer dos RN atendidos nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003	112
Tabela 4.14 - Distribuição da frequência quanto ao Apgar do 1º minuto, nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003	112
Tabela 4.15 - Distribuição da frequência quanto ao Apgar do 5º minuto nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003	113
Tabela 4.16 - Distribuição da frequência quanto à Idade Gestacional de RN que foi atendido nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003.....	113
Tabela 4.17 - Distribuição da frequência dos RN selecionados quanto ao tipo de parto que foi atendido nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003	113
Tabela 5.1 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao número de consultas, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003.....	116
Tabela 5.2 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao profissional que realizou a assistência pré-natal, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003.....	116
Tabela 5.3 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame ABO-Rh, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003.....	116
Tabela 5.4 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame Parcial de Urina, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003.....	116
Tabela 5.5 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de Glicemia, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003	117
Tabela 5.6 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HB, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003.....	117
Tabela 5.7 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HT, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003.....	117
Tabela 5.8 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame VDRL, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003.....	117
Tabela 5.9 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame anti-HIV, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003.....	117
Tabela 5.10 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à vacina antitetânica, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003	118
Tabela 5.11 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à vacina antitetânica, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003	118
Tabela 5.12 - Distribuição da frequência quanto ao sexo dos RN, atendidos nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003	118
Tabela 5.13 - Distribuição da frequência quanto ao peso ao nascer dos RN atendidos nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003	118

Tabela 5.14 - Distribuição da frequência quanto ao Apgar do 1º minuto, nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003	118
Tabela 5.15 - Distribuição da frequência quanto ao Apgar do 5º minuto nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003	119
Tabela 5.16 - Distribuição da frequência quanto à Idade Gestacional de RN que foi atendido nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003.....	119
Tabela 5.17 - Distribuição da frequência dos RN selecionados quanto ao tipo de parto que foi atendido nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003	119

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município da Região da AMFRI - SC, Brasil.....	79
Gráfico 2 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município de Bombinhas.....	90
Gráfico 3 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município de Penha.....	90
Gráfico 4 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município de Piçarras.....	91
Gráfico 5 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município de Porto Belo.....	91
Gráfico 6 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município de Luiz Alves.....	99
Gráfico 7 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município de Navegantes.....	99
Gráfico 8 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto a Assistência pré-natal no município de Camboriú.....	107
Gráfico 9 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto a Assistência pré-natal no município de Itajaí.....	107
Gráfico 10 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município de Balneário Camboriú.....	114
Gráfico 11 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município de Itapema.....	120

1 INTRODUÇÃO

Dentro do ciclo vital, a gravidez é um dos períodos críticos na vida da mulher, que demanda mudanças em seu papel social, assim como reajustamentos e adaptações físicas e emocionais (FREITAS, 2001).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001 a) afirma que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres e trata-se de um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, envolvendo também a família e a comunidade. Sendo assim, a atenção básica na gravidez deverá promover a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante a gestação e o puerpério.

Oliveira e Saico (2001), Tedesco (2000) complementam que cabe à equipe de saúde, ao atender uma gestante na unidade ou comunidade, compreender a importância que a gestação tem para ela e sua família, valorizando emoções e sentimentos, para individualizar e contextualizar a assistência pré-natal e fortalecer o vínculo profissional/cliente.

Segundo Buchabqui et al. (2002), o objetivo da assistência pré-natal é o de garantir o bom desenvolvimento da gestação de baixo risco e identificar precocemente as gestantes de risco, tratando-as e encaminhando-as para a assistência em um nível mais complexo.

Buchabqui et al. (2002) referem também que algum cuidado pré-natal é melhor que nenhum, devendo este iniciar o mais precocemente possível, e para ser adequado deve associar aspectos qualitativos e técnicos no conteúdo do cuidado pré-natal, incluindo neste a qualidade do profissional, sua competência, humanismo e dedicação à assistência.

Neste sentido, os profissionais da saúde deverão colocar seus conhecimentos a serviço do bem estar da mulher e de seu bebê, podendo minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, ajudando a parir e a nascer, sem lançar mão de atitudes intervencionistas desnecessárias, proporcionando a cada mulher o direito de cidadania mais elementar: dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade (BRASIL, 2001 a).

Lansky, França e Leal (2002) relatam que, segundo o Banco Mundial, o Brasil é o país onde há maior desigualdade social na mortalidade infantil e perinatal, e esta situação é de responsabilidade do sistema de saúde, a quem cabe melhorar o acesso e

eficiência dos serviços em situações nas quais os riscos são maiores, ou seja, promover uma maior equidade no atendimento, determinando políticas de modo a diminuir e evitar as disparidades em saúde, favorecendo a isonomia.

Durante séculos as mulheres dominaram os cuidados assistenciais ao parto entre as classes dominantes e demais classes. Seus conhecimentos eram leigos e empíricos, passados de geração em geração. No entanto, os historiadores médicos desqualificaram a assistência dada pelas mulheres em oposição à assistência médica, masculina, segura e científica (TANAKA, 1995).

Desta forma, apesar dos avanços inquestionáveis conquistados nesta área, não podemos deixar de considerar que houve um uso abusivo na adoção de técnicas intervencionistas desnecessárias, em detrimento de uma atuação assistencial que favoreça o estabelecimento do vínculo mãe-filho, bem como o sucesso da amamentação, condição precípua de uma assistência humanizada.

Dados do Sistema Único de Saúde corroboram esta afirmação, quando apontam a alta incidência de cesarianas como uma das principais causas de morte materna. A utilização indiscriminada deste procedimento leva ao aumento da mortalidade materna e infantil, haja vista a taxa de letalidade por cesárea ser três vezes maior do que a do parto normal (CAMANO et al., 2001).

Desde 1983, com a preocupação de melhorar a assistência pré-natal, foi criado no Brasil o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Com o objetivo de dedicar maior atenção aos serviços pré-natais, foram propostos, então, critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além da disponibilização de recursos financeiros aos municípios que aderissem ao programa ora mencionado (TREVISAN et al., 2002).

O PAISM é uma das políticas públicas na área da saúde que inclui a integralidade e a equidade em suas linhas de ação e estratégias de um modelo assistencial (FORMIGA FILHO, 1999). Este programa constitui um conjunto de diretrizes e princípios que orientam a assistência à mulher em todas as faixas etárias, etnias ou classes sociais, compreendendo ações em busca do controle do risco à saúde e do bem estar da população feminina (COSTA, 1999).

No entanto, a evolução do PAISM é intermitente, como reflexo do quadro político e das dificuldades gerenciais e financeiras que há muitos anos vem debilitando o país (GUALDA et al., 2002).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde, ciente da importância da atenção pré-natal, com vistas à melhoria dos resultados perinatais e à redução da mortalidade materna, lançou o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Este programa que implementa as políticas do PAISM visando resgatar a atenção obstétrica integrada, qualificada e humana, de forma a proporcionar o envolvimento dos estados, municípios e unidades de saúde quanto às ações necessárias ao êxito deste programa (BRASIL, 2001 b).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001 a, p. 9),

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade.

O Ministério da Saúde tem utilizado, ainda, como indicador de qualidade da assistência pré-natal, o início da assistência até a décima quarta semana, a taxa de cobertura do referido programa, a efetivação de seis ou mais consultas, a realização de exames laboratoriais, a vacinação antitetânica e a consulta no puerpério até quarenta e dois dias após o parto.

Para tanto, foi desenvolvido um software pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado da gestação no PHPN, pelo Sistema Único de Saúde, denominado SISPRENATAL. Este consiste em um sistema de informações, o qual define o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, uma vez que permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (BRASIL, 2002 a).

Quanto às recomendações de uma assistência humanizada, as mais importantes segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001 a) são: a mulher deve receber informações sobre a gravidez e escolher o parto que deseja, conhecer os procedimentos rotineiros do parto; não ser submetida à tricotomia e ao enema, se não desejar; recusar a

indicação do parto, feita por conveniência médica; não se submeter à ruptura artificial da bolsa amniótica; poderá escolher a posição que lhe convém durante o trabalho de parto; poderá recusar-se a realizar a episiotomia; não se submeter à cesárea, a menos que haja risco para a grávida ou o bebê; começar a amamentar o recém-nascido sadio logo após o parto; poderá exigir ficar junto com o seu bebê sadio; poderá requerer um acompanhante que lhe convier para o parto e puerpério.

A partir dessas diretrizes, e à luz das políticas públicas de saúde, bem como apoiando-nos em estudos já realizados sobre o tema, buscamos avaliar a assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde instalado na região da Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí – AMFRI.

A elaboração e a utilização de instrumentos de avaliação da assistência pré-natal, identificando os problemas da população alvo, segundo Gualda et al. (2002), possibilitarão o desenvolvimento e o aprimoramento dos serviços, dando subsídio para se utilizar novas estratégias com o objetivo de melhorar a assistência na gestação.

O acesso ao pré-natal é problema significativo para a população do Norte e Nordeste, mas a qualidade da atenção é deficiente em todo o país, pois mesmo nas regiões em que a cobertura de consultas é adequada, a mortalidade materna se mantém elevada (BRASIL, 2000 b).

Em face dessa realidade, esperamos contribuir com o desenvolvimento do PHPN, ao realizar o presente estudo, pois acreditamos que esse programa deve propiciar a cada mulher o direito de cidadania na sua forma mais elementar, traduzido pelo direito de dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de qualidade.

O universo definido para o estudo ora realizado poderá contribuir para revelar nuances de uma realidade por vezes estereotipada – principalmente pelos meios de comunicação – em que a Região Sul do Brasil é apresentada como área pouco afeita a problemas de saúde pública. Algo que merece, no mínimo, reflexão e análise mais cuidadosa, haja vista as estatísticas sobre morbimortalidade materna e perinatal registradas nesta região.

Para darmos conta da análise pretendida, focalizamos a parte do Estado de Santa Catarina compreendida pelos municípios que integram a Foz do Rio Itajaí-Açu reunidos na AMFRI (Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açu). Utilizando-nos, então, dos sistemas de informações de saúde, para avaliar alguns aspectos da implementação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento nessa região.

Neste sentido é fundamental a distinção do entendimento entre a avaliação de uma dada política pública e outras modalidades de avaliação.

Arretche (2001) afirma que é certa qualquer forma de avaliação emitir um valor, um julgamento, uma aprovação ou desaprovação de uma política. Por este motivo, a autora refere que a abordagem de avaliação supõe que o analista assuma princípios, usando adequadamente os instrumentos de análise e avaliação e não confundindo as opções pessoais com os resultados de pesquisa.

A mesma autora cita Figueiredo e Figueredo (1986), que conceituam a diferença entre avaliação política e análise de políticas públicas. Na primeira denota-se o caráter político, quer nos valores, quer nos critérios nela identificados. Já por análise de políticas públicas, entende-se o exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas em que se busca reconstituir os mais diversos desenhos da política, as formas de relação entre o setor público e privado, as formas de financiamento, e as modalidades de prestação de serviços.

Somente a avaliação de programas efetivamente implementados, como é o caso da assistência pré-natal, poderá estabelecer uma relação entre causa e efeito desta política, o sucesso ou o fracasso na realização de seus propósitos, ou ainda o resultado ou impacto desta na situação social prévia à implementação.

Portanto, o presente projeto tem como meta avaliar processo do Programa de Humanização e Nascimento há quatro anos implementado, em relação a seus impactos/resultados.

A avaliação de processos contribui para determinar se os componentes de um projeto contribuem ou são inadequados para os fins perseguidos, e portanto deve ser realizada durante a implementação de um programa. A avaliação também procura detectar as dificuldades que afetam a programação, a administração e o controle, permitindo as correções necessárias para diminuir os custos advindos da ineficiência. Sua função principal é medir a eficiência de operação do projeto (COHEN; FRANCO, 1993).

Quanto à avaliação de impacto, os autores citados conceituam como aquela que procura determinar em que medida os objetivos do projeto foram alcançados, e quais seus efeitos secundários.

A avaliação de processos olha para a frente, permitindo corrigir e adequar os objetivos do projeto, já a avaliação de impacto olha para trás, verificando se o projeto funcionou ou não, descobrindo as causas (COHEN; FRANCO, 1993).

A avaliação de processos é contínua, e a usamos para analisar a implementação do PHPN através do banco de dados do SISPRENATAL. E em relação ao resultado/impacto, que se analisa durante ou depois do processo usamos o banco de dados do SINASC. Pretende-se neste estudo estabelecer uma relação de sucesso ou fracasso em relação aos objetivos propostos por esta política sobre a situação prévia a sua implementação.

Thomas (2004) diretor e vice-presidente do Banco Mundial, ressaltou na 5ª Conferência de Saúde realizada em Recife, em 2004, que a normalização do monitoramento e a avaliação das políticas públicas são fundamentais para construir uma base de informação sobre o funcionamento ou não dos programas implementados. Destacou ainda, que o enfoque nos resultados na área de saúde realça a importância de melhorar a responsabilidade e a transparência das políticas.

Sabe-se que o SUS necessita de estruturação em equipamento e capacitação profissional, visando a um atendimento humanizado e de qualidade para todos os cidadãos. Com respeito à saúde da mulher, é essencial que se resgatem as premissas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, enfocando a atenção integral da mulher, pois este programa, criado há mais de 17 anos, nunca alcançou o impacto esperado provavelmente na sua implementação. A falta de mecanismos de avaliação e controle converte-se em grande prejuízo que os gestores impõem ao sistema. Assim, devem ser criados e estabelecidos parâmetros para aferir os progressos e acompanhar as mudanças em eventos selecionados, especialmente no que se refere à atenção materno-infantil (BARBALHO, 2001).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implementação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento na Região da AMFRI,SC

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as variáveis de processo através da identificação dos municípios que aderiram ao SISPRENATAL, bem como as características da assistência pré-natal.
- Analisar as variáveis de resultado através da identificação dos RN no SINASC (Sistema de Informação de Nascido Vivo).
- Relacionar as variáveis de processo com as variáveis de resultado: peso ao nascer; idade gestacional; Apgar no 1º e 5º minutos e tipo de parto, conforme SINASC (Sistema de Informação de Nascido Vivo).

3 MARCO TEÓRICO

3.1 ESTUDO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

3.1.1 Conceito de política

Segundo Guimarães e Guerrero (2003), o termo política tem significados e interpretações variadas e abrangentes.

As revisões feitas por esses autores conceituam política como um conjunto de decisões, baseado em atividades práticas e normalizadas, caracterizadas por seguir um conteúdo, um programa para atuação, normalização e coesão em consequência da autoridade do gestor público e competência social que afeta aos cidadãos.

Portanto, políticas são as ações que o governo utiliza para solucionar os problemas priorizados por este e pelos cidadãos. A formulação de uma política abrange: área de atuação, objetivos, etapas, prioridade e articulação de necessidades, usando todos os recursos tecnológicos, de conhecimento, buscando adaptação de instituições e capacitação dos atores. Na área da saúde esta formulação torna-se complexa devido à pluralidade de atores, necessidades e interesses.

3.1.2 Políticas públicas de saúde

Segundo Ávila (2003), a saúde na América Latina e no Brasil com dimensão política tem sido tema central, sendo priorizado por movimentos sociais em busca dos direitos reprodutivos sociais.

A cidadania tem sido fortalecida para ser utilizada como instrumento que combata a desigualdade social, construindo com isso um novo processo democrático, com ética, compromisso e justiça, visando à instauração da dignidade humana, superando preconceitos e discriminações (ÁVILA, 2003).

A Constituição de 1988, ao estabelecer uma política de saúde comprometida com a promoção integral, representou uma conquista democrática. Por isso, o poder público deve assegurar políticas de saúde que incluam os meios de promoção do bem estar, prevenindo morbimortalidade na gravidez/parto/concepção, contracepção; aborto, DSTs e violência sexual, temas importantes e cruciais, e devem ser planejados e organizados os

serviços para oferecer prevenção, promoção, tratamento e cura, em busca do bem estar físico e mental (ÁVILA, 2003).

O PAISM e a luta por uma política nacional voltada ao HIV/AIDS são exemplos configurados e organizados para garantir o direito à cidadania das mulheres.

Estudos de avaliação da assistência à mulher, como a Assistência Pré-natal, são importantes para manter a luta e os ganhos políticos obtidos por meio dos movimentos sociais da década de 80, permitindo aos gestores a implementação, a qualidade, o acesso e acima de tudo a Humanização da Assistência.

Ávila (2003), em artigo sobre políticas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, refere que o desafio para os gestores públicos é reconhecer a sua importância e a sua responsabilidade de garantir os direitos da população, formulando e implementando políticas.

3.2 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM)

A mobilização política e técnica em atenção à saúde da mulher, nos países em desenvolvimento, já presente desde a década de 60 e 70, baseou-se nos altos índices de mortes infantis e maternas datados dessa época e de períodos anteriores.

Considerando o perfil epidemiológico da população materno-infantil no Brasil, na década de 70, até meados de 80, o governo prioriza o investimento na implementação de um programa nacional voltado ao atendimento desta população. Esta política surge como fruto de negociação com o movimento de mulheres em um período de transição política democrática importante (LOW; BATISTA FILHO; SOUZA, 2001; SEPÚLVEDA, 1997).

Segundo Sepúlveda (1997), o tema Saúde da Mulher teve um aumento de interesse nos meios acadêmicos, nos movimentos sociais, e entre os profissionais de saúde que, em parceria com o Ministério da Saúde, elaboraram propostas de atendimento à mulher, garantindo seus direitos de cidadania. Surgiu, assim, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM.

O objetivo do PAISM é dedicar maior atenção aos serviços pré-natais, sendo propostos critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal,

além de disponibilizar recursos financeiros aos municípios que aderem ao programa (TREVISAN et al., 2002).

Desta forma, este programa prioriza as ações básicas de assistência integral à saúde da mulher, envolvendo todos os níveis, quais sejam: planejamento familiar, pré-natal de baixo risco, prevenção do câncer uterino e de mama, doenças sexualmente transmissíveis, assistência ao parto e puerpério, enfim, atendendo às doenças mais prevalentes em todas as fases da vida da mulher (SEPÚLVEDA, 1997; LOW; BATISTA FILHO; SOUZA, 2001).

Em 1988, aprovada a Constituição, tem-se o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que seguindo o movimento da reforma sanitária, traça como metas a serem alcançadas a universalidade, a equidade, a descentralização, a integração dos serviços de saúde, o atendimento integral e a participação da comunidade. O SUS absorveu os programas citados, pois foram as diretrizes desses programas que estabeleceram as bases para a implantação do novo sistema, proporcionando um grande salto qualitativo dos serviços de saúde pública. O Sistema Único de Saúde, através do PAISM, tem buscado a implementação dos direitos de autonomia reprodutiva conquistados pela população brasileira a partir da Constituição.

Osis (1998), ao analisar o percurso do PAISM, diz que os artigos jornalísticos referiam que a viabilização e a implementação efetiva deste, passaram por planos políticos, pois se tratava de uma proposta inovadora, abrangente, para assistir a mulher integralmente, independente de estarem no ciclo reprodutivo.

Giffin (2002) diz que o PAISM no Brasil abarcou todas as recomendações em termos de desenvolvimento de políticas e programas setoriais e equitativos em termos de gênero, e que mesmo após dez anos de sua implantação na Conferência Internacional do Cairo e Beijingi, este programa foi consagrado como uma proposta avançada, e capitalizado politicamente.

A Rede Nacional Feminista de Saúde (2000) propôs aos candidatos, nas eleições de 2000, uma plataforma política cuja meta era tornar o PAISM uma realidade e um compromisso que garantisse às mulheres: acesso à educação em saúde, planejamento familiar, qualidade na assistência no ciclo reprodutivo, implantação dos comitês de prevenção da mortalidade materna, atenção à violência doméstica, tratamento para infertilidade, aumento dos investimentos para redução dos cânceres de mama e ginecológicos, capacitação de

mulheres para o controle social. Esses caminhos se configuram como indispensáveis para a defesa dos direitos à saúde.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001 a) reconhece que a implementação do programa requer uma mudança de atitude no sistema de saúde em busca da equidade, ofertando mais aos que mais precisam, o que se fará à medida que se utilize o enfoque epidemiológico no planejamento dos serviços.

No entanto, a saúde, segundo o Ministério da Saúde, não deve se restringir ao conceito de prevenção, tratamento e reabilitação, mas ser abordada no contexto sócio, cultural, histórico e antropológico. Principalmente, no que se refere à saúde da mulher, pois as diferenças desses aspectos determinam ou agravam as condições biopsicossociais que põem em risco sua vida, saúde e bem estar (BRASIL, 2001 a).

A situação que se apresenta na assistência à mulher no período reprodutivo é reflexo de uma situação na saúde como um todo. A criação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, aliada à nova tendência do enfoque de família, que perpassa o PAISM, representa uma tentativa de preencher estas lacunas e promover uma melhor integração entre os diversos níveis de serviço à saúde, contextualizado e afinado com as crenças e valores das diversas localizações geográficas, foi inspirado em programas de saúde de outros países, tais como Cuba e Canadá (GUALDA et al., 2002, p. 192).

Segundo Marcon e Elsen (1999), o PSF busca tratar a pessoa como um sujeito integrado com seu ambiente e procura oferecer a integralidade da assistência, o que vem ao encontro das linhas de ação do PAISM. Segundo Gualda et al. (2002), este busca, no seu modelo de assistência, a integralidade e a equidade, representando uma política de assistência às mulheres no contexto do SUS.

Desde 1996, o Ministério da Saúde vem ampliando investimentos para promover a organização da atenção básica nos municípios, oferecendo os Programas de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, como estratégia para resgatar a co-responsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo a cura, prevenção e promoção da saúde, valorizando as pessoas, as famílias e a comunidade no papel de melhoria das suas condições de saúde e de vida (BRASIL, 2002 b).

A Equipe de Saúde da Família assumiu o desafio da atenção continuada para a promoção da saúde, que se constitui de ações essenciais para a melhoria dos indicadores de

saúde e da qualidade de vida da população acompanhada, ampliando sua atuação em 2001 com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01), que definiu melhor as responsabilidades, reforçando ações de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2002 b).

Nas áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família é crescente nos anos analisados o número de gestantes acompanhadas que iniciam o pré-natal no 1º trimestre, bem como o de gestantes que realizam o pré-natal na unidade de saúde. O Ministério da Saúde estimula o acesso aos serviços e a captação precoce da gestante, por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que entre outras ações visa reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal” (BRASIL, 2002 b, p. 24).

Tanaka (1995) comenta que a implantação do SUS no Brasil faz repensar as políticas de saúde, principalmente nas definições das responsabilidades municipais em relação à busca de soluções quanto ao acesso e efetividade da atenção prestada e do impacto na saúde da população.

Desde a década de 90, o Ministério da Saúde, com vistas a implementar os serviços vinculados ao SUS em nível nacional, estadual e municipal, vem propondo normas e orientações técnicas que busquem a atuação conjunta dos diversos programas. Além do PAISM e do PAISC, também o PACS, o PSF e o PNI constituem ações estratificadas, mas que devem ser desenvolvidas de forma integrada, em busca da redução da mortalidade infantil e de uma atenção integral à família.

Vega (2001) reforça a afirmativa de que para se atingir a redução da mortalidade materna, é necessária a implantação de medidas básicas de saúde, como as propostas pelo PAISM, SUS, PSF, as quais devem ser garantidas, sempre proporcionando a utilização dos avanços tecnológicos e a reciclagem constante da equipe multiprofissional, viabilizando um atendimento digno e amparado por conhecimentos técnicos e humanos. Essas normas, sugeridas pelo autor, dependem de uma vontade política e, sem dúvida, é um árduo trabalho, com resultados a longo prazo, mas de suma importância para o bem estar da população.

Conill e Scherer (2003) comentam a avaliação realizada pelo Ministério da Saúde em documento com proposta de estratégias para o período 1999 – 2002, destacando a revisão do PAISM para a melhora da cobertura e qualidade, articulando este com o PSF.

Reforçando os princípios que norteiam o programa, o Ministério da Saúde, criou em 2000 o Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento o qual estabelece os

princípios de atenção que deve ser prestada a cada mulher, de forma humanizada e de boa qualidade, orientando estados, municípios e serviços de saúde a cumprirem seu papel, citados a seguir por Brasil, (2001 b).

- O programa de humanização no pré-natal e nascimento tem a finalidade de propiciar e viabilizar que todas as gestantes tenham acesso ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, que esta seja de forma humanizada, assegurando os direitos do cidadão.
- Ao gestor federal cabe a articulação e a implantação nos estados, D. F. (Distrito Federal) e municípios. O gestor estadual fica encarregado de elaborar e articular com o sistema municipal de saúde os planos regionais e organizá-los estadual e regionalmente. Já o gestor municipal participa da elaboração dos planos regionais, em conjunto com a secretaria estadual. Também tem a função de estruturar e garantir a adequada assistência e funcionamento no município, propiciando o acesso adequado a todas as inscritas no programa.
- Os incentivos financeiros fazem parte do compromisso do gestor federal para mobilizar os dirigentes municipais em busca da qualidade na assistência pré-natal, desde que cumprido o elenco mínimo de procedimentos estabelecidos pelo Programa e alimentado o SISPRENATAL; hospital que realizar o parto da gestante acompanhada pelo Programa receberá incentivo financeiro, desde que o hospital integre a rede de referência para atendimento ao parto, contida nos Termos de Adesão dos municípios e informe o número da gestante no SISPRENATAL na Autorização de Internação Hospitalar (AIH).
- Apenas os municípios habilitados em alguma forma de gestão da NOB 01/96 poderão aderir ao programa.
- Os serviços podem ser oferecidos no território do município ou referenciados em outro município, exceto para as consultas de pré-natal de baixo risco. As unidades públicas sob gestão estadual poderão integrar o Termo de Adesão dos municípios onde se localizam e fazer jus aos incentivos.

- Deverão ser estabelecidos planos regionais para a assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido, coordenada pelas Secretarias Estaduais de Saúde, em articulação com os municípios; terão por objetivo explicitar a rede ambulatorial, os laboratórios e os leitos obstétricos, definindo a programação das referências.
- O gestor federal deverá estabelecer mecanismos de controle, de avaliação e acompanhamento no processo.

A principal estratégia do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Esta humanização compreende dois aspectos fundamentais: (BRASIL, 2001 b)

- a) Dever da unidade de receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido.
- b) Adoção de medidas benéficas para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias.

É fundamental que na elaboração de instrumentos que avaliem a assistência pré-natal possa se identificar os problemas de saúde da população alvo, desenvolvendo e aprimorando os serviços, subsidiando a utilização de novas estratégias, com o intuito de melhorar a qualidade de assistência à gestante (GUALDA, 2002).

3.3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Especialistas tratam a avaliação de políticas e programas sociais como estratégia imprescindível para conhecer, compreender, melhorar e dar transparência às políticas e às ações do Estado, pois possibilita recomendações para a formulação, implementação e modificações destas (RICO et al. 2001).

Afirmam ainda estes autores, ser de grande importância a discussão da avaliação na tomada de decisão, pois permitirá uma valorização dos resultados e impactos destas políticas e programas, tornando-as relevantes aos estudiosos, técnicos, usuários e para o próprio Estado.

Arretche (2001), por entender que avaliação política é a análise e o esclarecimento dos critérios que fundamentam determinada política, afirma que esse tipo de avaliação pode ressaltar a tomada de decisão que implicou na adoção desta mesma política e esclarecer os interesses que a movem. O maior desafio consiste na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um programa e um resultado, pois quando se fala em avaliação da efetividade da política, isto consiste em encontrar uma metodologia capaz de demonstrar que os resultados obtidos estão diretamente ligados aos produtos oferecidos por essa política.

A avaliação, segundo a autora, é um instrumento democrático, que deveria ser uma etapa posterior à implementação de política e/ou programa, com o objetivo de permitir sua reformulação, durante ou após sua implementação.

A avaliação de políticas públicas é necessária pois tanto Arretche (2001) quanto Johnson (2004) afirmam que é fundamental a toda política ter justificativas sociais e diagnósticas que permitam a proposição adequada aos conflitos e modelos conceituais.

O objetivo precípua da avaliação de programas sociais é aprimorar o atendimento aos cidadãos, sendo parte essencial na formulação e implementação desses programas. No entanto, Johnson (2004) constata que no Brasil a pesquisa de avaliação é incipiente, tendo se iniciado nos anos 80 de forma desigual entre distintas políticas.

3.3.1 Avaliação da assistência pré-natal

De acordo com Silveira, Santos e Costa (2001, p. 2),

Com relação à qualidade da atenção pré-natal, 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 registro e a constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades.

A avaliação dos serviços utilizando a avaliação da estrutura e processo é útil para definir o que se chamaria de “epidemiologia da qualidade”, favorecendo a análise da distribuição dos recursos da saúde em relação às necessidades da comunidade e os resultados potencialmente previstos.

Nesta avaliação, determinam-se as medidas em que os componentes de um projeto contribuem com os fins destes. É realizada para detectar as dificuldades que ocorrem

com a programação, permitindo as correções oportunamente, é uma avaliação periódica, sua função principal é medir a eficiência do desempenho do programa (COHEN; FRANCO, 1993).

Binzen et al. (1999) complementa que a avaliação é um dos instrumentos mais importantes de que os gestores dispõem para a validação do seu trabalho. Esta possibilita a apreciação da eficácia do programa, e a identificação das melhorias necessárias.

Estes mesmos autores destacam que a avaliação pode ser utilizada tanto para medir o progresso como o impacto dos programas, permitindo saber se as mudanças ocorridas estão ou não relacionadas com a atuação do programa.

Assim, a avaliação poderá determinar quanto um programa de saúde custou, qual a satisfação do usuário e as mudanças nos indicadores. Implica dizer o que está sob avaliação, com que critérios, por quem, a pedido de quem e qual foi o resultado (MALIK; SCHIESARI, 2002)

Os autores informam que a avaliação de qualidade aparece junto com a avaliação de programas, como campo de conhecimento científico, dentro da avaliação em saúde. A avaliação tenta trazer respostas a perguntas a respeito dos resultados esperados de um programa, ação ou serviço. O fundamental, quando se fala em avaliação, é ter claro que ela serve para definir se algo é ou não bom, digno de ser prosseguido, aperfeiçoado ou interrompido (MALIK; SCHIESARI, 2002).

A principal finalidade da avaliação é a melhoria do programa. Esta deve enfatizar as soluções ou as ações necessárias para a revisão e melhoria dos programas, e não somente o levantamento dos problemas (BINZEN et al. 1999).

Para se realizar a avaliação proposta neste trabalho houve a necessidade de buscar a compreensão dos teóricos, que orientam os estudos com conceito fundamental e entendimento da avaliação da qualidade em saúde. Uma das premissas para se trabalhar com avaliação é se ter clareza do processo, pois este deve ser objetivo e neutro, bem como ter definido e selecionado as fontes e os critérios a serem utilizados nessa avaliação, porque avaliadores são pessoas.

Segue-se, conforme Malik e Schiesari (2002), o proposto por diversos teóricos sobre avaliação da qualidade.

Estas referem que para Deming, qualidade é “atender continuamente às necessidades e expectativas dos clientes a um preço que eles estejam dispostos a pagar”. Seu método propõe 14 pontos que, uma vez implementados, culminam em significativas modificações na relação entre a prestadora de serviço, clientes, fornecedores e empregados.

O modelo tem restrições, às vezes não atingindo a totalidade dos empregados e liderança. Há dificuldades de aceitar ou efetivar sua metodologia.

Já Juran, com seu “controle de qualidade total”, expandiu a responsabilidade da qualidade, envolvendo administração e linha de produção neste processo. Seu modelo é embasado na tríade planejamento-controle-melhoria, buscando a qualidade, “adequação ao uso”, aquilo que os clientes precisam.

Referente a Crosby, as autoras descrevem que este, em seu modelo, quantificou a qualidade, financeiramente: sai mais barato conquistar a qualidade do que não atingi-la. Envolve todas as escalas hierárquicas em seu processo: administração, técnicos e empregados. “O sistema de qualidade é prevenção” (MALIK; SCHIESARI, 2002, p. 24).

Ishikawa descrito por estas autoras, percebeu que se todos os trabalhadores não estiverem envolvidos não será possível alcançar a produção com qualidade. Descreve um novo conceito de cliente, incluindo os trabalhadores como clientes internos. O bom resultado do trabalho de um fortalecerá o trabalho de outro. Incentiva a atividade voluntária. Propõe a criação de “círculos de qualidade”, um pequeno grupo que responde pelo controle de qualidade de toda a empresa.

Berwick escreveu um livro para ajudar os profissionais de saúde a aderirem aos conceitos de qualidade adotados por indústrias. É um modelo voltado aos profissionais da saúde. Este acredita que outras organizações podem contribuir para alcançar a qualidade, e que para isso é de fundamental importância o total envolvimento de toda a equipe. “A má qualidade é cara” (MALIK; SCHIESARI, 2002, p. 29).

Donabedian (1984), reconhecido estudioso do tema qualidade da assistência à saúde, diz que a qualidade da assistência está baseada na capacidade esperada ou concreta de possibilitar a melhoria das condições de saúde, ciência, tecnologia aceitas pelo cliente, família e comunidade. Definindo qualidade como as melhorias ocorridas no estado de saúde que poderiam ser atribuídas ao cuidado, aponta dois elementos fundamentais para a qualidade do cuidado à saúde: o técnico, que seria a aplicação do conhecimento e habilidade dos

profissionais no processo de prestação da assistência; e o interpessoal, que é a troca de informações entre usuários e o profissional de saúde.

Este afirma ainda que, atualmente, o termo qualidade diz respeito a uma série de características definidas para a assistência à saúde, como: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitação, acessibilidade, adequação, qualidade técnica e científica.

Escobar (2002) complementa que estas características em nível de política de saúde devem ser hierarquizadas e ordenadas de forma que os serviços deveriam ser primeiro eficazes, efetivos e eficientes para, posteriormente, serem distribuídos com equidade, sendo adequados e acessíveis à população e socialmente aceitos.

Todos esses teóricos oferecem subsídios para a avaliação da qualidade proposta, mas o escolhido como modelo teórico que dará suporte a este estudo é Alvedis Donabedian, por partir de conceitos considerados classicamente uma tríade que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas, quando este propõe a utilização da avaliação da estrutura-processo-resultado da assistência. Apesar da resistência de alguns setores de saúde em aceitar a abordagem sistêmica de qualidade, essa categorização proposta por Donabedian foi desenvolvida por este a partir de suas reflexões sobre o cuidado de saúde individual em busca de garantia de qualidade pelo monitoramento do desempenho clínico, visando a melhorar a qualidade.

A seguir descreveremos o processo de avaliação proposto por Donabedian (1984). Este conceitua “estrutura, processo e resultado”, não como atributos da qualidade, mas como enfoques para adequação de informação acerca da presença ou ausência de atributos que constituem a qualidade.

O conceito de estrutura inclui recursos humanos, físicos e financeiros necessários para proporcionar atenção médica. O termo engloba o número, distribuição e qualificação dos profissionais, assim como o número, tamanho, equipamentos e disposição geográfica dos hospitais e outras instalações.

A abordagem desses aspectos deve considerar a disponibilidade e qualidade dos serviços, a capacitação dos recursos humanos, o impacto das novas tecnologias sobre os papéis profissionais e o aparecimento de profissões na área, e características voltadas a amenidades como limpeza, acesso, estacionamento, entre outros. A estrutura é importante para contribuir na qualidade da atenção.

O processo não pode ser considerado parte da estrutura, pois dele derivam os resultados. É utilizado para avaliações prospectivas, concorrentes e retrospectivas, destinadas respectivamente para fins de prevenção, intervenção e correção. O processo do cuidado engloba a competência técnica do provedor e os aspectos interpessoais e humanísticos da relação provedor-paciente.

De forma prática, a avaliação do processo baseia-se na precisão do diagnóstico, na adequação do tratamento e condutas, nas relações de comunicação e formas de relacionamento dos profissionais e da organização com os pacientes e suas famílias, na eficiência no fluxo de pacientes e curtos períodos de espera, entre outros. Neste estudo foram utilizados os critérios preconizados pelo PHPN do MS quanto a assistência pré-natal (BRASIL, 2000).

O estudo dos resultados é outro enfoque indireto recomendado para avaliar a qualidade da atenção. O termo “resultado” pode significar uma relação do estado atual e futuro de saúde do paciente, sendo atribuído como antecedente do processo da assistência.

