

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

VERÔNICA MORAES FRANCISQUINI GARDIN

Avaliação da atenção ao pré-natal às gestantes no PSF: o caso de Guairaçá - PR

Rio de Janeiro
2010

VERÔNICA MORAES FRANCISQUINI GARDIN

Avaliação da atenção ao pré-natal às gestantes no PSF: o caso de Guairaçá - PR

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora Prof^a Dr^a Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui.

Rio de Janeiro
2010

VERÔNICA MORAES FRANCISQUINI GARDIN

Avaliação da atenção ao pré-natal às gestantes no PSF: o caso de Guairaçá - PR

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Luiz Guilherme da Silva Pessoa
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Rosângela Caetano
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Dedico o presente trabalho a todos aqueles que,
de algum modo, contribuíram para sua conclusão.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, que me permitiu completar esta jornada.

Agradeço a minha orientadora Dr^a Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui, que tanto contribuiu para a realização deste estudo. Agradeço pela lição de saber, orientação constante, dedicação e renúncias pessoais, por repartir sua experiência de vida e auxiliar a trilhar este caminho.

Aos meus pais Antônio e Suely, por acreditar e investir em meu sucesso. De vocês recebi o dom mais precioso de Universo: A Vida.

Agradeço ao meu marido, pelo carinho, compreensão e horas de ausência. As alegrias de hoje também são tuas, pois o teu amor, estímulo e dedicação foram armas desta vitória.

Ao meu bem mais precioso, minha filha Pamella que é a minha razão de viver.

A todos aqueles que de alguma maneira participaram da realização deste estudo.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes! (Florence Nightingale).

