



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
Especialização em Gestão de Sistemas e  
Serviços de Saúde



DURCIVAL FRANCISCO DA SILVA  
MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO MACIEL  
MARIA DA POMPÉIA MORAES RODRIGUES

---

**RESULTADO DOS INDICADORES DE PROCESSO  
APRESENTADOS PELO PROGRAMA DE  
HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO DO  
MUNICÍPIO DE SANHARÓ, 2007**

---

RECIFE  
2008

**DURCIVAL FRANCISCO DA SILVA  
MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO MACIEL  
MARIA DA POMPÉIA MORAES RODRIGUES TORRES**

**RESULTADO DOS INDICADORES DE PROCESSO APRESENTADOS PELO  
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO DO  
MUNICÍPIO DE SANHARÓ, 2007**

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo para obtenção do grau de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora:

Prof<sup>a</sup> Ângela Maria Leal de Souza

RECIFE

2008

---

R436 Resultado dos indicadores de processo apresentados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Município de Sanharó, 2007/ Durcival Francisco da Silva... [et al.] — Recife: D. F. da Silva, 2008.  
41 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Ângela Maria Leal de Souza.

1. Parto Humanizado. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Parto. 4. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. I. Souza, Ângela Maria Leal de. II. Título.

---

CDU 614.2

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS, por nos ter dado a oportunidade de conquistar mais esta vitória.

Aos nossos familiares e amigos, pela paciência, carinho e apoio incondicional.

À professora Angela Maria Leal de Moraes Vieira, por ter aceitado de pronto, ser nossa orientadora e compartilhar os seus conhecimentos.

Ao Dr. José Cristovam Martins Vieira, por ter aceitado com presteza ser a nossa debatedora.

Ao Sr. Semente, pela constante preocupação em nos manter em dia com os compromissos do curso.

À Dr<sup>a</sup>. Maria do Socorro de Freitas Brito, coordenadora da Atenção Básica do Município de Sanharó, a qual contribuiu para a execução deste trabalho de forma especial.

A todos os professores do NESC, pelos conhecimentos transmitidos.

## RESUMO

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) preconiza o resgate da assistência obstétrica integrada, qualificada e humanizada, com o envolvimento de forma articulada entre gestores e os profissionais de saúde, estando estes sensibilizados para atingirem as metas propostas pelo programa. Neste estudo do tipo descritivo e transversal, os dados foram coletados no município de Sanharó, localizado no agreste setentrional do estado de Pernambuco, tendo uma população de 16.604 habitantes. Foram analisados os resultados dos indicadores de processo do SISPRENATAL no que diz respeito ao: cadastramento das gestantes quanto ao período de captação, número de consultas realizadas, exames laboratoriais preconizados, gestantes imunizadas e/ou com dose imunizante, número de gestantes submetidas à testagem anti-HIV, número de consultas de puerpério realizadas até quarenta e dois dias após o parto. A partir dos dados trabalhados, evidenciou-se que o município atingiu excelentes indicadores com relação à captação precoce, com a realização de seis consultas pré-natal ou mais, testagem anti-HIV e exames laboratoriais preconizados, quando analisados individualmente. Dentre os principais fatores para a não conclusão do PHPN, o primeiro foi a não realização da consulta puerperal, seguido pela ausência da dose imunizante da vacina antitetânica. Diante do exposto, recomenda-se que a gestão deve desenvolver sistematicamente monitoramento, controle e avaliação dos indicadores do SISPRENATAL junto às Equipes de Saúde da Família, assim melhorando a qualidade da assistência prestada e dos seus indicadores. A melhoria do programa está condicionada ao conhecimento e avaliação sistemática do mesmo, bem como investimento em capacitações dos profissionais para atender a estas necessidades.

**Palavras-chaves:** Parto Humanizado. Cuidado Pré-Natal. Parto. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

## ABSTRACT

The PHPN praises the rescue of ter integrated, qualified obstetric assistance and humane care, with the involvement of form articulated between managers and the professionals of health, being these sensitized to reach the goals proposals for the program. The results of the pointers of process of the SISPRENATAL had been analyzed in what it says respect to: cadastre of the pregnant women how much to the period of capitation, praised, pregnant womem number of carrier thro ugh consultatuions, laboratoriais examinations immunized and/or with imunizante dose, number of pregnant women submitted to the testag anti-HIV, number of consultations of puerperio carried through up to forty and two days after the childbirth. From the worked data, it was proven that the city reached excellent pointers with regard to the precocious capitation, accomplishment of six consultations or more, praised testag anti-HIV and laboratoriais examinations, when analyzed individually. Amongst it says respect to: cadastre of the pregnant women how much to the period of capitation, praised, pregnant womem number of carrier thro ugh consultatuions, laboratoriais examinations immunized and/or with imunizante dose, number of pregnant women submitted to the testag anti-HIV, number of consultations of puerperio carried through up to forty and two days after the childbirth. From the worked data, it was proven that the city reached excellent pointers the SISPRENATAL next to the teams of health family. The improvement of the program is conditional to the Knowledge and systematic evaluatin of the same, as well as investment in qualifications of the professionals to take care of to these necessities.

**Keywords:** Humanizing Delivery. Health Status Indicators. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

## SUMÁRIO

		7
1	<b>INTRODUÇÃO</b>	
		8
2	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	
		16
3	<b>OBJETIVOS</b>	
3.1	<b>Objetivo geral</b>	16
3.2	<b>Objetivo específicos</b>	16
4	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	17
4.1	<b>Desenho do estudo</b>	17
4.2	<b>Universo</b>	17
4.3	<b>Amostra</b>	17
4.3.1	Critério de inclusão	17
4.3.2	Critérios de exclusão	18
4.4	<b>Local do estudo</b>	18
4.5	<b>Coleta de dados</b>	18
4.6	<b>Variáveis</b>	18
4.7	<b>Análise dos dados</b>	19
4.8	<b>Aspectos éticos e legais</b>	19
4.8.1	Riscos e benefícios	19
5	<b>ANÁLISE DOS DADOS</b>	20
6	<b>CONCLUSÕES</b>	33
	<b>REFERÊNCIAS</b>	35
	<b>APÊNDICES</b>	39

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo trata da avaliação situacional do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Sanharó, no ano de 2007. A referida cidade localiza-se no agreste setentrional do estado de Pernambuco, distante 198 Km da capital, com uma população de 16.604 habitantes (IBGE, 2007), destes 5.041 são Mulheres em Idade Fértil (MIF); habilitado, conforme a NOAS 2001, na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), estando vinculado à IV Gerência Regional de Saúde. A estrutura de saúde é composta por uma Unidade Mista, um Centro de Saúde, cinco equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com trinta e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), perfazendo uma cobertura de 100% dos municípios; dispendo de um laboratório público de patologia clínica e serviços de apoio ao diagnóstico conveniado (SANHARÓ, 2006).

O Brasil, nas últimas décadas, vem passando por intensas transformações demográficas e epidemiológicas, evidenciando um declínio acentuado da fecundidade e envelhecimento populacional, predominantemente nas mulheres, com expectativa de vida ao nascer de 72,6 anos, em 2000.

Historicamente, a mortalidade por complicações na gravidez, parto e puerpério, tem apresentado tendência ao declínio, desde a década de 40, mais lento do que se deveria esperar, quando comparado a outros indicadores nacionais, tais como os de mortalidade infantil ou de mortalidade por doenças infecciosas (MONTEIRO, 1995 apud LEÃO, 2002 SILVA, 1992).