O *resultado* pode ser definido como o estado ou condição, individual ou de uma população, atribuída ou atribuível aos cuidados de saúde recebida. Inclui alterações no estado de saúde, no conhecimento ou comportamento pertinentes ao futuro estado de saúde, satisfação com o cuidado (expressa como opinião ou inferida pelo comportamento). Como resultado foram consideradas, neste estudo, as variáveis do RN: sexo, índice de Apgar, duração da gestação, e peso ao nascer e o tipo de parto; por constituírem o reflexo da assistência pré-natal.

Segundo Cianciarullo (2002), no Brasil, o próprio Ministério da Saúde utiliza o modelo proposto por Donabedian em algumas iniciativas de avaliação das estruturas e processos, por meio de um sistema de acreditação hospitalar, mas pouco tem se disponibilizado sobre estas experiências principalmente nos serviços de saúde pública deste estudo.

3.4 INDICADORES DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Segundo Rouquayrol (1999), indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar a higidez de agregados humanos, como também propiciar subsídios para o planejamento de saúde.

A utilização de indicadores de saúde permitirá o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento da sua evolução ao longo dos anos. A associação de vários indicadores e a comparação destes permitirá o conhecimento da complexidade da realidade social e a sua compreensão.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), os indicadores dividem-se em três categorias:

- 1) Traduzem a saúde ou a sua falta em uma população: razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade e mortalidade infantil e coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis.
- 2) Referem-se às condições do meio e influenciam sobre a saúde: saneamento básico.
- 3) Medem recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde: número de unidades de saúde, número de profissionais de saúde, número de leitos hospitalares e número de consultas.

Segundo Malik e Schiesari (2002), os indicadores mais utilizados são os que se referem à ausência de saúde, estes são bastante abrangentes, mas se tem necessidade de desenvolvimento de indicadores mais específicos e capazes de traduzir a realidade de saúde, indicando quando necessário os aspectos de maior interesse para aquela realidade.

Os indicadores avaliam estrutura, processo e resultado da assistência, isto é, envolvem além da satisfação do paciente, o impacto do tratamento sobre o estado de saúde do paciente.

Para Laurenti et al. (citado por MALIK; SCHIESARI, 2002), devem-se observar os seguintes requisitos na classificação dos indicadores:

- existência e disponibilidade de dados;
- definições e procedimentos para a construção destes indicadores devem ser conhecidos, de modo a possibilitar a comparação entre as localidades, no mesmo período ou em períodos distintos;
- construção fácil;
- interpretação simples;
- refletir os fatores que influem no estado de saúde;
- ter poder discriminatório, possibilitando comparações.

O indicador escolhido deverá apontar problemas de qualidade relevantes para os gestores envolvidos tomarem decisões quanto à situação estudada.

Vários segmentos da sociedade civil organizada têm realizado significativo esforço para definir indicadores que possam retratar o impacto das ações implementadas pelos governos sobre a vida das pessoas.

No Brasil, a realização do monitoramento de políticas públicas é particularmente difícil, dada a dimensão continental e a profunda desigualdade social produzirem uma situação complexa, de difícil captação quando se utilizam indicadores de abrangência nacional.

Caso o indicador nacional utilizado seja uma média entre extremos, seu alcance como instrumento político e de controle social fica reduzido, pois não expressará a realidade identificada.

Estes autores reforçam que, no monitoramento de políticas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, enfrentam-se questões delicadas que se referem desde a formulação e definição dos indicadores, qualidade da informação, acesso à informação, até a interpretação destas informações.

3.4.1 Seleção, desenvolvimento e monitoramento de indicadores

O monitoramento dos indicadores não deve ser a primeira etapa de um trabalho baseado no gerenciamento da qualidade. É preciso implementação do programa, de modo a tornar familiares as ferramentas e práticas sugeridas para, posteriormente, realizar o acompanhamento do trabalho iniciado através dos indicadores (MALIK; SCHIESARI, 2002).

As mesmas autoras ainda sugerem que o desenvolvimento de indicadores ou práticas de monitoramento pode ser iniciado assim que parecer conveniente, sendo que os pré-requisitos podem ser introduzidos a qualquer momento do processo.

Assim foram selecionados os seguintes indicadores para o desenvolvimento deste estudo.

3.5 INDICADORES DO PROCESSO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

O pré-natal é um dos pontos de estrangulamento da assistência à mulher, ficando esta assistência inadequada. A assistência à mulher no período reprodutivo deve visar a ações de melhora qualitativa e quantitativa da assistência pré-natal, organizando-se de forma a utilizar instrumentos, conhecimentos técnico-científicos dos recursos disponíveis e mais adequados (GUALDA et al., 2002).

Ainda segundo os mesmos autores, para o Ministério da Saúde são condições básicas para a organização da assistência pré-natal: integração da equipe e população da área sobre a assistência pré-natal; identificação precoce das gestantes; início precoce do acompanhamento; atendimentos periódicos e contínuos da gestante, garantindo a continuidade da assistência em todos os níveis.

Assim, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000 a) preconiza que a assistência pré-natal deve ser universalmente realizada, seguindo um conteúdo, número de consultas, tipo e pessoal que assiste, segundo o grau de risco que a gestação apresentar, devendo ser a gestante cadastrada a uma unidade de saúde, receber a carteira de acompanhamento, com todas as informações importantes. Isto favorecerá a criação de um elo de comunicação entre o pré-natal e a assistência ao parto.

As políticas públicas deste mesmo órgão assumem que, para estas práticas serem desenvolvidas de forma eficiente, é necessária a garantia de equipamentos, medicamentos, número de profissionais adequado e capacitado, área física apropriada, apoio laboratorial, registro dos dados.

Em relação à gestante é importante haver maior empenho para garantir a captação precoce ao pré-natal, periodicidade das consultas, imunização antitetânica, realização de exame, retorno ao serviço, além de divulgação, sensibilização e mobilização das mães adolescentes sobre a importância de sua inserção precoce no serviço de saúde (COSTA; FORMIGLI, 2001).

O pré-natal é reconhecido como o mais importante fator que determinará a evolução normal da gestação. O Ministério da Saúde, através do PAISM, determina o número de seis consultas como mínimas para a adequação deste, só que a qualidade desta assistência dependerá do início precoce, acompanhamento clínico adequado, que necessita de equipe técnica capacitada e entrosada (Costa et al. 2002 e Carniel et al., 2003).

3.5.1 Número de consultas e início do pré-natal

A determinação de políticas de saúde, garantindo o acesso universal, de forma regionalizada, com capacidade clínica é um modo de se evitar disparidades em saúde e promover a equidade, redirecionando a atenção dos programas de saúde pública para a promoção da saúde da mulher. Para isso, são prioritários investimentos na reestruturação da assistência à gestante e ao recém-nascido, articulando-se serviços de atenção básica e hospitalar de qualidade, visando a intervenções efetivas para diminuição das taxas e das desigualdades da mortalidade perinatal no país (LANSKI; FRANÇA; LEAL, 2002).

A melhora da cobertura, qualidade e acesso da assistência pré-natal, e a diminuição das indicações abusivas de cesáreas, são as principais estratégias para diminuir os altos índices de mortalidade materna (BOYACIAN, 2000).

Carniel et al. (2003) recomendam aos gestores investir na assistência pré-natal que garanta acesso e segmento adequado da gestação, diminuindo as intercorrências para a mãe e os bebês, investindo também na continuidade do acompanhamento no PAISM, na continuidade da assistência, com grande importância ao planejamento familiar e prevenção de câncer de colo de útero.

Gama, Szwarcwald e Leal (2002) afirmam que uma política compensatória de saúde exerce papel importante para a minimização dos efeitos das desigualdades sócio-econômicas, que têm estreita relação com os efeitos adversos à gestação e a sua adequada assistência.

Lansky, França e Leal (2002) identificam que, no Brasil, a mortalidade perinatal é mais elevada nos grupos sociais de baixa renda, estando vinculada a causas preveníveis, à melhora do acesso e da utilização dos serviços de saúde e também à melhora da qualidade desta assistência.

Maluf (1996) Santos et al. (2000 a) afirmam que a qualidade da assistência pré-natal é fator principal à manutenção da saúde do binômio mãe-filho, influenciando na redução das taxas de mortalidade materna e neonatal.

A mesma autora descreve que, para a melhora da assistência, são necessários serviços para atendimento de toda a demanda e com alto nível de qualidade.

Para avaliação do processo da assistência pré-natal, utilizaram-se as variáveis preconizadas pelo MS que constam no Sistema de Informação da Assistência Pré-natal (SISPRENATAL).

A assistência pré-natal tem hoje metas extremamente amplas. Além de sua finalidade psicológica, educacional e social, preocupa-se primordialmente com a identificação da gestação de alto risco, cuja condução requer um manejo ainda mais personalizado e especializado. A hierarquização do risco gestacional, o encaminhamento das gestantes de alto risco aos centros de atenção terciária, o cerceamento do tabagismo na gestação, o diagnóstico de patologias intercorrentes, a hospitalização precoce e o uso correto e criterioso das tecnologias avançadas são instrumentos de grande importância para a redução da mortalidade materna e perinatal (COSTA et al., 2002).

Desta forma, podemos afirmar que a assistência pré-natal e do parto depende de políticas públicas sociais, da organização e planejamento dos serviços de saúde que atendem a gestante (ELKIN et al., 2005; MOURA et al., 2003).

Segundo Tedesco (2000), o pré-natal é atendimento multidisciplinar que objetiva alcançar e manter a integridade das condições de saúde materna e fetal, cujos resultados devem ser avaliados a longo prazo, com a formação de pessoal física e intelectualmente útil à comunidade e produtivo para o país. O pré-natal deve ter início em fase precoce da gravidez, quando é mais fácil a avaliação dos órgãos pélvicos e abdominais, as medidas profiláticas podem ter alcance maior, assim como o tratamento de afecções diagnosticadas, que é mais eficaz antes de possível comprometimento ovular.

Especificamente, a assistência pré-natal permite o diagnóstico e o tratamento de inúmeras complicações durante a gestação, e a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco passíveis de serem corrigidos. No Brasil, a mortalidade neonatal, a prevalência de baixo peso ao nascer e a prematuridade estão relacionadas à carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência à gestante (PUCCINI, 2003).

Estudos tendem a mostrar que gestantes que iniciam o pré-natal antes de 120 dias de gestação, comparecem a mais consultas, estão menos sujeitas a riscos de morte materna ou perinatal, e obtêm melhores resultados na gravidez (ELKIN et al., 2005; ZAMBONATO et al., 2004; COIMBRA et al., 2003; MOURA et al., 2003; TREVISAN et al., 2002).

Serruya (2003) Serruya, Cecatti e Lago (2004) referem que a frequência e o início da assistência pré-natal e qualidade de atendimento são os elementos fundamentais para diferenciar os resultados perinatais, principalmente no que se refere à prematuridade. O estudo realizado por eles mostrou que as gestantes com quatro ou menos consultas pré-natais tiveram índices de natimortalidade superiores aos de gestantes que freqüentaram o pré-natal 10 ou mais vezes.

Rocha (1991) indica que os resultados de vários estudos levam à necessidade de priorização de programas de saúde que propiciem maior cobertura e acesso às gestantes, beneficiando estas com cuidados pré-natais de qualidade.

Costa et al. (1996) defendem que o acompanhamento mensal das gestantes, com início no 1º trimestre, é fundamental para o diagnóstico e prevenção de intercorrências clínicas, proporcionando melhores resultados perinatais.

Nascimento (2003) registra que o menor número de consultas pré-natais está confirmado pelo difícil acesso e início tardio da procura dos serviços de saúde, o que prejudica o diagnóstico e o tratamento de complicações. O menor número de consultas pode comprometer o papel educativo, gerando dificuldade à gestante atendida pelo SUS.

3.5.2 Solicitações de exames complementares considerados obrigatórios

Serruya, Cecatti e Lago (2004), observam que, na elaboração do PHPN, percebeu-se que a realização dos exames básicos na gravidez representaria um “estrangulamento” da assistência. Portanto, devido à dificuldade de acesso prevista, o M.S. criou o incentivo de R\$ 50,00 por mulher que conclua a assistência, sendo este recurso suficiente para cobrir todos os gastos com os exames preconizados.

Esses autores esclarecem que a escolha pelo M.S. desses exames deveu-se à indicação dos mesmos, por diversos estudos, como o mínimo para realização de uma assistência pré-natal de qualidade.

O M.S. define como critério para conclusão da assistência pré-natal a realização de: Ht, Hb, glicemia de jejum, VDRL, ABO-Rh, exame de urina (tipo I), e HIV. Os exames de VDRL, urina e glicemia por necessidade de prevenção devem ser repetidos por volta da trigésima semana de gestação (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Comparando a rotina de exames recomendados pelo modelo da OMS e do PHPN: o da OMS, tem como rotina o ABO-Rh, VDRL, urina tipo I, bacteriúria e proteína, hemoglobina quando há sinais clínicos da anemia na primeira e segunda consultas, e urina e bacteriúria repetem-se em todas as consultas, já a proteína seria destinada exclusivamente para nulíparas e com DHEG prévia. O modelo da OMS não tem como rotina o oferecimento do anti-HIV e a glicemia de jejum. A autora analisa isso como uma questão econômica e não uma questão lógica. Mas, afirma, a diferença mais importante entre os modelos de assistência é que no modelo da OMS os exames de ABO-RH, Hb, VDRL e urina são realizados no momento como teste rápido, possibilitando um resultado e tratamento imediatos, tendo vantagens de garantia de acesso e mantendo uma rotina assistencial, o que confere ao serviço de saúde uma resolutividade a partir da organização (SERRUYA,2003).

Por outro lado a vantagem do modelo do MS é o de diagnosticar as doenças sexualmente transmissíveis (DST) durante a gravidez deverá ser detectado com testes sorológicos, exames microbiológicos, pois dependendo do tipo de DST há possibilidade de comprometimento fetal, por isso o profissional que realiza a assistência pré-natal deve utilizar destes instrumentos de detecção e não ficar apoiado somente em manifestações clínicas, pois a sintomatologia é mascarada por modificações do organismo materno próprios da gestação (PORTO, 1999).

3.5.3 Exame de Hemograma (Hematócrito e Hemoglobina)

A compreensão dos distúrbios fisiopatológicos da anemia e as modificações fisiológicas do organismo materno, que incluem alterações do volume sanguíneo, é importante para o diagnóstico adequado de anemias nesse período (LIMA; COSTA, 2000; OLIVEIRA, 2000).

Serruya (2003) refere que a recomendação do PHPN em relação à dosagem do HT e HB deve ser na primeira consulta para o diagnóstico de mulheres com anemia prévia.

A anemia é uma complicação comum na gestação, tendo uma incidência de 20 a 80% segundo estimativas da OMS, que desde 1968 considera como valor limite inferior de aceitação o exame cuja concentração de hemoglobina é de 11g/dL. Assim, todas as mulheres gestantes, mesmo as saudáveis, apresentam redução da concentração da hemoglobina. Isso ocorre a partir da 8ª semana, tendo uma progressão lenta até a 32ª e 34ª semanas de gestação, estabilizando-se até o parto. Esse fato é considerado fisiológico, mas é

comum as gestantes apresentarem anemias secundárias, principalmente por carência de vitaminas e minerais (LIMA; COSTA, 2000; OLIVEIRA, 2000).

3.5.4 Tipagem sangüínea e determinação do fator Rh

A tipagem sangüínea é rotina na primeira consulta pré-natal, sendo consenso do MS, OMS e diversos autores (BUCHABQUI et al., 2002; REZENDE, MONTENEGRO, 1995; TEDESCO, 2000; NAKAMURA; AMED, 2003; REDDY; ROSSITER, 2001; NEME; MARETTI, 2000).

Segundo Buchabqui et al. (2002), todas as gestantes devem ser triadas na 1ª consulta pré-natal quanto à tipagem ABO-Rh e as mulheres com Rh-D-negativo devem realizar teste de Combs indireto para avaliar a presença de anticorpos anti-D. Esta rotina objetiva a avaliação da aloimunização, pois permite a redução da sensibilização do diagnóstico e o tratamento em tempo hábil, seja por meio da interrupção da gestação ou da terapia intra-útero.

A incompatibilidade ABO é menos grave e está presente em cerca de 20 a 25% das gestações, mas só é detectada a doença hemolítica em 10% desses casos. Esta aloimunização ocorre na primeira gestação em 40 a 50% dos casos (BUCHABQUI et al., 2002).

Segundo estes mesmos autores, a incompatibilidade Rh-D é mais grave, ocorrendo em 1 a 2% das mães.

Segundo Burrouchs (1995); Enkin et al. (2005), todas as mulheres devem realizar avaliação do seu Rh no início da gestação, pois a doença hemolítica do feto e do recém-nascido teve seu controle e declínio na década de 1970, com o advento da imunoglobulina RhD, sendo esta uma das principais conquistas da obstetrícia das últimas décadas, mas, por essa doença não poder ser erradicada, este é um problema prevenível com um bom controle pré-natal. O Teste de Coombs indireto, quando indicado deve ser realizado na 24ª, 28ª, 32ª e 36ª semana de gestação;

3.5.5 Exame de VDRL

Segundo Barros (2002); Enkin et al. (2005), Buchabqui et al. (2002); Rezende, Montenegro, (1995); Tedesco, (2000); Nakamura; Amed, (2003); Reddy; Rossiter, (2001); Neme; Maretti, (2000) a pesquisa sorológica durante o pré-natal é obrigatória, porque

a gravidez exerce um efeito sobre a sífilis, pois minimiza os sinais e sintomas da doença e esta não é percebida.

Quanto à sífilis e sífilis congênita, sua incidência vem aumentando. Para a diminuição e erradicação desta última é necessária a implementação de cuidados pré-natais, pois quanto maior a falha no sistema de saúde, pela não realização do diagnóstico, ou pela falta de tratamento ou acompanhamento, a prevalência da sífilis congênita continuará aumentando (NAUD et al., 2000).

Até a década de 1980, a sífilis congênita só era diagnosticada após o nascimento. A transmissão é intra-uterina por passagem do espiroqueta via trans-placentária (BARROS, 2002; GIRALDO; SIMÕES; DUARTE, 2000; NAUD et al., 2000).

Mas, ainda agora, em pleno século XXI, a sífilis ou Lues continua a ser um grande desafio para os serviços de saúde, pois a transmissão desta doença é uma vergonha, se traduz em falha grosseira proveniente da enorme deficiência do processo de educação em saúde da população (GIRALDO; SIMÕES; DUARTE, 2000).

Na rotina do acompanhamento pré-natal, consta do protocolo à realização de investigação da sífilis, através do exame VDRL. Este deverá ser solicitado na primeira consulta e repetido no 3º trimestre. Esta doença é de grande importância, por permitir avaliar o controle da paciente em tratamento, detectando o treponema em uma a duas semanas do aparecimento do cancro duro (NAUD et al., 2000; GIRALDO; SIMÕES; DUARTE, 2000; BARROS, 2002; OLIVEIRA; SAICO, 2001; BITTAR; ZUGAIB, 2001; BRASIL, 2000 c; BRASIL, 1999; PORTO, 1999).

Por ser a sífilis congênita uma doença facilmente prevenível, a detecção consiste em a todo o momento que a mulher apresentar uma intercorrência, utilizá-lo como medida de controle, e não somente na assistência pré-natal. Assim após a abordagem, o momento da curetagem, a realização do parto, a admissão à maternidade são oportunidades para se rastrear e realizar educação da comunidade (BRASIL, 1999).

3.5.6 Testagem anti-HIV

Apesar dos esforços do Ministério da Saúde, a redução da transmissão vertical do HIV é um desafio, pois no momento exige um programa especial que deverá envolver os serviços de atendimento à gestante, já que a redução da infecção de bebês por HIV e sífilis depende de um conjunto que envolve maternidades e serviços de pré-natal, para

que as gestantes, que não foram captadas em momento oportuno na assistência pré-natal, sejam triadas na admissão do pré-parto.

Recomenda-se o aconselhamento como um momento que envolve desde indicação e interpretação do exame, até conseqüências programáticas, clínicas e emocionais desta proposição, pois sob o prisma ético o exame deve ser consentido previamente (AMARAL, 2000).

No Brasil, apesar da disponibilidade das intervenções para toda a população de gestantes infectadas, a grande dificuldade é a detecção precoce do HIV durante o pré-natal. A cobertura insuficiente de mulheres testadas, principalmente nas populações mais vulneráveis, põe em dúvida a qualidade da assistência pré-natal.

O Ministério da Saúde em seu Manual de Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV, recomenda a realização de teste anti-HIV na 1ª consulta de pré-natal e a repetição da sorologia em caso de exposição constante de risco da aquisição do vírus ou quando a gestante encontra-se em janela imunológica (BRASIL, 2004; AMARAL, 2000; BRASIL, 2002/2003).

Segundo Tedesco (2000) e Amaral (2000), em locais onde a incidência da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida é alta, como é o caso da região deste estudo, a requisição é obrigatória, mas por motivos éticos, é também obrigatório o consentimento da gestante para a realização do exame.

Embora o HIV por si só não justifique os abortamentos, os partos prematuros e baixo peso, a associação deste com o uso de drogas, infecções oportunistas, desnutrição materna e a falta de assistência pré-natal são fatores que, somados, prejudicam o desenvolvimento normal do feto no ciclo gravídico-puerperal.

3.5.7 Exame comum de urina

Segundo Milanez (2000), a gestação ocasiona profundas modificações na anatomia do trato urinário e na função renal. Essas alterações causam estase da urina, favorecendo a infecção.

A realização de exames e interpretação dos mesmos nas gestação deve mudar, pois a excreção de proteínas está aumentada. Por este motivo, Neme e Marethi (2000) referem que o exame de urina que revelar traços de proteinúria deverá ser repetido em 15 dias.

Na presença de piúria, solicita urocultura e havendo hematúria, deve-se encaminhar paciente ao serviço de alto risco.

O MS recomenda no PHPN que o exame de urina tipo 1 seja realizado na primeira consulta, repetindo-se na 30^a semana, e deverá ser avaliado segundo o seguinte protocolo: caso apresentar traços de proteína, repetir em 15 dias; traços de proteína e hipertensão e/ou edema e proteína maciça, referirão pré-natal de alto risco (BRASIL, 2000 a; NEME; MARETTI, 2000).

Já Soares e Guaré (2003) referem que a infecção do trato urinário é uma das doenças que mais atingem o ser humano, sendo que 15% das mulheres adquirem ao menos uma vez na vida, principalmente durante o ciclo gravídico puerperal, com um percentual em torno de 10%, indicando aos profissionais a importância do diagnóstico precoce, o que permite a estas uma terapêutica adequada, diminuindo as chances de repercussões na morbimortalidade materno-fetal. Estes autores referem que além da ação hormonal da progesterona sobre o aparelho urinário, os estrógenos predisõem a gestantes a infecção urinária.

3.5.8 Glicemia de jejum

O rastreamento do diabetes na gestação deve ser iniciado na primeira consulta de pré-natal, com o a avaliação clínica e obstétrica identificar os fatores de risco, dentre os antecedentes familiares; idade menor de 25 anos, obesidade, hipertensão arterial, macrosomia fetal anterior, polidrâminio, entre outros (MONACI; LERÁRIO, 2000; BERTINI, 2000).

Segundo Monaci e Lerário (2000); Bertini (2000), o diabetes é uma doença que se caracteriza por ser sistêmica, crônica e evolutiva. A glicose de jejum e/ou pós-prandicus aumenta devido a alterações na produção ou dificuldades de ação da insulina. O diabetes ocorre na gestação entre 1 e 3%, podendo ou não persistir após o parto.

Quando a glicemia de jejum apresenta-se alterada no primeiro trimestre, existe a possibilidade de ser pré-gestacional e portanto, ser tratada como. O maior risco de ocorrência de diabetes é no final do 2º trimestre, entre 24 e 32 semanas, a maioria retornando a níveis glicêmicos normais no puerpério (MONACI; LERÁRIO, 2000; BERTINI; CONZ, 2003).

A dosagem de glicemia no sangue total é importante para encaminhar a paciente ao programa de alto risco. A OMS orienta para um diagnóstico os limites de glicemia normal de < 110 mg/dL, tolerância diminuída entre 110 e 125 mg/dL e ≥ 126 mg/dL, diabetes, após 75 g de glicose se os valores considerados foram < 140 mg/dL normal, entre 140 e 199 mg/dL, tolerância diminuída e ≥ 200 mg/dL diabetes. Estes parâmetros que rastreiam pacientes não grávidas foram adaptados em vários países e considera-se, em teste de tolerância à glicose (TTGO – 75g) que após duas horas, constatando valor ≥ 140 mg/dL faria o diagnóstico de diabetes na gestação (MONACI; LERÁRIO, 2000; BERTINI; CONZ, 2003; BERTINI, 2000; BURROUCHS, 1995).

Estudos demonstram a necessidade de diagnóstico precoce, pois na vigência de afecção, a perda do controle do diabetes é rápido, e é sinal de mau prognóstico na gravidez, pois as complicações associadas ao diabetes, alertam os autores, aumentam em 20% a mortalidade perinatal (MONACI; LERÁRIO, 2000; BERTINI; CONZ, 2003; BERTINI, 2000; BURROUCHS, 1995).

3.5.9 Vacinação antitetânica

De acordo com o preconizado pelo Programa Nacional de Imunização, quando a situação vacinal é desconhecida, iniciar esquema vacinal na 20ª semana de gestação e aplicação da 2ª dose com no mínimo 20 dias antes da data provável de parto. Se a gestante apresentar esquema incompleto, completá-lo na gestação. Se imunizada há mais de 5 anos comprovadamente, aplicar uma dose de reforço.

3.5.10 Consulta de Puerpério

A assistência no puerpério visa ao atendimento individualizado e integral da puérpera, devendo ser direcionada de forma sistemática e científica, valorizando a história, o estilo de vida, a cultura, as crenças e os costumes, além de todos os aspectos biológicos e as necessidades familiares (SANTOS, 2002; CARVALHO et al., 2001; CORLETA; KARLIL, 2001).

A consulta de puerpério é preconizada pelo MS como uma estratégia que visa à prevenção de complicações indesejadas para mãe e RN. A consulta tem como objetivos identificar problemas de ordem biológica, emocional e social, além de necessidades

educacionais da mulher e sua família em relação aos cuidados com RN, aleitamento materno (PINELLI; ABRÃO, 2002).

Puerpério é o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas do organismo ocorridas na gestação retornam às condições pré-gravídicas (MELLO; NEME, 2000; BURROUGHS, 1995, REZENDE, MONTENEGRO, 1995; SANTOS, 2002) .

Santos (2002) refere que no puerpério podem surgir alterações. As complicações que caracterizam a patologia no puerpério, podem ocorrer na mama, hemorragias, infecções urinárias, tendo a consulta neste período fundamental importância para a prevenção e diagnóstico destas intercorrências.

O atendimento ao puerpério é importante nas primeiras horas, para se intervir precocemente caso ocorra alguma destas intercorrência. São indispensáveis a atenção quanto à evolução, inclusive com orientações quanto ao aleitamento e acompanhamento de possíveis infecções

3.6 INDICADORES DAS CONDIÇÕES DO RECÉM NASCIDO E TIPO DE PARTO

As variáveis selecionadas para avaliação do resultado serão baseadas nas condições do RN de acordo com os estudos realizados por Próspero (2003).

3.6.1 Vitalidade do Recém Nascido

3.6.1.1 Apgar do 1º e 5º minuto

Guariento e Delascio (1987) descrevem que o Apgar é o sistema de contagem que realiza uma avaliação quantitativa do neonato. Este método fundamenta-se na observação de cinco sinais: batimentos cardíacos, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor.

Segundo o Centro Obstétrico do Hospital Fêmina (2003) os fatores predisponentes à asfíxia neonatal no período pré-parto são de fácil controle com uma adequada assistência pré-natal, e com base na anamnese relativa aos períodos pré e intra-parto, poderá ser previsto em muitos casos o parto de um neonato deprimido ou asfíxiado,

porém a necessidade de avaliar a vitalidade fetal deve ser realizada através do índice de Apgar.

Mariotoni (1998) cita, em estudos realizados por Amini, Catalano, Mann, que o número de consultas pré-natal inferior a três tem aumentado a frequência de asfixia e aspiração de mecônio, principalmente em adolescentes, negras e solteiras, e multíparas, que foram as mais negligentes com o cuidado pré-natal.

Morais et al. (1999) observam a repercussão positiva do número de consultas pré-natais, nos índices de Apgar no primeiro e quinto minuto. Os melhores índices foram os RN de gestantes que realizaram mais de 9 consultas pré-natais, com apgar maior de 7 em 96,2%.

Outro achado importante destes autores diz respeito à eliminação de mecônio durante o parto entre as gestantes que não realizaram o pré-natal. Esta observação traduz um comprometimento agudo intraparto, ou crônico, durante a gestação, por patologias que acarretam hipóxia fetal. A prevenção e o tratamento destas patologias durante a gestação minimizariam os resultados perinatais adversos.

Aguiar (2000) reforça que a assistência adequada ao trabalho de parto contribui de maneira importante na prevenção da asfixia perinatal. Ele corrobora esta posição afirmando que, apesar dos avanços tecnológicos, a assistência pré-natal com qualidade associada a uma condução do trabalho de parto e parto consiste na essência da obstetrícia. Enquanto que a melhora e a prevenção da asfixia fetal necessita de mudanças de atitude pelos profissionais na condução das gestações, o que contribuirá para a qualidade de vida das crianças nascidas sob os cuidados profissionais.

Herdy et al. (1998) consideram o índice de Apgar nos primeiros minutos como um bom indicativo para direcionar as condutas necessárias na sala de parto. Em contrapartida, a Sociedade Brasileira de Pediatria, o índice de Apgar não é o mais indicado para a tomada de decisões quanto à reanimação de RN em sala de parto, pois esta é toda decidida antes de o recém-nascido completar o primeiro minuto. No entanto, este indicador de avaliação foi adotado no presente estudo por ser utilizado pelo Ministério da Saúde no SINASC.

Tendo por base os cinco sinais integrantes do Apgar, Segre, Armellini e Marino (1985) referem que a adaptação do RN à vida extra-uterina exige o desencadeamento de mecanismos complexos. Suas pesquisas constatarem que, em 90% dos nascimentos, a

criança é ativa e vigorosa, e que em 5 a 10% os RNs apresentam dificuldades nesta passagem, tendo necessidade de reanimação.

Estes autores classificam os RNs de acordo com os índices de Apgar para instituir os cuidados a serem prestados de imediato na sala de parto, pois consideram que o melhor guia para a reanimação do RN é a avaliação realizada através do boletim de Apgar. Os RNs que recebem nota entre 8-10 são considerados normais; Apgar de 7 indica anóxia leve; boletim de Apgar entre 4-6, anóxia moderada; e anóxia grave aos RNs que apresentam boletim de Apgar 0-3.

Segundo Próspero (2003), a DN traz o teste de Apgar como forma de avaliar a vitalidade fetal, apesar de que vários autores questionam a validade deste índice, assim mesmo, o índice de Apgar é utilizado ainda hoje para avaliar a existência de asfixia intraparto, ereflete a assistência pré-natal prestada à mulher.

3.6.1.2 Duração da gestação

Um dos fatores determinantes do crescimento intra-uterino e do peso ao nascer é a duração da gestação, registrada na DN seguindo a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS). As idades gestacionais estão agrupadas em: menor que 37 semanas (pré-termo), de 37 a 42 semanas (a termo) e após 42 semanas (pós-termo), sendo consideradas um dos fatores determinantes no crescimento intra-uterino e do peso ao nascer (REZENDE e MONTENEGRO, 1995).

Segundo Nomura et al. (2001), a maturidade fetal se completa plenamente entre a 37^a e a 40^a semanas de gestação. No entanto, afirma que a maturidade do sistema respiratório ocorre por volta da 35^a semana de gestação, permitindo ao feto sobreviver ao ambiente extra-uterino.

Souza, Oliveira e Camano (2003) referem que a prematuridade é um dos problemas mais sérios por ocasião do nascimento, sendo responsável por 75% da morbimortalidade perinatal, o parto prematuro ocorre aproximadamente em 8 a 10% das gestações.

Morais et al. (1999) consideram o nascimento com idade gestacional inferior a 36 semanas uma das principais preocupações da perinatologia, pois eleva as taxas de morbimortalidade neonatal.

Estes mesmos autores descrevem que a prematuridade pode ser espontânea por um trabalho de parto prematuro, ou devido à necessidade de interrupção da gestação por complicações maternas. Em ambos os casos, conhecer as causas é de fundamental importância para a prevenção.

Os fatores que predisõem a um parto pré-termo são: nível sócio-econômico baixo, má nutrição materna, idade materna abaixo do normal, pequenos intervalos entre as gestações, gravidez ilegítima, doenças cardíacas, mães de baixo peso e estatura, história de morte fetal, alterações de placenta, hidrânio, isoimunizações, Rh, grandes múltiparas (VICTORA et al., 1989).

Este e outros autores referem ainda, como fatores associados à prematuridade, as condições e hábitos de vida, tais como idade materna, baixa escolaridade, estado civil e tabagismo (mais de 10 cigarros por dia) e assistência pré-natal de má qualidade.

Carvalho et al. (2001) destacam a importância de identificar fatores de risco durante o pré-natal para a prevenção do trabalho de parto prematuro. Eles apontam, como um dos principais fatores de risco para a prematuridade, a composição anormal da flora vaginal, que causa infecção intra-amniótica, o que pode desencadear o parto prematuro. Outro fator de complicação é a infecção urinária, uma das doenças mais comuns durante a gestação. Sua incidência varia de 5 a 10%. Os efeitos adversos desta infecção também desencadeiam o trabalho de parto e o parto prematuro (DUARTE et al., 2002).

Contudo, os partos prematuros ocorrem em 50% de pacientes sem qualquer fator de risco patológico. Sua prevenção, portanto, é difícil, pois envolve atitudes de promoção de saúde pública. Uma boa estratégia para a prevenção seria orientações quanto aos sinais e sintomas do trabalho de parto antes do termo da gestação (SOUZA; OLIVEIRA; CAMANO, 2003).

Estudo realizado por Azevedo et al. (2002) revela maior frequência de partos pré-termo em adolescentes de baixo peso, o que poderia ser atribuído ao baixo nível sócio-econômico e a deficiências de aporte nutricional na população estudada, ou seja, não estão necessariamente ligados a patologias, mas sim a questões sócio-econômicas, culturais e comportamentais

Estudo na cidade de Campinas (São Paulo), registrou, que 6,5% dos nascimentos ocorreram com idade gestacional menor de 37 semanas. No Brasil foi observada uma frequência de 7,8%. Os achados de Próspero (2003), tendo como universo de pesquisa o

município de Itajaí (SC), demonstram uma frequência de 4,0% de RN com duração da gestação menor ou igual há 36 semanas. Esta autora afirma que a duração da gestação é um dos fatores importantes para a determinação do crescimento intra-uterino, refletindo-se diretamente na sobrevivência do feto (CARNIEL et al. 2003).

Morais et al. (1999); Mariotoni e Barros Filho (2000); D' Orsi e Carvalho (1998) apontam que a assistência pré-natal precoce, e com o maior número de consultas possível, repercute de forma positiva na diminuição das taxas de nascimento pré-termo. Estes complementam que os fatores de risco para a duração da gestação são o baixo número de consultas pré-natal e a inadequação deste cuidado.

3.6.1.3 Peso ao nascer

Segundo Luz et al. (1997), Mariotoni e Barros Filho (2000), o estado de saúde ao nascer é o maior determinante da sobrevivência e qualidade de vida, e o peso desfavorável ao nascer eleva a morbimortalidade de todas as crianças.

Os mesmos autores referem que os japoneses apresentam a menor taxa de mortalidade infantil por baixo peso, comparados a brancos e explicam este fato em primeiro lugar por melhores condições assistenciais e a alta tecnologia e cuidados neonatais, alta taxa de japonesas que iniciam o pré-natal no 1º trimestre e em segundo lugar refere-se à diferença dos fatores comportamentais e socioculturais.

Ainda, o peso ao nascer, que é um importante indicador de saúde da população, tem-se verificado diferente entre as diversas regiões do Brasil, e entre os grupos de diferentes classes sociais (PUCCINI et al., 2003).