RESUMO

Este trabalho teve o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços de assistência pré-natal do Programa Saúde da Família, oferecidos às gestantes da cidade de Guairacá (PR). Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo, com abordagem quantitativa, no qual foram utilizados dados referentes às gestantes atendidas no município, entre julho de 2008 e julho de 2009, coletados através da técnica de auditoria, priorizando a coleta do número de consultas, registros dos exames laboratoriais e procedimentos clínico-obstétricos realizados. A identificação do perfil sócio-demográfico das gestantes foi feita a partir do SISPRENATAL. Dados indisponíveis neste sistema foram captados nos prontuários. Como critério de avaliação da qualidade da atenção pré-natal, empregou-se indicadores presentes no Programa de Humanização do Pré-natal e os desenvolvidos por Nascimento (2002) e Coutinho (2002). A amostra foi composta por 57 gestantes, sendo que 24,6% encontravam-se entre 10 a 19 anos; 70% eram brancas; 71,9% viviam na zona urbana e 52,6% eram casadas ou amasiadas, enquanto 36,8% eram solteiras e 10,5% não havia registro. Quanto à escolaridade, 57,9% possuíam instrução superior a 8ª série do ensino fundamental; 52,6% eram lavradoras; 10,5% donas de casa; 3,5% estudantes e 33,4% não tinham registro. Da totalidade da amostra, 51 gestantes (89%) procuraram atendimento pré-natal no segundo trimestre de gestação e 60% realizaram 6 ou mais consultas pré-natais; 84% tinham este dado registrado em prontuário; 58% possuíam 5 ou mais registros da idade gestacional; 72% apresentavam peso, batimentos cardíofetais e pressão arterial registrados e 47% a altura uterina. Em relação à apresentação fetal, nenhum prontuário apresentou registro deste dado. No que se refere à imunização antitetânica, 42,1% necessitaram de dose de reforço e 57,9% encontravam-se imunizadas. Quanto ao registro da tipagem sanguínea ABO Rh, em 100% dos prontuários identificaram-se anotação. Os exames EAS e VDRL foram solicitados a 65% das gestantes e em 81% duas vezes ou mais. Em se tratando da adequação do processo de assistência pré-natal prestado em Guairacá, o número de consultas com a época de início foi considerado 86% intermediário, os procedimentos clínicos obstétricos obrigatórios foram 72% inadequados e os procedimentos obstétricos e exames complementares foram considerados 96% intermediários. Diante disto, constatou-se que apesar da quantidade de consultas pré-natais serem satisfatórias, a maioria das gestantes só procurou os serviços de saúde a partir do segundo trimestre, e procedimentos clínicos e obstétricos obrigatórios nem sempre foram realizados, trazendo consequências tanto para o bebê quanto para a gestante.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Gravidez; Avaliação da qualidade de serviços.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the quality of prenatal care of the Family Health Program, offered to pregnant women in the city of Guairaçá (PR). This is an exploratory, retrospective, quantitative approach, where data on pregnant women in the city were used, between July 2008 and July 2009, collected through the technical audit, focusing on collecting the number of performed queries, records of laboratory exams and performed clinical-obstetric procedures. The identification of socio-demographic profile of pregnant women was made from the SISPRENATAL. Data not available in this system were obtained from medical records. As criteria for evaluating the quality of prenatal care, indicators were employed in the Humanization Program of Prenatal and in the works developed for Birth (2002) and Coutinho (2002). The sample consisted of 57 pregnant women where 24,6% of them were between 10 to 19 years, 70% were white, 71.9% lived in urban areas and 52.6% were married or lived as married, while 36.8% were unmarried and 10.5% there was not record. Regarding schooling, 57.9% had education higher than the 8th grade of elementary schools, 52.6% were farm laborer, 10.5% were housewives, 3.5% were students and 33.4% had no record. Fifty-one patients (89%) sought prenatal care in the second trimester of pregnancy and 60% received 6 or more prenatal visits, 84% were recorded in this data record, and 58% had 5 or more records of gestational age, 72% weight, 72% fetal heart rate, 72% blood pressure and 47% uterine height. In relation to fetal presentation, no medical record had this information recorded. Regarding tetanus, 42.1% required a booster dose and 57.9% were immunized. The record of the ABO blood type Rh, 100% of the records identified annotation. EAS tests and VDRL were asked to 65% of pregnant women and in 81%, twice or more. And the adequacy of the prenatal care provided at Guairaçá, 86% of the consultations number with the time of onset was considered intermediate, 72% of the mandatory obstetric clinical procedures were inadequate and 96% of the obstetric procedures and other exams were considered intermediate. It was found that although the number of prenatal visits is satisfactory, the majority of the women only sought health services from the second trimester of pregnancy, and that required clinical and obstetric procedures are not always carried out with consequences for both the baby and the pregnant woman.

Keywords: Family Health Program, Pregnancy, Evaluation of the services quality.

LISTA DE SIGLAS

AU	Altura uterina
BCF	Batimentos Cardíofetais
CAC	Central de Agendamentos de Consultas
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NIS	Núcleo Integrado de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PM	Peso materno
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSBE	Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA, GUAIRAÇÁ 2006	46
GRÁFICO 2	COR DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE JULHO DE 2008 E JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ - PR	54
GRÁFICO 3	LOCAL DE RESIDÊNCIA DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE JULHO DE 2008 E JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ - PR	55
GRÁFICO 4	GRAU DE ESCOLARIDADE DAS GESTANTES DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIOS DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ - PR	56
GRÁFICO 5	OCUPAÇÃO DAS GESTANTES DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIOS DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ - PR	57
GRÁFICO 6	ALTURA UTERINA (AU) DAS GESTANTES DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIOS DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ - PR	60
GRÁFICO 7	IDADE GESTACIONAL (IG) DAS GESTANTES DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIOS DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009	61
GRÁFICO 8	PESO MATERNO (PM) DAS GESTANTES DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIOS DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ - PR	62
GRÁFICO 9	BATIMENTOS CARDIOFETAIS (BCF) DAS GESTANTES DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIOS DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ - PR	63
GRÁFICO 10	APRESENTAÇÃO FETAL NAS GESTANTES DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIOS DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ - PR	63
GRÁFICO 11	PRESSÃO ARTERIAL (PA) NAS GESTANTES DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIOS DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ - PR.	64