O município de Sanharó fez adesão ao PHPN em maio de 2004. Neste programa está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, permitindo o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério. Portanto, o presente estudo justifica-se pela necessidade de ser evidenciado se o município conseguiu atingir os indicadores de processo preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), no ano de 2007 com relação às 179 (cento e setenta e nove) gestantes que pariram no ano em estudo. Desta forma serão disponibilizados subsídios para que a gestão avalie o cumprimento de suas metas e indicadores pactuados.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

No século XIX, a atenção que se direcionava apenas ao momento do parto foi ampliada, passando-se a valorizar a fase anterior ao nascimento, quando se estabeleceu a assistência materno-infantil, através da institucionalização de consultas à mulher no período pré-natal. Anteriormente, havia uma preocupação voltada apenas para os indicadores de saúde da criança (SERRUYA et al., 2004).

De acordo com Jurema (2002), a grande transformação do século XX foi oriunda do movimento feminista, pois sem sombra de dúvida, nos últimos 40 anos realizou-se, a mais intensa revolução de mentalidade dos últimos séculos. Esta sendo pacífica, não tendo proporcionado derramamento de sangue, travando batalhas e recriando as relações humanas; pois as peculiaridades do universo feminino, as quais são a afetividade e sensibilidade, estão sendo reconhecidas não como uma fragilidade, como no início do século, mais como características que fazem a diferença para melhor.

No Brasil, na década de 70, movimentos feministas lutaram pela ampliação da assistência à mulher, por reconhecê-las enquanto sujeito detentor de direitos em todas as etapas do seu ciclo de vida, com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (Legislação Básica do Sistema Único de Saúde – Lei 8.080/90), os quais são de responsabilidade do poder público (BRASIL, 2000).

A taxa de fecundidade brasileira tem apresentada nas últimas décadas uma drástica redução (de 6,3 filhos por mulher, em 1960, para 2,3 filhos em 2000), o que se deve ao uso generalizado de métodos efetivos de controle da procriação, tendo como um dos mais utilizados a esterilização cirúrgica e a pílula hormonal, além da realização do aborto, este último muitas vezes utilizado como método habitual, sendo realizado com frequência, de forma inadequada podendo levar as mulheres a complicações e óbitos. Em virtude da utilização dos métodos acima citados houve um “descuido” com relação às doenças sexualmente transmitidas, o que proporcionou o aparecimento do HIV em mulheres, sendo a primeira notificação brasileira registrada em 1983, ano em que foram registrados 31 homens na mesma condição. O que vem aumentando intensamente, atingindo, em 1998, uma relação de 2,1 homens para cada mulher (LEÃO, 2002).

Segundo Vasconcelos (2005), diante dos resultados de pesquisa realizada que objetivou a identificação dos fatores de risco para a transmissão vertical do HIV e as medidas que promovem sua prevenção, no território brasileiro adotou-se, em sua política de prevenção e controle de epidemia de AIDS, recomendações que tem por finalidade o controle da doença materna e, como conseqüência, a diminuição da transmissão vertical do HIV. Desde 1998, o consenso terapêutico da terapia anti-retroviral (TARV) para adultos e adolescentes inclui a possibilidade de uso dessa terapia combinada em gestantes. Faz-se necessário salientar que o AZT intravenoso já esta disponível na rede de saúde, com orientação de uso, desde 1996; e o AZT oral desde 1991, os quais têm produção nacional a partir de 1993.

De acordo com a necessidade de um maior acompanhamento, em 2001, o MS constituiu um comitê assessor, o qual tem por atividade específica agregar à política brasileira de saúde recomendações de uso de TARV em gestante e outras normatizações para a redução da transmissão vertical do HIV, onde os riscos e benefícios materno-fetais são considerados e balanceados.

Neste contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984; tendo como objetivo a promoção de atividades voltadas à gravidez, o controle da esterilidade, prevenção do câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério. Entretanto, em virtude de entraves financeiros e operacionais, não houve impacto significativo nos indicadores de qualidade na saúde da mulher.

De acordo com Machado (2002), foram criados os Conselhos Estaduais da Condição Feminina nos estados de São Paulo e Minas Gerais em 1983, e em 1985 o Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres, neste mesmo ano foi implantada a 1ª Delegacia Especializada na Saúde da Mulher, na cidade de São Paulo, e que conforme pesquisa nacional no ano 2000 já havia mais de trezentas unidades em todo o país.

No ano de 1990, o Ministério da Saúde implantou o protocolo para atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. Neste mesmo período, o estado brasileiro assinou e ratificou a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), visando garantir os plenos direitos femininos de se defenderem contra qualquer forma de discriminação (MACHADO, 2002).

Em 1994, o Brasil assinou a Convenção de Belém, onde se compromete com princípios e medidas para combater todas as formas de discriminação e violência contra a mulher.

Segundo Serrano (2002), com o objetivo de humanizar o atendimento às mulheres brasileiras e aos seus filhos durante a gestação, parto e pós-parto foi lançado pelo MS, em 1999, o prêmio Galba de Araújo; tendo como objetivo o reconhecimento na qualidade das respostas encontradas pelas equipes de unidades de saúde no Brasil na busca de um novo referencial na assistência obstétrica, podendo concorrer todos os estabelecimentos integrados à rede SUS.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas de 2002, sobre a população mundial existem mais mulheres em situação de pobreza do que homens, esta disparidade persiste até o momento atual. Embora as mulheres trabalhem mais que os homens, principalmente em afazeres não remunerados, como cuidadoras dos filhos e do lar, elas têm uma sobrevida maior que os homens, contudo adoecem com mais frequência.

O perfil epidemiológico das doenças femininas apresenta diferenças de acordo com as regiões, condições sócio-econômicas e culturais, e acesso aos serviços de saúde. As principais causas de morbidade são por causas cardiovasculares e crônico degenerativas, ainda convivem com causas evitáveis, como doenças infecciosas e parasitárias e a desnutrição.

No Brasil as causas de óbito feminino são por doenças do aparelho circulatório, neoplásicas e causas externas, embora em 2004 constatou-se uma estabilização nas causas externas e as do aparelho circulatório, ocorrendo predomínio das neoplasias.

A gravidez é um acontecimento relacionado com a sexualidade e não uma doença, podendo ser evitado 92% dos óbitos maternos (BRASIL, 2007). Acrescentamos que esta situação pode ocorrer com o acompanhamento adequado do pré-natal. Corroborando com os autores, cita-se Pedrosa et al. (2005), que pesquisas brasileiras reforçam a necessidade da qualidade de assistência pré-natal, precocidade no seu início, realização de exames complementares, além do acesso fácil, baixo custo e não apenas quantidade de consultas.

Refere Leão (2002), que as complicações da gravidez, parto e puerpério, também chamadas causas maternas, apesar de responderem por apenas 3,5% dos óbitos femininos no período reprodutivo representam mortes quase completamente

evitáveis, caso essas mulheres houvessem recebido assistência adequada. Constatou-se em 2005 que devido a esses fatores ocorreram 1.619 mortes de mulheres, estimando-se que ocorram 75 óbitos maternos para cada 100 mil Nascidos Vivos no Brasil, conforme demonstra os Indicadores do SUS, (BRASIL, 2007).

Objetivando a definição de uma nova estratégia de intervenção direcionada à saúde da mulher e da criança, o Ministério da Saúde instituiu em junho de 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de reduzir as elevadas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência e o parto. Programa este instituído pela Portaria/GM nº. 569, de 01/06/2000, o qual tem os seguintes princípios (BRASIL, 2000a):

- a) Toda gestante tem direito ao acesso e atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b) Toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado e de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no anexo I da Portaria/GM nº 569/2000;
- c) Toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d) Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico;
- e) Todo recém-nascido tem direito a assistência neonatal de forma humanizada e segura;
- f) É dever das Unidades de Saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adoção de condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher.