De acordo com Carniel et al. (2003), assim como a prematuridade, o peso ao nascer tem grande influência sobre as chances de sobrevivência na infância, bem como, para a criança apresentar um desenvolvimento sadio.

O peso ao nascer reflete a qualidade da atenção dispensada à gestante, e o estudo deste indicador permite identificar as áreas em situação de risco e o direcionamento de políticas e programas para melhorar as condições nutricionais maternas, já que a nutrição inapropriada da gestante é um fator de risco de baixo peso ao nascer, e aumenta o risco de mortalidade perinatal, neonatal e infantil (FRANCESCHINI et al., 2003).

Batista et al. (2003) destacam o ambiente materno como decisivo para o crescimento e o desenvolvimento fetal, influenciando-o positiva ou negativamente. Neste

caso, os fatores de maior risco são: primíparas com idade superior a 35 anos, adolescentes, baixa escolaridade e renda, problemas obstétricos, nutrição e dependência química.

Segundo Haidar, Oliveira e Nascimento (2001), as mães com baixa escolaridade têm chance 1,5 vez maior de terem recém-nascidos de baixo peso. Esta associação pode estar relacionada a baixas condições sócio-econômicas, o que possivelmente leva à desnutrição materna, início tardio do pré-natal ou má qualidade deste.

Já Costa e Formigli (2001) acrescentam outros fatores a essa lista, defendendo que o peso de nascimento encontra-se dependente de muitas variáveis, tais como: boa qualidade da assistência pré-natal; presença de patologias gestacionais; ganho de peso e situação nutricional materna; idade ginecológica e fatores psicossociais, como suporte da família, do companheiro, que podem influenciar direta ou indiretamente na evolução gestacional e no resultado neonatal.

Segundo Kramer *apud* Almeida e Mello Jorge (1998), nos países do primeiro mundo a principal causa do baixo peso ao nascer é a prematuridade, e nos países em desenvolvimento é o retardo do crescimento intra-uterino.

No Brasil, o baixo peso foi observado em análise de gestantes pelo tipo de prestador de assistência, sendo que as atendidas pelo SUS apresentaram índices de baixo peso duas vezes superior em comparação a gestantes atendidas por outro tipo de convênio (NASCIMENTO, 2003).

Em estudos realizados na cidade de Campinas (São Paulo) entre os fatores que são considerados negativos e que podem interferir no peso ao nascer, encontra-se o déficit provável na qualidade do atendimento pré-natal (MARIOTONI; BARROS FILHO, 2000).

Pinheiro, Hornburg e Batista (1992) referem que existem mais de 50 causas reconhecidas como fator que eleva a probabilidade de uma criança nascer de baixo peso e dentre estas se encontra a assistência pré-natal inadequada.

Rocha (1991), Nascimento e Gotlieb (2001), em estudos, constataram a maior freqüência de baixo peso em mães que não realizaram consultas pré-natais e maior freqüência de peso adequado em RN de mães que receberam assistência pré-natal de acordo com o preconizado. Este autor cita que Eisner, em estudo nos EUA, verificou como o maior fator para o baixo peso ao nascer a ausência da assistência pré-natal.

3.6.1.4 Tipo de parto

Dados do Ministério da Saúde revelam que a cesárea representou historicamente uma alternativa para salvar a vida de fetos, pois havia elevada incidência de mortalidade materna. A partir dos progressos tecnológicos, a cesariana teve suas indicações aumentadas, tornando-se epidêmica entre a população brasileira (BRASIL, 2001 a).

D'Orsi e Carvalho (1998) observam que a organização da atenção obstétrica influencia na opção do tipo de parto, pois os autores indicam como fator para o parto operatório a intervenção programada de forma conveniente, e o treinamento insuficiente dos médicos para o acompanhamento do parto vaginal.

Estes autores consideram que a distorção no modelo de atenção ao parto é também influenciada por fatores socioculturais, que poderiam ser facilmente revertidos com uma assistência pré-natal adequada, minimizando os riscos a que são submetidas mães e crianças.

Segundo Davim e Menezes (2003), a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a mulher deverá receber atenção durante o trabalho de parto com o mínimo de intervenção possível, dando-se suporte emocional para minimizar a dor do parto, e tornar o trabalho da parturiente mais curto, reduzindo-se o índice de cesarianas.

Continuam afirmando que estamos distantes destas recomendações, pois o modelo assistencial de saúde tem negligenciado tais benefícios. O Brasil apresenta altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal pela total medicalização do parto e a não participação social da família e comunidade no processo de nascimento enquanto evento existencial e psicológico para o binômio mãe-filho.

Com esta exposição, os autores defendem a necessidade da retomada da prática do parto normal humanizado, tratando o parto como um evento fisiológico e, a mulher, de forma integral.

Dependendo da situação, a cesariana apresenta uma série de implicações quanto a sua necessidade e indicação. É consenso que o parto normal é o vaginal, mais seguro para a mulher e a criança. Mas a decisão do tipo de parto deve ser tomada de acordo com as indicações do médico, e com a participação da mulher (BRASIL, 2001 a).

Tornquist (2002) afirma que a proposta da OMS não é eliminar todas as intervenções utilizadas pelo modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar, mas

reduzi-las para os momentos de comprovada necessidade, pois o conjunto destas práticas de forma abusiva seria prejudicial à saúde da mulher.

Entre as causas mais freqüentes como indicação para o parto cesárea estão: sofrimento fetal, desproporção céfalo-pélvica, apresentação pélvica, DHEG (doença hipertensiva específica da gestação), gemelaridade e cesáreas anteriores.

Este mesmo autor refere que a falta de conhecimento da história gestacional leva à tendência de intervir precocemente na evolução do trabalho de parto, entretanto, as altas taxas de cesarianas não garantem que o parto seja melhor conduzido.

Hotimsky et al. (2002) dizem que a literatura antropológica e a medicina baseada em evidências têm mostrado que a abordagem do parto cirúrgico tende a superestimar os riscos do processo fisiológico. Referindo ainda que a preferência pelo parto operatório por parte dos profissionais difundiu-se, no Brasil, como uma alternativa segura, indolor, moderna e ideal.

O estudo destes autores relata que o desejo das mulheres por cesarianas está mais ligado às reações dos profissionais diante das queixas das gestantes, do que ao medo da dor. Observaram que, a expectativa das gestantes deste estudo é a de ser acolhida, informada pelos profissionais durante a gestação, ter vaga no pré-natal, ser respeitada, ter assistência de qualidade, acesso à tecnologia quando necessário, e ser reconhecida como um indivíduo com vontades, desejos e necessidades, podendo compartilhar seus temores, alegrias e prazeres na gestação e parto.

Pode-se observar em estudos realizados na cidade de Campinas, o mesmo resultado encontrado nas demais regiões do país, isto é, a assistência pré-natal apresenta efeito contrário à de países desenvolvidos, pois as consultas estão facilitando a marcação de cirurgias, e não, como seria o desejável, o aumento dos partos via vaginal (MARIOTONI, 1998).

Conseqüentemente, o peso ao nascer entre os RN na cidade de Campinas de parto cesariana, está diminuindo, e coincidindo com achados de pré-termos, baixo peso e peso insuficiente, o que sugere ser decorrente da interrupção precoce da gestação.

A OMS preconiza que o parto operatório não deve ultrapassar 20% do total de partos, obedecendo a critérios clínicos da gestante e do feto que não indiquem o parto normal. Os riscos, e o maior tempo de recuperação no puerpério, reforçam a necessidade de

avaliação dessas intervenções por parte dos profissionais médicos. Uma das indicações sabidas da cesariana é a laqueadura tubária concomitante (CAMPOS; CARVALHO, 2002).

Contrariamente ao preconizado pela OMS, no Brasil, a taxa de cesariana teve uma evolução, da década de 70 para a década de 80, de 14,6% para 31%, com influência de fatores socioculturais relacionados à gestante (medo de dor no parto, lesão do períneo com perda da função sexual e noção de maior risco para o feto no parto vaginal), e do profissional (intervenção programada, trauma fetal durante o trabalho de parto e falta de treinamento obstétrico adequado) (GENTILE; NORONHA FILHO; CUNHA, 1997; YAZLLE et al., 2001).

Estudos realizados por Próspero (2003); Franceschini et al. (2003); Yazlle et al. (2001); Bettiol et al. (1998) indicam uma frequência nacional de cesarianas entre 27,1 e 36,4%, sendo de 52,1% para o município de São Paulo, 48,8% no município de Ribeirão Preto e 32,5% no município de Itajaí.

Desta forma a elevada taxa de cesarianas para a resolução do parto vem ocorrendo em todo o mundo, mas a situação atual do Brasil, segundo o Ministério da Saúde, chega a ser considerada epidêmica (BRASIL, 2001 a).

Parece que ocorre um desvio de finalidade quanto a indicação do procedimento cirúrgico, Costa et al. (1996) avaliaram que o tipo de parto difere por razões financeiras e não por técnicas, pois as mães de maior risco gestacional apresentaram menor probabilidade de serem submetidas a uma cesárea que mulheres de baixo risco, pois este tipo de parto acontece, por exemplo, em 9% das gestantes com renda inferior a 1 salário mínimo, contra 39% das gestantes com renda de 5 salários ou mais na Região Nordeste.

Esta relação direta entre a renda e a taxa de cesariana foi comprovada por Gentile, Noronha Filho e Cunha (1997), Yazlle et al. (2001), pois ocorreu maior incidência de cesáreas em pacientes de melhor nível sócio-econômico, destacando-se uma taxa de 50% em pacientes particulares e de 13% nas mulheres sem seguro saúde.

Também Mariotoni (1998) observou em estudo realizado na cidade de Campinas que o parto cesáreo era mais freqüente em mulheres casadas, com trabalho remunerado, não dependente do SUS e que apresentavam uma adequada assistência pré-natal, confirmando os achados de outros autores, de que o acesso a este tipo de parto é facilitado a mulheres com melhor poder aquisitivo.

Complementando Haidar, Oliveira e Nascimento (2001), afirmam que quanto maior o grau de escolaridade, maior a chance de a mãe optar por parto cesárea, o que também se associa às melhores condições econômicas destas mulheres.

4 METODOLOGIA

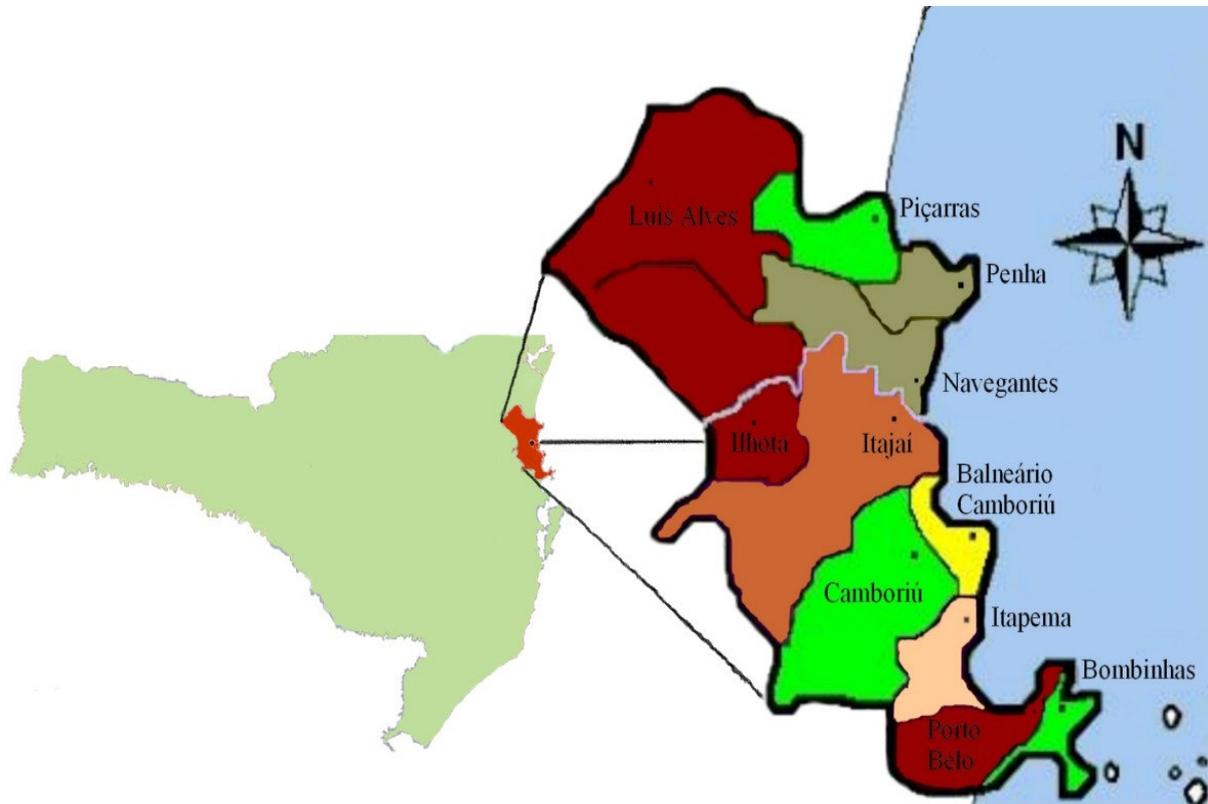
4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se, este, de um estudo transversal que, segundo Pereira (1995, p. 298), "fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas, naquele momento".

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A região da Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açú (AMFRI, 2003) consiste em uma faixa territorial ocupada por onze municípios, que se estendem por 171 quilômetros ao longo do litoral norte-catarinense. São eles: Piçarras, Penha, Navegantes, Itajaí, Luiz Alves, Ilhota, Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Porto Belo e Bombinhas. Destes, apenas Luís Alves e Ilhota não têm orla marítima e, em função dessa característica geográfica, suas economias estão mais voltadas à agricultura. Os demais têm no turismo de sol e praia sua base de sustentação econômica.

4.2.1 Características sócio-demográficas e de assistência à saúde dos municípios que integram a região da AMFRI (AMFRI, 2003).



Mapa da AMFRI

Balneário Camboriú – possui uma área territorial de 46 Km², e uma população fixa de 83.666 habitantes. O sistema de saúde do município está se modificando ao longo das últimas décadas, dentro das reformas políticas racionais do setor. Assim diversos postos de saúde foram implantados. Sua rede básica conta com 01 Unidade de Saúde da Família, 03 Postos de Saúde, 06 Centros de Saúde, 02 Políclínicas, 01 Centro de Atenção Psicossocial, 01 Centro de Atenção de Reabilitação, 01 Hospital Geral, 01 Hospital do Coração e um serviço de diagnose e terapia.

Bombinhas – possui uma área territorial de 37 Km² e uma população fixa de 9.944 habitantes. O sistema de saúde do município atende ao que preconiza a Norma Operacional Básica (NOB/96), em suas prerrogativas, e tem como responsabilidade a atenção primária. Sua rede básica conta com 01 Unidade de Saúde da Família, 02 Postos de SAÚDE, 04 Centros de Saúde e um serviço de diagnose e terapia.

Camboriú – possui uma área territorial de 212 Km², com uma população fixa de 46.263 habitantes. O município tem um serviço de saúde de atenção primária e secundária, contando com 01 hospital maternidade de pequeno porte, 01 Unidade Ambulatorial Hospitalar, 13 Centros de Saúde, 01 Unidade de Saúde da Família, e 01 serviço de diagnose e terapia.

Ilhota – possui uma área territorial de 245 Km², com uma população fixa de 10.921 habitantes. O município tem um serviço de saúde prestando atendimento primário com uma rede de saúde que conta com 04 Centros de Saúde, 01 Unidade de Saúde da família e 01 serviço de diagnose e terapia.

Itajaí – Área territorial de 303 Km² e uma população fixa de 156.075 habitantes. O sistema de saúde da cidade, ao longo do tempo, foi modificado pelas diversas reformas proporcionadas pelas políticas nacionais setoriais. Assim, diversos postos de saúde foram implantados para levar assistência médica à periferia da cidade. O Plano Municipal de Saúde (Itajaí, 1995) foi estruturado a partir de três níveis de atendimento: o primeiro nível constituído por postos de saúde, servindo como porta de entrada ao sistema do desenvolvimento de ações básicas de saúde. O segundo nível é integrado por serviços que servem como referência para determinado segmento geográfico da cidade. Atualmente, conta com oito policlínicas que atendem a diversas especialidades, o Centro de Referência da Criança e da Mulher (CRESCEM), o Centro de Orientação e Diagnose Municipal (CODIM), o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), o Serviço de Atendimento à Saúde Mental e o Serviço de Ortopedia. O terceiro nível é constituído por um Hospital e Maternidade de médio porte. Cabe destacar que, em 2002, o referido hospital recebeu o título de Hospital Amigo da Criança e Maternidade Segura. Ainda fazem parte os demais hospitais da região da Associação da Foz do Rio Itajaí-Açu, conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde.

Itapema – possui uma área de 59 Km² e uma população fixa de 30.087 habitantes. O município tem um serviço de saúde que presta atendimento em atenção primária e secundária de saúde, com uma rede que conta com 06 Centros de Saúde, 01 policlínica, 01 Unidade de Saúde da Família e 01 serviço de diagnose e terapia.

Navegantes – possui uma área de 119 Km² e uma população fixa de 44.137 habitantes. O município tem um serviço de saúde que atende atenção primária e secundária, contando com uma Unidade Mista (atendimento hospitalar/Maternidade), 14 Centros de Saúde e 1 serviço de diagnose e terapia.

Luiz Alves – possui uma área de 260 Km² e uma população fixa de 7.974 habitantes. O município tem um serviço de saúde que conta com um hospital/maternidade de pequeno porte, prestando cuidados em atenção primária.

Penha – possui uma área territorial de 60 Km² com uma população fixa de 17.678 habitantes. O serviço de saúde conta com 01 Hospital/Maternidade de pequeno porte, 01 policlínica, 03 Centros de Saúde, 02 Postos de Saúde, 01 Unidade Móvel para Atendimento Odontológico e 01 Unidade de Saúde da Família.

Piçarras – possui uma área territorial de 86 Km², com uma população fixa de 11.827 habitantes. O sistema de saúde busca atender às diretrizes da NOB/96 E NOAS/01, realizando atendimento em atenção primária de saúde, priorizando prevenção e promoção da saúde. Conta com uma rede de 06 Unidades de Saúde da Família, 01 Programa de Agentes Comunitários de Saúde, tendo uma cobertura de 100% da população, 01 policlínica, 01 laboratório.

Porto Belo – possui uma área territorial de 93 Km², com uma população fixa de 11.859 habitantes. O município conta com 01 Unidade de Saúde da Família, 01 Unidade Móvel Odontológica e serviço de diagnose e terapia.

4.3 AMOSTRA DE ESTUDO

Para a análise das variáveis de processo utilizaram-se todos os cadastros de gestantes acompanhadas no SISPRENATAL, no período de 2002 e 2003, com status de conclusão ou não, cujos partos ocorreram nas maternidades da região da AMFRI.

Os cadastros do SINASC, compostos pelas Declarações de Nascido Vivo das mulheres cadastradas no SISPRENATAL, foram utilizados para a análise das variáveis de resultado.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

VARIÁVEIS ATIVAS

4.4.1 Variáveis do processo

Segundo Rattner (1996), a avaliação de processo de assistência é complexa e pode muitas vezes ser contaminada pela subjetividade. Por isso, é necessário estabelecer padrões de qualidade, como parâmetros para estimar a adequação dos procedimentos e, além disso, estes critérios ou padrões variam em validade, autoridade e vigor, devendo derivar de fundamentos cientificamente validados pelo conhecimento. Assim, neste estudo foram consideradas as orientações preconizadas pelo Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000) quanto às variáveis de processo da assistência pré-natal.

4.4.1.1 Número de consultas de pré-natal (NC)

Utilizou-se a seguinte categorização:

Seis consultas ou mais (NC1)

Menos de 6 consultas (NC2)

4.4.1.2 Início do acompanhamento pré-natal (IPN)

Utilizou-se a seguinte categorização:

Até 120 dias de gestação (IPN1)

Após 120 dias de gestação (IPN2)

4.4.1.3 Solicitações de exames complementares considerados obrigatórios

Utilizou-se a seguinte categorização:

Hemograma:

- Dois registros de hematócrito (HT1)
- Dois registros de hemoglobina (HG1)
- Um registro ou não realização de hematócrito (HT2)
- Um registro ou não realização de hemoglobina (HG2)

Tipagem sanguínea e determinação do fator Rh:

- Dois registros do exame ABO-Rh (ABO1)
- Não realização do exame ABO-Rh (ABO2)

VDRL:

- Dois registros do exame de VDRL (VDR1)
- Um registro ou não realização do exame de VDRL (VDR2)

Testagem anti-HIV:

- Registro do exame anti-HIV (HIV1)
- Não realização do exame de anti-HIV (HIV2)

Exame comum de urina:

- Dois registros do exame comum de urina (URI1)
- Um registro ou não realização do exame comum de urina (URI2)

Glicemia de jejum:

- Dois registros do exame Glicemia de jejum (GLI1)
- Um registro ou não realização do exame Glicemia de jejum (GLI2)

4.4.1.4 Vacinação antitetânica

De acordo com o preconizado pelo Programa Nacional de Imunização, quando a situação vacinal é desconhecida, iniciar esquema vacinal na 20ª semana de gestação e aplicação da 2ª dose com no mínimo 20 dias antes da data provável de parto. Se a gestante apresentar esquema incompleto, completá-lo na gestação. Se imunizada há mais de 5 anos comprovadamente, aplicar uma dose de reforço.

Utilizou-se a seguinte categorização:

- Imunizada (IMU1)
- Não Imunizada (IMU2)

4.4.1.5 Consulta de puerpério

A consulta de puerpério é preconizada pelo MS como uma estratégia que visa à prevenção de complicações indesejada para mãe e RN.

Utilizou-se a seguinte categorização:

- Realizou a consultas de puerpério (CP1)
- Não Realizou a consultas de puerpério (CP2)

4.4.2 Variáveis de resultado

De acordo com Cianciarullo (2002), a análise das relações entre processo e resultado poderá ser realizada por meio da análise dos processos de assistência pelos programas específicos e os resultados alcançados.. Desta forma, será avaliada a relação das variáveis do processo com as variáveis do recém-nascido, constantes na Declaração de Nascido Vivo (DN), descritas a seguir.

4.4.2.1 Variáveis do recém-nascido

4.4.2.1.1 Peso ao nascer

Para a avaliação da variável dependente peso ao nascer, há necessidade de avaliação da idade gestacional e sexo do recém-nascido no momento do nascimento.

A variável “peso ao nascer” foi categorizada em:

- $< 3000\text{g}$ (PES1)
- $\geq 3000\text{g}$ (PES2)

4.4.2.1.2 Índice de Apgar no 1º e 5º minutos

Corresponde às condições clínicas do recém-nascido após o primeiro e quinto minuto do nascimento, diante da avaliação das seguintes características: respiração, cor da pele, batimentos cardíacos, tônus muscular e resposta a estímulos nervosos. Foram categorizadas:

- ≥ 7 (AP11) (AP51)
- < 7 (AP12) (AP52)

4.4.2.1.3 Idade gestacional

Corresponde à duração da gestação em semanas, no momento do parto. Foram categorizadas em:

- ≥ 37 semanas.(IG1)
- < 37 semanas; (IG2)

4.4.2.1.4 Tipo de parto

Corresponde ao procedimento utilizado no momento do parto. Foram utilizadas as seguintes categorias para esta variável:

- Parto Normal (TP1)
- Parto Cesário (TP2)

VARIÁVEIS ILUSTRATIVAS

4.4.3 Municípios que integram a região da AMFRI

Piçarras, Penha, Navegantes, Itajaí, Luiz Alves, Ilhota, Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Porto Belo e Bombinhas.

4.4.4 Profissional que prestou a assistência pré-natal

Considerou o profissional que prestou a Assistência pré-natal, aquele que realizou mais de 50% do total das consultas.

Utilizou-se a seguinte categorização:

- Médico (PRO1)
- Enfermeiro (PRO2)

4.4.5 Sexo do Recém nascido

Feminino (1)

Masculino (2)

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.5.1 SISPRENATAL

O SISPRENATAL é um software desenvolvido pelo Ministério da Saúde para atuar na assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS), através do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (BRASIL, 2002 a).

Foi desenvolvido com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Sistema Único de Saúde. Neste programa foi definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, permitindo um acompanhamento da gestante desde o primeiro trimestre da gestação até o parto e puerpério.

Este sistema tem como órgão responsável o DATASUS/Ministério da Saúde. Os municípios da AMFRI contam com o sistema de módulo único, com instalações diferenciadas para todas as suas unidades. As gestantes são cadastradas na unidade de saúde, onde são atendidas, sendo identificadas por uma numeração que indica o Estado, a unidade e o ano de cadastro das mesmas no programa. Esta ficha é encaminhada mensalmente ao Departamento Integral da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, para o processamento dos dados (Anexo 01).

A cada consulta realizada da gestante cadastrada, os profissionais devem preencher a Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes (Anexo 02), referenciando o número de identificação destas no SISPRENATAL, o profissional que realizou a consulta de pré-natal e discriminando a cada consulta os exames apresentados e as vacinas realizadas.

Este software permitirá o estudo, através dos relatórios que são gerados a partir das informações processadas em: Relatórios de Unidades de Saúde, Relatório de Gestantes, Relatório de Gestante com Documentação Pendente, Relatório de Gestante sem Movimentação, Relatório por Mês de Gestação, Relatório de Totais por Idade Gestacional na Primeira Consulta, Relatório de Totais por Faixa Etária, Relatório de Totais por Competência – Cadastro, Relatório de Totais por Competência – Conclusão, Relatório de Gestantes no Último Mês de Gestação, Relatório de Indicadores e Relatório de Procedimentos Realizados (Anexo 03).

Ele define o mínimo de procedimentos para um acompanhamento pré-natal eficiente, permitindo um controle da gestação desde o primeiro trimestre até o parto e puerpério.

O SISPRENATAL pode ser instalado de formas diferentes, de acordo com o órgão que o utilizará, o que permitirá uma consulta mais específica à:

- Unidade de saúde;
- Secretaria Municipal de Saúde;

- Secretaria Estadual de Saúde (SES);
- Nível Regional da SES.

A listagem dos dados cadastrais da gestante abrange muitas informações sobre a paciente, incluindo o cálculo dos dias decorridos entre a data da última menstruação até o dia atual, exibindo também o total por semanas e mês de gestação.

O relatório, de acordo com o tipo de instalação efetuada, poderá apresentar as gestantes que não disponibilizaram todos os documentos necessários; listagem das gestantes que residem fora do município onde foram cadastradas; visualização da movimentação de gestantes entre municípios e até estados.

As várias versões existentes permitem uma seleção muito diferenciada. Podem ser solicitados dados como gestantes que estão há menos de 1 ano cadastradas no sistema; o programa permite a verificação de dados por município, região do Estado e Estado, possibilitando uma maior integração e perspectiva do acompanhamento pré-natal em determinadas áreas.

O gerenciamento de toda a assistência pré-natal, não importando se houve consultas realizadas em Unidades de Prestação de Serviços (UPS) diferentes, possibilita o controle total da gestação.

Se houver consultas realizadas antes da próxima prevista pelo SISPRENATAL, essas serão ignoradas, mas todos os exames realizados constarão no relatório.

O programa lista gestantes que se encontram entre a 38^a e a 42^a semana de gestação, tendo com objetivo preparar os hospitais a partir das unidades em que a gestante foi cadastrada e da data provável do parto.

No SISPRENATAL foram coletados os dados de processo da assistência pré-natal.

4.5.2 SINASC

O Sistema de Informação de Nascido Vivo (SINASC) é administrado pela Coordenação de Programas de Epidemiologia das Secretarias Municipais de Saúde de cada município que possua maternidade. O SINASC foi implantado em 1994 e está baseado no recolhimento das Declarações de Nascidos Vivos (DN) (Anexo 04), encaminhadas pelas

maternidades da sua área de abrangência com posterior repasse dos formulários à Coordenação de Epidemiologia para o processamento dos dados.

O processamento da DN é feito através da utilização dos programas (software) SINASC, desenvolvido e distribuído pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde. A DN não requer nenhuma codificação prévia para a digitação.

A Declaração de Nascido Vivo é um instrumento que descreve características do parto, da parturiente e do recém-nascido e que, progressivamente, vem sendo implantada em todo o país. A responsabilidade pelo preenchimento da declaração é da maternidade onde nasceu a criança. As DN de parto domiciliar são fornecidas pelas unidades públicas de saúde da rede básica da área de nascimento.

Com relação à fidedignidade das informações presentes nas declarações, estudo realizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, através de dados coletados nas suas Regionais de Saúde, mostrou que a utilização do SINASC, no Estado, é viável e confiável.

Neste sistema foram coletados os dados de nascimento dos RN, cujos resultados foram considerados como resultado da assistência pré-natal.

4.6 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados na 17ª Gerência Regional de Saúde que é coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional, administrada pelo governo do estado, e tem a responsabilidade de controlar, avaliar, auditar e apoiar tecnicamente os 11 municípios da região da AMFRI com sede no município de Itajaí.

4.7 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE DADOS

Foram confeccionadas tabelas de frequência absoluta e relativa com o objetivo de caracterizar as gestantes cadastradas no SISPRENATAL e os seus respectivos RN.

Para análise estatística das variáveis foi utilizada a análise fatorial de correspondência múltipla, pois conforme Pereira (1999, p. 133) é uma técnica multivariada

para se examinar relações geométricas do cruzamento ou contingenciamento de variáveis categóricas.

Para a categorização dos municípios da AMFRI quanto às variáveis de processo e resultado, os dados coletados do SISPRENATAL e SINASC foram tabulados em frequência absoluta e relativa em planilhas de *Excell*. Após este procedimento, foram realizadas as seleções e categorizações das variáveis de interesse do presente estudo. Posteriormente, estes dados foram importados para o programa estatístico SPAD.35, para aplicar o método da análise multivariada.

Pereira (2001) estabelece uma definição na natureza das variáveis (quantitativas e qualitativas), classificando-as segundo o tipo e suas características. O autor ressalva que a representação numérica de uma escala qualitativa categórica, como a utilizada no presente estudo, é uma estratégia para o processamento e análise, mas a interpretação requer um retorno ao significado original de suas medidas. “Embora uma escala de medida seja tratada como dimensão única, ela é na verdade multidimensional, tendo tantas dimensões quanto sejam as categorias da escala” (p. 67).

Para estudos que tenham como objetivo descrever de forma simultânea mais de duas variáveis, recomenda-se o emprego dos métodos estatísticos multivariados. Estes métodos permitem confrontar inúmeras variáveis, extraíndo as tendências, hierarquizando e eliminando os efeitos marginais ou pontuais que prejudicam a percepção global.

Assim, no presente estudo optou-se por utilizar o método multivariado, por se tratar de abordagem que considera o comportamento de uma série de variáveis simultaneamente, como na análise de correspondência múltipla. Consiste na análise de proximidade geométrica em medidas de distância X^2 . Deriva de um plano de projeção por meio da análise de componentes principais, permitindo análise das variáveis e das suas categorias.

O método analisa a distribuição de massa (perfil da distribuição de frequência pelas categorias consideradas) de um conjunto de observações e corresponde a uma forma alternativa de olhar os dados de uma tabela de contingência, objetivando identificar se a massa está uniformemente distribuída. Deve ser utilizada quando se quer examinar as relações entre variáveis categóricas nominais e/ou entre as categorias dessas variáveis. O gráfico obtido pode ser estudado como se fosse um “mapa geográfico”, examinando as relações de proximidade geométrica por projeção em dimensões que podem

ser identificadas a partir dos pontos dos gráficos. É importante verificar o ajuste do modelo derivado da análise observando os valores de inércia (total x somatório das dimensões de projeção plana) e reconhecer as relações entre as variáveis e as categorias das variáveis (PEREIRA, 2001).

O método de correspondência múltipla foi executado utilizando variáveis ativas quanto ao processo da assistência pré-natal: início do pré-natal; número de consultas; realização dos exames ABO-Rh, glicemia de jejum, hematócrito (HT) e hemoglobina (HB), exame de urina tipo I, VDRL, HIV; vacinação antitetânica; e variáveis ativas quanto aos resultados da assistência pré-natal: sexo do RN; peso do RN; duração da gestação e tipo de parto; além das variáveis ilustrativas, como os municípios e o profissional que realizou o pré-natal.

As variáveis ativas participam do cálculo de posição que cada indivíduo assume no gráfico, tornando os resultados dependentes destas variáveis. Por outro lado, as variáveis ilustrativas podem ter duas posições calculadas em função da contribuição por explicação das ativas.

Convém ressaltar que o método empregado permite a utilização dos resultados em inúmeros planos fatoriais. A opção por dois planos (fator 1 e fator 2) deve-se à observação de que esses dois primeiros planos carregam 40% ou mais de informações da base de dados, considerando todas as variáveis simultaneamente. Neste tipo de análise, esta proporção é considerada excelente. A adição de outros planos fatoriais, além de trazer pouca informação adicional, não favoreceria a visualização dos dados de forma rápida e prática.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Foram observados todos os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Respeitando a confidencialidade e anonimato dos dados, assim como a sua utilização exclusivamente para os fins previstos no protocolo (Anexo 05). Declaração de permissão de identificação dos municípios (Anexo 06).

O projeto foi aprovado pelo CEP/UNIVALI e banca de qualificação (Anexo 07, 08), e a utilização dos dados teve início somente após a concordância da 17ª Gerência Regional de Saúde da AMFRI (Anexo 09).

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL E SEUS RESPECTIVOS RN FRENTE ÀS VARIÁVEIS DE PROCESSO E RESULTADO NOS MUNICÍPIOS DA AMFRI

Para caracterizar as variáveis foram confeccionadas tabelas de frequência absoluta e relativa. Passaremos a apresentar os gráficos e tabelas geradas, bem como, a análise simples dos resultados que facilitará a compreensão dos agrupamentos estudados.