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ADEQUAÇÃO DO PROCESSO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E GRAU DE ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	51
TABELA 2	FAIXA ETÁRIA DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE JULHO DE 2008 E JULHO DE 2009.	53
TABELA 3	CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES DE TERMO ATENDIDAS PELA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS USUÁRIAS DA ESF EM GUAIRAÇÁ – PR, EM JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009.	58
TABELA 4	PROCEDIMENTOS CLÍNICO-OBSTÉTRICOS CONTIDOS NO PRONTUÁRIO, REALIZADOS NAS GESTANTES DE TERMO ATENDIMENTO PELA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES ATENDIDAS.	60
TABELA 5	VACINAÇÃO ANTITETÂNICA DAS GESTANTES DE GUAIRAÇÁ – PR, EM JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009.	64
TABELA 6	EXAMES COMPLEMENTARES CONTIDOS NO PRONTUÁRIO SOLICITADOS PARA AS GESTANTES DE TERMO ATENDIDAS PELA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	65
TABELA 7	ADEQUAÇÃO DO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PRESTADA NO MUNICÍPIO DE GUAIRAÇÁ – PR.	66
TABELA 8	ADEQUAÇÃO DO PROCESSO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL GLOBAL PRESTADA ÀS GESTANTES ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	67

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1	ESTUDOS REALIZADOS NO BRASIL SOBRE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL	40
----------	---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	JUSTIFICATIVA	18
2	OBJETIVOS	19
2.1	OBJETIVO GERAL	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3	A ATENÇÃO PRÉ-NATAL E A SUA IMPORTÂNCIA	20
3.1	O PRÉ-NATAL	20
3.2	A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DAS GESTANTES NO PROGRAMA PRÉ-NATAL	25
3.3	A QUALIDADE DO PRÉ-NATAL OFERECIDO ÀS GESTANTES	28
3.4	A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NO SERVIÇO DE SAÚDE	32
3.4.1	Avaliação da qualidade da assistência pré-natal	37
3.5	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	43
4	MÉTODOS	45
4.1	CENÁRIO DE PESQUISA	45
4.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO	47
4.3	MÉTODOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	47
4.3.1	Fontes de Informação	48
4.3.2	Critérios de Avaliação	49
4.3.3	Padrões de Referência	49
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	51
4.5	QUESTÕES ÉTICAS	52
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	53
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SIS PRÉ-NATAL DO MUNICÍPIO DE GUAIRAÇÁ	53
5.2	A ANÁLISE DO PROCESSO DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GUAIRAÇÁ	58
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	71
	ANEXOS	77

1 INTRODUÇÃO

Por meio do presente estudo, pretende-se abordar a avaliação do processo na atenção ao pré-natal às gestantes, nas Unidades de Saúde da Família, no município de Guairaçá, PR.

Historicamente, a saúde da mulher sempre teve uma atenção especial do Estado, tendo sido uma prioridade entre as políticas públicas, sobretudo no tocante aos cuidados durante a gestação.

Com o início da gravidez, a mulher passa por um momento importante que traz profundas transformações, tanto em nível físico como emocional. O organismo se modifica, favorecendo o crescimento da criança (SABROZA *et al.*, 2004).

A gestação é um momento muito especial na vida de qualquer mulher. A criança que se forma em seu ventre sempre traz a esperança de um futuro melhor. Durante o período gestacional, as possibilidades de interação entre as gestantes e os serviços de saúde são muito maiores, sendo possível aos agentes de saúde viabilizarem a promoção da saúde da paciente e que esta veja a importância da medicina preventiva para seu filho. Trata-se de uma oportunidade única de educar para a saúde.

A determinação da prioridade de atenção à maternidade funda-se no fato de que o grupo populacional gestante passa a ser, em relação ao grupo de não-gestantes, mais exposto a ter problemas de saúde. Mais especificamente, na elaboração dos programas de Saúde Materna, devem-se levar em conta os fatores que de forma especial determinam o risco gravídico (SOUZA, *et al.* 2002).