Vale também aqui citar os critérios para a atenção pré-natal estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000a):

- a) Realizar a primeira consulta até o 4º mês de gestação;
- b) Garantir a realização dos seguintes procedimentos:

- no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
- uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.

a) **São Exames laboratoriais:**

- ABO-Rh, na primeira consulta;
- VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
- urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
- glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação;
- hemoglobina / hematócrito, na primeira consulta.
- oferta de teste de HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população menor que cinquenta mil habitantes.
- aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado, ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.
- atividades educativas, objetivando mudar o comportamento das gestantes em relação a sua saúde e do conceito.
- classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.
- atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b), como componentes do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento:

- a) incentivo à Assistência Pré-Natal: estabelece o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes;
- b) organização, regulação e investimento na assistência obstétrica e pré-natal;
- c) criação de condições técnicas, financeiras e operacionais;

- d) financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de Hospitais do Sistema Único de Saúde.

A nova sistemática de pagamento ao parto tem a finalidade de melhorar as condições do custeio, desta assistência nos Hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

Ainda de acordo com o programa, define a Portaria Ministerial nº 570/2000 (BRASIL, 2000b), que os municípios receberão os seguintes incentivos financeiros: R\$ 10,00 (dez reais) no registro do cadastramento da gestante ao programa; R\$ 40,00 (quarenta reais) por gestante na conclusão do pré-natal, quando cumprido o elenco mínimo de procedimentos estabelecidos e R\$ 40,00 (quarenta reais), conforme Portaria Ministerial nº 572/2000 (BRASIL, 2000d), se o município realizar a assistência ao parto. Estes recursos podem ser identificados no extrato municipal como oriundo do programa, sendo que os mesmos não fazem parte do teto financeiro global do município e sim do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação do Ministério da Saúde (FAEC).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento é monitorizado através do SISPRENATAL, software desenvolvido pelo DATASUS, cujo objetivo é possibilitar o acompanhamento das gestantes inseridas no programa, além de monitorar o pagamento dos incentivos financeiros, sendo capaz de gerar relatórios e indicadores que contribuem para melhorar a gestão do serviço municipal, gerando mensalmente um Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) magnético específico, o qual será importado ao SIA/SUS. O detalhamento deste fluxo/rotina está definido na Portaria Conjunta SE/SPS nº 23/01, de 25 de maio de 2001. Em 21 de janeiro de 2008 houve alteração da versão do software, passando da 2.7 para a 2.10, onde há o acréscimo das seguintes informações: classificação de risco da gestação e tipo de parto (obrigatórios) e a realização de sorologia para toxoplasmose e Hepatite B, não sendo obrigatórios no que diz respeito a conclusão do acompanhamento.

O cadastramento da gestante obedece a seguinte composição de série numérica: os dois primeiros algarismos correspondem ao código do estado no IBGE; os dois seguintes correspondem ao ano em curso e os seis seguintes obedecem a uma ordem crescente, começando em 000.001 e indo até no máximo 999.999, em cada estado. Dentre desta numeração disponível para cada estado, será destinada a série numérica de cada município, em quantidade suficiente para atender o número

de recém-nascido, acrescido de uma margem de segurança. O cadastramento da gestante é considerado como a primeira consulta de pré-natal, sendo indispensável constar à numeração do SISPRENATAL no cartão da gestante. Quando efetuada a digitação, caso o número seja repetido a segunda gestante não será aceita no sistema. Todas as consultas de pré-natal serão registradas no sistema, mas só serão válidas para o elenco de procedimentos do programa, aquelas com intervalos superiores há quinze dias.

Quanto à disponibilização dos impressos é de responsabilidade do município, podendo o mesmo fazer alterações, desde que tenha o cuidado de não excluir nenhuma das informações constante na ficha de cadastro do programa, pois se isso ocorre à alimentação do SISPRENATAL será prejudicada.

De acordo com os dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), 41,8% dos partos em todo o Brasil foram cirúrgicos; um percentual bem acima do recomendado pelo MS, o qual é de 10% a 15% dos partos ocorridos nas maternidades de baixo risco e de 40% para as de alto risco. Em virtude disto, o MS lançou uma campanha nacional de incentivo ao parto normal e redução das cesarianas, a qual atinge todo o país. Cerca de 90 mil cartazes e 3 milhões de folderes sobre os benefícios do parto humanizado estão sendo distribuídos para mulheres grávidas e profissionais de saúde de serviços públicos e privados que atendam gestantes e realizam partos.

Segundo Boaretto (2005 apud SILVEIRA, 2006), as cesáreas aumentam os riscos de morte, lesões acidentais, reação à anestesia, prematuridade e desconforto respiratório dos bebês. Acrescenta a autora que humanizar o nascimento é respeitar e criar condições para atender as dimensões psicológicas, biológicas e sociais da parturiente. Recentemente foi garantido pela lei nº 11.108, a qual foi sancionada em abril de 2005 e regulamentada pelo ministro da saúde, Saraiva Felipe, durante a II Conferência Internacional Sobre o Parto Humanizado, realizada no Rio de Janeiro, o direito da mulher, em trabalho de parto e pós parto de ter um acompanhante na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). O MS repassa um incentivo financeiro adicional para cada Autorização de Internação Hospitalar (AIH), garantindo ao acompanhante o recebimento de acomodação e refeições.

O município de Sanharó fez adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento em maio de 2004. Neste programa está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Portanto, o

presente estudo justifica-se pela necessidade de evidenciarmos se o município conseguiu atingir os indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde, no ano de 2007. Desta forma serão disponibilizados subsídios para que a gestão avalie o cumprimento de suas metas e indicadores pactuados.

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivo geral**

Investigar os resultados dos indicadores de processo obtidos pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Parto no município de Sanharó, em 2007.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Verificar o número de gestantes cadastradas no primeiro trimestre (até 17 semanas gestacionais);
- b) Identificar o quantitativo de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal;
- c) Apontar o número de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal, os exames laboratoriais e a consulta de puerpério;
- d) Calcular o número de gestantes que foram submetidas ao teste anti-HIV;
- e) Verificar o quantitativo de gestantes imunizadas e/ou que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica; e
- f) Identificar o número de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Desenho do estudo**

O estudo é do tipo descritivo transversal e de abordagem quantitativa, onde está apresentado o funcionamento do PHPN no município de Sanharó.

### **4.2 Universo**

Será composto pelas gestantes acompanhadas pela atenção básica do município de Sanharó, no período de 2007.

### **4.3 Amostra**

A amostra do estudo foi constituída por 179 (cento e setenta e nove) gestantes acompanhadas no PHPN no ano de 2007.

#### **4.3.1 Critério de inclusão**

Foram incluídas no estudo as gestantes cadastradas no SISPRENATAL no período de janeiro a dezembro de 2007 e que pariram neste ano.

#### 4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo as gestantes cadastradas no SISPRENATAL que tiveram interrupção de cadastro por abortamento, mudança de domicílio, os erros de cadastramento e aquelas com parto para o ano de 2008.

#### 4.4 Local do estudo

O presente estudo foi realizado na rede da atenção básica do município de Sanharó, onde há cinco Equipes de Saúde da Família (ESF), perfazendo uma cobertura de 100% da população e um Centro de Saúde.

#### 4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados do Sistema de Informação, criado especificamente para o gerenciamento do programa (SISPRENATAL), referente ao município de Sanharó, sendo utilizado para tal a técnica de análise secundária dos dados.