Tabela 1 – Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao início da assistência pré-natal, nos municípios AMFRI, SANTA CATARINA, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
AMFRI		
< 120 dias de gestação	1804	93,2%
> 120 dias de gestação	132	6,8%
Total	1936	100%
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
< 120 dias de gestação	408	100%
> 120 dias de gestação	0	0%
Total	408	100%
BOMBINHAS		
< 120 dias de gestação	29	100%
> 120 dias de gestação	0	0%
Total	29	100%
CAMBORIÚ		
< 120 dias de gestação	103	98,1%
> 120 dias de gestação	2	1,9%
Total	105	100%
ILHOTA		
Início do pré-natal		
< 120 dias de gestação	9	100%
> 120 dias de gestação	0	0%
Total	9	100%
ITAJAÍ		
Início do pré-natal		
< 120 dias de gestação	657	86%
> 120 dias de gestação	106	14%
Total	763	100%
ITAPEMA		
Início do pré-natal		
< 120 dias de gestação	44	91,7%
> 120 dias de gestação	4	8,3%
Total	48	100%
LUIZ ALVES		
Início do pré-natal		
< 120 dias de gestação	18	100%
> 120 dias de gestação	0	0%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
Início do pré-natal		
< 120 dias de gestação	345	99,1%
> 120 dias de gestação	3	0,9%
Total	348	100%
PENHA		
Início do pré-natal		
< 120 dias de gestação	64	100%
> 120 dias de gestação	0	0%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
Início do pré-natal		
< 120 dias de gestação	91	84,3%
> 120 dias de gestação	17	15,7%
Total	108	100%
PORTO BELO		
Início do pré-natal		
< 120 dias de gestação	36	100%
> 120 dias de gestação	0	0%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional – SC, Brasil

Tabela 2 – Distribuição da frequência da cobertura da assistência pré-natal e início precoce dos municípios que fazem parte da Região da AMFRI, 2002

Município	Nascidos Vivos	Cadastros até 120 dias de gestação		Cadastros após 120 dias de gestação		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baln. Camboriú	1222	464	37,97%	83	6,79%	547	47,8%
Bombinhas	147	86	58,5%	0	0%	86	58,5%
Camboriú	892	78	8,74%	0	0%	78	8,74%
Ilhota	116	34	29,31%	22	18,96%	56	48,3%
Itajaí	2530	783	30,94%	218	8,61%	1001	39,6%
Itapema	453	25	5,51%	0	0%	25	5,5%
Navegantes	825	113	13,69%	0	0%	113	13,69%
Luiz Alves	121	60	49,59%	0	0%	60	49,59%
Penha	283	35	12,36%	0	0%	35	12,36%
Piçarras	178	91	51,12%	0	0%	91	51,12%
Porto Belo	151	94	62,25%	3	1,98%	97	64,2%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional – SC, Brasil

Tabela 3 – Distribuição da frequência da cobertura da assistência pré-natal e início precoce dos municípios que fazem parte da Região da AMFRI, 2003

Município	Nascidos Vivos	Cadastros até 120 dias de gestação		Cadastros após 120 dias de gestação		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baln. Camboriú	1195	544	45,51%	8	0,66%	552	46,19%
Bombinhas	147	112	68,71%	4	2,72%	116	79,91%
Camboriú	867	221	25,49%	2	0,23%	223	25,72%
Ilhota	130	93	71,53%	3	2,3%	96	73,84%
Itajaí	2379	1491	62,67%	471	19,79%	1962	82,5%
Itapema	498	95	19,07%	8	1,6%	103	20,68%
Navegantes	795	496	60,18%	0	0%	496	62,38%
Luiz Alves	138	64	46,37%	3	2,17%	67	48,55%
Penha	274	93	33,94%	8	2,91%	101	36,86%
Piçarras	190	149	78,42%	30	15,78%	179	94,21%
Porto Belo	164	146	89,02	2	1,21%	148	90,24%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional – SC, Brasil

Tabela 4 – Distribuição da frequência das variáveis de processo e resultado da assistência pré-natal das gestantes selecionadas, nos municípios da AMFRI, SANTA CATARINA, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Indicadores de Processo da Assistência Pré-Natal		
Profissional		
Médico	1553	80,2%
Enfermeiro	383	19,8%
Total	1936	100%
Número de consultas		
>= 6 consultas	1249	64,5%
< 6 consultas	687	35,5%
Total	1936	100%
ABO/RH		
Realizou	1596	82,4%
Não realizou	340	17,6%
Total	1936	100%
VDRL		
Realizou	1116	57,6%
Não realizou	820	42,4%
Total	1936	100%
Parcial de Urina		
Realizou	1134	58,37%
Não realizou	802	41,43%
Total	1936	100%
Glicemia		
Realizou	1126	58,2%
Não realizou	810	41,8%
Total	1936	100%
HB		
Realizou	1661	85,8%
Não realizou	275	14,2%
Total	1936	100%
HT		
Realizou	1526	78,8%
Não realizou	410	21,2%
Total	1936	100%
HIV		
Realizou	1509	77,9%
Não realizou	427	22,1%
Total	1936	100%
Vacina Antitetânica		
Imunizada	1241	64,1%
Não imunizada	695	35,9%
Total	1936	100%
Consulta de Puerpério		
Realizou	1041	53,8%
Não realizou	895	46,2%
Total	1936	100%
Indicadores de Resultado da Assistência Pré-Natal		
Sexo		
Feminino	962	49,7%
Masculino	974	50,3%
Total	1936	100%
Peso		
>=3000	1317	68,1%
<3000	619	31,9%
Total	1936	100%
APGAR 1º Minuto		
>=7	1796	92,8%
<7	140	7,2%
Total	1936	100%
APGAR 5º Minuto		
>=7	1914	98,9%
<7	22	1,1%
Total	1936	100%
Idade Gestacional		
>=37 semanas	1823	94,16%
< 37 semanas	113	5,84%
Total	1936	100%
Tipo de Parto		
Normal	1260	65,1%
Cesário	676	34,9%
Total	1936	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional – SC, Brasil

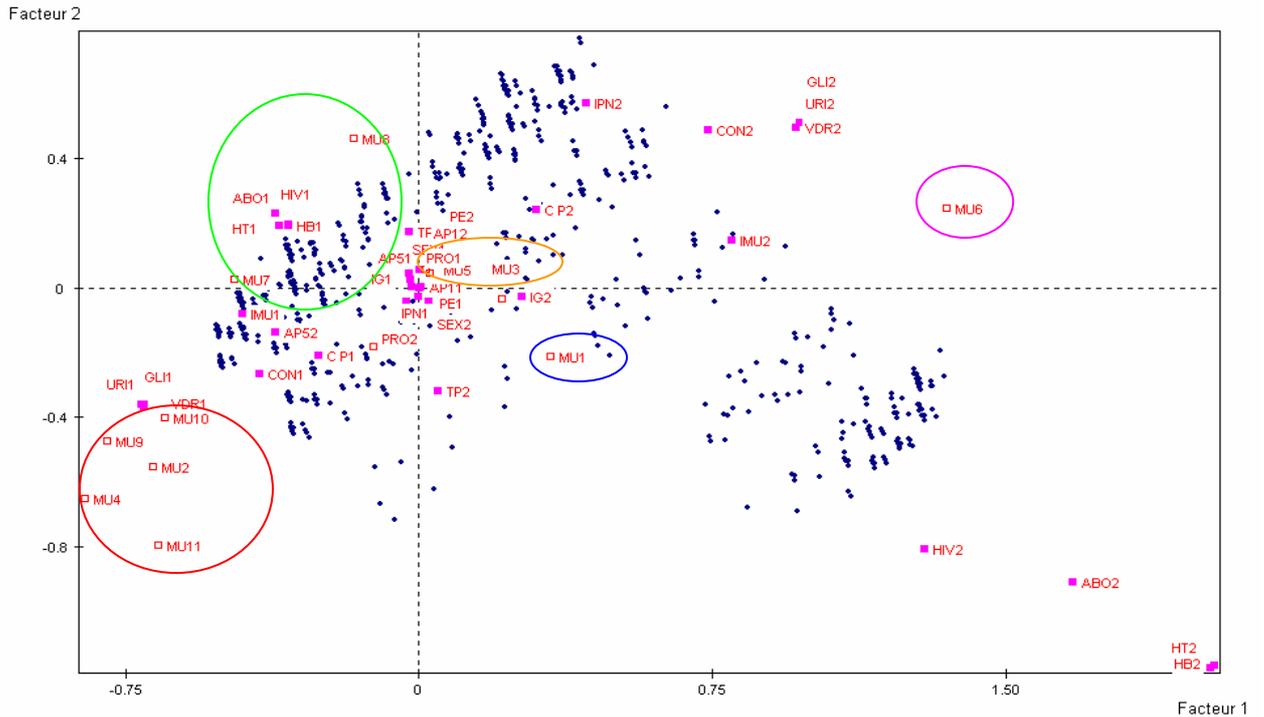


Gráfico 1 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município da Região da AMFRI - SC, Brasil

O gráfico 1 revela a existência de cinco agrupamentos distintos de municípios em relação às variáveis que interferiram no processo e no resultado da assistência pré-natal na região da AMFRI.

O primeiro agrupamento foi constituído pelos municípios de Bombinhas, Ilhota, Penha, Piçarras e Porto Belo. No segundo agrupamento aparecem os municípios de Luiz Alves e Navegantes. O terceiro agrupamento associa os municípios de Camboriú e Itajaí. Os municípios de Itapema e de Balneário Camboriú foram considerados isoladamente por apresentarem características distintas, formando, assim, o quarto e quinto grupo, respectivamente.

Quanto às variáveis de processo da assistência pré-natal na região da AMFRI, pode-se observar que foi iniciado antes de 120 dias de gestação por 93,2%; 80,2% da assistência foi realizada por médico; tendo uma cobertura ≥ 6 consultas em 64,5% da amostra.

Quanto aos exames preconizados como obrigatórios, as gestantes realizaram 82,4% dos exames ABO-Rh; 57,6% de VDRL; 58,7% do exame parcial de urina; 58,2% do exame de glicemia de jejum; 85,8% de exame de HB; e 78,8% de HT. O exame anti-HIV foi realizado em 77,9% das gestantes. A imunização antitetânica foi de 64,1% na região, sendo

muito aquém do desejado pelo MS, que visa à erradicação do tétano neonatal. A consulta de puerpério teve uma cobertura de 53,77% das gestantes.

Os dados referentes aos indicadores de resultado apresentados revelam que 50,3% de RN nasceram do sexo masculino; com 68% com peso ≥ 3000 g.; com índice de Apgar de 1º e 5º minutos ≥ 7 em 92,8% e 98,9% respectivamente; a idade gestacional ≥ 37 semanas alcançou índice de 94,2%; ficando o parto normal com 65,1%.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL E SEUS RESPECTIVOS RN FRENTE ÀS VARIÁVEIS DE PROCESSO E RESULTADO NOS MUNICÍPIOS DO AGRUPAMENTO 1, BOMBINHAS, ILHOTA, PENHA, PIÇARRAS, E PORTO BELO

Tabela 1.1 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao número de consultas, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
≥ 6 consultas	25	86,2%
< 6 consultas	4	13,8%
Total	29	100%
ILHOTA		
≥ 6 consultas	9	100%
< 6 consultas	0	0%
Total	9	100%
PENHA		
≥ 6 consultas	61	95,3%
< 6 consultas	3	4,7%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
≥ 6 consultas	91	84,3%
< 6 consultas	17	15,7%
Total	108	100%
PORTO BELO		
≥ 6 consultas	34	94,4%
< 6 consultas	2	5,6%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 1.2 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao profissional que realizou a assistência pré-natal, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
Médico	5	17,2%
Enfermeiro	24	82,8%
Total	29	100%
ILHOTA		
Médico	9	100%
Enfermeiro	0	0%
Total	9	100%
PENHA		
Médico	0	0%
Enfermeiro	64	100%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
Médico	0	0%
Enfermeiro	108	100%
Total	108	100%
PORTO BELO		
Médico	36	100%
Enfermeiro	0	0%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional- SC, Brasil

Tabela 1.3 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame ABO-Rh, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
Realizou	29	100%
Não realizou	0	0%
Total	29	100%
ILHOTA		
Realizou	9	100%
Não realizou	0	0%
Total	9	100%
PENHA		
Realizou	64	100%
Não realizou	0	0%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
Realizou	105	97,2%
Não realizou	3	2,8%
Total	108	100%
PORTO BELO		
Realizou	36	100%
Não realizou	0	0%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional- SC, Brasil

Tabela 1.4 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame Parcial de Urina, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
Realizou	28	96,5%
Não realizou	1	3,5%
Total	29	100%
ILHOTA		
Realizou	9	100%
Não realizou	0	0%
Total	9	100%
PENHA		
Realizou	62	96,9%
Não realizou	2	3,1%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
Realizou	98	90,7%
Não realizou	10	9,3%
Total	108	100%
PORTO BELO		
Realizou	36	100%
Não realizou	0	0%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 1.5 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de Glicemia, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
Realizou	28	96,5%
Não realizou	1	3,5%
Total	29	100%
ILHOTA		
Realizou	9	100%
Não realizou	0	0%
Total	9	100%
PENHA		
Realizou	62	96,9%
Não realizou	2	3,1%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
Realizou	95	88%
Não realizou	13	12%
Total	108	100%
PORTO BELO		
Realizou	36	100%
Não realizou	0	0%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 1.6 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HB, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
Realizou	29	100%
Não realizou	0	0%
Total	29	100%
ILHOTA		
Realizou	9	100%
Não realizou	0	0%
Total	9	100%
PENHA		
Realizou	64	100%
Não realizou	0	0%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
Realizou	107	99%
Não realizou	1	1%
Total	108	100%
PORTO BELO		
Realizou	36	100%
Não realizou	0	0%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 1.7 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HT, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
Realizou	29	100%
Não realizou	0	0%
Total	29	100%
ILHOTA		
Realizou	9	100%
Não realizou	0	0%
Total	9	100%
PENHA		
Realizou	64	100%
Não realizou	0	0%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
Realizou	107	99%
Não realizou	1	1%
Total	108	100%
PORTO BELO		
Realizou	36	100%
Não realizou	0	0%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 1.8 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame VDRL, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
Realizou	28	96,5%
Não realizou	1	3,5%
Total	29	100%
ILHOTA		
Realizou	9	100%
Não realizou	0	0%
Total	9	100%
PENHA		
Realizou	62	96,9%
Não realizou	2	3,1%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
Realizou	95	88%
Não realizou	13	12%
Total	108	100%
PORTO BELO		
Realizou	36	100%
Não realizou	0	0%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 1.9 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame anti-HIV, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
Realizou	21	72,4%
Não realizou	8	27,6%
Total	29	100%
ILHOTA		
Realizou	9	100%
Não realizou	0	0%
Total	9	100%
PENHA		
Realizou	59	92,2%
Não realizou	5	7,8%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
Realizou	88	81,5%
Não realizou	20	18,5%
Total	108	100%
PORTO BELO		
Realizou	19	52,7%
Não realizou	17	47,3%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 1.10 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à vacina antitetânica, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
Imunizada	26	89,6%
Não imunizada	3	10,4%
Total	29	100%
ILHOTA		
Imunizada	9	100%
Não imunizada	0	0%
Total	9	100%
PENHA		
Imunizada	59	92,2%
Não imunizada	5	7,8%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
Imunizada	106	98,1%
Não imunizada	2	1,9%
Total	108	100%
PORTO BELO		
Imunizada	30	83,3%
Não imunizada	6	16,7%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional- SC, Brasil

Tabela 1.11 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à consulta de puerpério, nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
Realizou	20	69%
Não realizou	9	31%
Total	29	100%
ILHOTA		
Realizou	9	100%
Não realizou	0	0%
Total	9	100%
PENHA		
Realizou	60	93,7%
Não realizou	4	6,3%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
Realizou	108	100%
Não realizou	0	%
Total	108	100%
PORTO BELO		
Realizou	32	88,9%
Não realizou	4	11,1%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional- SC, Brasil

Tabela 1.12 - Distribuição da frequência quanto ao sexo dos RN, atendidos nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
Feminino	15	51,7%
Masculino	14	48,3%
Total	29	100%
ILHOTA		
Feminino	7	77,8%
Masculino	2	22,2%
Total	9	100%
PENHA		
Feminino	31	48,4%
Masculino	33	51,3%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
Feminino	50	46,3%
Masculino	58	53,7%
Total	108	100%
PORTO BELO		
Feminino	16	44,4%
Masculino	20	55,6%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional- SC, Brasil

Tabela 1.13- Distribuição da frequência quanto ao peso ao nascer dos RN atendidos nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
≥3000	20	69%
<3000	9	31%
Total	29	100%
ILHOTA		
≥3000	6	66,7%
<3000	3	33,3%
Total	9	100%
PENHA		
≥3000	45	70,3%
<3000	19	29,7%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
≥3000	67	62,%
<3000	41	38,%
Total	108	100%
PORTO BELO		
≥3000	24	66,7%
<3000	12	33,3%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional- SC, Brasil

Tabela 1.14 - Distribuição da frequência quanto ao Apgar do 1º minuto, nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
≥7	25	86,2%
<7	4	13,8%
Total	29	100%
ILHOTA		
≥7	4	44,4%
<7	5	55,6%
Total	9	100%
PENHA		
≥7	61	95,3%
<7	3	4,7%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
≥7	97	89,9%
<7	11	11,1%
Total	108	100%
PORTO BELO		
≥7	29	80,6%
<7	7	19,4%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 1.15 - Distribuição da frequência quanto ao Apgar do 5º minuto nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
≥7	29	100%
<7	0	0%
Total	29	100%
ILHOTA		
≥7	9	100%
<7	0	0%
Total	9	100%
PENHA		
≥7	64	100%
<7	0	0%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
≥7	103	95,4%
<7	05	4,6%
Total	108	100%
PORTO BELO		
≥7	36	100%
<7	0	0%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 1.16 - Distribuição da frequência quanto à Idade Gestacional de RN que foi atendido nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
≥37 semanas	28	96,5%
< 37 semanas	1	3,5%
Total	29	100%
ILHOTA		
≥37 semanas	9	100%
< 37 semanas	0	0%
Total	9	100%
PENHA		
≥37 semanas	60	93,7%
< 37 semanas	4	6,3%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
≥37 semanas	100	92,6%
< 37 semanas	8	7,4%
Total	108	100%
PORTO BELO		
≥37 semanas	35	97,2%
< 37 semanas	1	2,8%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 1.17 - Distribuição da frequência dos RN selecionados quanto ao tipo de parto que foi atendido nos municípios do agrupamento 1, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BOMBINHAS		
Normal	13	44,8%
Cesário	16	55,2%
Total	29	100%
ILHOTA		
Normal	4	44,4%
Cesário	5	55,6%
Total	9	100%
PENHA		
Normal	45	70,3%
Cesário	19	29,7%
Total	64	100%
PIÇARRAS		
Normal	61	56,5%
Cesário	47	43,5%
Total	108	100%
PORTO BELO		
Normal	18	50%
Cesário	18	50%
Total	36	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

5.2.1 Gráficos do Agrupamento 1

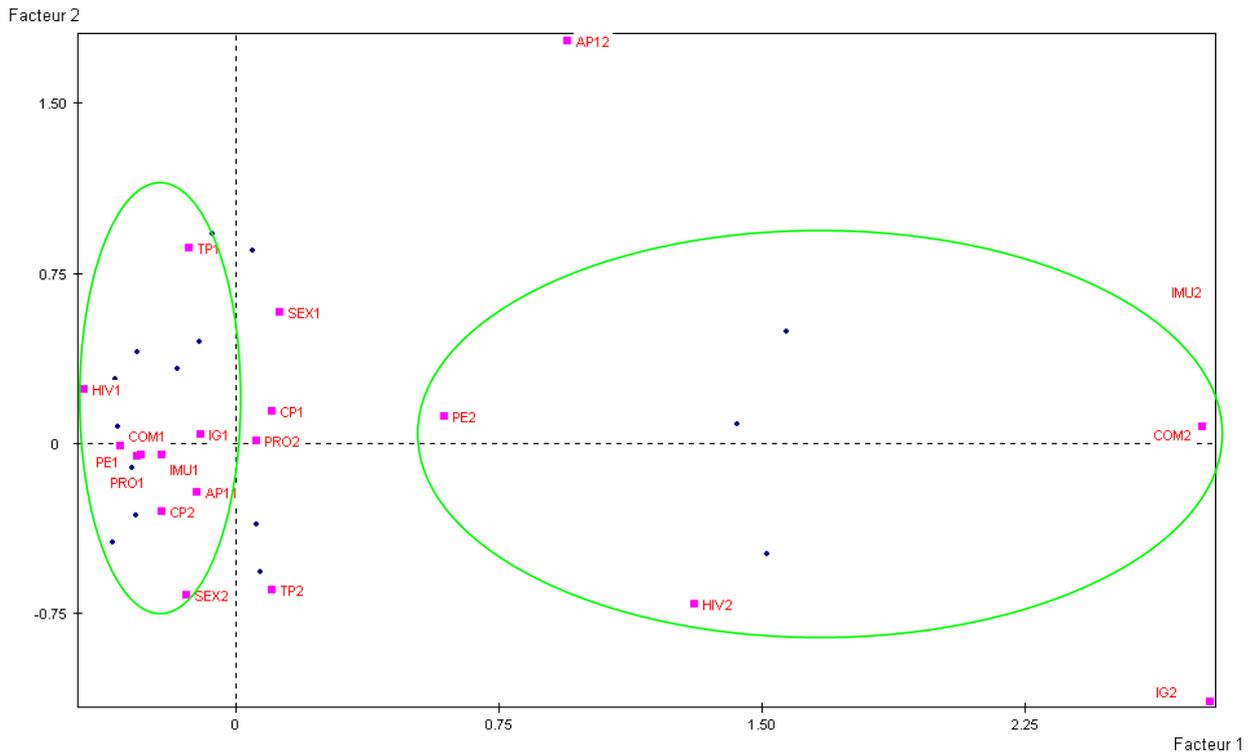


Gráfico 2 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município de Bombinhas

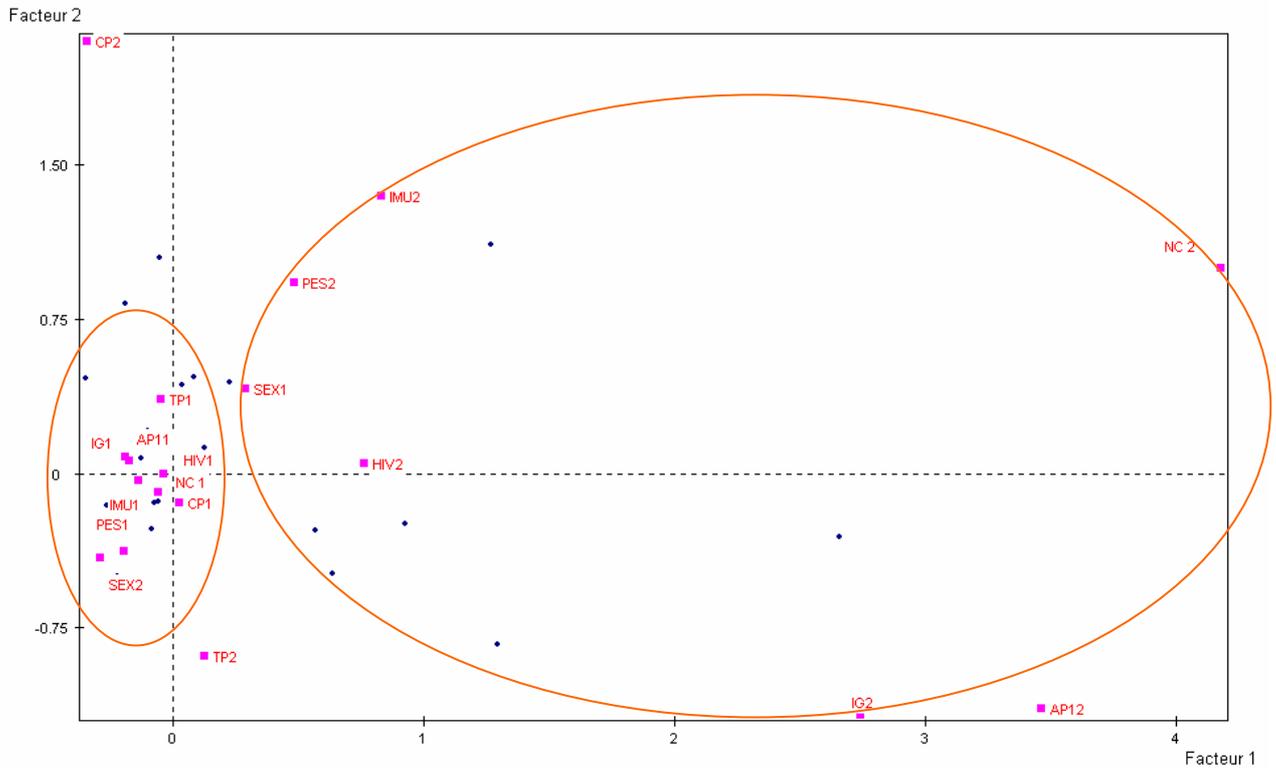


Gráfico 3 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município de Penha

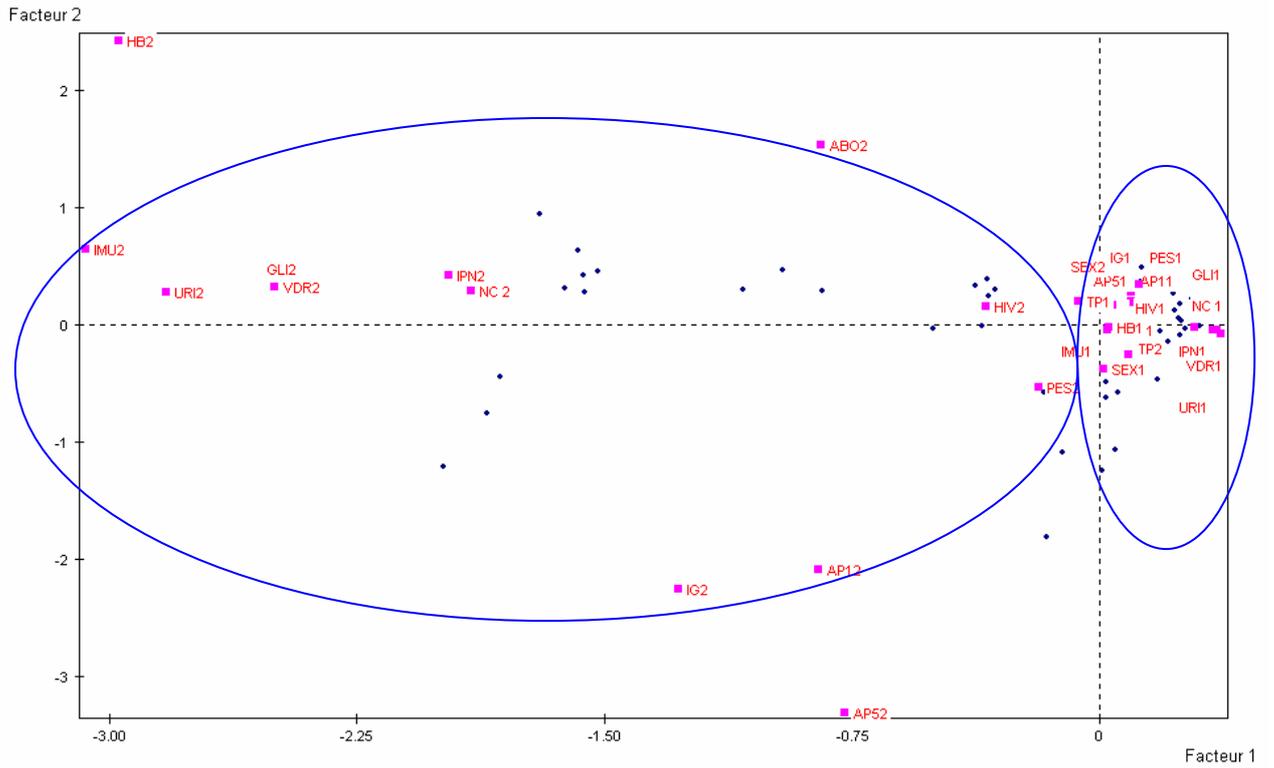


Gráfico 4 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município de Piçarras

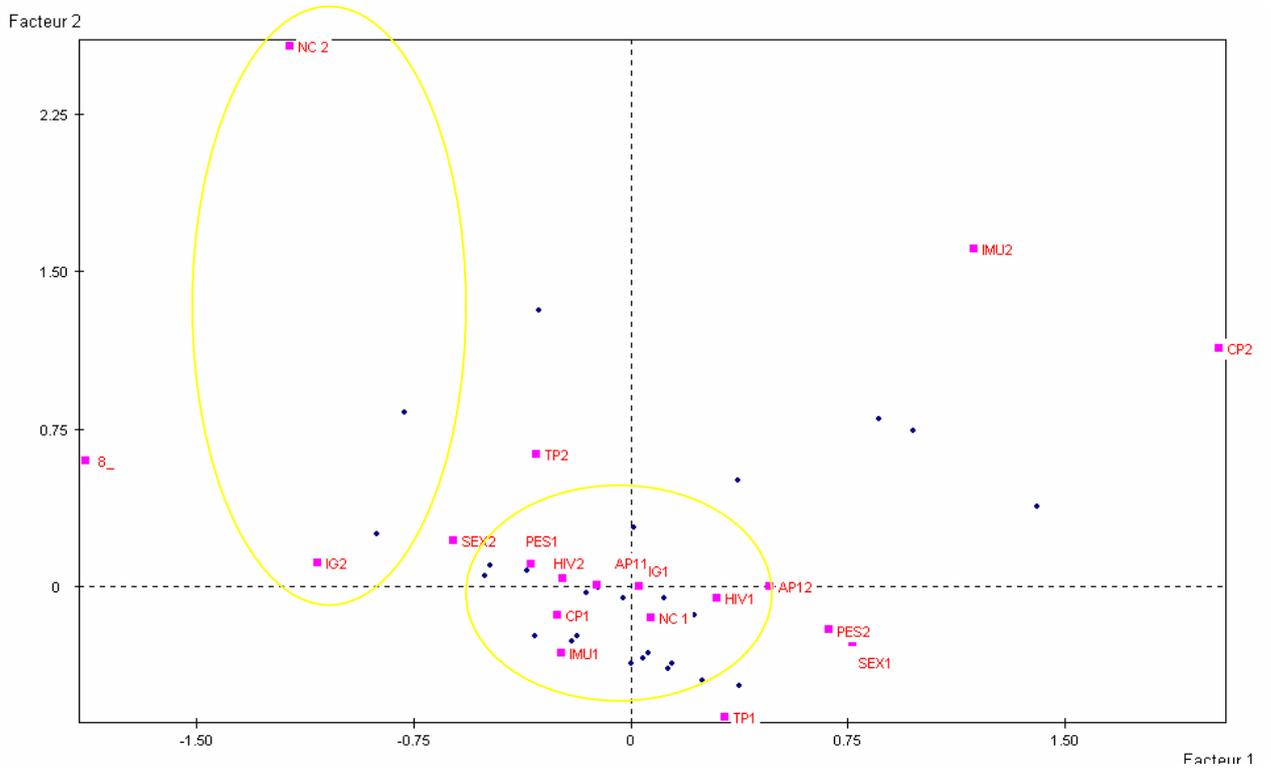


Gráfico 5 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município de Porto Belo

O agrupamento 1 é constituído pelos municípios de Bombinhas, Ilhota, Penha, Piçarras e Porto Belo. Deve-se esclarecer que a análise do município de Ilhota foi prejudicada tendo em vista a dificuldade de se encontrar os dados do SINASC, decorrente, provavelmente, dos nascimentos ocorrerem em municípios não pertencentes à região da AMFRI, o que inviabilizou a avaliação das condições de nascimento do RN e o cruzamento das variáveis de processo da assistência. Assim, foram analisadas somente as tabelas de frequência do referido município.

Os dados das tabelas 1.1 a 1.12 revelam que este agrupamento foi identificado pelas seguintes características semelhantes: número de consultas maior ou igual a seis com variação entre 84,3% em Piçarras a 100% em Ilhota; realização da bateria de exames (ABO-Rh, urina tipo I, VDRL, glicemia e hemograma) com proporções variando entre 88% e 100%; realização de exame anti-HIV apresentando incidência de 52,7% em Porto Belo, 72,4% em Bombinhas, 81,5% em Piçarras, 92,2% em Penha e 100% em Ilhota; imunização antitetânica com uma variação entre 83,3% em Porto Belo e 100% em Ilhota; tendo ainda uma variação da consulta puerperal de 69% a 100%. Estes dados caracterizam a assistência pré-natal quanto às variáveis de processo, e demonstram que a adequação da assistência (número de consultas e início de pré-natal até 120 dias) interferiu positivamente principalmente no que tange à realização dos exames e imunização em cumprimento aos critérios instituídos pelo PHPN do MS.

As variáveis de resultado apresentam dados bastante significativos em relação ao peso maior ou igual a 3.000 g., o qual apresentou uma variação de 62% a 70,3% (Tabela 1.13); a duração da gestação foi de 92,6% a 100% com 37 ou mais semanas (Tabela 1.16). O município de Ilhota apresentou proporções elevadas de Apgar inferior a 7 no 1º minuto, com 44,4%, mas no 5º minuto a recuperação da vitalidade foi adequada, com Apgar apresentando índice superior a 7 em 100% dos RN (Tabela 1.14 e 1.15). O tipo de parto no município de Penha teve maior proporção 70,3% do parto “normal”. Assim esta variável apresentou taxas entre 29,7% e 55,6% de parto cesáreo (Tabela 1.17).