Antes do início do século XX não se tem notícia da prática do pré-natal no Brasil. Desde sua implantação, esta prática vem melhorando o bem-estar e a saúde tanto da mãe quanto do bebê. O pré-natal é um modelo em constante desenvolvimento, sendo aprimorado constantemente, sobretudo nas últimas décadas, quando se iniciou um processo para diagnóstico de doenças e síndromes ainda no útero materno e até mesmo a realização de cirurgias antes do nascimento.

No Brasil, a saúde da mulher teve um importante avanço em 1984, com o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que foi mais

tarde influenciado pelas iniciativas do Sistema Único de Saúde, incorporando-se ao Programa Saúde da Família. Este Programa visa reduzir a mortalidade materna e infantil, priorizando para tanto, a atenção pré-natal.

A Portaria/GM nº 569, de 1º de junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, com vistas à redução das taxas de mortalidade materna, Peri e neonatal. Preconiza a adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal, ampliando as ações já existentes pelo Ministério da Saúde, na área de atenção à gestante (BRASIL, 2000a).

Os serviços de saúde têm na assistência pré-natal a resposta para o acompanhamento eficaz da mãe e do bebê. Baseia-se principalmente em orientar e assistir as gestantes no sentido de reduzir o medo e a ansiedade, diagnosticar e tratar precocemente patologias que possam interferir no prognóstico materno e fetal, além de reduzir a mortalidade materna e perinatal (MILANEZ; LAJOS, 2008).

A gravidez e o puerpério são influenciados por múltiplos fatores, desde os de natureza biológica até as características sociais e econômicas da população, além do acesso e qualidade técnica dos serviços de saúde disponíveis à população (LIMA NETO; BATISTA, 2007).

O Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, vem se destacando como estratégia para reorientação do sistema de atenção básica à saúde (BRASIL, 2001).

A assistência pré-natal de baixo risco foi incluída na Estratégia Saúde da Família, fazendo parte dos serviços básicos (BRASIL, 2000b). Em relação ao pré-natal de alto risco, o Ministério da Saúde criou os mecanismos de Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar a gestante de alto risco.

Este estudo analisou a implementação e a eficácia do Programa Saúde da Família no Município de Guairaçá, estado do Paraná onde a rede municipal de saúde foi estruturada somente no ano de 1999. À medida que o SUS foi implantado, estabeleceu-se o convênio de municipalização da saúde e o município passou a assumir a gestão da atenção à saúde. O Município de Guairaçá, no Estado do

Paraná, proporciona uma cobertura de 100% do Programa Saúde da Família (GUAIRAÇÁ, 2007).

Como forma de ampliar os conhecimentos sobre o atendimento às gestantes, optou-se por trabalhar com avaliação do processo do serviço oferecido as mesmas no município mencionado. Assim sendo, para realizar esta pesquisa, será utilizado como base o método de avaliação com alguns indicadores propostos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002a) e critérios adotados por Coutinho (2002).

Segundo Barzelay (2002 *apud* MELO; VAITSMAN, 2008, p. 154), “*a avaliação é uma atividade de pesquisa que visa a solução de questões relativas a determinada coletividade, através da análise da efetividade ou não das intervenções sociais*”. Portanto, o processo de avaliação é um instrumento fundamental para todos os organismos sociais que buscam desenvolvimento e qualidade, tendo como objetivo a melhoria das ações dos profissionais de saúde, de maneira a reorientá-los para a conquista de benefícios.

Avaliar a qualidade do pré-natal oferecido às gestantes é um item fundamental para a compreensão das atividades realizadas e condutas clínicas, a fim de que a atenção à saúde deste grupo seja mais qualificada. Segundo Donabedian (1986), os registros médicos favorecem a análise e interpretação nas informações sobre os “aspectos” técnicos do processo assistencial, propiciando uma ação imediata para sugerir a realização de procedimentos e correção das deficiências. Para o autor, a avaliação da qualidade é proposta em três dimensões: estrutura, processo e resultado. Em relação a esta tríade, a avaliação do processo contribui para melhor investigação das atividades a garantir a efetividade da assistência à gestante.