#### 4.6 Variáveis

Foram utilizados os dados relativos ao:

- a) Cadastramento da gestante quanto ao período de captação;
- b) Número de consultas realizadas;
- c) Exames laboratoriais preconizados;
- d) Gestantes imunizadas e/ou com doses imunizantes;
- e) Número de gestantes submetidas à testagem anti-HIV; e
- f) Número de consultas de puerpério, até 42 dias após o parto.

#### **4.7 Análise dos dados**

Os dados foram tabulados, organizados sob a forma de tabelas e figuras do programa EXCEL, apresentados em freqüências absolutas e relativas e embasados à luz da literatura encontrada.

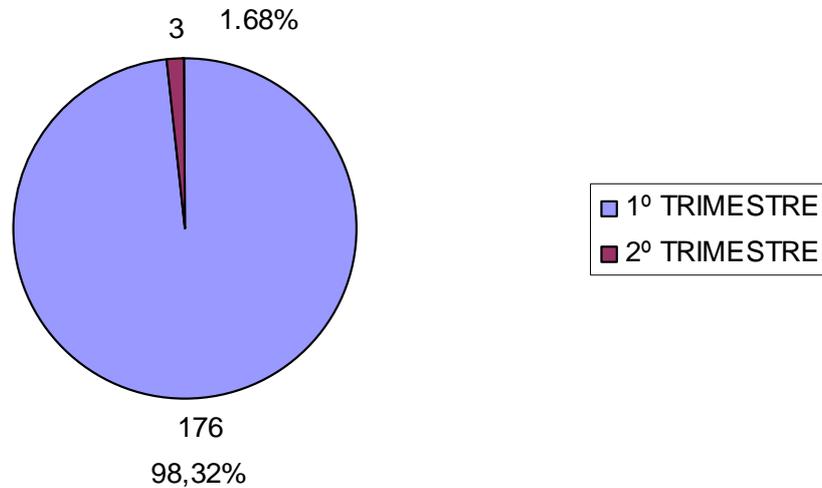
#### **4.8 Aspectos éticos e legais**

Houve contato com a Gestora Municipal de Saúde, onde se explicou os objetivos da pesquisa e a contribuição da mesma para a gestão e os pesquisadores. A Secretária de Saúde disponibilizou a Carta de Anuência, conforme preconizado para a realização do estudo e de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP).

##### **4.8.1 Riscos e benefícios**

O estudo ora proposto se norteia pela Resolução 196/96 para pesquisa envolvendo seres humanos e se classifica em risco mínimo, entretanto, trará inúmeros benefícios, dentre eles, a identificação do comportamento dos indicadores deste programa, oferecendo subsídios para que a gestão avalie a qualidade da assistência prestada pela rede de saúde do município.

## 5 ANÁLISE DOS DADOS



**Gráfico 1** - Distribuição da amostra de acordo com cadastramento por trimestre, Sanharó, 2007.

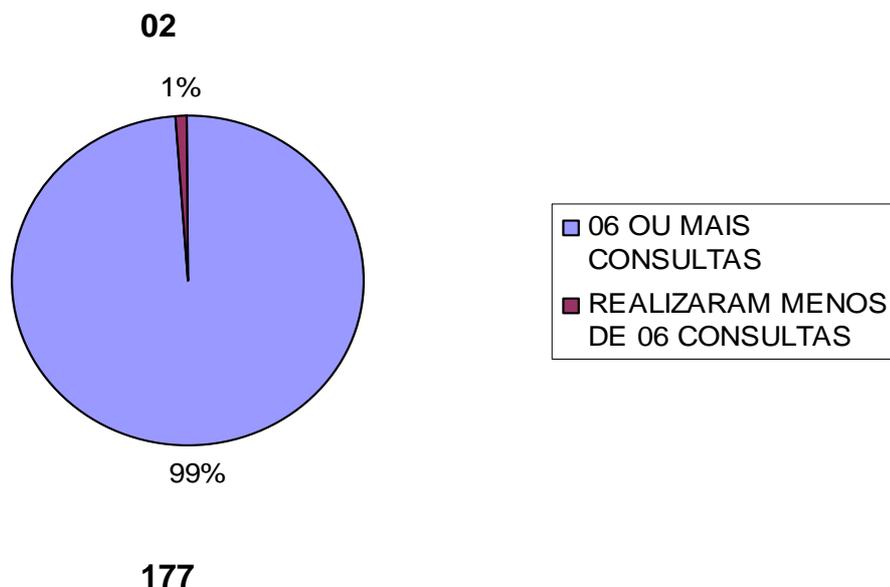
De acordo com o gráfico 01 o município atingiu a cobertura de 97% de início do pré-natal no 1º trimestre, onde das 179 (cento e setenta e nove) gestantes, 176 (cento e setenta e seis) foram captadas precocemente, ou seja, antes dos 120 dias gestacional, demonstrando que a atenção básica adotou estratégias adequadas para cumprir este indicador, conforme preconiza o Ministério da Saúde na portaria 569/2000.

A importância do início do pré-natal no 1º trimestre deve-se ao fato da detecção precoce de patologias, más formações e prevenção de aborto, pois neste período já se faz a classificação do risco gestacional. Corroborando com os autores, cita-se o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, que estabelece em seu protocolo a administração do ácido fólico durante o 1º trimestre gestacional, para prevenir má formação do tubo neural, de oferecer oportunidades para classificação de risco gestacional em cada consulta e o desenvolvimento de ações educativas e terapêuticas.

As gestantes estão atendendo ao chamamento das ESF no que diz respeito ao início do pré-natal, conscientes dos benefícios que terão nesses serviços, depositam sua confiança e entregam os seus corpos aos cuidados de pessoas autorizadas legalmente para assisti-las.

Constata-se que 06 (seis) gestantes foram captadas tardiamente, perfazendo um percentual de 3%, o que foi um prejuízo para as mesmas, tendo em vista que perderam a oportunidade de receber a administração do ácido fólico e a classificação do risco gestacional, no período em que não ocorreram as consultas de pré-natal.

Quanto ao bloco de financiamento da atenção básica, a captação tardia das gestantes implica em se perder o valor de R\$ 10,00 (dez reais) por cadastro, portanto, com relação ao ano de 2007, o município não recebeu o valor correspondente a R\$ 30,00 (trinta reais); de acordo com o que estabelece a Portaria Ministerial (PM) nº 570/2000 (BRASIL, 2000b).



**Gráfico 2** - Distribuição da amostra de acordo com o quantitativo de gestantes cadastradas no SISPRENATAL com seis consultas ou mais, Sanharó, 2007.

O gráfico 2 mostra, quanto ao número de consultas pré-natal que o município atingiu um excelente indicador, tendo em vista que 177 (cento e setenta e sete) gestantes das 179 (cento e setenta e nove) parturientes em 2007 realizaram seis ou mais consultas, totalizando um percentual de 98,88%, cumprindo satisfatoriamente o indicador de processo para avaliação da assistência, preconizado pela PM 569/2000 do PHPN; bem como atendendo à preconização ministerial, a qual estabelece que a gestante deva realizar, no mínimo, seis consultas (BRASIL, 2000a).

Conforme Relatório de Gestão 2003 a 2006 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a média do Nordeste para este indicador é de 4,3 consultas de pré-natal, constatando-se que após a implantação do PHPN, houve aumento no número de consultas pré-natal a nível nacional, principalmente no Norte e Nordeste. Portanto, verifica-se que o município apresentou melhora significativa quando comparado ao que menciona o referido relatório (BRASIL, 2007).