Os gráficos 2 a 5, demonstraram que o agrupamento foi caracterizado predominantemente pela boa adequação da assistência pré-natal. No entanto, a análise de correspondência múltipla identificou um agrupamento de gestantes que possuía características negativas, tanto no processo como no resultado da assistência pré-natal. São elas: número de consultas inferior a seis com duração da gestação inferior a 37 semanas; peso do RN inferior a 3.000 g. com Apgar do primeiro minuto inferior a 7 e não imunização antitetânica, e não

realização do exame anti-HIV. Configurando com isso o reflexo direto das variáveis de processo na qualidade do resultado, pois o menor número de consultas influenciou o nascimento de RN prematuros caracterizados por baixo peso e baixa vitalidade fetal

5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL E SEUS RESPECTIVOS RN FRENTE ÀS VARIÁVEIS DE PROCESSO E RESULTADO NOS MUNICÍPIOS DO AGRUPAMENTO 2, LUIZ ALVES E NAVEGANTES

Tabela 2.1 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao número de consultas, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
>= 6 consultas	16	88,9%
< 6 consultas	2	11,1%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
>= 6 consultas	163	46,8%
< 6 consultas	185	53,2%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.2 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao profissional que realizou a assistência pré-natal, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
Médico	18	100%
Enfermeiro	0	0%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
Médico	348	100%
Enfermeiro	0	0%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.3 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame ABO-Rh, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
Realizou	18	100%
Não realizou	0	0%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
Realizou	333	95,7%
Não realizou	15	4,3%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.4 - Distribuição da freqüência das gestantes selecionadas quanto à variável de processo, exame Parcial de Urina, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
Realizou	15	83,3%
Não realizou	3	16,7%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
Realizou	205	58,9%
Não realizou	143	41,1%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.5 - Distribuição da freqüência das gestantes selecionadas quanto ao exame de Glicemia, nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
Realizou	10	55,5%
Não realizou	8	44,4%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
Realizou	205	58,9%
Não realizou	143	41,1%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.6 - Distribuição da freqüência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HB, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
Realizou	18	100%
Não realizou	0	0%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
Realizou	330	95,1%
Não realizou	17	4,9%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.7 - Distribuição da freqüência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HT, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
Realizou	18	100%
Não realizou	0	0%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
Realizou	331	95,1%
Não realizou	17	4,9%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.8 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame VDRL, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
Realizou	15	83,3%
Não realizou	3	16,7%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
Realizou	206	58,2%
Não realizou	142	40,8%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.9 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame anti-HIV, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
Realizou	17	94,4%
Não realizou	1	5,6%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
Realizou	332	95,4%
Não realizou	16	4,6%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.10 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à vacina antitetânica, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
Imunizada	13	72,2%
Não imunizada	5	27,8%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
Imunizada	250	71,8%
Não imunizada	98	23,2%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.11 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à consulta de puerpério, nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
Realizou	12	66,7%
Não realizou	6	33,3%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
Realizou	129	37,1%
Não realizou	219	62,9%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.12 - Distribuição da frequência quanto ao sexo dos RN, atendidos nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
Feminino	7	38,9%
Masculino	11	61,1%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
Feminino	175	50,3%
Masculino	173	49,7%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.13 - Distribuição da frequência quanto ao peso ao nascer dos RN, atendidos nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
≥3000	13	72,2%
<3000	5	27,8%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
≥3000	241	69,3%
<3000	107	30,7%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.14 - Distribuição da frequência quanto ao Apgar do 1º minuto, nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
≥7	15	83,3%
<7	3	16,7%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
≥7	329	94,5%
<7	19	5,5%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.15 - Distribuição da frequência quanto ao Apgar do 5º nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
≥7	16	88,9%
<7	2	11,1%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
≥7	343	98,6%
<7	5	1,4%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.16 - Distribuição da frequência quanto à Idade Gestacional de RN que foi atendido nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
≥37 semanas	17	94,4%
< 37 semanas	1	5,6%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
≥37 semanas	332	95,4%
< 37 semanas	16	4,6%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 2.17 - Distribuição da frequência dos RN selecionados quanto ao tipo de parto que foi atendido nos municípios do agrupamento 2, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
LUIZ ALVES		
Normal	15	83,3%
Cesário	3	16,7%
Total	18	100%
NAVEGANTES		
Normal	262	75,3%
Cesário	86	24,7%
Total	348	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

5.3.1 Gráficos do Agrupamento 2

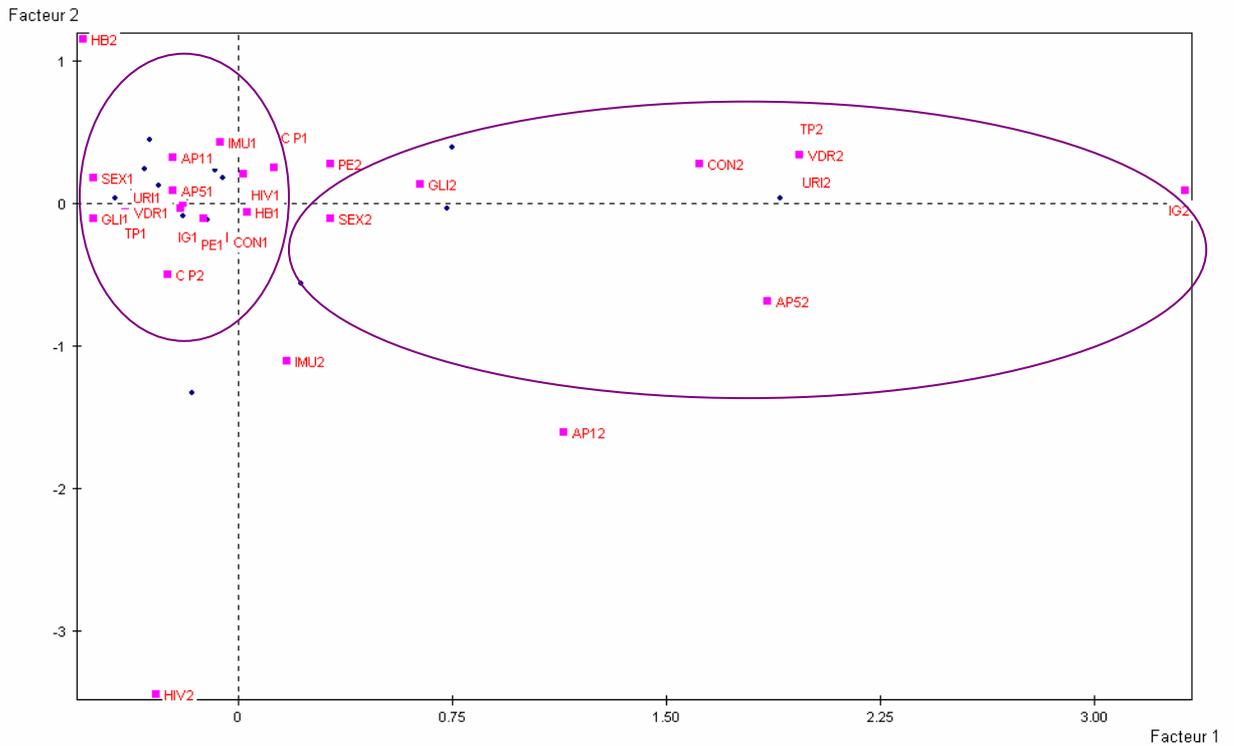


Gráfico 6 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município de Luiz Alves

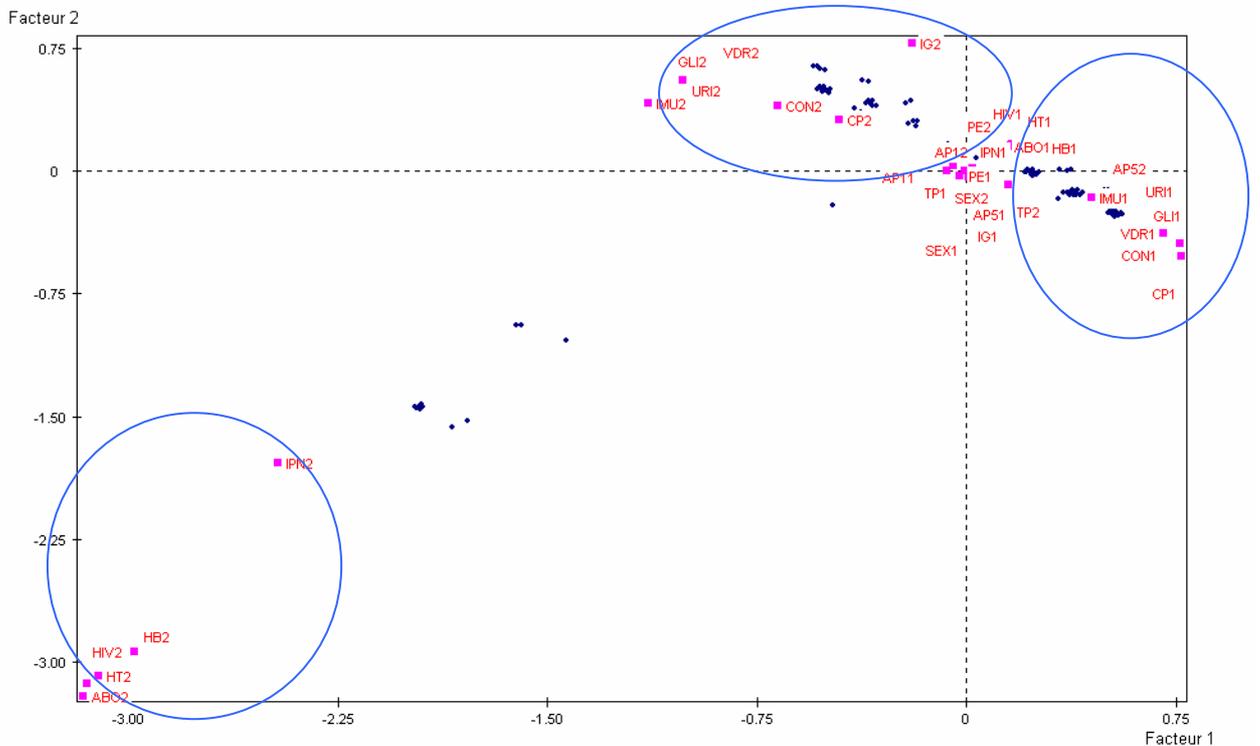


Gráfico 7 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto à assistência pré-natal no município de Navegantes

O agrupamento 2 é composto pelos municípios de Luiz Alves e Navegantes, que apresentaram as seguintes características quanto à adequação da assistência pré-natal: início da assistência até 120 dias (Tabela 1,2,3). O agrupamento apresenta proporções que variam de 99,1%, Navegantes a 100%, Luiz Alves; nas tabelas 2.1 a 2.12, o número de consultas maior ou igual a seis apresenta uma variação de 88,9% em Luiz Alves, enquanto em Navegantes esta proporção alcançou somente 46,8% (Tabela 2.1); o profissional médico realizou 100% da assistência (Tabela 2.2); os exames laboratoriais foram realizados com uma variação de 95,1%, Navegantes a 100%, Luiz Alves para o exame ABO-Rh, HT e HB (Tabelas 2.3, 2.6 e 2.7); o exame de glicemia de jejum foi o que obteve menor cobertura, apresentando em Luiz Alves 55,5% e em Navegantes 58,9% (Tabela 2.5); VDRL e parcial de urina variam entre 58,2% Navegantes e 83,3% Luiz Alves (Tabela 2.4 e 2.8). O exame anti-HIV, que consta como não obrigatório no PHPN, teve uma excelente cobertura, com 94,4% em Luiz Alves e 95,4% em Navegantes (Tabela 2.9); a realização da imunização antitetânica; a qual atingiu proporções aquém do ideal nos municípios Luiz Alves e Navegantes, com 72,2% e 71,8%, respectivamente (Tabela 2.10); a consulta de puerpério que é obrigatória até 42 dias de pós-parto, apresentou baixa cobertura, com 66,7% em Luiz Alves e em Navegantes, com 37,1% (Tabela 2.11).

As variáveis de resultado apresentadas nas tabelas 2.12 a 2.17 contêm dados bastante significativos em relação ao peso maior ou igual a 3.000 g., que tem uma variação de 69,3% em Navegantes a 72,2% em Luiz Alves (Tabela 2.13); a duração da gestação foi de 94,4% a 95,4% com 37 ou mais semanas. O município de Luiz Alves apresentou proporções elevadas de Apgar inferior a 7, tanto no 1º como no 5º minuto, com 16,7% e 11,1%.

O tipo de parto no município de Luiz Alves teve proporções bastante positivas em relação ao parto “normal”, que alcançou 83,3%, já o município de Navegantes atingiu 75,3% de parto normal e 24,7% no tipo cesário (Tabela 2.17).

Nos gráficos 6 e 7 observamos a existência de 2 agrupamento distintos, o primeiro demonstrando que o início precoce da assistência pré-natal até 120 dias e o número de consultas maior ou igual a seis refletiu-se positivamente no cumprimento da maioria dos itens do protocolo instituído pelo PHPN como: a realização dos exames, a efetivação da imunização antitetânica, e a realização do exame anti-HIV. Outro aspecto positivo é que neste agrupamento também os RN apresentaram boa vitalidade fetal, idade gestacional adequada e peso adequado, superior a 3.000 g.

O segundo agrupamento demonstra que o não cumprimento do número de consultas preconizadas levou a consequência negativa, como a não realização dos exames obrigatórios (glicemia de jejum, VDRL, urina tipo 1), e não imunização antitetânica. Tal inadequação influencia diretamente as condições de nascimento dos RN como o aumento da prematuridade; do baixo peso ao nascer, e reflexos também na diminuição da vitalidade. Ainda no município de Navegantes, onde foram observados cadastros com início do pré-natal tardio (após 120 dias de gestação) associados aos aspectos negativos já apontados, não foram realizados exames considerados fundamentais como HT, HB, a tipagem e o anti-HIV.

5.4 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL E SEUS RESPECTIVOS RN FRENTE ÀS VARIÁVEIS DE PROCESSO E RESULTADO NOS MUNICÍPIOS DO AGRUPAMENTO 3, CAMBORIÚ E ITAJAÍ

Tabela 3.1 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao número de consultas, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
≥6 consultas	78	74,3%
< 6 consultas	27	25,7%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
≥ 6 consultas	552	72,3%
< 6 consultas	211	27,7%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.2 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao profissional que realizou a assistência pré-natal, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
Médico	42	40%
Enfermeiro	63	60%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
Médico	687	90%
Enfermeiro	76	10%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.3 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame ABO-Rh, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
Realizou	79	75,2%
Não realizou	26	24,8%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
Realizou	628	82,3%
Não realizou	135	17,7%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.4 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame parcial de urina, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
Realizou	47	44,8%
Não realizou	58	55,2%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
Realizou	430	56,4%
Não realizou	333	43,6%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.5 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de glicemia, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
Realizou	47	44,8%
Não realizou	58	55,2%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
Realizou	421	55,2%
Não realizou	342	44,8%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.6 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HB, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
Realizou	80	76,1%
Não realizou	25	23,9%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
Realizou	664	87%
Não realizou	99	13%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.7 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HT, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
Realizou	80	76,1%
Não realizou	25	23,9%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
Realizou	664	87%
Não realizou	99	13%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.8 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame VDRL, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
Realizou	48	45,7%
Não realizou	57	54,3%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
Realizou	414	54,3%
Não realizou	349	45,7%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.9 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame anti-HIV, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
Realizou	83	79%
Não realizou	22	21%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
Realizou	599	78,5%
Não realizou	164	21,5%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.10 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao vacina antitetânica, nos municípios do agrupamento 3, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
Imunizada	66	62,8%
Não imunizada	39	37,2%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
Imunizada	436	57,1%
Não imunizada	324	42,9%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.11 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto a variável de processo, consulta de puerpério, nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
Realizou	51	48,6%
Não realizou	54	51,4%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
Realizou	437	57,3%
Não realizou	326	42,7%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.12 - Distribuição da freqüência quanto a variável de resultado, sexo dos RN, atendidos nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
Feminino	57	54,3%
Masculino	48	45,7%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
Feminino	365	47,8%
Masculino	398	52,2%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.13 - Distribuição da freqüência quanto a variável de resultado peso ao nascer dos RN atendidos nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
Peso		
≥3000	72	68,6%
<3000	33	31,4%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
≥3000	519	68%
<3000	244	32%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.14 - Distribuição da freqüência quanto a variável de resultado Apgar do 1º minuto, nos RN atendidos nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
≥7	99	94,3%
<7	6	5,7%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
≥7	713	93,4%
<7	50	6,6%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.15 - Distribuição da freqüência quanto a variável de resultado Apgar do 5º minuto nos RN atendidos nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
≥7	103	98,1%
<7	2	1,9%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
≥7	758	99,3%
<7	5	0,7%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.16 - Distribuição da frequência quanto a variável de resultado Idade Gestacional de RN que foi atendido nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
≥37 semanas	100	95,2%
< 37 semanas	5	4,8%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
≥37 semanas	715	93,7%
< 37 semanas	48	6,3%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 3.17 - Distribuição da frequência dos RN selecionados quanto a variável de resultado tipo de parto que foi atendido nos municípios da AMFRI, Santa Catarina, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
CAMBORIÚ		
Normal	74	70,5%
Cesário	31	29,5%
Total	105	100%
ITAJAÍ		
Normal	494	64,7%
Cesário	269	35,3%
Total	763	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

5.4.1 Gráficos do Agrupamento 3

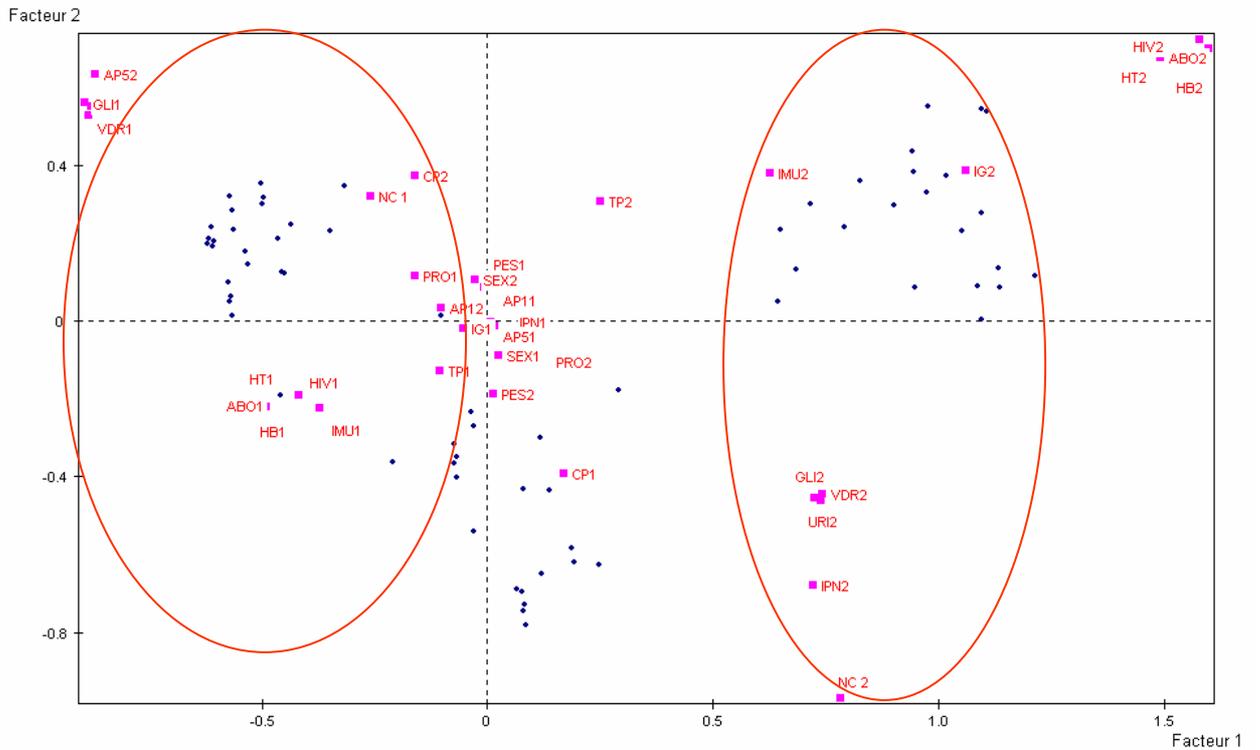


Gráfico 8 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto a Assistência pré-natal no município de Camboriú

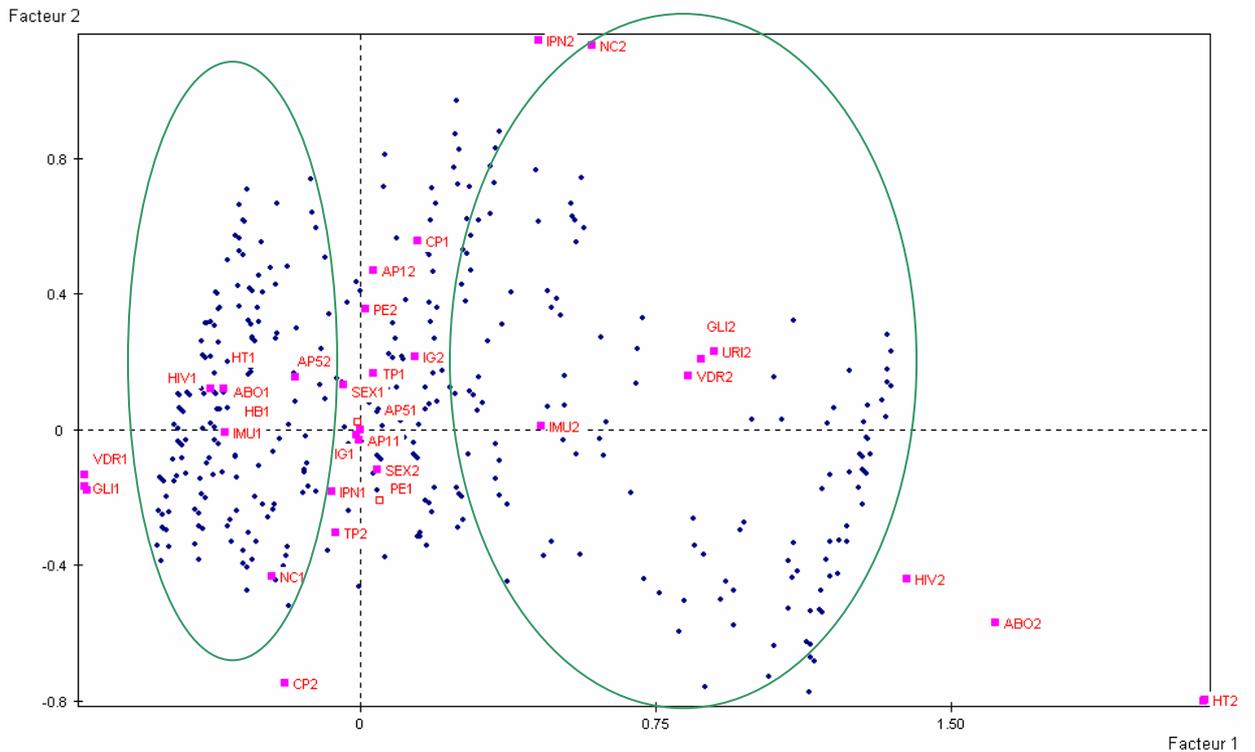


Gráfico 9 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionados quanto a Assistência pré-natal no município de Itajaí

O agrupamento 3 foi formado pelos municípios de Camboriú e Itajaí, os quais apresentam características semelhantes quanto à realização da assistência pré-natal, a saber: os dados da tabela 3.1 refletem o início do pré-natal até 120 dias de gestação com proporções de 86% em Itajaí e 98,1% em Camboriú. O número de consultas maior ou igual a seis apresentou cobertura bastante equilibrada nestes municípios, com 72,3% em Itajaí e 74,3% no município de Camboriú (Tabela 3.1). Já em relação ao profissional médico, este realizou a assistência pré-natal nestes municípios em proporções que variaram de 40% em Camboriú e 90% em Itajaí. Os exames ABO-Rh, HT, HB foram realizados em proporções que variaram entre 75,2% e 87% nestes municípios (Tabela 3.3, 3.6 e 3.7). Em relação aos exames urina tipo 1, glicemia de jejum e VDRL a cobertura foi aquém do ideal, atingindo proporções de 44,8% a 55,2% (Tabela 3.4, 3.5 e 3.8). O exame anti-HIV, de grande importância para a região por sua endemicidade, apresentou proporções inferiores ao desejado, atingindo entre 78,5% (Itajaí) e 79% (Camboriú) (Tabela 3.9).

A imunização antitetânica, meta do MS, atingiu proporções entre 57,1% (Itajaí) e 62,8% (Camboriú) (Tabela 3.10). A conclusão da assistência necessita da atenção ao puerpério, tão importante, e apresentou uma cobertura inadequada, pois estes municípios registraram incidência de 48,6% em Camboriú e 57,3% em Itajaí (Tabela 3.11).

As variáveis selecionadas de resultado apresentaram proporções elevadas de peso inferior a 3.000 g., tendo uma variação de 31,4% a 32% em Camboriú e Itajaí, respectivamente (Tabela 3.13). A duração da gestação apresentou 93,7% e 95,2% com idade gestacional superior a 37 semanas em Itajaí e Camboriú (Tabela 3.16); a vitalidade fetal apresentou índices de Apgar inferior a 7 no 1º minuto em 6,6% em Itajaí e 5,7% em Camboriú, e no 5º minuto a repercussão foi bastante satisfatória, pois a melhora se apresenta com a redução da proporção para 0,7% Itajaí, a 1,9%, Camboriú (Tabela 3.14,3.15). O parto cesário ocorreu entre 29,5% em Camboriú e 35,3% em Itajaí, incidência bastante elevada, com relação ao ideal (Tabela 3.17).

Nos gráficos 8 e 9 observamos a existência de dois agrupamentos distintos, o primeiro demonstrando que o início do pré-natal até 120 dias, e a realização de seis consultas ou mais, levam ao cumprimento do protocolo instituído pelo PHPN quanto à realização dos exames de rotina e anti-HIV, e a imunização da gestante.

O segundo agrupamento se refere às gestantes que não cumpriram o número de consultas ideal ou iniciaram o pré-natal tardiamente, determinando também a não realização dos exames obrigatórios, imunização antitetânica e exame anti-HIV.

Cabe ressaltar, contudo, que as condições de nascimento do RN no que se refere ao sexo, vitalidade e idade gestacional não tiveram relação com a adequação da assistência pré-natal.

5.5 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL E SEUS RESPECTIVOS RN FRENTE ÀS VARIÁVEIS DE PROCESSO E RESULTADO NO MUNICÍPIO DO AGRUPAMENTO 4, BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Tabela 4.1 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao número de consultas, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
≥ 6 consultas	220	53,9%
< 6 consultas	188	46,1%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.2 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao profissional que realizou a assistência pré-natal, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
Médico	408	100%
Enfermeiro	0	0%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.3 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame ABO-Rh, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
Realizou	273	66,9%
Não realizou	135	33,1%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.4 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame Parcial de Urina, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
Realizou	199	48,7%
Não realizou	209	51,2%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.5 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de Glicemia, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
Realizou	210	51,5%
Não realizou	198	48,5%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.6 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HB, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
Realizou	300	73,5%
Não realizou	108	26,5%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.7 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HT, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
Realizou	300	73,5%
Não realizou	108	26,5%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.8 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame VDRL, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
Realizou	198	48,5%
Não realizou	210	51,5%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.9 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame anti-HIV, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
Realizou	259	63,5%
Não realizou	149	36,5%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.10 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à vacina antitetânica, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
Imunizada	238	58,3%
Não imunizada	170	41,7%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.11 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à consulta de puerpério, nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
Realizou	183	44,9%
Não realizou	225	55,1%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.12 - Distribuição da frequência quanto ao sexo dos RN, atendidos nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
Feminino	213	52,2%
Masculino	195	47,8%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.13 - Distribuição da frequência quanto ao peso ao nascer dos RN atendidos nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
Peso		
≥3000	284	69,6%
<3000	124	30,4%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.14 - Distribuição da frequência quanto ao Apgar do 1º minuto, nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
≥7	384	94,1%
<7	24	5,9%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.15 - Distribuição da freqüência quanto ao Apgar do 5º minuto nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
≥7	406	99,5%
<7	2	0,5%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.16 - Distribuição da freqüência quanto à Idade Gestacional de RN que foi atendido nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
≥37 semanas	385	94,4%
< 37 semanas	23	5,6%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 4.17 - Distribuição da freqüência dos RN selecionados quanto ao tipo de parto que foi atendido nos municípios do agrupamento 4, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		
Normal	247	60,5%
Cesário	161	39,5%
Total	408	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

5.5.1 Gráfico do Agrupamento 4

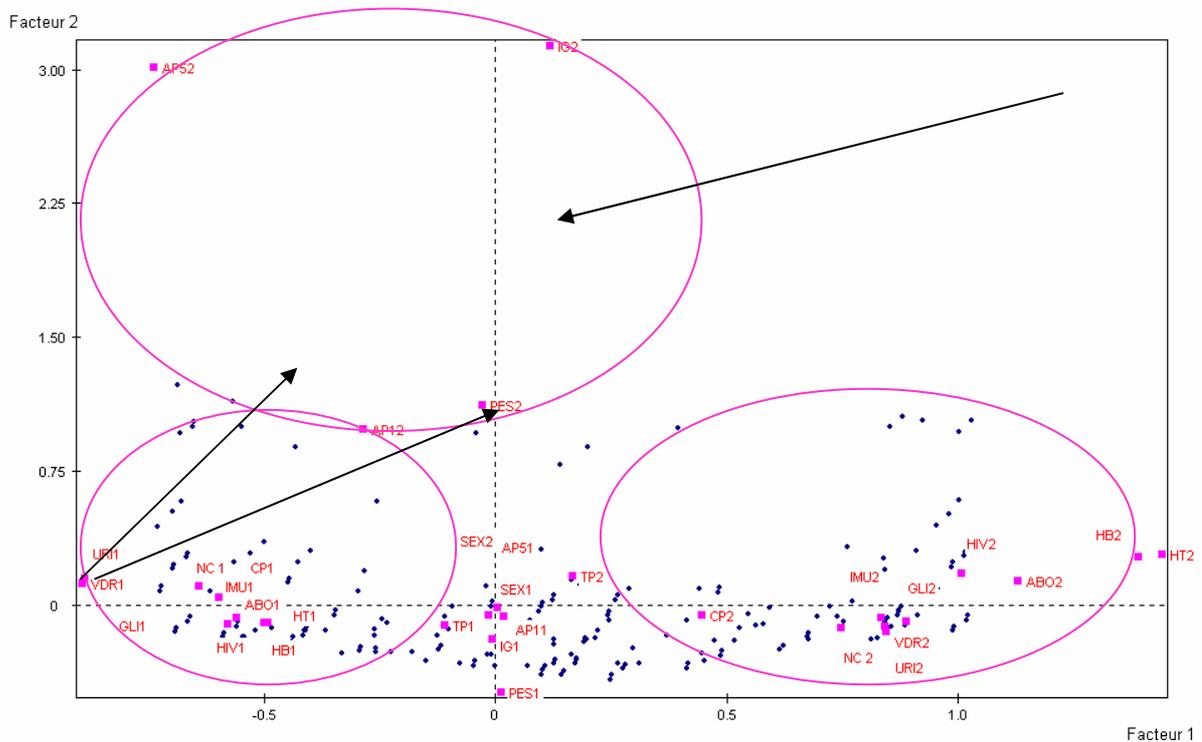


Gráfico 10 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionadas quanto à assistência pré-natal no município de Balneário Camboriú

O município de Balneário Camboriú apresenta características que o diferenciam dos demais da região estudada.

Os dados da tabela 4.1 revelam que o início da assistência pré-natal ocorreu em 100% até 120 dias; sendo que destas 53,9% realizaram seis ou mais consultas (Tabela 4.2); foram assistidas em 100% pelo profissional médico (Tabela 4.3). Os exames apresentaram as seguintes proporções de realização: 66,9% de ABO-Rh; 48,7% de exame de urina tipo 1; 51,5% para o exame de glicemia de jejum; 48,5% o exame de VDRL; e 63,5% o exame anti-HIV (Tabelas 4.4, 4.5, 4.6, 4.9 e 4.10). Os exames de HT e HB foram realizados em 73,5%, (Tabela 4.7 e 4.8).

A imunização antitetânica, que tem sua obrigatoriedade de realização, atingiu proporções de 58,3%, bastante inferior ao ideal (Tabela 4.11). A consulta puerperal, que deve ser realizada até 42 dias de pós-parto, foi realizada em somente 44,9% das gestantes selecionadas (Tabela 4.12).

As variáveis selecionadas como de resultado da assistência pré-natal apresentaram proporções de 30,4% de peso do RN inferior a 3.000g. (Tabela 4.14), Apgar inferior a 7 em 5,9% no 1º minuto, e 0,5% deste valor no 5º minuto (Tabela 4.15 e 4.16); a duração da gestação apresentou proporções de 94,4% na idade gestacional de 37 semanas ou mais (Tabela 4.17). Em relação ao parto, o cesáreo apresentou alta incidência, com 39,5% (Tabela 4.18).

Ao observarmos o gráfico 10, verifica-se a formação de três agrupamentos distintos. O primeiro mostra que o número adequado de consultas pré-natais (maior que seis) tem relação direta com a realização da imunização dos exames preconizados, o anti-HIV, ea realização da imunização anti-tetânica.

O segundo representa que a inadequação do número de consultas interfere no processo da assistência, pois não são realizados os exames preconizados (ABO-Rh, HT, HB, glicemia de jejum, urina tipo 1), a imunização anti-tetânica e o exame anti-HIV.

O terceiro agrupamento é composto somente pelas variáveis de resultado, demonstrando que a prematuridade está diretamente relacionada ao baixo peso à menor vitalidade do RN ao nascer, sem relação com a adequação da assistência pré-natal.

As variáveis de resultado não apresentaram relação alguma, com o processo da assistência, formando agrupamento, no que se refere à duração da gestação inferior a 37 semanas, peso inferior a 3.000 g. e má vitalidade fetal com índice de Apgar inferior a 7 no 1º e 5º minuto.

5.6 CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL E SEUS RESPECTIVOS RN FRENTE ÀS VARIÁVEIS DE PROCESSO E RESULTADO NO MUNICÍPIO DO AGRUPAMENTO 5, ITAPEMA

Tabela 5.1 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao número de consultas, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
≥ 6 consultas	0	0%
< 6 consultas	48	100%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.2 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao profissional que realizou a assistência pré-natal, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
Médico	0	0%
Enfermeiro	48	100%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.3 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame ABO-Rh, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
Realizou	22	45,8%
Não realizou	26	54,2%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.4 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame Parcial de Urina, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
Realizou	5	10,4%
Não realizou	43	89,6%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.5 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de Glicemia, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
Realizou	3	6,2%
Não realizou	45	93,8%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.6 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HB, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
Realizou	24	50%
Não realizou	24	50%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.7 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame de HT, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
Realizou	24	50%
Não realizou	24	50%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.8 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame VDRL, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
Realizou	5	10,4%
Não realizou	43	89,6%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.9 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto ao exame anti-HIV, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
Realizou	23	47,9%
Não realizou	25	52,1%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.10 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à vacina antitetânica, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
Imunizada	8	11,7%
Não imunizada	40	88,3%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.11 - Distribuição da frequência das gestantes selecionadas quanto à vacina antitetânica, nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
Realizou	0	0%
Não realizou	48	100%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.12 - Distribuição da frequência quanto ao sexo dos RN, atendidos nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
Feminino	26	54,2%
Masculino	22	45,8%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.13 - Distribuição da frequência quanto ao peso ao nascer dos RN atendidos nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
≥3000	27	56,3%
<3000	21	43,7%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.14 - Distribuição da frequência quanto ao Apgar do 1º minuto, nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
≥7	40	88,3%
<7	8	11,7%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.15 - Distribuição da freqüência quanto ao Apgar do 5º minuto nos RN atendidos nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
≥7	47	97,9%
<7	1	2,1%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.16 - Distribuição da freqüência quanto à Idade Gestacional de RN que foi atendido nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
≥37 semanas	42	87,5%
< 37 semanas	6	12,5%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

Tabela 5.17 - Distribuição da freqüência dos RN selecionados quanto ao tipo de parto que foi atendido nos municípios do agrupamento 5, 2002-2003

CARACTERÍSTICAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
ITAPEMA		
Normal	27	56,2%
Cesário	21	45,8%
Total	48	100%

Fonte: SISPRENATAL/SINASC, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 17ª Gerência Regional de Saúde/coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional– SC, Brasil

5.6.1 Gráfico do Agrupamento 5

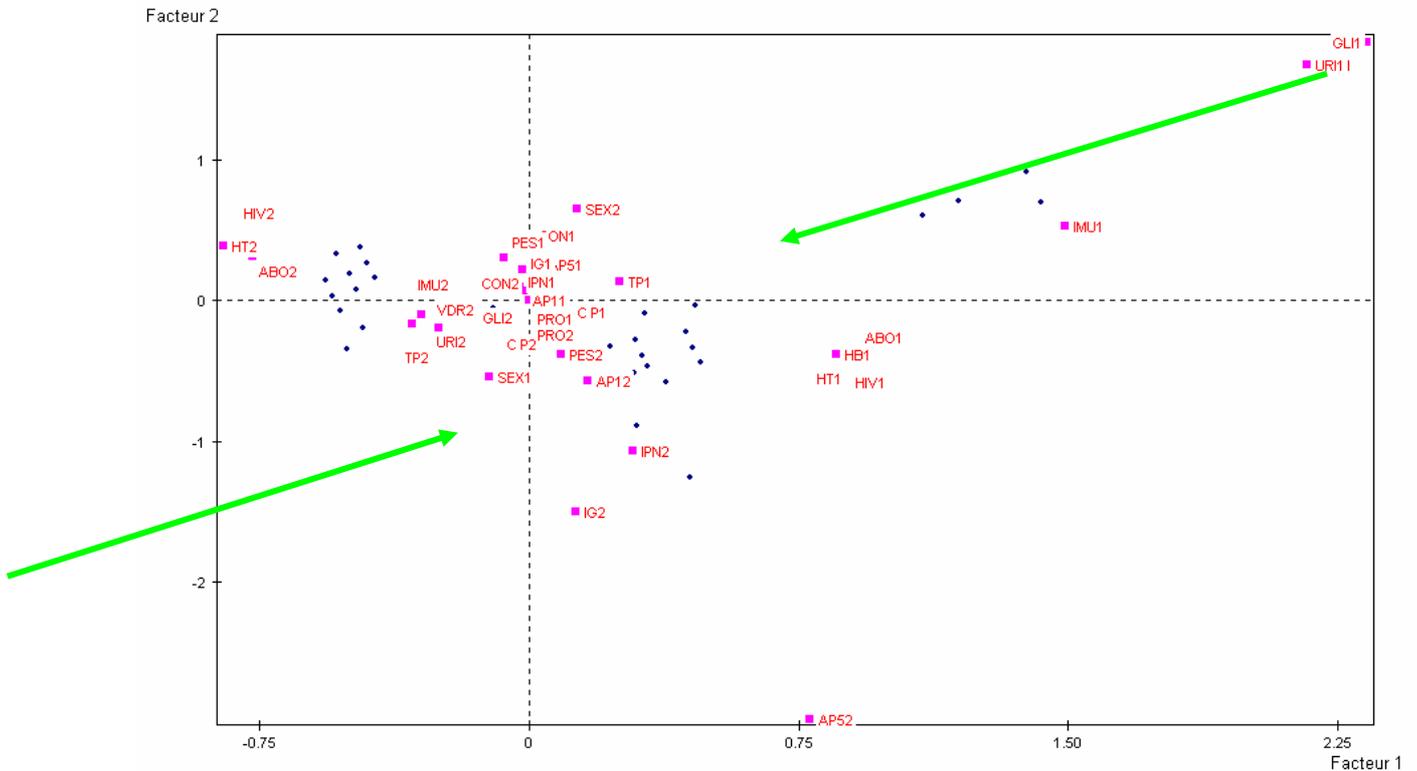


Gráfico 11 – Distribuição dos cadastros das gestantes e seus RN segundo as variáveis de processo e resultado selecionadas quanto à assistência pré-natal no município de Itapema

O município de Itapema apresenta características bastante peculiares: a tabela 5.1 revela que o início do pré-natal ocorreu em 91,7% até 120 dias de gestação, 100% das gestantes não realizaram o número de consultas preconizado pelo MS (Tabela 5.2), sendo o profissional enfermeiro responsável por 100% da assistência (Tabela 5.3); os exames preconizados tiveram uma baixa cobertura, com 45,8% de ABO-Rh, 10,4% urina do tipo 1, 6,2% de glicemia em jejum, 50% de HB e HT, 10,4% de VDRL, e o exame anti-HIV 47,9%. (Tabelas 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8 e 5.9). A imunização anti-tetânica foi concluída em 11,7% das gestantes (Tabela 5.10), já a consulta de puerpério não foi realizada em 100% das gestantes.