Refere Rezende (2003), quanto ao número de consultas, a recomendação clássica na obstetrícia é de que toda gestante deverá comparecer mensalmente ao pré-natal até o sétimo mês de gestação, e no oitavo, o intervalo entre as consultas deverá ser quinzenal e no nono, semanal. Conclui-se, que cada gestante deveria realizar de 12 a 14 consultas, dependendo do início do seu pré-natal. E isso vai além da recomendação básica do MS, que estipula no mínimo 06 consultas de pré-natal para uma gestante de baixo risco (PHPN). De acordo com o Relatório de Gestão 2003 a 2006: da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher constata-se que mães que têm de 08 a 11 anos de estudos, maior é o número de consultas realizadas (BRASIL, 2007). Kilsztajn et al. (apud ARAÚJO, 2005), verificaram, no Estado de São Paulo, que o aumento do número de consultas no pré-natal esteve relacionado diretamente com a redução do retardo do crescimento intrauterino, prematuridade, RN de baixo peso e mortes neonatais.

**Tabela 1** - Distribuição da amostra de acordo com o quantitativo de gestantes cadastradas no SISPRENATAL com seis consultas ou mais, exames laboratoriais e consulta de puerpério, Sanharó, 2007.

Indicadores	Realizaram		Não realizaram		Total	
	nº.	%	nº.	%	nº.	%
Seis consultas ou mais	177	98,88	02	1,12	179	100
Exames laboratoriais	178	99,44	01	0,56	179	100
Consulta de puerpério	124	69,27	55	30,73	179	100

Em relação à tabela acima, a qual diz respeito aos indicadores de processo, quanto à realização de seis ou mais consultas, os dados estão apresentados no gráfico 2. No tangente ao cumprimento da normatização dos exames laboratoriais básicos preconizados pelo PHPN, o grupo apresentou excelente indicador, com 178 (cento e setenta e oito) gestantes contempladas, perfazendo um percentual de 99,44%, significando que o município garante os exames básicos preconizados pela

PM 569/2000, o que proporciona a prevenção e tratamento precoce das patologias próprias da gravidez (BRASIL, 2000a).

Os exames laboratoriais básicos preconizados são:

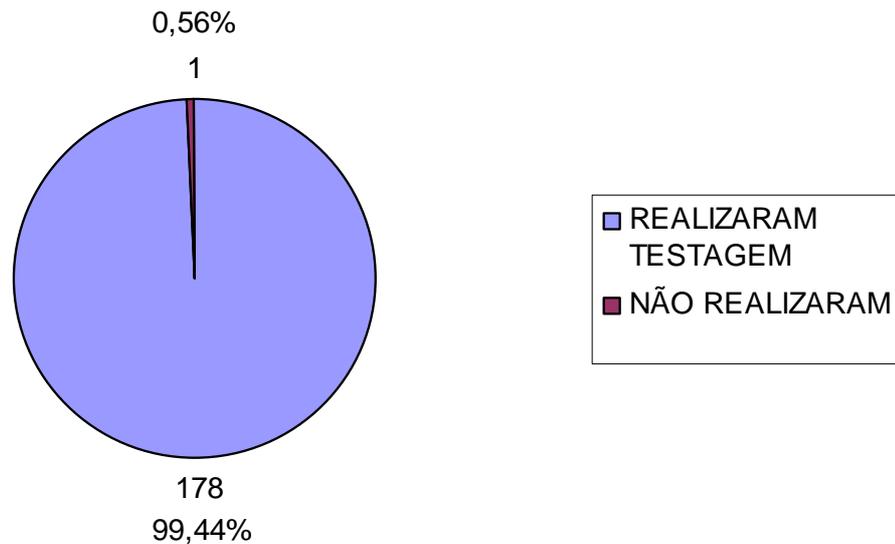
- a) ABO-Rh: tem a finalidade de evitar a Doença Hemolítica Perinatal decorrente da isoimunização;
- A isoimunização pelo sistema ABO corresponde a aproximadamente 66% dos casos, em geral as manifestações clínicas são icterícia e anemia, apresentando quadro clínico mais benigno.
  - A isoimunização Rh é freqüente a partir da segunda gestação e pode ocorrer também por transfusão sanguínea, hemorragia feto materna, amniocentese ou aborto, ocasionando a produção de anticorpo contra os antígenos fetais levando a destruição de suas hemácias provocando como quadro clínico, desde anemia leve a grave e também icterícia.
  - Nas formas graves: a icterícia aparece nas primeiras horas de vida, anemia grave desde o nascimento, hepatoesplenomegalia severo, edema generalizado (hidropsia) e acentuado comprometimento do estado geral, podendo evoluir também com manifestações hemorrágicas.
  - A gestante Rh negativo com parceiro Rh positivo ou desconhecido, deve realizar o teste de Coombs indireto, se negativo, repetir por volta da 30<sup>o</sup> semana. Quando positivo, a gestante também deve ser acompanhada pelo pré-natal de alto risco, para monitorar o seu feto e proceder com as intervenções no momento oportuno. Caso seja Rh negativo e permaneça com o Coombs indireto negativo, até o momento do parto, deverá ser administrado até 72 horas pós-parto, a nível hospitalar, a Globulina Imunológica para prevenir a isoimunização materna e proteger as próximas gestações da Doença Hemolítica.
- b) VDRL: o objetivo de sua realização no 1<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup> trimestre gestacional, o qual também deverá ser repetido na maternidade com amostra de sangue periférico, tem a finalidade de evitar as seqüelas graves da

Sífilis Congênita, causada pelas freqüentes reinfecções maternas ou tratamentos inadequados da gestante e/ou seu parceiro;

- Sua realização tem o objetivo de impedir a transmissão vertical da Sífilis, pois quanto mais recente a infecção materna, maior será o comprometimento fetal, podendo ainda provocar desde o abortamento precoce ao natimorto, ou nascerem crianças extremamente graves, ou crianças aparentemente assintomáticas, vindo a doença a se apresentar semanas ou meses após o nascimento, onde praticamente todos os órgãos podem estar comprometidos. São sinais e sintomas patognomônicos da doença: lesões de pele como pênfigo palmoplantar, condiloma, roseólas, coriza mucopiossanguinolenta e pseudoparalisia de Parrot (refletindo osteocondrite e periostite). O diagnóstico tardio poderá desencadear o desenvolvimento de neurosífilis, ocasionando seqüelas irreversíveis (BRASIL, 2006).
  - De acordo com o Informe da Atenção Básica Nº36 (BRASIL, 2006), estima-se uma prevalência de Sífilis em Gestantes de 1,6% e uma taxa de incidência de Sífilis Congênita de 12.000 (doze mil) casos por ano, no Sistema Único de Saúde. Refere ainda que, a Sífilis é uma condição patológica, cujo diagnóstico e tratamento podem ser realizados na Atenção Básica, com baixo custo e pouca dificuldade operacional.
- c) Sumário de Urina: preconiza-se a execução no 1º e 3º trimestre gestacional, com o objetivo do diagnóstico precoce da infecção do trato urinário, complicação clínica mais freqüente na gestação. Das gestantes que apresentam bacteriúria assintomática, 25% a 35% desenvolvem pielonefrite aguda; doença esta, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), que quando não diagnosticada e tratada precocemente, causa parto prematuro, anemia e retardo do crescimento intra-uterino;
- d) Glicemia de jejum: exame este segundo Serruya et al. (2004), recomendado pelo Consenso Nacional sobre Diabetes e Gravidez e também preconizado no PHPN, tem por finalidade a detecção precoce do Diabetes Gestacional (DG), o qual é responsável por elevados

índices de morbi-mortalidade perinatal, especificamente macrossomia fetal e mau formações congênitas;

- e) Hematócrito e Hemoglobina: a importância da garantia destes exames é diagnosticar precocemente a anemia, pois a deficiência de ferro está associada ao maior risco de morbi-mortalidade fetal e materna. Como também induzir partos prematuros e baixo peso ao nascer, ocasionando o aumento de infecções e da mortalidade infantil. Acrescentando a estes fatores, é sabido que durante a gravidez ocorrem mudanças fisiológicas do aumento do nível plasmático e a diminuição de micronutrientes, como a de ferro. Portanto recomenda-se, mesmo nas gestantes sem anemia, fazer uma suplementação de ferro elementar e ácido fólico a partir da 20ª semana gestacional, devido à maior intolerância digestiva no início da gravidez, diminuindo o estoque deste micronutriente. Sendo estes administrados na dose de 60mg diário pela manhã, recomendando-se que esteja associado a ingestão de suco cítrico para uma melhor absorção. Quanto às que apresentam anemia, fazer uma dosagem de 120 mg ao dia, por um período mínimo de 03 meses com acompanhamento laboratorial;
- f) Anti-HIV: Este teste deverá ser ofertado a todas as gestantes no 1º e 3º trimestre gestacional, com aconselhamento pré e pós teste, devendo sempre ser voluntário e confidencial. Tem a finalidade de impedir a transmissão vertical do HIV.