As variáveis de resultado neste município apresentaram proporções bastante preocupantes, 43,7% de peso do RN foi inferior a 3.000 g. (Tabela 5.12), índice de Apgar inferior a 7 no 1º minuto em 11,7%, e 2,1% no 5º minuto. Tendo 45,8% de parto cesáreo (Tabela 5.17) e 12,5% de gestações com idade gestacional inferior a 37 semanas (Tabela 5.16).

Os dois agrupamentos formados evidenciam que a realização de exames não tem relação com o número de consultas pré-natal ou o período de início desta assistência. O mesmo resultado observa-se para a imunização anti-tetânica ou exames mais específicos, como o anti-HIV. As condições do RN também não sofreram influência da adequação da assistência pré-natal.

6 DISCUSSÃO

Atualmente, o conceito de qualidade em saúde é muito amplo, dificultando o estabelecimento de critérios de avaliação da assistência pré-natal. Mas, pela necessidade urgente de implementação desta assistência no Brasil, e pela pouca modificação ocorrida nesta política ao longo do século XX, deve-se procurar dar maior importância a este tema, realizando pesquisas de avaliação, para que a implementação desta política se efetive, com uma boa execução do processo de assistência que minimize a incidência de parto prematuro e morbimortalidade perinatal, apresentando impactos positivos (MORAIS, 1999; ZAMBONATO et al., 2004; MARIOTONI; BARROS FILHO, 2000 a).

O PHPN, instituído pelo MS no ano de 2000, vem em busca da implementação da assistência pré-natal, que contemple ações de atenção básica. O objetivo do programa é estimular os estados e municípios a realizarem a captação precoce, o cadastramento e o acompanhamento pré-natal completo da gestante, incentivando a adesão destes. Para tanto, instituiu incentivo financeiro aos municípios que aderirem ao programa (BRASIL, 2001).

A assistência pré-natal visa, justamente, proporcionar a diferenciação de condutas no atendimento às gestantes de baixo risco das de alto risco, já que cada uma tem peculiaridades diferentes e necessita de cuidados específicos. Isto auxilia a equipe de saúde no processo de organização da assistência materna e perinatal, formalizando os conceitos e critérios para as diferentes abordagens. Puccini et al. (2003) e De Lorenzi et al. (2001) complementam que as estratégias de intervenção devem ser planejadas para direcionar a atenção de forma equitativa, em busca de ampliar o acesso precoce da gestante e proporcionar melhora dos indicadores populacionais de saúde.

No entanto, a assistência necessariamente precisa considerar o contexto local para obter o impacto desejado. Martins (2001) afirma ser importante o estabelecimento de ações e rotinas técnicas no atendimento pré-natal, quantitativa e qualitativamente, contemplando as realidades locais e regionais, para alcançar-se a utopia que se coloca para todas as pessoas envolvidas, com respeito à cidadania, com abrangência equitativa, diminuindo as taxas de mortalidade materno-infantil.

Assim, a assistência pré-natal se baseia em três linhas de atuação, segundo Leal et al. (2004), que são: diagnosticar e classificar as gestantes de alto risco, realizar

profilaxias específicas para gestante e feto, e educação em saúde. Visando sempre à prevenção e diminuição das taxas de morbimortalidade do grupo materno-infantil.

No entanto, para o sucesso da assistência é fundamental a adesão das mulheres ao pré-natal, que por sua vez está diretamente relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais. Esta qualidade é condição essencial para a redução dos elevados níveis de mortalidade materna e perinatal no Brasil.

Estudos epidemiológicos comprovam que a adesão refletida no início precoce da assistência e no número de consultas realizadas possibilita uma adequada assistência e causa a diminuição das taxas de morbimortalidade do grupo materno-infantil (BRASIL, 2000 a).

O MS preconiza que a assistência pré-natal deve ser iniciada até 16 semanas, com no mínimo seis consultas. Enfatiza que a captação precoce das grávidas possibilita a identificação precoce das gestações de alto risco, a realização de diagnóstico, tratamento e acompanhamento de patologias e intercorrências, buscando um bom resultado perinatal e minimizando os problemas maternos (BRASIL, 2000; PRÓSPERO, 2003; GAMA et al., 2004).

Com relação ao início da assistência pré-natal nas pacientes cadastradas no SISPRENATAL na região da AMFRI (Tabela 1), pode-se observar uma proporção de 93,2% que iniciaram seu cuidado pré-natal precocemente, isto é, até 120 dias de gestação.

Ao analisar-se individualmente os 11 municípios, observa-se um excelente resultado no cumprimento deste critério, pois nos municípios de Bombinhas, Ilhota, Penha, Porto Belo, Luiz Alves e Balneário Camboriú, 100% das mulheres foram cadastradas nesse período. Nos municípios de Navegantes, Camboriú e Itapema esta proporção foi de 99,1%; 98,1%; e 91,7% respectivamente. Os municípios com menor cobertura, no entanto considerados dentro do esperado, foram Piçarras, com 84,3%, e Itajaí, com 86%.

Contudo, há de se considerar que estes dados não correspondem à realidade da cobertura da assistência pré-natal na região, pois as proporções encontradas referem-se exclusivamente às pacientes que foram cadastradas no programa, e não às mulheres que ao ficarem grávidas tiveram acesso aos serviços de saúde.

Além disso, até dezembro de 2001, o programa SISPRENATAL somente permitia o cadastramento das gestantes com até 120 dias da concepção. Esta determinação objetivava a captação precoce das mulheres, incentivada pelo pagamento de um bônus para os

serviços que adotassem esta prática. No entanto, as mulheres fora do período preconizado eram excluídas, tanto do registro quanto da assistência. Ciente disso, a partir de 2002, o MS possibilitou o cadastramento de todas as pacientes que procurassem o serviço pré-natal, independente da idade gestacional (SERRUYA, 2003).

O que se observa ao relacionar o número de nascimentos totais dos municípios estudados (SINASC e SISPRENATAL) com os cadastros realizados nos serviços de saúde, é que esta mudança no protocolo não foi disseminada suficientemente entre os profissionais que assistem a mulher, uma vez que verifica, nas tabelas 2 e 3, a ausência de pacientes cadastradas após os 120 dias de gestação. Destaque para os municípios de Itapema, Navegantes, Luiz Alves, Penha, Piçarras, Bombinhas e Camboriú, por não possuírem nenhum cadastro desse período. O município que realizou um número maior de registros foi o de Ilhota com 18,96%.

Quanto à cobertura da assistência pré-natal em 2002 (Tabela 2), observa-se que, em alguns municípios, foi realizada de forma bastante incipiente, principalmente em Itapema (5,5%) e Camboriú (8,74%). Assim o presente estudo proporcionou o levantamento mais fidedigno da cobertura do SUS, no ano de 2002, da assistência pré-natal na região estudada.

No ano de 2003, percebe-se uma melhora expressiva da cobertura, principalmente no que se refere à captação precoce da paciente. Os municípios de melhor cobertura foram: Piçarras, que atingiu uma proporção geral de 94,21%, sendo que destas, 78,42% iniciaram precocemente o seu pré-natal; Porto Belo, com 90,24% e 89,02% de início precoce; Itajaí, com 82,56% , sendo 62,67% até 120 dias. Os de menor desempenho foram: Itapema com 20,68%, sendo 19,07% até 120 dias e Camboriú, com 25,72% e 25,49% de início precoce.

Em relação à cobertura do início precoce da assistência pré-natal no Brasil, estudo de Serruya (2003), Serruya, Cecatti e Lago (2004) ao comparar os cadastros do programa SISPRENATAL com o número total de nascimentos, encontrou uma proporção de 27,92% de gestantes no ano de 2002 com início até 120 dias.

Ao analisar os resultados por regiões, os autores observaram que no ano de 2002, na Região Sul, o Estado que melhor cumpriu este requisito – início precoce da assistência – foi o Paraná, que cadastrou 51,08% do total de gestantes; seguido de Santa Catarina, com 31,08%; e Rio Grande do Sul com 23,55%.

Outros estudos revelam que alguns dos melhores resultados, no critério início precoce da assistência, encontram-se no Norte-Nordeste, região estudada por Moura et al. (2003); Coutinho et al (2003); Lima e Sampaio (2004); Coimbra et al. (2003), que verificaram a variação das proporções da assistência com início precoce com taxas de 58,2% no Ceará; 60,2% em São Luiz do Maranhão; e em Teresina com 100%. Outro destaque em bom desempenho pode ser atribuído ao Estado do Rio de Janeiro que alcançou uma proporção de início precoce de 71,8% (LEAL et al., 2004 b).

Nos resultados ora apresentados, percebe-se que a região da AMFRI está compatível com as proporções encontradas na Região Sul do País. No entanto, será necessário muito empenho para chegar-se à situação vivenciada nos países da Europa, como a França, que atingiu um percentual de 96% de mulheres que iniciaram o pré-natal precocemente (LEAL et al., 2004 a).

Vários são os fatores que contribuem para a não captação precoce das gestantes. Os autores alertam que o início tardio e o não comparecimento às consultas podem estar relacionados à não consciência da importância desta assistência e a fatores educacionais como a baixa escolaridade, tanto da gestante como de seu companheiro. Outro motivo pode ser associado à falta de informação da importância da assistência pré-natal com o objetivo de prevenir a morbimortalidade, tanto materna como perinatal e, merece destaque, a falta de desenvolvimento de atividades educativas por parte da equipe de saúde (TREVISAN et al., 2002).

Ainda autores como Coimbra et al. (2003); Silveira, Santo e Costa (2001); Gama et al. (2004), De Lorenzi et al. (2001), ressaltam que a inadequação da assistência pré-natal esteve associada à desigualdade social, ou seja, quanto mais vulnerável economicamente for a gestante, mais deficiente a assistência. Evidenciando-se, assim, a inversão do cuidado, com a distribuição inversa dos recursos de atenção à saúde.

Outro critério de fundamental importância, selecionado no presente estudo para avaliar o processo da assistência pré-natal, foi o número de consultas realizadas. O MS preconiza o mínimo de seis consultas de pré-natal quando este é classificado de baixo-risco. Alguns países como a Finlândia, a Noruega e os Estados Unidos adotam de oito a nove consultas, para obter uma boa qualidade da assistência, refletida num bom desempenho dos resultados perinatais. Já na Suíça, o protocolo prevê de três a quatro consultas no pré-natal, o mesmo número proposto atualmente pela OMS. Este modelo difere do brasileiro, no entanto, oferece facilidade de acesso ao conjunto de ações necessárias para garantir maior efetividade

do processo, principalmente no que se refere à realização dos exames laboratoriais (BRASIL 2000 a; BRASIL, 2001 b; BRASIL, 2002 b; COIMBRA et al., 2003; GAMA et al., 2004; FERREIRA, 2001).

Tanto Serruya (2003) como Trevisan et al. (2002), em defesa do modelo proposto pela OMS, alegam que o critério de número de consultas isoladamente não garante a qualidade da atenção pré-natal. O grande entrave do modelo do MS proposto pelo PHPN está no tempo perdido entre a solicitação dos exames até o retorno da paciente com o resultado, podendo levar meses até o diagnóstico e oferecimento do tratamento necessário.

Nos dados das tabelas 1.1, 2.1, 3.1, 4.1 e 5.1, verifica-se uma grande variação na proporção do número de consultas realizadas. O município de Itapema não atingiu o preconizado, não concluindo a assistência pré-natal de nenhuma paciente cadastrada no programa. Já o município de Ilhota atingiu 100% das pacientes cadastradas. Os demais municípios apresentaram as seguintes proporções: Navegantes, 46,8%, Balneário Camboriú, 53,9%, Camboriú, 74,3% e Itajaí 72,3%. Destacam-se os municípios de Piçarras, 84,3% e Penha, 95,3%.

Os dados apresentados em nosso estudo, com exceção de Itapema, são superiores aos verificados no Brasil pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que utilizou a base de dados do SINASC e verificou que 45,6% das mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal em 2001. A região de menor desempenho foi a Norte, com 26,2%. As de melhor desempenho foram a Sudeste, com 55% e Sul, com 56,3% (BRASIL, 2004 a).

Já em uma microrregião do Ceará, foi observado que 75% das mulheres tiveram quatro ou mais consultas e 50% realizaram até mais de seis consultas (MOURA et al. 2003); em Teresina, a cobertura para este indicador ocorreu em 63,9% (LIMA; SAMPAIO, 2004); no município do Rio de Janeiro, esta proporção variou entre 58,8% e 61,2% (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004); em Juiz de Fora, as proporções encontradas por Coutinho et al. (2003) alcançaram 33,8%; e na cidade de Campinas, Ferreira (2001) encontrou melhores índices (88,6%); em Itajaí, município da região estudada, foi encontrada por Próspero (2003) uma proporção de 38,7% em sete ou mais consultas, pois a autora estudou a DN que usava este intervalo da variável.

Sabe-se que a consulta pré-natal é de suma importância para se realizar orientações e detectar intercorrências próprias do período gestacional. No entanto, grande

número de gestantes recebe atenção pré-natal inadequada, de acordo com os critérios estabelecidos pelo programa do pré-natal e nascimento. Merece destaque, em pesquisas realizadas, o elevado percentual de grávidas que iniciaram tardiamente o acompanhamento pré-natal, e a não realização de todos os exames complementares (BRASIL, 2001; DE LORENZI et al., 2001).

Os dados encontrados no presente estudo corroboram esse achado, isto é, a maioria dos municípios estudados apresentou relação entre o início precoce da assistência pré-natal e o cumprimento da maioria dos itens do protocolo instituído pelo PHPN, dentre eles a realização dos exames obrigatórios (gráficos 2 a 10).

O inverso também se verificou. A ocorrência de gestantes que realizaram um número inadequado de consultas, ou iniciaram tardiamente o atendimento, interferiu negativamente no cumprimento da maioria dos itens do protocolo do PHPN. Em alguns casos, como nos agrupamentos 1 e 2 (gráficos 2,3,4,5,6,7), esta interferência negativa também ocorreu nas condições do recém-nascido, como peso, Apgar e Idade Gestacional, considerados neste estudo como resultado da assistência pré-natal.

Como já citado, Trevisan et al. (2002) afirmam que o número de consultas, isoladamente, não garante a qualidade da atenção pré-natal, portanto, se faz necessária a discussão e o estudo dos fatores associados que garantam mais efetividade da assistência.

É interessante citar Halpern et al. (1998), que referem não haver associação entre o número de consultas pré-natais e melhores condições perinatais e maternas, pois observaram em pesquisas que a realização do pré-natal está relacionada com mulheres que decidiram fazer o acompanhamento porque têm consciência da importância de medidas preventivas em saúde (uma vez que pode tratar-se de um fenômeno de auto-seleção), pois apresentam características que permitiriam ter melhor saúde mesmo se não consultassem. No entanto, nossos resultados ora obtidos, através dos agrupamentos formados, mostraram relação entre as condições perinatais e a adequação da assistência pré-natal.

Concorda-se com Monteiro et al (2000), segundo os quais a disponibilidade e a qualidade da assistência que os serviços de saúde oferecem às gestantes, aos recém-nascidos e às crianças constituem condicionantes importantes da evolução das condições de saúde na infância. São conhecidas e encontram-se bem documentadas, por exemplo, as relações entre falta ou deficiência de assistência pré-natal e a restrição de crescimento intra-uterino, a prematuridade e, por extensão, o aumento da morbimortalidade infantil.

Dentre as causas que podem impedir a realização do número de consultas preconizado pelo PHPN podem-se citar as desigualdades sócio-econômicas, que continuam interferindo na realização do pré-natal, pois as pacientes de baixa renda apresentam um pré-natal inadequado de 16%, enquanto que entre as de melhores condições a inadequação ficou em índices menores que 1% (HALPERN et al, 1998).

Também, o nível de escolaridade materna interfere significativamente na qualidade da assistência pré-natal. Reconhece-se, pois, que a saúde é resultante de fatores governamentais, sociais e educacionais, e está intrinsecamente ligada à capacidade de autocuidado da população, influenciada diretamente pelo seu nível de instrução (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001).

Próspero (2004) refere que o Brasil tem avançado e vem melhorando a assistência pré-natal, como resultado de implementação de propostas do MS, mas não de forma ideal, pois somente 50,5% das gestantes realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Além disso, esta recomendação não atinge igualmente as mulheres, pois entre as com menor escolaridade, 75% não obtiveram um bom acompanhamento, corroborando estudos já realizados por Trevisan et al. 2002; Gama et al. 2004; Brasil, 2004 a; Próspero, 2003.

Quanto à solicitação dos exames de rotina pré-natal, o MS preconiza que na primeira consulta seja realizado: hemograma completo, tipagem sanguínea e determinação do fator Rh, VDRL, exames comuns de urina, glicemia de jejum, teste anti HIV. Na segunda bateria de exames, feitos na trigésima semana de gestação, prevê-se a realização do hematócrito, hemoglobina, VDRL, exame comum de urina e glicemia de jejum (BRASIL 2001).

O cumprimento do protocolo instituído como mínimo obrigatório pelo MS, de exames laboratoriais, auxilia na investigação, diagnóstico e tratamento das possíveis intercorrências da gestação. No campo da obstetrícia, todos estes exames assumem importância sem igual, porque revelam se a mãe está com algum tipo de infecção que possa passar para o bebê e comprometer o desenvolvimento, ou interromper a gestação precocemente.

Infelizmente, muitas mulheres confundem pré-natal com check-up e se tranquilizam ao realizarem mil e um exames de sangue, urina e ultra-som. É muito importante afirmar que nenhum exame pode, ao início do pré-natal, assegurar a boa evolução da gravidez. Para tanto, deverá haver um bom entrosamento entre o profissional e a paciente,

para juntos identificarem qualquer anormalidade e poderem corrigi-la a tempo (GALLETTA, 2000 a).

Os dados das tabelas 1.3, 2.3, 3.3, 4.3 e 5.3 apresentam as proporções de realização dos exames ABO- Rh revelando uma variação entre: 45,8% em Itapema e 66,9% em Balneário Camboriú, representando os piores resultados. Já nos municípios de Camboriú e Itajaí, as proporções foram de 75,2% e 82,3%, respectivamente; os municípios com as melhores proporções dos exames ABO-Rh foram Bombinhas, Ilhota, Luiz Alves, Navegantes, Penha, Piçarras, Porto Belo, que apresentaram proporções entre 95,7% e 100%.

Tipagem sanguínea e fator Rh são exames de suma importância. Ribeiro et al. (2004) salientam que o conhecimento deste não só facilita uma transfusão sanguínea na hora do parto frente a uma hemorragia, como também é meio de prevenção de eritroblastose fetal ou doença hemolítica do recém-nascido.

Esse resultado revela uma boa cobertura nos municípios da região da AMFRI quanto a este critério, quando comparado a estudos realizados por Ribeiro et al. (2004), e Silveira, Santos e Costa (2001), que observaram o cumprimento da realização de tipagem sanguínea e fator Rh na população estudada em 87% e 86,3%, respectivamente.

Portanto, como demonstrado, a assiduidade das visitas indica maior probabilidade do cumprimento do protocolo destes exames, pois nos municípios de Itapema (gráfico 11), Balneário Camboriú (gráfico 10), Camboriú (gráfico 8), Itajaí (gráfico 9), e Navegantes (gráfico 7) a realização deste exame esteve relacionada, principalmente, ao comparecimento da gestante no número de consultas preconizado (maior ou igual a seis). Vê-se, por esse dado, como uma política de assistência pré-natal bem executada reduz, sobremaneira, a incidência de complicações e tem papel fundamental na prevenção e proteção do binômio mãe/recém-nascido (PRÓSPERO, 2003; MORAIS et al., 1999; GAMA et al., 2004).

Outra afecção comum no período gestacional é a infecção urinária: sua incidência é de 5 a 10%, podendo se apresentar sintomática ou não. Dessa forma, é fundamental a realização do diagnóstico precoce deste evento que, além da clínica, deve ser acrescido com exame de urina tipo I (DUARTE et al., 2002; FERREIRA, 2001).

Quanto ao exame de urina, é importante dizer que, ao contrário do que a maioria das pessoas pensa, ele não serve simplesmente para diagnosticar a infecção urinária.

Revela, também, se o rim está em bom funcionamento, se a concentração de urina está normal, se existem sinais de cálculos ou de doença renal responsável pela perda de proteína ou células pela urina, infecções virais, bacterianas ou de protozoários. Tais exames quantificam o tipo de resposta imunológica, mediante a produção de anticorpos específicos, com intuito de controlar tais infecções (DUARTE et al., 2002).

Os dados das tabelas 1.4, 2.4, 3.4, 4.4 e 5.4 apresentam os resultados quanto à realização do exame de urina tipo 1, critério do protocolo estabelecido pelo MS. Os municípios que atingiram melhores proporções foram Porto Belo e Ilhota com 100%, Penha, Bombinhas, Piçarras e Luiz Alves com proporção de 96,9%, 96,5%, 90,7% e 83,3%, respectivamente. Já os municípios de Navegantes com 58,9%, e Itajaí com 56,4%, apresentaram um desempenho satisfatório. Os municípios de pior resultado foram Balneário Camboriú, com 48,7%, Camboriú, com 44,8%. O município de Itapema apresentou proporção de 10,4%.

Corroborando com o encontrado no presente estudo, em relação à realização dos exames de urina preconizados pelo PHPN, estudos realizados por Coutinho et al. (2003) em Juiz de Fora, Dias-da-Costa et al. (2004) em Pelotas, Ribeiro et al. (2004) e Ferreira (2001) em Campinas, junto às usuárias do SUS, referem proporções que vão de 30%, 42%, 54,7% a 96,5% respectivamente.

A melhora do cumprimento do protocolo instituído pelo PHPN se faz necessária pois, além do exame de urina tipo I, com vistas à redução das taxas de infecção urinária e suas complicações na gestação, deve ser solicitada uma urocultura, precocemente no pré-natal, com o objetivo de diagnosticar a infecção assintomática, proporcionando uma atenção pré-natal mais adequada. (DUARTE et al., 2002; FERREIRA, 2001).

O exame de glicemia tornou-se critério para a conclusão do pré-natal pelo M.S., por ser recomendado pelo Consenso Nacional de Diabetes e Gravidez, e também por dados epidemiológicos e pelo mesmo já fazer parte da rotina pré-natal instituída anteriormente. Serruya, Cecatti e Lago (2004) referem que, inicialmente, devemos entender que toda mulher que engravida tem o risco de desenvolver diabetes gestacional, que seria uma dificuldade de a mulher lidar com o excesso de glicose de sua alimentação, vindo a apresentar teores de glicose elevados no sangue, o que poderia comprometer o desenvolvimento do feto, aumentando o risco de morte da sua criança logo após o parto (GALLETTA, 2000 b).

Assim, o exame de glicemia de jejum, é de suma importância para a detecção e prevenção de diabetes gestacional. O diabetes influencia no aumento da incidência de infecção urinária e pielonefrite, e com o diagnóstico precoce e o tratamento pode-se reduzir em 10% a incidência de DHEG. No entanto, em gestantes com diabetes de longa duração e nefropatia aumenta o risco de desenvolver-se a toxemia, agravando o prognóstico fetal (MONACI; LERÁRIO, 2000; BERTINI; CONZ, 2003; BERTINI, 2000; BURROUCHS, 1995).

Como é constatado por Mascaro et al. (2002), Abrelarach e Callan (2001), Galleta (2000), Kruse (1992), o diabetes *mellitus* está presente como complicação entre 2,2% e 7,9% das gestações, portanto, o controle dos níveis glicêmicos maternos é o recurso que deve ser utilizado, por meio do rastreamento, principalmente nas de maior risco, quais sejam: aquelas acima de 35 anos; sobrepeso; com antecedentes familiares de diabetes e história pregressa de RN com mais de 4.000 g. de peso ao nascer; natimorto ou que morreram logo após o parto sem explicação adequada (GALLETTA, 2000; e KRUSE, 1992).

A frequência encontrada em nosso estudo para a realização deste exame variou entre 44,8% e 100%, com exceção do município de Itapema, que, por sua precariedade já apresentada anteriormente, só proporcionou o exame para 6,2% das gestantes cadastradas.

Os municípios que melhores proporções atingiram quanto à realização dos exames de glicemia de jejum preconizados pelo MS foram: Ilhota e Porto Belo com 100%; Penha, com 96,9%, Bombinhas, com 96,5%, Piçarras, com 88% . Já os municípios de Luiz Alves 55,5% , Navegantes 58,9%, Itajaí 55,2% , Camboriú 44,85% e Balneário Camboriú com 51,5% que segundo Ribeiro et al. (2004) representam baixa cobertura na realização do exame de glicemia de jejum (Tabelas 1.5, 2.5, 3.5, 4.5 e 5.5).

As proporções encontradas no estudo em tela apresentaram, na maioria dos municípios, melhores resultados no que se refere à realização do exame de glicemia de jejum em relação ao encontrado por Coutinho et al. (2003) com registro de exame de glicemia de jejum em 31,1% gestantes (Juiz de Fora) ; já Ribeiro et al. (2004) encontraram uma cobertura maior, de 66,9%; e Ferreira (2001), em Campinas, encontrou registro em 94,4% dos prontuários ; e 62,8% em relação à segunda coleta proposta pelo PHPN.

A maioria dos autores confirma que a mortalidade materna associada à diabetes gestacional é rara, tendo declinado para 0,5% após a insulina. No entanto, há de se considerar a existência de associação de fatores como: nível sócio-econômico cultural,

conhecimento e atendimento no tratamento médico-ambulatorial exigido por esse tipo de paciente (MONACI; LERÁRIO, 2000; BERTINI; CONZ, 2003; BERTINI, 2000; BURROUCHS, 1995).

Assim, pode-se afirmar que a assistência à grávida diabética é sintetizada na importância do controle dos níveis glicêmicos, e da incidência de infecções (MONACI; LERÁRIO, 2000; BERTINI; CONZ, 2003; BERTINI, 2000; BURROUCHS, 1995).

Outros exames fundamentais que devem ser realizados são os relacionados ao rastreamento das anemias gestacionais durante a gestação, quando o aumento desproporcional do volume plasmático resulta numa diminuição do hematócrito, de 3 a 5%. Para se avaliar anemia, deve-se observar diminuição na hemoglobina, a uma taxa inferior de 11 g/dL (KOLP; BLAKEMORE, 2001; FERREIRA, 2001).

No que se refere ao diagnóstico e ao tratamento da anemia, Ferreira (2001) afirma que para a prevenção dos efeitos deletérios desta para o feto e a mãe, deve ser feito primordialmente o controle rigoroso das taxas de HT e HB, pois estas interferem na diminuição de baixo peso ao nascer e prematuridade, uma vez que taxas de hemoglobina abaixo de 6g/dL representam risco aumentado de morte materna.

Considerando que a anemia continua sendo uma das doenças mais prevalentes na gestação, devido ao aumento da necessidade de ferro durante esse período, a avaliação do hematócrito (HT) e hemoglobina (HB), segundo Papa et al. (2003), é muito importante, pois a anemia prévia predispõe à deficiência de ferro na gestação, e principalmente na gestante adolescente, dado já comprovado em vários estudos.

O hemograma é o exame mais utilizado para a identificação do HT e da HB. Na região da AMFRI, a realização deste exame, apresentado nas tabelas 1.6, 1.7, 2.6, 2.7, 3.6, 3.7, 4.6, 4.7, 5.6 e 5.7, variou entre 50% em Itapema e 100% em Bombinhas, Ilhota, Penha, e Porto Belo.

Silveira, Santos e Costa (2001), ao analisarem registros quanto à realização de HB, HT em Pelotas, constataram proporções entre 48,1% em 2000, 74,7% em 1994, 69,9% em 1997 e 54,7% em 1998, mostrando que dependendo do local e do profissional que atua na atenção pré-natal, temos taxas diferenciadas de realização e anotação dos exames na mesma cidade (DIAS-DA-COSTA et al., 2000). Os dados encontrados são inferiores principalmente aos dos municípios do agrupamento 1, que apresentou as melhores proporções destes exames na região da AMFRI.

Os gráficos 7, 8, 10 revelam a relação direta entre a não realização dos exames de HB, HT nos municípios de Navegantes, Camboriú, e Balneário Camboriú com a inadequação da assistência pré-natal, no que se refere ao cumprimento do número preconizado de consultas.

Os exames de HB, HT têm a sua importância confirmada em estudo na cidade de Campinas, onde encontraram-se proporções pequenas de anemia na realização do primeiro exame em 11% a 14,5% das gestantes, que segundo Ferreira, (2001), são taxas abaixo do referido na literatura – 20% a 80%; já na segunda triagem, a incidência de anemia foi de 29% a 37%, o que vem comprovar a necessidade de controle, diagnóstico e reposição de ferro conforme a necessidade da paciente, em forma de tratamento ou profilaticamente, como orienta o MS (BRASIL, 2000 a).

O exame de VDRL para diagnóstico e tratamento da sífilis deveria ser disponibilizado para 100% das mulheres, pois segundo Moura, et al. (2003); Brasil, (2002); Radis, (2002); Lorenzi e Madi, (2001); Reiche, (2000); Ferreira, (2001), os estudos sorológicos para a detecção das infecções transmitidas verticalmente são de grande importância para a saúde pública. Todos reafirmam a necessidade de realização rotineira para o diagnóstico e tratamento desta doença infecciosa, prevenindo a transmissão aos RN e reduzindo assim a incidência da sífilis no Brasil.

Como a sífilis congênita é indicador utilizado pelo MS para categorizar o serviço de assistência pré-natal de qualidade ou não (BRASIL, 2000 a), o exame de VDRL, para detecção da sífilis, não poderia deixar de ser critério de estudo, e de conclusão da assistência pré-natal do PHPN.

Os autores afirmam que a falta de capacitação e atualização, e o comprometimento dos profissionais de saúde com a assistência pré-natal, são fatores a serem avaliados e considerados, na má qualidade da assistência, medida com a persistência da sífilis congênita no Brasil. Pela possibilidade de transmissão vertical da sífilis o MS instituiu no seu protocolo a realização de dois exames de VDRL, um na primeira consulta e o 2º exame após a 30ª semana.

Esta determinação é embasada pelas complicações da sífilis nos casos não tratados, durante a gestação, podendo resultar em morte intra-uterina em 25% dos casos. Já na sífilis primária ou secundária, cerca de 100% dos fetos poderão ser comprometidos, e em 50% ocorrer sífilis congênita. Na sífilis latente, a incidência de transmissão vertical é de 40%,

prematuridade de 20%, natimorto 16%, neomorto 4%. As complicações são menos severas quando a doença materna for antiga, acima de um ano. (BRASIL, 1999; NAUD et al., 2000; BARROS, 2002; PORTO, 1999; ENKIN et al., 2005).

Além da investigação materna, Naud et al. (2000) recomendam a testagem de todos os recém nascidos que apresentem febre, mesmo os sem achados típicos de infecção congênita.

A realização do exame de VDRL na região da AMFRI apresentou uma frequência muito baixa, no município de Itapema, numa proporção de 10,4%; taxa insatisfatória nos municípios de Camboriú, com 45,7%; Balneário Camboriú, com 48,5%, Itajaí, com 54,3% e Navegantes, com 58,2% (Tabelas 2.8, 3.8, 4.8, e 5.8).

Já os municípios do agrupamento 1 (Bombinhas, Penha, Piçarras e Porto Belo), constante da Tabela 1.8, apresentaram os melhores resultados, tendo proporções que vão de 88% a 100%.

Os gráficos 4, 6, 7, 8, 9 formaram agrupamentos vinculando o início tardio da assistência pré-natal e a inadequação do número de consultas, com a não realização dos exames preconizados, como é o caso do VDRL, principalmente na repetição do exame no terceiro trimestre de gestação.

Ferreira et al. (2001) referem proporções variando de 85,2% a 95,2%, na realização do primeiro exame, com uma queda significativa ao ser somada à realização do 2º exame, após a 30ª semana, com proporções de 60,4%, o que se aproxima a resultados de alguns municípios desta pesquisa. Esse autor alerta para a importância da triagem em dois momentos, pois há possibilidade de a gestante se contaminar no decorrer da gestação.

O HIV (vírus da imunodeficiência humana), de transmissão sexual, tem uma passagem significativa pela placenta. Se não detectado a tempo, poderá infectar a criança. Apesar de o Ministério da Saúde preconizar não só o teste como também o tratamento das gestantes, ainda há muitas mulheres que, não fazendo o exame ou fazendo-o muito tarde, não se beneficiam de tais recursos, contribuindo para o aumento da AIDS nas crianças brasileiras, o que é fato de grande repercussão social (GALLETTA, 2000 a).

Como o exame anti-hiv não é obrigatório, no Brasil, o Ministério da Saúde preconiza a oferta e o aconselhamento para gestantes, nos serviços públicos de pré-natal, visando evitar que a mulher chegue no momento do parto sem saber o seu *status* sorológico, a fim de possibilitar atendimento adequado (BRASIL, 2000; OSELKA, 2001).

Salienta-se a importância do apoio dos profissionais de saúde no momento da oferta do teste anti-HIV e da entrega do resultado. Pois, um resultado positivo, pode fomentar reação negativa, não só da gestante, mas envolve as pessoas com quem ela se relaciona. É importante mencionar a possível desestruturação da união conjugal, quando o transmissor tenha sido o companheiro (ISRAEL, 2002; BRASIL, 2002-2003; MARQUES et al., 2002).

Sabe-se que a prevenção é o único meio de controle da propagação do HIV e a realização do exame anti-HIV é importante porque possibilita a redução da transmissão vertical, pois a profilaxia só é realizada quando se conhece a gestante soropositiva. Isto impõe aos gestores de políticas de saúde o estabelecimento de estratégias eficazes para o rastreamento da infecção nas grávidas, protegendo assim o futuro do bebê. Nestes casos, proteger significa evitar a contaminação do feto.

A realização da sorologia anti-HIV tem seus resultados apresentados nas tabelas 1.9, 2.9, 3.9, 4.9 e 5.9; tendo proporção alcançada de 100% em Ilhota; 95,4% em Navegantes; 94,4% em Luiz Alves; 92,2% em Penha; 81,5% em Piçarras; 79% em Camboriú; 78,5% em Itajaí; e 72,4% em Bombinhas, os municípios de melhores resultados. Já os municípios de Balneário Camboriú, 63,5%; Porto Belo, com 52,7% e Itapema, com 47,9% aparecem com menores proporções de realização.

Os autores salientam que a cobertura de realização de testes no período pré-natal está muito inferior ao desejado. E destacam ainda que a cobertura do exame anti-HIV é menor nas gestantes mais vulneráveis à infecção, em decorrência, principalmente, de fatores como a baixa adesão ao serviço pré-natal. Esta inadequação da assistência pré-natal dificulta, tanto o diagnóstico, como a profilaxia, em caso de soropositividade. O momento da transmissão do vírus da mãe para o feto é crucial e deve-se interferir com drogas durante o trabalho de parto, bem como posteriormente ao nascimento. Deve-se observar que a amamentação é proibida (MARQUES et al., 2002; CARVALHO et al., 2001).

A falha na identificação da infecção do HIV durante a gestação constitui a principal dificuldade da assistência. Estudo realizado por Marques et al., (2002) constatou que em 40 gestantes infectadas, que realizaram mais de cinco consultas de pré-natal, somente 68% souberam seu status sorológico durante a gestação, e 32% só após o parto. Outro problema em relação à testagem do exame anti-HIV são as poucas mulheres que não realizam o pré-natal. Estas constituem um problema de difícil solução. Muitas vezes, são as que estão entre a população de risco pela maior vulnerabilidade à infecção do HIV, pois têm condições

sócio-econômicas desfavoráveis, são marginalizadas, com baixo nível educacional e as que mais usam drogas ilícitas (MARQUES et al., 2002).

A transmissão vertical, segundo Carvalho et al. (2001) e Ferreira (2001) é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil, sendo esta a forma de transmissão responsável por 90% dos casos notificados de AIDS nessa faixa etária.

As primeiras informações publicadas com referência à transmissão vertical (TV) de HIV eram de 50%, se devendo isso ao fato de que a maioria das mães era sintomática. Hoje, com a detecção precoce do vírus e o tratamento oferecido com Zidovidina, se reduziram as taxas de TV de 22,6%, para 7,6% (AMARAL, 2000; BRASIL, 2004; COGAN; BLAKEMORE, 2001). Em caso de uso combinado de antiretrovirais e cesariana eletiva em gestantes com carga viral menor que 1000 cópias/ml, ao final da gestação, as TV reduzem-se ainda mais, atingindo 0 a 2% (BRASIL, 2004).