**Gráfico 3** - Distribuição da amostra de acordo com o quantitativo de gestantes cadastradas no SISPRENATAL com testagem anti- HIV, Sanharó, 2007

De acordo com o gráfico 03, o município alcançou um excelente indicador, atingindo um percentual de 99,44%, o que reflete a preocupação que se tem com relação à prevenção da transmissão vertical do HIV, cumprindo assim o preconizado pelo Ministério da Saúde quando refere que o teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós, deve ser ofertado a todas as gestantes. De acordo com razões epidemiológicas, atendendo a recomendação da Comissão Nacional de DST/AIDS, lembrando que este exame deverá ser sempre voluntário e confidencial. Os municípios com população inferior a 50.000 habitantes não estão desobrigados a cumprir esta diretriz, cabendo ao Plano Estadual/Regional disponibilizar o laboratório de referência para análise desse exame (BRASIL, 2000b).

Segundo o informe da Atenção Básica n. 36, (BRASIL, 2006):

A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou amamentação, sendo que cerca de 35% desta transmissão ocorre durante a gestação, 65% acontece no periparto e há um risco acrescido de transmissão por meio da amamentação de 7% a 22% por exposição (mamada). A taxa de transmissão vertical do HIV, quando não são realizadas intervenções de profilaxia, atinge cerca de 25% das gestações das mulheres infectadas. Com ações profiláticas, obtém-se uma redução dessa taxa para níveis entre 1% a 2%.

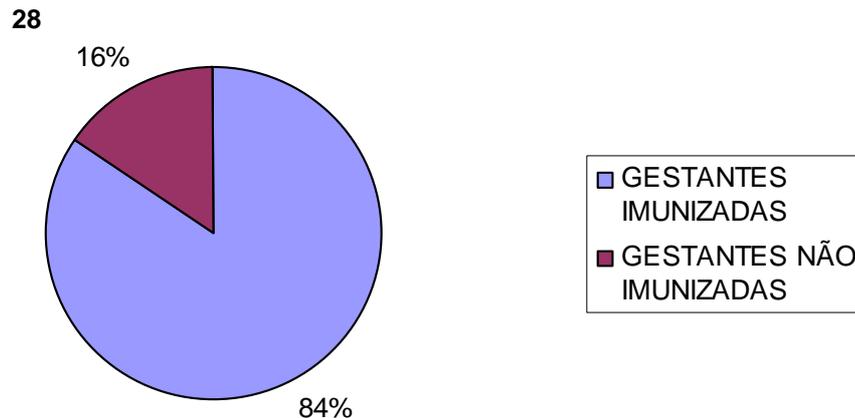
Conforme Relatório de Gestão 2003 a 2006 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher a expansão do HIV ocasiona uma prevalência de 0,41% de infecção pelo HIV em gestantes, estima-se que 12.456 recém nascidos sejam expostos a esse vírus anualmente.

Em estudo de Vasconcelos (2005), comprovou-se ter havido ao longo do tempo, um aumento do diagnóstico sorológico para o HIV em gestantes. Observou-se no período de 1996 a 1999 ao período de 2000 a 2003 um incremento de 40% nos dados procedentes dos prontuários médicos e um aumento de maior expressividade (674%) em componente prospectivo, sinalizando ter havido uma resposta positiva da população-alvo (gestantes e cuidadores) a três grandes intervenções, desencadeadas pelo MS: o PHPN em 2000, o Projeto Nascer-maternidade em 2002, e duas campanhas específicas sobre o tema, enfocando gestantes em 1999 e profissionais de saúde em 2002.

As gestantes identificadas como portadoras de HIV durante o pré-natal, deverão realizar CD4 e Carga Viral para a avaliação imunológica e virológica, com acompanhamento em serviço de referência, conjuntamente com a Atenção Básica. No que diz respeito àquelas portadoras do vírus assintomática e com idade gestacional maior ou igual a 14<sup>a</sup> semana deverá iniciar o AZT oral, conforme recomendação do PACTG 076 (BRASIL, 2000b).

De acordo com Vasconcelos (2005), o Ministério da Saúde estabelece em seu protocolo que a via de parto será definida conforme o valor da carga viral, quando esta for maior ou igual a 1000 cópias/ml ou desconhecida e associada à idade gestacional a partir da 34<sup>a</sup> semana. Acrescenta o autor, que a cirurgia cesariana eletiva (CCE) é uma intervenção cirúrgica programada e realizada antes do início do trabalho de parto, encontrando-se as membranas amnióticas integras e dilatação cervical de 3 a 4 cm; a administração prévia do AZT deverá ser iniciada três horas antes do início da cesariana, mantendo-se esta medicação até a ligadura do cordão umbilical, tendo como finalidade a proteção da criança ao HIV.

As maternidades devem oferecer o teste anti-HIV (teste rápido), com aconselhamento, devendo ser voluntário e confidencial e realizado mediante o seu consentimento verbal, caso seja reagente, iniciar a quimioprofilaxia com AZT (injetável para a mãe e solução oral para o bebê) e realizar teste confirmatório em caráter de urgência.



**Gráfico 4** - Distribuição da amostra de acordo com o quantitativo de gestantes cadastradas no SISPRENATAL com dose imunizante da antitetânica, Sanharó, 2007.

O gráfico 4 demonstra um quantitativo de 151 (cento e cinquenta e uma) gestantes imunizadas, perfazendo um percentual de 84,36%, onde 28 (vinte e oito) não foram imunizadas, correspondendo a um percentual de 15,64% das cadastradas, indicando que não foi dada a devida importância a uma ação básica, de baixo custo financeiro e fácil execução. Além de demonstrar que foram perdidas várias oportunidades para a realização da imunização, desde que estas mulheres foram submetidas a seis ou mais consultas de pré-natal. A dose imunizante previne principalmente o Tétano Neo Natal.

Corroborando com os autores, Serruya (2004), diz que a realização da vacina anti-tetânica é uma atividade de absoluto consenso técnico, ainda apresentando-se aquém do ideal. A primeira hipótese é a ausência de arte dos registros das doses aplicadas, reiterando a necessidade de organização e gestão da assistência. Como a erradicação dos casos de Tétano Neonatal é uma meta a ser alcançada, esse indicador merece permanente avaliação, principalmente nos municípios onde esse risco é maior.

O Tétano Neonatal, “mau de sete dias” ou “tétano umbilical”, é uma patologia grave, não transmissível e imunoprevenível, causada pelo *Clostridium tetani*, acomete recém nascidos, principalmente na primeira semana de vida ou nos primeiros 15 dias.

A contaminação ocorre durante a secção do cordão umbilical, através de substâncias e instrumento contaminados pelo esporo do bacilo e ou pelo deficiente higiene nos cuidados com o recém nascido.

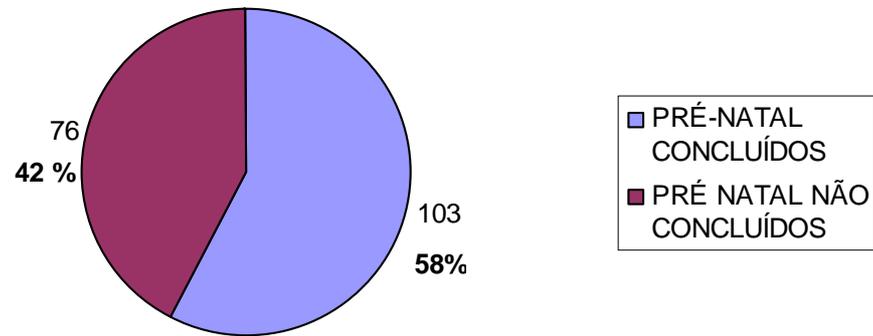
A prevenção do Tétano Neonatal é garantida com a vacinação das gestantes, do atendimento higiênico do parto e uso de material estéril para clampeamento do cordão umbilical e do curativo do coto, utilizando solução de álcool a 70%.

O esquema básico de vacinação deve ser realizado em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), gestantes e não gestantes, como medida imprescindível para a prevenção do Tétano Neonatal. Sendo realizado com vacina dupla tipo adulto (dT contra Difteria e o Tétano) nas mulheres que não tem vacinação prévia ou tem esquema vacinal incompleto, pois será considerado completo quando houver a administração das três doses, devidamente comprovadas. De acordo com o protocolo do PHPN, a gestante poderá ser considerada imunizada no mínimo, com duas doses de vacina anti-tetânica, sendo que a segunda deve ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto. Caso ela não consiga completar o esquema vacinal durante a gravidez, este deverá ser completado no puerpério ou em qualquer outra oportunidade. É de extrema importância que o profissional de saúde investigue a história vacinal da gestante.

De acordo com o que preconiza o Programa Nacional de Imunização (PNI), o esquema vacinal para gestantes, procederá da seguinte forma:

- a) sem nenhuma dose: iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível, independente da idade gestacional, com três doses e intervalo de sessenta dias, ou no mínimo, trinta dias;
- b) com menos de três doses: completar o esquema mais precocemente possível, com intervalo entre elas de sessenta dias, ou no mínimo, de 30;
- c) com três doses ou mais, sendo a última a menos de cinco anos, não é necessário vacinar. Nos casos em que a última ocorreu a mais de cinco anos, fazer uma dose de reforço.

Quanto à contra- indicação do esquema vacinal, adota o PNI que deverá ser interrompido quando houver reação de hipersensibilidade (reação anafilática), após a administração de qualquer dose.



**Gráfico 5** - Distribuição da amostra de acordo com o quantitativo de gestantes cadastradas no SISPRENATAL com seis consultas ou mais, todos os exames básicos, testagem anti-hiv, dose imunizante da vacina antitetânica e consulta de puerpério, Sanharó, 2007.

**Tabela 2** - Distribuição da amostra de acordo os indicadores que impediram a conclusão do SISPRENATAL, Sanharó, 2007.

Indicadores	Realizaram		Não realizaram		Total	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Seis Consultas ou mais de Pré-Natal	177	98,88	02	1,12	179	100
Vacina antitetânica dose imunizante	151	84,36	28	15,64	179	100
Testagem anti-HIV	178	99,44	01	0,56	179	100
Exames laboratoriais	178	99,44	01	0,56	179	100
Consulta de puerpério	124	69,27	55	30,73	179	100

De acordo com o gráfico 5, 103 (cento e três gestantes) concluíram o SISPRENATAL, o que corresponde a um percentual de 58%; estas sendo contempladas com todas as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para um adequado acompanhamento pré-natal, assistência à gestante e a puérpera.

Na tabela 2, evidenciou-se as principais causas para a não conclusão do SISPRENATAL, onde a consulta de puerpério contribuiu com a maior frequência de

impedimento para o não alcance deste indicador, seguida pela não imunização antitetânica, conforme descrito no gráfico 05.

Em relação às consultas puerperal, a atenção básica do município não foi eficaz nesta ação, pois tem um período de até quarenta e dois dias após o parto para concluir o acompanhamento da gestação, desde que o pré-natal conclui-se com a consulta de puerpério. Esta ação representa um percentual de 72,36% dos motivos para a não conclusão do SISPRENATAL, além de impossibilitar a intervenção da equipe de saúde na prevenção ao desmame precoce, infecções e mortes neonatal e materna.

Recomenda o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), que a consulta puerperal deve ser agendada para o período entre o 7º e o 10º dia do puerpério, ocorrendo preferencialmente na unidade de saúde mais próxima da residência da mulher, incluindo a criança e o companheiro. Neste retorno, devem-se ouvir as queixas da puérpera, realizar exame físico adequado, com ênfase ao estado hematológico, rastreamento de infecção (puerperal ou da ferida operatória), sendo fundamental o exame das mamas e o incentivo para o aleitamento materno.

Quanto aos direitos sociais deste grupo, às puerperas que exercem vínculo empregatício e às autônomas que ainda não estão em gozo da licença maternidade, devem-se fornecer o atestado médico para esta situação e orienta-las a comparecer a um posto de atendimento do INSS, pois terão direito a 120 dias de licença. Para as mulheres que amamentam, ao retornarem da licença maternidade, têm direito à licença complementar para a amamentação, onde são disponibilizados dois descansos diários de trinta minutos até a criança completar seis meses.

No que diz respeito ao incentivo financeiro a ser repassado ao município para melhoria da assistência ao pré-natal e parto, registrou-se o não recebimento de R\$ 3.040,00 (três mil e quarenta reais), conforme preconiza a PM Nº 570, de 1º de junho de 2000.

Para Serruya (2004), a consulta puerperal é em primeira análise a ação do ciclo gravídico-puerperal, no qual se desvincula a saúde da mãe e do recém-nascido, e portanto, enfatizando a atenção à saúde da mulher e não da “mãe”. Acrescenta a autora que por diferentes razões essa consulta tem baixíssima adesão nas unidades básicas de saúde, e os percentuais neste indicador avaliados no PHPN são menores que 19%. Teoricamente os serviços de saúde, reconhecem a consulta puerperal como necessária, mas admitem ausência de estratégias para sua

realização, além de referenciar que as mulheres não voltam ao serviço de saúde, porém atestam os dados do PNI, que os recém-nascido comparecerem a unidade básica de saúde para serem vacinados e geralmente vão com sua mães. De fato, os serviços e profissionais de saúde em geral vêem o parto como final do processo e não valorizam este retorno. Assim evidenciando um falta de planejamento e execução da assistência em relação à mulher, voltado apenas a preocupação para o recém- nascido. Confirmando este contexto, refere o MS (BRASIL, 2006), que a atenção puerperal não está consolidada nos serviços de saúde, onde a grande maioria das mulheres retorna ao serviço no primeiro mês após o parto, sendo a sua principal preocupação, assim como dos profissionais de saúde, com a avaliação e vacinação da criança.