Santos et al. (2002) concluem que as mulheres HIV positivas têm direitos sexuais e reprodutivos que necessitam ser conhecidos e respeitados por todos os serviços de saúde, e estes devem promover aconselhamento e apoio em ambiente que permita a estas mulheres e seus parceiros condições para tomada de decisões conscientes quanto a sua sexualidade e reprodução. Nesse trabalho foi constatado que somente um terço das pacientes referem ter recebido apoio no aconselhamento pós-teste; 12% queixam-se do desrespeito dos profissionais de saúde, e a maioria não recebeu nenhum aconselhamento. Algo inadmissível, tanto quanto as falhas de imunização anti-tetânica, pois é sabido que a vacinação de gestantes evita o tétano neonatal (TNN), e protege igualmente a mãe do tétano acidental (BRASIL, 2002).

Estudos realizados na Região das Américas indicam que 78% dos casos de TNN ocorreram em recém-nascidos cujas mães tiveram pelo menos duas gestações anteriores, o que sugere oportunidade perdida de terem sido vacinadas em algum momento quando levaram seus filhos a um serviço de saúde (BRASIL, 2002). No Brasil, o número de casos notificados do tétano neonatal caiu de 272 em 1986, para 11 casos em 1995. O IBGE referiu apenas oito casos em 1997. Acredita-se, no entanto, que estes números estejam bastante subestimados (MACÊDO, 2004).

O controle do TNN tem como estratégica básica a vacinação das mães no atendimento pré-natal, e constitui uma rígida meta de saúde consensualizada na reunião da

Cúpula Mundial em Favor da Infância, em 1990, que previa até o ano de 1995 a erradicação do TNN em todo o mundo (MORAIS; PEDROSO, 2000).

Atualmente, a OMS recomenda a utilização de cinco doses, independentemente de que a mulher esteja grávida, como forma de assegurar proteção imunológica definitiva no período fértil (MACÊDO, 2004).

Os dados das tabelas 1.10, 2.10, 3.10, 4.10, 5.10 quanto à imunização anti-tetânica, critério obrigatório de conclusão da assistência pré-natal proposta pelo PHPN nos municípios da AMFRI, apresentaram proporções que variaram de 11,7% em Itapema; 57,1% em Itajaí; 58,3% em Balneário Camboriú; 62,8% em Camboriú, sendo estes os municípios que menos cumpriram este item protocolado pelo PHPN. Já os municípios de Luiz Alves e Navegantes alcançaram 72,2% e 71,8%, respectivamente.

Os municípios que compuseram o agrupamento 1 realizaram a melhor cobertura deste item na região, atingindo 83,3% em Porto Belo; 89,6% em Bombinhas; 92,2% em Penha; 98,1% em Piçarras; e 100% em Ilhota.

O mapa mundial de imunização anti-tetânica das gestantes atinge proporções que variam entre 36% no Leste da Ásia e Pacífico; 39%; nos países Africanos ao Sul do Saara; 59% no Oriente Médio e Norte da África; 57% na América Latina e Caribe; e 74% na Ásia Meridional. Já no conjunto dos países em desenvolvimento, a proteção da vacina contra o tétano alcança 52%, caindo para 48%, no bloco das nações menos desenvolvidas (UNICEF, 1998).

A situação do Brasil não é muito favorável, pois na avaliação do banco de dados do SISPRENATAL, Serruya, Cecatti e Lago (2004) encontraram proporções de cobertura aquém do ideal, com 41,01% no ano de 2002. Esses autores ressaltam que, por ser a erradicação do tétano neonatal uma meta do MS, a organização da assistência deve buscar melhorar, ampliando a cobertura deste indicador.

Isto já se observa em algumas regiões do Brasil, pois o resultado de pesquisas confirma que a imunização antitetânica alcançou proporções de 74,5% a 100% em uma microrregião do Ceará; 76,9% no município do Rio de Janeiro; 84,9% em Pelotas (MOURA et al., 2003; SANTOS et al., 2002; LEAL et al., 2004 b; RIBEIRO et al., 2004).

Estão em consonância com estes os resultados da presente pesquisa, que apresentam proporções variando de 57,1% em Itajaí a 100% no município de Ilhota. O município de Itapema mais uma vez se faz exceção, pois sua proporção de imunização

(11,7%) não é comparável com proporções de nenhum lugar, por ser muito aquém do esperado.

Fica evidenciado que a não realização da imunização antitetânica, e a falta de anotações deste item pelo profissional caracteriza a insuficiente atenção a esse aspecto por parte dos profissionais de saúde, seja quanto à importância desse registro ou quanto à própria prevenção do tétano neonatal, que deve ser realizada em 100% das gestantes (COSTA et al., 2002). Os mesmos salientam a importância do processo de educação em saúde, durante o acompanhamento do pré-natal, visando à prevenção e promoção da saúde do binômio.

A consulta do puerpério é outro momento-chave no processo, pois visa a executar a vigilância às puérperas, com uma adequada orientação, que se faz necessária a fim de auxiliar a adaptação a esta nova fase, de transição, pois a mãe se encontra vulnerável às pressões emocionais e físicas, que já vinham ocorrendo (AFONSO, 2000; KANIGOSKI, 2000).

A proposta do PHPN é que a consulta de puerpério seja o momento em que se presta assistência à mulher na sua integralidade. Devem ser indispensáveis os cuidados com a sua evolução puerperal, aleitamento materno e incluir a participação da família nesta fase de aquisição. Como item de encerramento da assistência pré-natal, esta deve ser realizada até 42 dias após o parto (SERRUYA,2003).

Este critério do PHPN neste estudo apresentou uma frequência bastante variada, atingindo em Piçarras e Ilhota 100%; em Penha 93,7%; em Porto Belo 88,9%, sendo estes os municípios de melhor cobertura. Já o município de Bombinhas apresentou 69% de cobertura da consulta puerperal, sendo acompanhado nesta proporção por Luiz Alves, com 66,7%; Itajaí, com 57,3%. Os municípios que menor cobertura apresentaram foram Camboriú, com 48,6%; Balneário Camboriú, com 44,9%; e Navegantes, com 37,1%. Itapema foi exceção: não apresentou cobertura alguma deste critério, mostrando mais uma vez a precariedade do serviço pré-natal nesse município.

Ao observar-se os gráficos 2, 3, 6, 8, 9, visualiza-se o grande entrave da conclusão da assistência pré-natal na região da AMFRI, com o descumprimento do protocolo instituído pelo PHPN. Nos agrupamentos da adequação da assistência pré-natal, a variável de não realização da consulta puerperal figura isoladamente, permitindo concluir que o não cumprimento desse critério destitui o município de encerrar a assistência como preconizado, conseqüentemente, de receber o bônus oferecido.

Não se pode deixar de referir o estudo de Serruya (2003), do banco de dados do SISPRENATAL, que encontrou resultados semelhantes, pois quando a consulta puerperal foi analisada como critério de conclusão da assistência pré-natal, a proporção encontrada no Brasil atingiu somente 10% das gestantes cadastradas no programa. A consulta de puerpério, quando desvinculada dos outros critérios instituídos pelo programa, alcança proporção de 19%.

Segundo essa autora, várias são as justificativas para a baixa adesão das pacientes ao retorno puerperal. Desde não terem estratégias suficientes, até que as mulheres não retornam ao serviço. O que é possível de se contestar, pois pelas altas taxas de vacinação de hepatite B e BCG, que são imunizações do RN ao nascer, essas mulheres retornam sim ao serviço, mas os profissionais não utilizam esse momento como oportuno para a conclusão da assistência pré-natal. Há, ainda, a possibilidade de, em caso de haver unidade de PSF, realizar-se esta consulta com uma visita domiciliar, sendo tais estratégias simples e de grande efetividade.

O adequado acompanhamento do parto e puerpério e a melhoria da humanização da assistência no período gravídico e puerperal é estabelecido pelo MS como responsabilidade dos serviços de saúde. Portanto, os municípios da região da AMFRI devem buscar a implementação deste item que é preconizado pelo MS como uma estratégia com objetivo de prevenção das complicações indesejadas, para mãe e RN (BRASIL, 2000, SERRUYA, 2003; BACHA, 1997).

Argumentam ainda, as autoras, que muitos profissionais dão por encerrada a assistência no momento do parto, por considerar que após este evento, a necessidade de cuidado acaba, sendo este o motivo de a cobertura da consulta puerperal aparecer como um dos aspectos mais deficientes da assistência no ciclo grávido-puerperal. Fato observado por Serruya (2003); Brasil, (2004); Próspero, (2004) que encontraram incidência de puérperas que não retornaram à unidade para realizar consulta em proporções de 55% em 2000, e 53% em 2003, no Brasil.

Respaldado por esses achados, o MS considera a melhora deste panorama como um desafio a ser vencido com decisão política para a implementação de ações. Pois o tema requer a intersectorialidade nas ações, com participação ativa da sociedade civil, já que envolve atividades de busca por melhores condições sociais e econômicas da população.

Visualizando estas necessidades, o MS lançou a campanha “Primeira semana: saúde integral”, em novembro de 2004, através do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Secretaria de Atenção à Saúde. Estas políticas públicas e de desenvolvimento vêm implementar as ações do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e pretendem garantir o atendimento à puérpera e ao RN, com protocolos e serviços de referência (BRASIL, 2004; PRÓSPERO, 2004).

Os dados das tabelas 1.13, 2.13, 3.13, 4.13 e 5.13, relativos ao sexo do RN, demonstram que houve predomínio de nascimentos de crianças do sexo feminino, nos municípios de Ilhota, com 77,8%; Camboriú, com 52,2%; Bombinhas, com 51,7%; e Navegantes, com 50,3%. Já os do sexo masculino predominaram nos municípios de Luiz Alves, com 61,1%; Porto Belo, com 55,6%; Piçarras, com 53,7%; e Penha, com 51,3%.

Estes achados são importantes pois, conforme os gráficos 2, 3 e 5, formou-se um agrupamento relacionando o sexo feminino com a maior probabilidade de obter peso inferior a 3000g. Este fato foi confirmado por Próspero (2003) em seu estudo no município de Itajaí, onde encontrou associação estatística entre o baixo peso e peso insuficiente com o sexo feminino. Costa e Gotlieb (1998) também referem que existe uma distribuição de maior peso no sexo masculino do que no feminino.

O peso ao nascer é considerado um fator de grande importância na determinação da sobrevivência infantil, desta forma, foi utilizado como variável de resultado da assistência pré-natal.

A OMS orienta que o peso ao nascer ideal para demonstrar boa qualidade de vida de uma população deve ser maior ou igual a 3000 g e atingir proporções de 85% (MARIOTONI; BARROS FILHO, 2000; LIMA; SAMPAIO, 2004).

De acordo com Monteiro (2000), o retardo de crescimento ou crescimento inferior ao potencial genético, caracterizado pelo peso deficiente ao nascer, origina-se, na maioria dos casos, de um inadequado estado nutricional da criança, resultando das más condições de alimentação e saúde maternas e não necessariamente da idade gestacional.

Benício (1985) apresenta, igualmente, como fator que pode levar uma criança a apresentar peso insuficiente ao nascer, a desnutrição fetal ou o retardo do crescimento intra-uterino, quando esta, mesmo nascendo a termo, apresenta baixo peso por não ter crescido adequadamente dentro do útero.

A OMS afirma que nos países desenvolvidos, onde os padrões sócio-econômicos, culturais e de assistência médica propiciam um ambiente mais adequado, a incidência de baixo peso ao nascer apresenta-se em torno de 3,6% a 7,4% sendo a Suécia e o Japão os países de melhores índices, com 3,5% e 4,7%, respectivamente (UNICEF, 1998).

Por ser o peso ao nascer um dos principais indicadores da qualidade de vida intra-uterina e até um ano de vida, permite avaliar a qualidade da assistência pré-natal. Portanto, Próspero (2003) alerta que será necessário muito empenho dos gestores públicos na implementação de políticas de atendimento da população materno-infantil, desde a concepção, oportunizando assistência com qualidade, acesso equitativo, com vista a alcançar o proposto pela OMS, de forma a mudar o perfil do peso ao nascer na região da AMFRI e reduzir-se a morbimortalidade infantil.

Estudos realizados por Nóbrega et al. (1989) na Região Sul, particularmente no Estado de Santa Catarina, detectaram que a incidência de baixo peso e peso insuficiente, ou seja, menor que 3000 g., alcançou proporções de 33%. Na capital do Estado, Florianópolis, este percentual foi de 26,1%. Já na cidade de Itajaí, em estudo realizado por Próspero (1999), a taxa alcançou 32,6%. Em 2003, a mesma autora verificou um declínio desta taxa para 29,5% de peso inferior a 3000 g.

Os dados colhidos no presente trabalho revelam na tabela 4 que baixo peso e peso insuficiente alcançou a proporção de 31,9% na região da AMFRI. Nos municípios, analisando-os individualmente (tabelas 1.13, 2.13, 3.13, 4.13, 5.13), observa-se também a alta proporção de baixo peso e peso insuficiente, proporções muito acima do recomendado pela OMS, tendo apresentado uma variação de 27,8% em Luiz Alves a 43,7% em Itapema.

Proporções semelhantes à encontrada neste estudo são referidas por Lima e Sampaio (2004) em Teresina, com níveis de peso inferiores a 3000 g. em 31,7% dos nascimentos.

Os gráficos 2 a 7 revelam agrupamento de gestantes cujas características negativas no processo da assistência resultaram no comprometimento do RN, ou seja, o número de consultas inferior a seis associou-se à duração da gestação inferior a 37 semanas, ao peso do RN inferior a 3.000 g., e Apgar do primeiro minuto inferior a 7, isto é, o menor número de consultas influenciou o nascimento de RN prematuros, caracterizados por baixo peso e baixa vitalidade fetal.

Corroborando estes achados, estudos realizados por Gama et al. (2004) referem que no Estado da Virginia (Estados Unidos), observou-se que a proteção dada pela qualidade e adequação do pré-natal no peso ao nascer é subestimada, pois ao se controlar o efeito do pré-natal determinando uma seleção por raça e local de moradia, o benefício desta assistência em relação ao peso aumentou até em cinco vezes. Outros autores, como Leal et al. (2004 b) descrevem que a utilização adequada da assistência pré-natal exerceu um bom efeito sobre o peso ao nascer. Isto, segundo eles, porque as gestantes que freqüentam adequadamente as consultas pré-natais são um grupo constituído, majoritariamente, por mulheres com maior acesso à informação e bens de consumo.

Uma das estratégias recomendada e reconhecida por diversos autores, já que o peso ao nascer varia muito com a duração da gestação, é uma adequada assistência pré-natal, como forma de reduzir ou minimizar complicações, pois possibilitará o diagnóstico e o tratamento necessário. O acompanhamento cuidadoso de cada gestante, cumprindo-se o critério de início precoce e número de consultas superior a seis, são as variáveis que mais influenciam nos resultados gestacionais, principalmente na redução da prevalência do baixo peso e prematuridade. Resultados estes que, segundo os autores, podem ser imediatos. (HALPERN et al., 1998; MONTEIRO et al. 2000; LIMA; SAMPAIO, 2004; LEAL et al, 2004 b).

Segundo referem De Lorenzi et al. (2001); Próspero (2003); Pinto e Silva (2000), peso e idade gestacional associados refletem-se diretamente na sobrevida da criança.

Corroborando tal afirmação, Oliveira, Souza e Camano (1998) acrescentam que a prematuridade é um desafio para os profissionais, pois apesar de a sobrevida ter melhorado, Rades, Bittar e Zugaib (2004) referem que a prematuridade é, ainda, a principal causa de morbimortalidade neonatal.

Os autores Pinto e Silva (2000); Bertini, (2000) relatam que a prematuridade ocorre por fatores que vão além da ordem biológica, sendo influenciada por fatores sociais, econômicos, de assistência pré-natal, acesso e qualidade, confirmando que países desenvolvidos apresentam as menores proporções.

As tabelas 1.16, 2.16, 3.16, 4.16 e 5.16, apresentam os resultados quanto às proporções de duração da gestação, na região da AMFRI, revelando que taxas de prematuridade (idade gestacional inferior a 37 semanas) variaram entre 3,5% em Bombinhas; 4,6% em Navegantes; 4,8% em Camboriú; 5,8% em Luiz Alves e Balneário Camboriú; 6,3%

em Itajaí e Penha; 7,4% em Piçarras. Itapema registrou a maior taxa de prematuridade, com 12,5% .

A incidência de partos prematuros, (idade gestacional inferior a 37 semanas completas), é encontrada em proporções que variam entre 12,5% na Alemanha, Canadá, Japão e Estados Unidos, sendo as mais altas taxas. Já Finlândia, França e Dinamarca apresentam taxas menores, com 5%. Tendo uma variação média entre 6% e 8% de todos os nascimentos. Os dados apresentados no estudo em questão estão compatíveis com os melhores índices apresentados e inferiores aos verificados na América Latina e no Brasil. Estes variam de 10 a 43% na América Latina, podendo alcançar no Brasil taxas de 11%. Este país, por sua dimensão e diferenças regionais, apresenta variações nas taxas de prematuridade, como na cidade de São Paulo, com proporção de 7,3%; no Rio de Janeiro, 10,8%; em Campinas, 6,5%; e em Itajaí, 5,8% em 2003 (PINTO; SILVA, 2000; BERTINI, 2000; PRÓSPERO, 2003).

Retornando-se aos gráficos 2, 3, 4 e 5 do agrupamento 1, verifica-se que a inadequação da assistência pré-natal se refletiu negativamente nas condições de nascimento dos RN com o aumento da prematuridade; do baixo peso ao nascer, tendo reflexos também na diminuição da vitalidade. Os achados do presente estudo estão de acordo com a literatura, pois a prematuridade esteve diretamente relacionada ao início tardio da assistência pré-natal e/ou número de consultas inferior a seis.

Neste estudo, observa-se no gráfico 11, que o município de Itapema apresentou a maior proporção de prematuridade da região, assim como a maior taxa de baixo peso, que possivelmente está relacionada à inadequada assistência pré-natal, com o não cumprimento do protocolo mínimo instituído pelo MS: início tardio do pré-natal, e número de consultas inferior a seis.

O tipo de parto reflete a organização da atenção obstétrica, pois o parto operatório possibilita a intervenção programada de forma conveniente. Outro fator interveniente é a insuficiente capacitação dos médicos para o acompanhamento do parto vaginal. Assim, a cesariana nem sempre é realizada observando-se os critérios e indicações estabelecidos pelos órgãos representativos, aumentando com isso o risco de morbimortalidade materna e do recém-nascido. É também influenciada por fatores socioculturais, que poderiam ser facilmente revertidos com uma assistência pré-natal adequada, minimizando os riscos a que são submetidas mães e crianças (D'ORSI; CARVALHO, 1998).

Além destes fatos, a elevação dos partos operatórios se deve à busca, por parte da mulher da laqueadura tubária, e à falta de enfermeiras obstetras nos serviços, o que contribuiu para a perda da prática de acompanhamento e evolução do parto vaginal (FAÚNDES; CECATTI, 1991; CAMANO et al., 2001).

. No Brasil, a taxa de cesariana teve uma evolução, da década de 70 para a década de 80, de 14,6% para 31%, apresentando em 2001 um aumento de 38,1%. Para tanto, houve influência de fatores socioculturais relacionados à gestante (medo de dor no parto, lesão do períneo com perda da função sexual e noção de maior risco para o feto no parto vaginal), e ao profissional (intervenção programada, trauma fetal durante o trabalho de parto e falta de treinamento obstétrico adequado) (GENTILE, NORONHA FILHO e CUNHA, 1997; YAZLLE et al., 2001, BRASIL, 2004).

Na análise das tabelas 1.17, 2.17, 3.17, 4.17 e 5.17, que apresentam os dados da região da AMFRI quanto ao tipo de parto praticado, observam-se as taxas de parto operatório mais elevadas da região nos municípios de Bombinhas com 55,2%, Ilhota com 55,6%, Porto Belo, com 50%, Itapema, com 45,7%, Piçarras, com 43,5%, e Balneário Camboriú, com 39,5%. Já os municípios de Luiz Alves e Navegantes apresentaram as menores proporções de cesariana da região, registrando 16,7% e 24,7% respectivamente. Nos municípios de Camboriú, Itajaí e Penha, as taxas de cesariana foram entre 24,7% e 35,3% respectivamente..

O SUS limita o teto financeiro para partos cesários em 30% do total de partos financiados por este Sistema. Os autores descrevem que os excedentes destes partos são de convênios extra-SUS. Segundo Carniel et al. (2003); Maia Filho et al. (2001); Mariotoni; Barros Filho (2000 a) o ideal preconizado pela OMS aos serviços é manter taxas abaixo de 15%, exceto maternidades de atenção a pacientes de risco.

Dados do Ministério da Saúde revelam que a cesárea representou historicamente uma alternativa para salvar a vida de fetos, pois havia elevada incidência de mortalidade materna. No entanto, a partir dos progressos tecnológicos, a cesariana teve suas indicações aumentadas, tornando-se epidêmica entre a população brasileira (BRASIL, 2001 a).

Estudos realizados por Próspero (2003); Franceschini et al. (2003); Yazlle (2001); Bettiol et al. (1998); Carvalho (1997) indicam uma frequência nacional de cesarianas entre 27,1 e 36,4%. O parto cesáreo apresenta as maiores taxas nas Regiões Sudeste, com

45,2%, Centro-oeste, com 42,%, e Sul, com 40,5%. As proporções são bastante elevadas nos municípios de São Paulo, com 52,1%, no município de Ribeirão Preto, com 48,8%, e no município de Itajaí 32,5% (PRÓSPERO, 2003; FRANCESCHINI et al., 2003; YAZLLE, 2001; BERTTIOL et al. 1998).

As proporções encontradas no presente estudo, nos municípios de Bombinhas, Ilhota, Porto Belo, Itapema, Piçarras e Balneário Camboriú, como afirmam Gentile, Noronha Filho e Cunha (1997), atestam o abuso do parto cirúrgico, por apresentarem, assim como as regiões citadas, as maiores proporções deste tipo de parto no Brasil. São regiões campeãs de parto cesáreo no Brasil, onde as mulheres têm chance de realizar duas vezes mais cesarianas do que no restante do país (DUARTE et al., 2002).

A maior proporção de partos vaginais, 85,2%, está entre mulheres sem nenhuma escolaridade; a maior proporção de parto cesáreo está entre as mulheres que têm 12 ou mais anos de estudo, com 65,3% (TREVISAN et al., 2002).

Hoje, a prática indiscriminada deste tipo de partos, associa-se a complicações próprias da técnica cirúrgica, como infecções e tromboembolismo, a complicações perinatais, como o aumento da prematuridade e da morbimortalidade perinatal, elevando também o risco de morte materna em 2,43 vezes na cesariana em Campinas, citado por Faúndes e Cecatti (1991) e em 35,9 vezes na cidade de Recife, segundo Costa et al. (1996).

A vitalidade fetal é variável importante, que segundo os autores está relacionada a uma assistência pré-natal de qualidade e a uma boa condução do trabalho de parto e parto, essência da obstetrícia (AGUIAR, 2000).

A melhor forma de minimizar as complicações perinatais, segundo Delascio, Guariento (1987), dentre estas o comprometimento da vitalidade perinatal, é o controle e tratamento de patologias que reduzem o fluxo sanguíneo placentário durante a gestação. Moraes et al. (1999); Aguiar (2000); Mariotoni (1998) observaram que, quanto maior o número de consultas, melhores são os valores de Apgar no 1º e 5º minutos.

Já é fato bastante discutido e aceito que os índices de Apgar são influenciados pela prematuridade, mas não são índices com bom parâmetro para avaliação da oxigenação destes prematuros (RADES; BITTAR ; ZUGAIB, 2004).

No estudo aqui apresentado, nas tabelas 1.14, 1.15, 2.14, 2.15, 3.14, 3.15, 4.14, 4.15, 5.14 e 5.15, revela que o valor de Apgar menor que 7 no primeiro minuto variou

entre 4,7% no município de Penha, 19,4% em Porto Belo. Já no 5º minuto o valor de Apgar menor que 7 teve sua proporção diminuída, variando entre 0% e 4,6%.

No município de Ilhota, a proporção encontrada foi a mais alta, com 55,6%. Como a amostra deste município foi pouco representativa, e o índice de Apgar no 5º minuto foi superior ou igual a 7 em 100%, pode-se dizer que, provavelmente, este fato se deva à pouca experiência e/ou capacitação de profissionais na avaliação do RN para valorar sua condição de nascimento.

Vale ressaltar que o município de Luiz Alves também apresentou índices de Apgar abaixo de 7 elevados, com proporções, no 1º minuto, de 16,7%, mantendo índice ainda elevado no 5º minuto, com Apgar menor que 7 em 11,1%. Por ter este município apresentado uma das menores taxas de prematuridade, baixo peso e partos cesários, pode-se questionar a condução do trabalho de parto e parto, que são fatores que contribuem positivamente ou não nas condições de nascimento do neonato (PRÓSPERO, 2003).

Ao analisar os gráficos 2, 3, 4, 6, 7, 11, pelo método de correspondência múltipla, identifica também o mesmo resultado das demais variáveis do RN estudadas neste trabalho, isto é, a associação entre número de consultas inferior a seis com duração da gestação inferior a 37 semanas; peso do RN inferior a 3.000 g. com Apgar do primeiro minuto inferior a 7. Confirmam-se, assim, os achados de Próspero (2003), no município de Itajaí, quando esta encontrou forte associação entre a variável baixo peso, índices de Apgar no 1º e 5º minuto de 0 a 3 e de 4 a 7 e nascimentos prematuros.

Diante deste panorama é fundamental também abordar a formação dos profissionais que prestam assistência à mulher no ciclo gravídico porque a gestação provoca mudanças orgânicas e psicológicas próprias do processo fisiológico. Tais alterações devem ser acompanhadas por profissionais capacitados a identificar fatores de risco, que podem se sobrepôr a estas alterações e comprometer o bem estar materno e fetal. Desta forma, serão capazes de adotar medidas que culminem com a chegada de um recém nascido saudável e uma mãe livre de complicações (SOUZA et al., 2003).

Cada profissional deve ser responsável pela qualidade da atenção que oferece, baseando esta na necessidade dos binômios gestante-feto, mãe-RN, e não nas suas necessidades. Portanto este, e as instituições a que presta o serviço, deveria avaliar a eficácia, riscos e taxas dos procedimentos realizados para este grupo. Pois a sociedade, gestor do

sistema, tem a responsabilidade de cobrar e garantir o acesso e a qualidade da assistência desse serviço (CARVALHO, 1997).

A responsabilidade de cada um, entretanto não deve ser confundida com trabalho isolado. Ao contrário, interessa a perfeita articulação entre os profissionais envolvidos na assistência pré-natal.

Tomando-se como exemplo um projeto desenvolvido na capital paranaense desde 1999, denominado “Mãe Curitibana”, nota-se que a estrutura organizada em forma de teia desse Programa é o que leva as atividades a serem realizadas em conjunto, respeitando-se atribuições, autonomia e competência de cada profissional (PORTO, 2002). Essa medida, quando implementada, melhorou o acesso à consulta, já que o profissional enfermeiro realiza a consulta, e multiplica a quantidade destas, agilizando o processo. Tal atividade do enfermeiro é revolucionária, pois, em Curitiba, este atua com autonomia, ocupando posições e conquistando o espaço para a humanização do atendimento.

Segundo a mesma autora, o enfermeiro obstetra inaugurou em Curitiba a prática de rotinas humanizadas no pré-parto nos hospitais da cidade. Esse programa é tão importante que embasou a criação do PHPN pelo MS.

O MS refere que 80% das gestações são de baixo-risco, podendo ser acompanhadas inteiramente por enfermeiro, de modo que o médico dedique-se às gestações de alto risco. Portanto, cabe aos enfermeiros, que atuam no Programa de Saúde da Mulher, aprimorarem seus conhecimentos e habilidades, para assumir a assistência pré-natal. (GARDENAL et al., 2002; RIESGO ; FONSECA, 2002).

Contudo, em seu Manual de Assistência Pré-natal, o MS se contradiz, ao indicar, em um momento, o intercalamento das consultas de pré-natal entre os profissionais médico e enfermeiro, e em outro, assegurando a realização exclusiva da assistência por enfermeiro (MOURA et al.,2003).

Com a implementação do PSF, o enfermeiro teve ampliada sua atuação na assistência pré-natal. A implementação da atuação do enfermeiro na saúde da mulher vem ganhando destaque desde a implantação do PAISM. Ainda que seja preciso rever alguns aspectos, como entrosamento e padrão de conduta, já se observa a melhor caracterização do papel desse profissional, cujas funções estão definidas com mais especificação no que se refere à prática da consulta e execução do parto (MOURA; RODRIGUES; SILVA,2003).

Detectou-se, nos dados do presente estudo, que as consultas pré-natais ao longo da assistência eram realizadas por médico e enfermeira. Em todos os municípios, figuraram estes profissionais nas informações contidas no SISPRENATAL. Como referido na metodologia, foi classificada a assistência como totalmente prestada por um dos profissionais, quando a informação demonstrava-se superior a 50% das consultas.

Nos municípios do agrupamento 1, tabela 1.3, o profissional médico realizou 100% da assistência em Ilhota e Porto Belo, e 17,2% da assistência no município de Bombinhas. Constata-se no gráfico 2, referente a este último município, que o profissional médico está relacionado à assistência inadequada, tanto no que se refere ao processo, como ao resultado desta assistência, enquanto o profissional enfermeiro, que assistiu 82,8% das gestantes, esteve à frente de um agrupamento com boa adequação da assistência pré-natal.

Nos demais municípios deste agrupamento (Penha e Piçarras), o profissional enfermeiro realizou 100% da assistência, fazendo-se uma ressalva, de que estes profissionais enfermeiros, de Bombinhas, Penha e Piçarras, são especializados em obstetrícia.

1

Já nos agrupamentos 3 e 5, ambos os profissionais atuaram. Nos municípios de Itapema e Camboriú, a assistência, em sua maioria, foi prestada pelo profissional enfermeiro, que se relacionou à inadequação da assistência, tanto no processo como no resultado da assistência pré-natal.

Ao se avaliar a fala de profissionais médicos e não-médico, revela que, na visão dos médicos, a parteira é um “mal necessário”, que deve existir para atender a minoria, excluída. Por outro lado, segundo as autoras, essa é a parteira de sempre, que sempre existiu e existirá, ou seja, “uma mulher muito especial”.

“Mas o projeto utópico e em construção é a formação de um profissional que rompa a hegemonia do modelo médico, com uma assistência individualizada e humana, para a superação das iniquidades, buscando com esta nova práxis na saúde o “empoderamento” coletivo, que fortalecerá a cidadania das mulheres brasileiras” (RIESGO E FONSECA, 2002 p.696).

Em razão dos obstáculos enfrentados por enfermeiros no país, as autoras advertem para necessidade de que estes busquem adequar e qualificar seu desempenho,

¹ Informações coletadas no banco de dados SISPRENATAL.

proporcionando aos clientes cuidados com qualidade. Pois os efeitos positivos da presença de enfermeiros e parteiras nos partos normais são mundialmente reconhecidos, havendo uma desumanização do serviço quando da exclusão desses profissionais do cenário das maternidades, com o embrutecimento da assistência, pois os médicos tornaram-se agressivos e tecnológicos (SEPÚLVEDA, 1997).

Enfatizando a atuação do enfermeiro na atenção à saúde da mulher, Moura, Rodrigues e Silva (2003) ressaltam a importância da criação do cargo de Enfermeiro Obstétrico, possibilitando a este profissional dedicação exclusiva ao Programa de Saúde da Mulher, pela prioridade emanada do grupo materno-infantil. Essas autoras apontam aspectos de grande importância, proporcionados pelo profissional enfermeiro à gestante: o acolhimento, a consulta e anamnese clínica e obstétrica, com a verificação de aspectos psicológicos, sociais e educacionais, em abordagem individual, com a solicitação de exames, a imunização do tétano, e o registro adequado das consultas, tendo o encaminhamento garantido, para apoio em caso de diagnóstico de risco, o que possibilita o encaminhamento a outros níveis de complexidade para assistência a gestantes.

Portanto, cabe ao enfermeiro conscientizar-se de que o País vive um momento político oportuno para a categoria mostrar sua qualificação na assistência pré-natal das gestações de baixo risco, como preconiza o MS, pois este profissional realiza com bastante eficiência a atenção e prepara o psicofísico da gestante, aumentando a possibilidade de um parto eutócico, e podendo, com sua contribuição, melhorar a assistência a mulher nos serviços públicos de saúde (GARDENAL et al. 2002).

7 CONCLUSÕES

- 1) Os dados revelaram a existência de cinco agrupamentos distintos de municípios em relação às variáveis que interferiram no processo e no resultado da assistência pré-natal na região da AMFRI.
- 2) O primeiro agrupamento foi constituído pelos municípios de Bombinhas, Ilhota, Penha, Piçarras, Porto Belo. No segundo agrupamento aparecem os municípios de Luiz Alves e Navegantes. O terceiro agrupamento associa os municípios de Camboriú e Itajaí. Os municípios de Itapema e de Balneário Camboriú foram considerados isoladamente por apresentarem características distintas, formando, assim, o quarto e quinto grupo, respectivamente.
- 3) O agrupamento 1 foi caracterizado predominantemente pela boa adequação da assistência pré-natal. No entanto, identificou-se um agrupamento de gestantes que possuíam características negativas, tanto no processo como no resultado da assistência pré-natal: número de consultas inferior a seis com duração da gestação inferior a 37 semanas; peso do RN inferior a 3.000 g., Apgar do primeiro minuto inferior a 7, não imunização antitetânica e não realização do exame anti-HIV. Configurando com isso o reflexo direto das variáveis de processo na qualidade do resultado, pois o menor número de consultas influenciou o nascimento de RN prematuros caracterizado por baixo peso e baixa vitalidade fetal.
- 4) O agrupamento 2 revelou a existência de dois grupos distintos, o primeiro demonstrando que o início precoce da assistência pré-natal até 120 dias e o número de consultas maior ou igual a seis refletiu-se positivamente no cumprimento da maioria dos itens do protocolo instituído pelo PHPN como: a realização dos exames, a efetivação da imunização anti-tetânica, e a realização do exame anti-HIV. Outro aspecto positivo é que neste agrupamento também os RN apresentaram boa vitalidade fetal, idade gestacional adequada e peso adequado, superior a 3.000 g. O segundo se refere ao não cumprimento do número de consultas preconizadas, levando à não realização dos exames

obrigatórios (glicemia de jejum, VDRL, urina tipo 1), e não imunização anti-tetânica. Tal inadequação reflete-se diretamente nas condições de nascimento dos RN, com o aumento da prematuridade; do baixo peso ao nascer, e reflexos também na diminuição da vitalidade. Ainda em um município em que foram observados cadastros com início do pré-natal tardio (após 120 dias de gestação), associados aos aspectos negativos já apontados, não foram realizados exames considerados fundamentais como HT, HB, a tipagem e o anti-HIV.

- 5) No agrupamento 3 observamos a existência de dois grupos, o primeiro demonstrando que o início do pré-natal até 120 dias, e a realização de 6 consultas ou mais, levam ao cumprimento do protocolo instituído pelo PHPN quanto à realização dos exames de rotina e anti-HIV, e a imunização da gestante. O segundo se refere às gestantes que não cumpriram o número de consultas ideal ou iniciaram o pré-natal tardiamente, determinando também a não realização dos exames obrigatórios, imunização anti-tetânica e exame anti-HIV. Cabe ressaltar, contudo, que as condições de nascimento do RN no que se refere ao sexo, vitalidade e idade gestacional não tiveram relação com a adequação da assistência pré-natal.
- 6) No agrupamento 4, verifica-se a formação de três grupos. O primeiro mostra que o número adequado de consultas pré-natais (maior que seis) tem relação direta com a realização da imunização dos exames preconizados, o anti-HIV, ea realização da imunização anti-tetânica. O segundo caracteriza que a inadequação do número de consultas interfere no processo da assistência, pois não são realizados os exames preconizados (ABO-Rh, HT, HB, glicemia de jejum, urina tipo 1), a imunização anti-tetânica e o exame anti-HIV. O terceiro agrupamento é composto somente pelas variáveis de resultado, demonstrando que a prematuridade está diretamente relacionada ao baixo peso e à menor vitalidade do RN ao nascer, sem relação com a adequação da assistência pré-natal. As variáveis de resultado não apresentaram relação alguma, com o processo da assistência, formando agrupamento, no que se refere à duração da gestação inferior a 37 semanas, peso inferior a 3.000 g. e má vitalidade fetal com índice de Apgar inferior a 7 no 1º e 5º minuto.