## 6 CONCLUSÕES

Ao término deste trabalho, diante dos dados coletados e analisados, conclui-se que a atenção básica do município de Sanharó atingiu excelente indicador com relação à captação precoce das gestantes, visto que da amostra analisada, o que corresponde a 179, a equipe adotou estratégias conseguindo captar 176 no primeiro trimestre. Desta forma, houve oportunidade para a administração do ácido fólico, o qual tem fator importantíssimo por atuar na prevenção da má formação do tubo neural fetal; acrescenta-se ainda como benefício a classificação precoce do risco gestacional, prevenindo e tratando precocemente patologias e eventos do ciclo gravídico e antecedentes patológicos que poderiam trazer conseqüências para o binômio mãe-filho. Em relação ao número de consultas preconizadas, alcançou-se excelente indicador de processo, onde 177 gestantes realizaram seis e/ou mais consultas de pré-natal, com esta ação a equipe teve mais oportunidades para realizar um acompanhamento adequado e intervir oportunamente em algumas intercorrências e complicações.

Quanto à execução de exames laboratoriais preconizados, a atenção básica atingiu uma excelente cobertura, onde 178 gestantes foram contempladas, incluindo a testagem anti-HIV, denotando uma preocupação para o diagnóstico precoce, prevenção e tratamento da transmissão vertical do HIV e da Sífilis Congênita; com relação à classificação sanguínea, a rede obteve meios para prevenção e tratamento da doença hemolítica perinatal, assim como o acompanhamento do nível de hemoglobina e hematócrito, garantindo a suplementação do sulfato ferroso ou o tratamento da anemia ferropriva. Outro exame garantido foi a dosagem de glicose, importante para o diagnóstico do Diabetes Gestacional, que quando não tratado poderá ocasionar a macrossomia fetal e distúrbios metabólicos na gestante e no recém nascido. Ainda no elenco de exames, a realização do sumário de urina foi de grande importância, visto que além de detectar infecções do trato urinário, oportunizando o tratamento, cuja ausência poderá ocasionar seqüelas no feto e ou aborto, como também para a própria saúde da gestante.

No que diz respeito à prevenção do Tétano Neonatal, oportunidades foram perdidas, uma vez que 28 gestantes não foram imunizadas, apesar de terem realizado seis ou mais consultas de pré-natal, assim a atenção básica não foi eficaz

neste indicador, comprometendo a qualidade da assistência a este grupo. Mesmo sendo esta ação de baixo custo, fácil execução e monitoramento.

A ausência da consulta puerperal foi o principal fator para a não conclusão do PHPN, pois 55 gestantes não foram submetidas a este procedimento, sendo inadmissível para uma população coberta em 100% pela Estratégia Saúde da Família, o que proporcionou um prejuízo à assistência, pois se perdeu a oportunidade de incentivo ao aleitamento materno exclusivo, avaliação do estado nutricional e vacinal, cuidados e orientações para com o recém nascido, tratamento e prevenção de infecções materno-infantil, orientações relacionadas com a saúde da mulher e o planejamento familiar, suplementação com sulfato ferroso e não interação com as recomendações das contra-referências. Esta ação poderia ter sido cumprida se as equipes estivessem adotando a visita domiciliar como uma atividade de rotina, tendo em vista que tem um período de 42 dias à sua execução. Para o município refletiu em perdas de recursos financeiros, além de intervir negativamente nos seus indicadores.

Recomenda-se que a gestão deva desenvolver sistematicamente monitoramento, controle e avaliação dos indicadores do PHPN junto às Equipes da Estratégia Saúde da Família, assim melhorando a qualidade da assistência prestada às gestantes.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Breno et al. Estudo da mortalidade de recém nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 468, out./dez. 2005.

BRAGA, Taciana Duque A.; VILARIM, José Nivaldo de A.; CUNHA, Gilene Wanderley. Ictericia. In: BRAGA, Taciana Duque; MENESES, Jucille (Org.). **Neonatologia IMIP**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.p. 140–141.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988: atualizada até a Ementa Constitucional nº 20, de 15-12-1998. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carências de micronutrientes**. Brasília, DF, 2007. (Cadernos da Atenção Básica, n. 20).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de indicadores do SUS**, Brasília, DF, 2007. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM, de 01 de junho de 2000**. Brasília, DF, 2000a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 2 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 570/GM, de 01 de junho de 2000**. Brasília, DF, 2000b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 2 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 571/GM, de 01 de junho de 2000**. Brasília, DF, 2000c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 2 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 572/GM, de 01 de junho de 2000.** Brasília, DF, 2000d. Disponível em: <[http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 2 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 95/GM, de 26 de janeiro de 2001.** Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 2 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Nascer.** Brasília, DF, 2003.

BRASIL Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003 a 2006:** política nacional de atenção integral à saúde da mulher. Brasília, DF, 2007.

EBRAHIM, G. J.; SULLIVAN, K. R. **Métodos de pesquisa em saúde materno infantil.** Recife: Bagaço: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 1996.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa.** 4..ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IBGE. **Censo 2007.** Rio de Janeiro, 2007.

JUREMA, Solange Bentes. A Mulher dos Anos 2000. **Revista promoção da saúde,** Brasília, DF, ano 3, n. 6, p. 10-13, out. 2002.

LEÃO, Estela Maria. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Revista promoção da saúde,** Brasília, DF, ano 3, n. 6, p. 31-35, out. 2002.

LIMA, Geisy de Souza. Sífilis congênita. In: BRAGA, Taciana Duque; MENESES, Jucille (Org.). **Neonatologia IMIP.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 229-230.

MACHADO, Lia Zanotta. Os frágeis direitos da mulher. **Revista promoção da saúde,** Brasília, DF, ano 3, n. 6, p. 22-25, out. 2002.

MAIA, Denise. Persistência e coragem.... a mulher no contexto saúde da família. **Revista promoção da saúde**, Brasília, DF, ano 3, n. 6, p. 63-65, out. 2002.

PEDROSA, Linda Delia Carvalho de Oliveira; SARRINHO, Sílvia W.; ORDONHA, Manuelina de Albuquerque Rocha. Óbitos neonatais: Por que e como informar?. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 411-416, out./dez. 2005.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia Fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SANHARÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde - 2006 a 2007**. Sanharó, 2006.

SAÚDE da família e a atenção pré-natal e puerperal. **Informe da Atenção Básica**, Brasília, DF ano 7, n. 36, jul./ago. 2006.

SERRANO, Miguel Malo. Promovendo a Saúde da Mulher. **Revista promoção da saúde**. Brasília, DF, ano 3, n. 6, p. 53-56, out. 2002.

SERRUYA, Suzane Jacob. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil. **Revista promoção da saúde**, Brasília, DF, ano 3, n. 6, p. 15-21, out. 2002.

SERRUYA, Suzane Jacob; CECATTI, José Guilherme, LAGO, Tânia Giácomo. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil do Ministério da Saúde do Brasil: resultados iniciais. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out. 2004.

SERRUYA, Suzane Jacob; LAGO, Tânia de Giácomo; CECATTI, José Guilherme. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-524, ago. 2004.

SILVEIRA, Renata. Novos caminhos para a humanização do parto. **Revista HEBRON**, Caruaru, n. 25, p. 21-23, set./out. 2006.

VASCONCELOS, Ana Lúcia Ribeiro; HAMANN, Edgar Merchan. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV ? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada as gestantes/parturientes infectadas pelo HIV

e seus recém-nascidos. **Revista brasileira de saúde materno-infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 483-492, out./dez. 2005.

## APÊNDICE A

### Instrumento para Coleta de Dados

- 1) Número de gestantes cadastradas no primeiro trimestre (até 17 semanas gestacionais);
- 2) Número de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal;
- 3) Número de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal, os exames laboratoriais e a consulta de puerpério;
- 4) Número de gestantes que foram submetidas ao teste anti-HIV;
- 5) Número de gestantes imunizadas e/ou que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica;
- 6) Número de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica.

**APÊNDICE B – Pôster**