- 7) No agrupamento 5, as variáveis de processo não sofrem interferência do início da assistência, ou do número de consultas realizadas, como também não se visualiza influência do processo da assistência em relação ao resultado da mesma, pois a assistência não cumpriu os critérios instituídos pelo PHPN. As condições do RN também não sofreram influência da adequação da assistência pré-natal.

Acredita-se que a identificação de problemas, como os apresentados pelo presente estudo, no que se refere à qualidade da assistência pré-natal, estão relacionados à não padronização de condutas por parte dos profissionais e ao preenchimento inadequado de prontuários, segundo é referenciado por Moura et al. (2003), o profissional não está realizando ou não está registrando os dados da consulta.

Além disso, não se dispõe de avaliação que investigue os fatores correlacionados, não só com a baixa adesão dos profissionais aos registros, mas também com a não realização dos procedimentos recomendados à consulta, Também a baixa adesão das mães ao programa pré-natal da rede pública convém ser investigada. Portanto, os estudos locais devem ser amplamente discutidos entre as equipes, visando otimizar os recursos materiais e humanos disponíveis (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

É importante salientar que assistência pré-natal na região da AMFRI necessita de implementação urgente. Principalmente no que se refere à organização do serviço de atenção à mulher, com a padronização das consultas médicas e de enfermagem, embasadas em protocolos, na perspectiva de trabalho em equipe, e com enfoque na promoção da saúde, tendo o entendimento de que as consultas dos profissionais mencionados não se sobrepõem. Estudos realizados por Moura et al. (2003) verificou situação semelhante, isto é ocorre diferença entre as consultas, devido à abordagem diferenciada dos profissionais. Daí, a necessidade de o acompanhamento das gestantes ser uma ação integrada entre médico e enfermeiros, de maneira a ser implementada conscienciosa e éticamente, mediante compromisso dos profissionais na resolutividade dos problemas.

Vários estudos têm sido realizados utilizando o modelo clássico de Donabedian de avaliação da qualidade: estrutura, processo e resultado. Porém, julga-se que este estudo venha a contribuir com a caracterização da assistência à mulher prestada nos municípios da AMFRI, na perspectiva de introduzir um modelo humanizado que inclua a mulher como membro ativo na promoção de sua saúde. No entanto é fundamental que no

processo de avaliação de serviços sejam levadas em conta as influências e impactos impostos à organização pelos contextos sociais, jurídicos e políticos e pelos grupos de interesse (usuários e profissionais), em conjunto com as variáveis organizacionais, pois todos esses fatores interferem no processo da avaliação.

Próspero, (2003 p.134) recomenda que:

“...é importante enfatizar a necessidade de uma mudança do comportamento, através da mobilização da sociedade, no sentido de minimizar os efeitos destas desigualdades sociais, exigindo dos responsáveis por este setor o real comprometimento, na elaboração e execução de políticas adequadas de saúde, visando proporcionar às mulheres o direito a uma gravidez assistida e, conseqüentemente, gerar recém-nascidos que redundem em vidas, famílias e sociedades construtivas”.

Deve-se acrescentar, ainda, no entender da mesma autora, uma orientação imprescindível ao aperfeiçoamento de processo/resultado da assistência pré-natal: é preciso promover uma rearticulação entre o trabalho do profissional médico e do enfermeiro. De preferência com a instituição da figura do enfermeiro obstétrico que acompanhe e avalie a mulher ao longo de todo o processo de gestação, parto e puerpério.

Esse acompanhamento pressupõe criar laços, desenvolver afinidades e superar os limites da técnica, para alcançar níveis de afetividade capazes de gerar confiança e bem-estar, enfim, capazes de promover uma saúde integral a partir de uma relação verdadeiramente humanizada e plena.

O panorama resultante do presente estudo revela que a assistência à saúde prestada nas instituições públicas não tem um caráter educativo emancipador, pois está mais fortemente centrada na atenção curativa. A comunicação na atenção à saúde é algo que se constrói, uma ação intencional, dirigida e orientada para um interesse concreto. Projetos de Atenção Básica devem buscar, assim, a inclusão da população no sistema de saúde visando à melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida, o que é fundamental para enfrentar o quadro de desigualdade social do país.

Conhecimento é uma apreensão da realidade. Aprendizado é uma modificação do conhecimento. Segundo Levy et al. (1996), a OMS pontua que "o foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação, com objetivos voltados para desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma

maneira construtiva". Portanto educação em saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária.

Tomando por base estes conceitos, a autora do presente trabalho sugere que os trabalhadores do serviço de Pré-Natal da região da AMFRI sejam capacitados para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem, criando, assim, condições para se apropriarem de sua própria existência.

Mediante Portaria MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento dos recursos humanos que trabalham para o setor. Educação Permanente é concebida como estratégia de aprendizagem a partir da problematização do processo de trabalho, incorporando o aprender e o ensinar ao cotidiano das organizações do trabalho. É uma Ação Estratégica para transformar a organização dos serviços e os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas em trabalho articulado entre sistemas de saúde e instituições formadoras.

Tendo em vista os resultados da avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento na Região da Amfri, e ainda consciente da necessidade da Educação Permanente e, especialmente, da Educação em Saúde nas comunidades, a autora do presente trabalho, como gestora e educadora em saúde, considera relevante a aplicação dos resultados aqui apresentados na construção de projetos de comunicação integrada com caráter educativo e formativo, para melhorar tanto o perfil epidemiológico do nascimento, quanto o conhecimento das pessoas acerca de seu próprio corpo e de sua própria vida.

Dessa forma, se estará firmando o caráter humanizador e integral da assistência à saúde, assistência essa preconizada pela Constituição Federal como um direito de todos e um dever do Estado. Portanto, um modelo no qual o SUS deve ser o protagonista, assumindo seus princípios doutrinários - universalidade, integralidade e equidade – e seus princípios organizativos – regionalização, hierarquização, descentralização, comando único e participação popular (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004).

O que se observa, a partir da avaliação expressa neste trabalho, é que ocorrem ruídos na comunicação entre gestores, profissionais e pacientes. Ou seja, a articulação entre esses atores ainda é insipiente, enquanto a organização e o planejamento dos

serviços carecem de critérios epidemiológicos para definição e conhecimento da clientela. Sem articulação, não há garantia de qualidade.

Outro fator a se considerar diz respeito direto aos princípios da descentralização e da hierarquização. Para que eles se efetivem, conforme consubstanciado no modelo formulado para o SUS, é preciso – antes de mais nada – dotar-se os municípios de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras. Somente com uma política pública que leve em conta esses requisitos, o País poderá avançar rumo a uma assistência em saúde verdadeiramente capaz de provocar impacto positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população.

**"Inteligência é quando aprendemos com os próprios erros.
Sabedoria é quando aprendemos, também, com os erros dos outros."**

Dito popular brasileiro

REFERÊNCIAS

AFONSO, E. **Dificuldade da mulher no puerpério e apoio nesse período**. 2000. IN. 30º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas. Editado por José Luiz Pais Ribeiro, Isabel Leal e Maria do Rosário Dias. Lisboa, 23, 24, e 25 de Fevereiro de 2000. Publicado por Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

AGUIAR, R. A. L. P. Sofrimento fetal agudo. IN: **TRATADO DE OBSTETRÍCIA FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

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

AMARAL, E. AIDS. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

AMFRI. **Informações demográficas dos municípios que compõem a Associação dos Municípios da Região da Foz do Rio Itajaí-Açu**. Itajaí: AMFRI, 2003. Disponível em: < www.amfri.org.br>. Acesso em: 03 jul. 2003.

ANDRADE, P. C. et al. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. **RBGO**, São Paulo, n. 9., v. 26., p. 697 – 702. 2004.

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. IN: RICO, E. M. et al. **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2001.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS – o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. v.1, São Paulo: Ateneu, 2004.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas públicas. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, n. 19 (sup. 2): p. 5465 – 5489. 2003.

AZEVEDO, G. D. de et al. Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2002.

BACHA, A. M. **Avaliação da implantação do programa de assistência integral à saúde da mulher no estado de São Paulo, no período de 1987 1990**. São Paulo, 1997. Tese de Doutorado. UNICAMP.

BARBALHO, E. **CPI mortalidade materna**. Requerimento de CPI número 22, de 1996, da sra. Deputada Fátima Pelaes e outros. Requer a criação de CPI com a finalidade de investigar a incidência de mortalidade materna no Brasil. Brasília: Comissão Parlamentar de Inquérito, ago. 2001.

BARROS, S. M. O. Doenças infecciosas e infecções congênitas. In: BARROS, S. M. O.; MARVIN, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica** – Guia para a prática assistencial. São Paulo: Rocca, 2002.

BATISTA, D. C. et al. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. **Rev. Bras. Matern. Infantil**, Recife, v.3, n. 2, p. 151-158, abr./jun., 2003.

BENÍCIO, M. H. D. A. et al. Análise Multivariada de fatores de risco para o baixo peso ao nascer em nascidos vivos do município de São Paulo, SP (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 19, p. 311-319, 1985.

BERTINI, A. M Diabetes mellitus e gravidez. In: **Tratamento de obstetrícia** – FEBRASGO. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

BERTINI, A. M.; CONZ, C. B. L. Diabetes mellitus. In: CAMANO et al. 2003. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. São Paulo: Sine Nester Schor Manole, 2003.

BERTINI, A. M. Prematuridade In: AMED, A. M. **Tratamento de obstetrícia** – FEBRASGO. Revinter: Rio de Janeiro, cap. 60, p. 566-573, 2000.

BETTIOL, H. et al. Saúde perinatal: metodologia e características da população estudada. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 18 – 28, jan. 1998.

BINZEN, S. C. et al. Avaliando O Programa. IN: **Gerenciando serviços de saúde reprodutiva**- técnicas e instrumento- um manual de referência. Boston – USA. Management Sciences for Health. Edição em Português.1999.

BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Pré-natal. In: **Manual de condutas médicas**. USP. IDS. M.S. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BOYACIAN, K. **A mortalidade materna no Brasil**. Publicado: 18 set. 2000. Disponível em: <latina.obgyn.net> Acesso em: 03 abr. 2003.

BRASIL. **Assistência pré-natal** – Manual técnico. Ministério da Saúde: Brasília, 2000.

_____. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis** – DST. Ministério da Saúde: Brasília. 3. ed. 1999.

_____. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal. **Manual técnico**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (a)

_____. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre as mulheres. Coordenação Nacional de DST/AIDS Ministério da Saúde: Brasília, 2003.

_____. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretoviral em gestante** – Guia de tratamento. Série Manuais n. 46. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretoviral em gestante** – Guia de tratamento. Série Manuais n. 46. Brasília: Ministério da Saúde, 2002/2003.

_____. **Saúde reprodutiva**: gravidez, assistência pré-natal, parto e baixo peso ao nascer. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, p. 70-83, 2004 (a).

_____. **Saúde reprodutiva**: gravidez, assistência pré-natal, parto e baixo peso ao nascer. – Uma análise da situação de Saúde. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, 2004. (b)

_____. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco. **Manual técnico**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (c)

_____. Ministério da Saúde. **Informações para gestores e técnicos**. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (b)

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (a)

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo de utilização do software SISPRENATAL**. Brasília: Ministério da Saúde/DATASUS, 2002. Disponível em: < www.datasus.gov.br>. Acesso em: 01 jul. 2003. (a)

_____. Ministério da Saúde. **Revista brasileira de saúde da família**. Edição especial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (b)

_____. Ministério da Saúde. Urgências e emergências maternas. **Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. 2 ed. Brasília: FEBRASGO, 2000. (b)

_____. **Manual de Normas de Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Políticas públicas e desenvolvimento..**Pacto nacional pela redução da mortalidade materno e neonatal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUCHABQUI, J. A. et al. **Assistência pré-natal**. In: Rotinas em Obstetria. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BURROUCHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CAMANO, L.; SOUZA, E.; SANTOS, J. F. K.; SASS, N.; MATTAR, R.; GUARÉ, S. O. Segunda opinião para a indicação da cesariana. **Femina**, São Paulo, v. 9, p. 345 – 350. 2001.

CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S. Assistência ao parto no município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, set./ out., 2002.

CARNIEL, E. F. et al. A Declaração de Nascido Vivo como orientadora de ações de saúde em nível local. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n.2, p. 165-174, abr./jun. 2003.

CARVALHO, M. H. B. de et al. Associação da vaginose bacteriana com o parto prematuro espontâneo. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, set. 2001.

CARVALHO, M. R. Por um parto respeitoso. **Arquivo Brasileiro de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 4 n. 4, p. 111-113, 1997.

CENTRO OBSTÉTRICO HOSPITAL FÊMINA. **Assistência de Enfermagem na Reanimação do Recém-nascido**, Porto Alegre. sd. disponível em: www.femina.br. Acessado em: 08 nov.2003.

CIANCIARULLO, T. I. Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde. IN: CIANCIARULLO et al. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: ROBE, 2002.

COGAN, S.; BLAKEMORE, K. Infecções perinatais. In: LAMBROU, N. C. MORSE, A. N. WALLACH, E. E. Manual de ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins. 1. reimp. Porto Alegre: Artmed, 2001.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993.

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

CONILL, E. M.; SCHERER, M. D. DOS A. Novas estratégias em educação: avaliação da técnica Tribunal do Júri na capacitação de conselheiros na área de saúde da mulher em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 525 – 534, mar./ abr. 2003.

COSTA, C. E.; GOTLIEB, S. D. L. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da Declaração de Nascido Vivo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 328-334, ago. 1998.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. IN: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

COSTA, J. S. D. et al. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, sup.1, 1996. Disponível em:< www.scielosp.br> Acessado em 21 fev. 2001.

COSTA, M. C. O.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, abr. 2001. Disponível em: <www.scielosp.br>. Acesso em: 03 maio 2003.

COSTA, M. C. et al. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, maio/jun.2002. Disponível em:< www.scielosp.br> Acesso em: 08 nov. 2003.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG. **RBGO**, Rio de Janeiro. v. 25, n. 10, 2003.

D'ORSI, E. e CARVALHO, M. S. Perfil de nascimento no município do Rio de Janeiro: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, abr./jun. 1998. Disponível em:< www.scielo.br> Acessado em 24 nov. 1999.

DAVIM, R. M. B.; MENEZES, R. M. P. de. Assistência ao parto normal no domicílio. **Rev. Latino-am. Enf.**, v. 11, n. 2, p. 232 – 236, mar./ abr. 2003.

DELACIO, D.; GUARIENTO, A. **Patologías do parto, puerperio e perinatal**. São Paulo: Sarvier, 1987.

DE LORENZI, D. R. S.; MACLI, J. M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. **RBGO**, São Paulo, n. 10., v. 23. 2001.

DIAS –DA –COSTA, J. S. et al. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4., ago. 2004. Disponível em: <www.scielo.gov.br>. Acesso em: ago. 2003.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, sup. 20, p. 552 – 562. 2004.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

DUARTE, G. et al. Infecção urinária na gravidez: análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, ago. 2002.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e parto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ESCOBAR, E. M. A. Aspectos conceituais da avaliação da qualidade em serviços de saúde. IN: CIANCIARULLO et al. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: ROBE Editorial, 2002.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesária no Brasil. Incidência, tendência, causas, conseqüências e proposta de ação. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 7, p. 150 – 173. 1991.

FERREIRA, C. E. **Avaliação de um protocolo de assistência pré-natal de baixo risco no HC – UNICAMP**. São Paulo, 2001. Dissertação de mestrado. UNICAMP.

FIGUEIREDO S. R. **Exames de rotinas do Pré-natal**. 2002. Disponível em <www.portaldeginecologia.com.br>. Acesso em: 10 Out. 2004.

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. IN: DIAZ, J.; GALVÃO, L. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.

FRANCESCHINI, S. do C. C. et al. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 2, p. 171 – 179, abr./jun. 2003.

FREITAS, F. **Rotinas em obstetrícia**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

GALLETA, M. A. **A rotina do pré-natal: sorologias**. 2000. Disponível em: www.clubedobebe.com.br> Acesso em: 08 nov. 2003. (a)

GALLETA, M. A. **A importância do pré-natal**. 2000. Disponível em: www.clubedobebe.com.br> Acesso em: 08 nov. 2003. (b)

GAMA, S. G. N. et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidade do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, sup. 20, p. 5101-5111, 2004.

GAMA, S. G. N. SZWARCOWALD, C. L. E LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 153-161, jan./fev., 2002.

GAMBETA, D.; COLTTS, D. C. **Relação das condições de vida, gestacionais, hábitos maternos e o peso ao nascer no município de Joinville – SC**. Itajaí, 2004. Monografia. Universidade do Vale do Itajaí. Centro de Ciências da Saúde.

GARDENAL, C. L. C. et al. **Perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera, em instituições de Sorocaba/SP. (1999)**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4., jul/ago 2002.

GENTILE, F. de P.; NORONHA FILHO, G.; CUNHA, A. de A. Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n.2, abr./jun. 1997.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. . **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (suplemento), p. 103-112, 2002.

GIRALDO, P. C.; SIMÕES, J. A.; DUARTE, G. Doenças sexualmente transmissíveis. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**, 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

GUALDA, D. M. R. et al. Assistência pré-natal no contexto do conceito de saúde reprodutiva. IN: CIANCIARULLO et al. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: ROBE, 2002.

GUALDA, D. M. R. Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas: aspectos culturais e organizacionais. IN: CIANCIARULLO et al. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: ROBE, 2002.

GUARIENTO, A.; DELASCIO, D. **Patologias do parto, puerpério e perinatal**. São Paulo: Sarvier, 1987.

GUIMARÃES, J.; GUERRERO, E. **Modelo de atenção e formulação de políticas públicas: uma abordagem de conteúdo**. Série técnica-Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, jul./ago. 2001. Disponível em: <www.scielosp.br>. Acesso em: 23 abr. 2003.

HALPERN, R. et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jul./set. 1998. Disponível em: <www.scielosp.br>. Acesso em: 03 maio 2003.

HERDY, G. V. H. et al. Asfixia perinatal e problemas cardíacos. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 71, n. 2, ago. 1998.

HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, set./ out. 2002.

ISRAEL, G. R. **Como é que vou dizer para a gestante? Dilemas morais da oferta do teste anti-HIV a gestante em trabalho de parto: uma contribuição da bioética**. São Paulo, 2002. Tese de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

JOHNSON, G. A. **Avaliação de políticas públicas**. Itajaí, 2004. Mestrado Profissionalizante em gestão de políticas públicas. Universidade do Vale do Itajaí.

KANIGOSKI, O. M. **Humanização da assistência no puerpério**. Curitiba, 2000. (Monografia). Curso de Especialização em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 37, p. 303 – 310. 2003.

KOLP, R. BLAKEMORE, K. Doenças hematológicas da gestação. In: LAMBROU, N. C. MORSE, A. N. WALLACH, E. E. Manual de ginecologia e obstetria do Johns Hopkins. 1. reimp. Porto Alegre: Artmed, 2001.

KRUSE, W. **Assistência pré-natal**. Porto Alegre: UFRGS, 1992.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, dez. 2002. Disponível em: <www.scielosp.br>. Acesso em: 03 maio 2003.

LEAL, M. C. et al. Uso do índice de Kotelchick modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, sup. 20, p. 563-572, 2004.

LEAL, M. C. et al. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do município do Rio de Janeiro, 1999 – 2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, sup. 20., p. 520 – 533. 2004. (a)

LEVY, S. N. et al. **Educação em Saúde**, históricos, conceitos e propostas. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Conferência Nacional de Saúde *on line*. 02 a 06 de setembro de 1996. Brasília. Disponível em www.datasus.gov.br Acessado em 14mar2005.

LIMA, C. S. P.; COSTA, F. F. Hemopatias: anemias. In: NEME, B. Obstetria básica. 2. ed., São Paulo: Sarvier, 2000.

LIMA, G. S. P.; SAMPAIO, H. A. C. Influência dos fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais das gestantes sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Rev. Bras. de Saúde Matern. Infant.**, n. 4., p. 253 – 261, jul./set. 2004.

LOW, S.; BATISTA FILHO, M.; SOUZA, A. I. **Assistência pré-natal no Estado de Pernambuco**. Recife: Bagaço, 2001.

LOBO, T. Avaliação de processos e impactos em programas sociais: algumas questões para reflexão. IN: RICO, E. M. et al. **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 2001.

LUZ, T. P. et al. Baixo peso ao nascer e mortalidade. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, Rio de Janeiro, v.107, n.10, p. 347-352, out. 1997.

MACÊDO, V. C. et al. **Um olhar sobre a imunização no município de Recife: o grau de implantação nas equipes do PSF**. Revista Nursing, v. 76, n.7, setembro. 2004.

MAIA FILHO, N. L. et al. Cesárea anterior e prova de trabalho de parto: alterando as tendências. **GO Atual**, Rio de Janeiro, v 10., p. 11 – 13. 2001.

MALIK ,A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. **Saúde e Cidadania**. v. 3. São Paulo: Fundação Petrópolis. 2002.

MALUF, E. M. C. P. **Investigação da morbimortalidade materna**. IN: Valorizando a dignidade materna. Curitiba: Prefeitura da Cidade de Curitiba – Secretaria Municipal de Saúde. 1996.

MARCON, S. S.; ELSÉN, I. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. **Rev. Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 21 – 26, jan./dez. 1999.

MARIOTONI, G. G. B. E BARROS FILHO, A. A. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? (Brasil). **Revista Chilena de pediatria**, Santiago, v.71, n.5, set. 2000. Disponível em:< www.scielo.br> Acesso em: 08 nov. 2003.

MARIOTONI, G. G. B.; BARROS FILHO, A. A. Peso ao nascer e mortalidade hospitalar entre nascidos vivos, 1975-1996. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.1, p.71-76, Fev. 2000.

MARIOTONI, G. G. B. Tendência secular do peso ao nascer em Campinas, 1971-1995. Campinas, 1998. [Tese]. Campinas: **Universidade Estadual de Campinas**.

MARIOTONI, G. G. B.; BARROS FILHO, A. A. Peso ao nascer e mortalidade hospitalar entre nascidos vivos, 1975-1996. **Rev. Saúde Pública**, vol. 34, n. 1, São Paulo, fev. 2000 (a).

MARQUES, H. H. S. et al Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 36, supl. 4, p. 385-392. 2002.

MARTINEZ-GONZÁLEZ, L.; REYS-FRAUSTO, S.; GARCÍA-PEÑA, M. C. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. **Rev. Salud Publica Mex.**, Cidade do México, v. 38, p. 341-351, 1996. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em 20 abr. 2004.

MARTINS, C. A. O programa de assistência integral à saúde da mulher (PAISM) em Goiânia: a (des) institucionalização da consulta de enfermagem no pré-natal. Rio de Janeiro, 2001. (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery.

MASCARO, M. S. et al. Cardiotocografia anteparto e prognóstico perinatal em gestações complicadas pelo diabetes: influencia do controle metabólico materno. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9. out. 2002. Disponível em: <www.scielo.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2003.

MELLO, A. R.; NEME, B. **Puerpério**: fisiologia e assistência. IN: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

MILANEZ, H. M. B. P. M. Infecção urinária. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

MONACI, J.; LERÁRIO, A. C. Diabetes: aspectos fisiológicos. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed., São Paulo: Sarvier, 2000

MONTEIRO, C. A.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CONDE, W. L. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984 – 1996). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, supl. 6, p. 19 – 25, 2000. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 17 set. 2003.

MONTEIRO, C. A. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984 – 1996). **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 19 – 25, dez. 2000.

MORAIS, E. N. et al. Repercussões da assistência pré-natal sobre as condições de vitalidade fetal ao nascimento. **GO Atual**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p. 6-12, Abr. 1999.

MORAIS, E. N.; PEDROSO, E. R. P. Tétano no Brasil: doença do idoso? **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 23, n. 3, maio/jun. 2000. Disponível em: < www.scielosp.br >. Acesso em: 23 abr. 2003.

MOURA E. R. F. et al. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6. Rio de Janeiro nov/dez, 2003.

MOURA E. R. F.; RODRÍGUES, M. S. P.; SILVA, R. M. Percepções de enfermeiros e gestantes sobre a assistência pré-natal: uma análise à Luz de King. **Rev. Cubana de Enfermer**, v. 19., n. 3. 2003.

NAKAMURA, M. U.; AMED, A. M. Assistência pré-natal. IN: CAMANO, L. et al. **Obstetrícia** – Guias de Medicina. São Paulo: Série Nestor Schor. Manole, 2003.

NASCIMENTO, L. F. C. E GOTLIEB, S. L. D. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da declaração de nascido vivo em Guaratinguetá, S. P., no ano de 1998. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.10, n.3, p. 113-120, Jul/Set, 2001.

NASCIMENTO. L. F. C. Perfil de gestantes nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guratinguetá, São Paulo. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n.2. abr./jun.2003.

NAUD, P. D. V. et al. Gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. In: AMED, A. M. et al. **Tratado de obstetrícia** – FEBRASGO. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

NEME, B.; MARETTI, M. Assistência pré-natal. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

NOBREGA, F. J. **Antropometria, patologia e malformações congênitas do recém-nascido e estudo de algumas variáveis maternas nas capitais e regiões brasileiras, 1989**. São Paulo: Nestlé, 1989.

NOMURA, R. M. Y. et al. Avaliação da maturidade fetal em gestações de alto risco: análise dos resultados de acordo com a idade gestacional. **Rev. Ass. Med. Brasil**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 346 – 351, abr. 2001.

OLINTO, M. T. A; GALVÃO, L. W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 64-72, 1999.

OLIVEIRA, H. P. Problemas hematológicos na gestação. In: Tratado de obstetrícia. FEBRASGO. Rio de Janeiro: Sarvier, 2000.

OLIVEIRA, M. J. V.; SAICO, E. Avaliação e intervenção de enfermagem na gestação. In: **Manual de enfermagem. Programa de saúde da família**. São Paulo: Instituto para o desenvolvimento da saúde, Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde, Fundação Telefônica, 2001.

OLIVEIRA, T. A.; SOUZA, E. de S.; CAMANO, L. Prevenção do parto prematuro na prenhez gemelar. **GO Atual**, Rio de Janeiro, a. 7, n. 12, jan./fev. 1998.

OSELKA, G. W. Prevenção da transmissão vertical do HIV. **Rev. Ass. Med. Brasil**, São Paulo, n. 47., v. 4., p. 269-295, 2001.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, 1998.

PEREIRA, J. C. **Análise de dados qualitativos** – estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3. ed. São Paulo: USP – FAESP, 2001.

PEREIRA, J. C. **Análise de dados qualitativos**. São Paulo: EDUSP, 1999.

PINELLI, F. G. S.; ABRÃO, A. C. F. V. Cuidados com a puérpera e o recém-nascido – A enfermagem à puérpera. In: BARROS, S. M.; MARIN, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. Enfermagem obstétrica e ginecológica – Guia para a prática assistencial. São Paulo: Rocca, 2002.

PINHEIRO, C. E. A. HORNBERG, G. e BATISTA, F. A. Epidemiologia Perinatal da Grande Florianópolis: II – Prevalência e Análise do Baixo Peso ao Nascer. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v.21, n.1, jan./mar. 1992.

PINTO e SILVA, J. L. Prematuridade: aspectos obstétricos. In: NEME, B. Obstetrícia básica. 2. ed. São Paulo: Rocca, 2000.

PORTO, A. G. M. Infecções sexualmente transmissíveis na gravidez. São Paulo: Atheneu, 1999.

PORTO, D. **Programa mãe curitibana**. Programa gestão pública e cidadania. São Paulo, 2002.

PRÓSPERO, E. N. S. **Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da declaração de nascido vivo, município de Itajaí – SC**. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado). Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo.

PRÓSPERO, E. N. S., et al. Resultados perinatais e fatores sociais entre gestantes adolescentes e adultas. **Alcance** (Centro de Ciências da Saúde), Itajaí, ano 6, n. 4, p. 16-25, dez. 1999.

PRÓSPERO, D. **Índices de mortalidade materna são inaceitáveis**: afirmam especialistas. Disponível em: <www.setor3.com.br>. Acesso em: 28 jan. 2005.

PUCCINI, R. F. et al. E quidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, jan./fev. 2003.

RADES, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Determinantes diretos do parto premature eletivo e os resultados neonatais. **RBGO**, São Paulo, n. 8., v. 26., p. 655 – 662. 2004.

RADIS, **Mudança na graduação dependem de políticas de educação e de saúde**. RADIS, Rio de Janeiro, n. 5., dez. 2002.

RATTNER, D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 21 –32, mar./abr. 1996.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. PAISM-Programa de assistência integral à saúde da mulher: uma política municipal viável. **VI Encontro Nacional da Rede Feminista de Saúde**, Atibaia, jun. 2000.

REDDY, V.; ROSSITER, J. Aconselhamento pré-concepção, cuidados pré-natais e aleitamento. IN: LAMBROU, N. C.; MORSE, A. N.; WALLACH, E. E. **Manual de Ginecologia e Obstetrícia do John Hopkins**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

REICHE, E. M. V. Et al. Prevalência de tripanossomíase americana, sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B, hepatite C e da infecção pelo vírus da Imunodeficiência humana, avaliação por intermédio de testes sorológicos, em gestantes atendidas no período de 1996 a 1998 no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná. (Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil). **Rev. Soc. Brasileira de Med. Trop.**, v. 33, n. 6. Uberada nov./dez. 2000.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

RIBEIRO J. M. et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, sup. 20 (2), p. 534-545 mar.abr. 2004.

RICO, E., M. et al. **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. 3. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2001.

RIESGO, M. L. G.; FONSECA, R. M. G. S. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18., v. 3., p. 685-698, maio-jun. 2002.

ROCHA, J. A. Baixo peso, peso insuficiente e peso adequado ao nascer, em 5.940. Nascidos vivos na cidade do Recife: associação com algumas variáveis maternas. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v.67, n.9/10, p.297-304, 1991.

ROSA, M. L. G.; HORTALE, V. A. Óbitos perinatais evitáveis e ambiente externo ao sistema de assistência: estudo de caso em município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, maio/jun. 2002. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 01 jul. 2003.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SANTOS, E. K. A. Enfermagem na patologia puerperal. In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; BRIGGEMANN, O. M. Enfermagem obstétrica e neonatologia – textos fundamentais. Cidade Futura: Florianópolis, 2. ed., 2002.

SANTOS, I. S. et al. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, dez. 2000. (a)

SANTOS, N. J. S. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 36, supl. 4, p. 12-23. São Paulo, 2002.

SANTOS, S. R., et al. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 266 – 271, jun. 2000. (b)

SEGRE, C. A. de M.; ARMELLINI, P. A.; MARINO, W. T. **RN**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1985.

SEPÚLVEDA, M. A. C. **Breve histórico dos programas nacionais de saúde materno-infantil**. Campinas, 1997. Disponível em: <www.nospvirt.org.br>. Acesso em: 04 out. 2003.

SERRUYA, S. J. **A experiência do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Campinas, 2003. Tese de Doutorado. UNICAMP. Faculdade de Ciências Médicas.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (5), p. 1281-1289, set./out. 2004.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação de estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan./fev. 2001. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 01 jul. 2003.

SOARES, R. C.; GUARÉ, S. O. Infecção do trato urinário. In: CAMANO, L. et al. **Obstetrícia – Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. UNICEF/Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Série Nestor Schor. Manole, 2003.

SOUZA, E. de; OLIVEIRA, T. A. de; CAMANO, L. Aspectos obstétricos da prematuridade. IN: CAMANO, L. et al. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. São Paulo: Série Nestor Schor. Manole, 2003.

SOUZA, L. E. P. F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. O uso de pesquisa na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, n. 20, p. 546-554, mar./abr., 2004.

SPALLICI, M. D. B. et al. Estudo de algumas variáveis maternas relacionadas com a prematuridade. **Rev. Med, HU-USP**, v. 10., n. 1., jan./jun. 2000.

TANAKA, A. C. D. A. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: HUCITEC, 1995.

TEDESCO, J. J. A. Pré-natal. In: **Tratado de obstetrícia** – FEBRASGO, Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

THOMAS, V. Melhorando o desempenho do sistema e os indicadores de saúde. Recife: **5ª Conferência de Saúde EUROLAC**. 13 abr. 2004. Acesso em: <www.bancomundial.org.br/index.php>. Acesso em: 29 jun. 2004.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas de uma nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, 2. sem., a. 10., p. 483-492, 2002.

TREVISAN, M. R. et al. Assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, jun. 2002.

VAZ, M. J. R.; BARROS, S. M. O. Gravidez e HIV. In: **Enfermagem obstétrica e ginecológica** – Guia para prática assistencial. São Paulo: Rocca, 2002.

VEGA, C. E. P. Normas para redução da mortalidade materna. **Rev. Ass. Méd. Brasil**. São Paulo, v.47, n.4, p.287-288, 2001.

VICTORA, C. G., et al. Epidemiologia da desigualdade: Um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

YAZLLE, M. E. H. et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, p.202-206, fev. 2001.

ZAMBONATO, A. M. K. et al. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. **Rev. Saúde Pública**: São Paulo, v. 381, p. 24-29, 2004.

ANEXOS

**ANEXO 01 – FICHA DE CADASTRO DA GESTANTE NO
SISPRENATAL**

**ANEXO 02 – FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS
DAS GESTANTES**



MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

DATA	
/	/

1. Nome da Unidade de Saúde		2. Código da Unidade no SIASUS		
3. Nome do Município		4. Código do Município no IBGE	5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

Nº	Nº da Gestante no Sisprenatal	Consulta de Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	Hiv	Vacina Anti-tetânica				Consulta Puerperal
										1ª Dose	2ª Dose	Reforço	Imune	
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

Nome e matrícula do responsável pelo preenchimento :

- Preencher as quadriculas "Consulta Pré-Natal e Consulta Puerperal" como código da atividade do profissional, conforme tabela:
01 - Enfermeira; 59 - Médico do PSF; 74 - Medicina Geral Comunitária; 84 - Médico (qualquer especialidade).
22 - Ginecologia; 60 - Enfermeira do PSF; 76 - Enfermeira do PACS;
29 - Obstetria; 73 - Ginecologia/Obstetria; 79 - Enfermeira obstetra;

- No caso dos exames, assinalar com "X" quando o resultado do exame for analisado pelo médico ou enfermeira que realizou a consulta naquele dia.
- No caso da vacina anti-tetânica, assinalar com "X" de acordo com o Cartão de Imunização da gestante.

ANEXO 03 – RELATÓRIOS DO SISPRENATAL

ANEXO 04 – DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

**ANEXO 05 – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE
DADOS**

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Os abaixo assinados, pelo presente “Termo de Compromisso de Utilização de Dados”, em conformidade com a instrução Normativa nº 001/CEP/UNIVALI/2002, as autoras do projeto de pesquisa intitulado: “**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA REGIÃO DA AMFRI, SANTA CATARINA, 2003**” a ser desenvolvido no período de março a junho de 2004, os dados serão coletados na 17ª Gerência Regional de Saúde que é coordenada pela 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional, localizada em Itajaí (SC), comprometem-se a utilizar os dados coletados nos sistemas de informações SISPRENATAL E SINASC no referido local, mantendo o anonimato dos sujeitos ou pacientes, bem como a confidencialidade dos dados utilizados, somente para fins deste projeto, destinado a elaboração da dissertação de mestrado e possível divulgação científica, através de Resumo ou Artigo a ser publicado em periódicos nacionais e internacionais.

Informamos, também, que a instituição foi previamente consultada, concordando e propiciando as condições necessárias para a obtenção dos dados.

Outrossim, comprometemo-nos a retornar os resultados da pesquisa à instituição, apresentando-os aos seus representantes legais.

Itajaí (SC) 26 de janeiro de 2004.

Pesquisadora responsável

Mestranda

ANEXO 06 – PERMISSÃO DE IDENTIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

ANEXO 07 – PARECER COMISSÃO DE ÉTICA

ANEXO 08 – ATA DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO

**ANEXO 09 – TERMO DE COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO
AUTORIZANDO A EXECUÇÃO DA PESQUISA**

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)