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse pela qualidade dos serviços de saúde vem sendo questionado há muito tempo, havendo a necessidade de uma avaliação nos diferentes setores dos serviços prestados à saúde. Assim, esta dissertação pretende abordar a avaliação da adequação do processo da atenção pré-natal às gestantes, nas Unidades de Saúde da Família no município de Guairaçá, Paraná, 2009. Acredita-se que esta oportunidade contribuirá para uma melhor qualidade na assistência ao pré-natal.

As falhas encontradas na efetivação do sistema deve-se principalmente na falta de eficácia na gestão dos recursos repassados pelo Governo Federal. O montante repassado não é trabalhado de forma estruturada e eficaz, refletindo assim em falhas no atendimento à gestante.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o processo da atenção pré-natal às gestantes nas Unidades de Saúde da Família no município de Guairaçá, Paraná, no período compreendido entre julho de 2008 a julho de 2009.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sócio-demográfico das gestantes cadastradas nas Unidades de Saúde da Família no período de julho de 2008 a julho de 2009.
- Descrever a atenção pré-natal oferecida às gestantes atendidas nas USF.
- Avaliar o processo de atendimento pré-natal oferecido às gestantes atendidas nas Unidades de Saúde da Família.

3 A ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E SUA IMPORTÂNCIA

3.1 O PRÉ-NATAL

A gravidez ou gestação é um episódio fisiológico normal na vida da mulher, no qual o organismo da mesma vai lentamente se preparando e o adaptando ao longo de mudanças físicas e psicológicas para a concepção. Biologicamente, a gravidez refere-se ao estado resultante da fecundação de um óvulo pelo espermatozóide, envolvendo o subsequente desenvolvimento do feto gerado no útero. A duração é de aproximadamente 280 dias (nove meses), da implantação até o nascimento (BRASIL, 2000a; REZENDE, 2005).

É um período único na vida da mulher, uma nova experiência orgânica e psicossocial intensa, em que há mudanças em sua imagem corporal, no sistema hormonal, na identidade, no tipo de vínculo com o parceiro, no papel social e nas responsabilidades socioeconômicas. É um momento repleto de oportunidades de interação dos serviços de saúde com sua clientela, possibilitando uma atuação dentro da perspectiva de promoção da saúde, educação para a saúde, prevenção e identificação e tratamento de problemas tanto da gestante, como de seu futuro filho (FREITAS *et al.*, 2006).

Assistência pré-natal pode ser definida como sendo o acompanhamento da mulher durante o período gestacional, este período abata da concepção até o início do trabalho de parto. Para que o acompanhamento seja realizado da forma adequada deve ser iniciado imediatamente após a confirmação da gravidez (SOUZA *et al.*, 2002; FEBRASGO, 2001).

Para Ximenes Neto *et al.* (2008) o pré-natal é o período anterior ao nascimento da criança onde várias ações são aplicadas no sentido de garantir a saúde das mulheres grávidas. Ainda segundo o autor, trata-se de um período onde as mulheres devem ser acompanhadas de tal modo, que lhes seja possível realizar todos os exames clínico-laboratoriais, receber orientações e tomar a medicação profilática e vacinas quando necessário.

Segundo o manual técnico sobre pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde (2006), a atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização do parto. O objetivo de tal atenção especializada deve ser o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, de modo a assegurar que no fim da gestação nasça uma criança saudável.

Os parâmetros a serem seguidos para a garantia de uma atenção pré-natal e puerperal ideal são os seguintes (BRASIL, 2006, p. 10-11):

1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
2. Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação;
3. Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
 - escuta ativa da mulher e de seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as consultas a serem adotadas;
 - atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
 - estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;
 - anamnese e exames clínico-obstétricos da gestante;
 - exames laboratoriais;
 - imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante do esquema recomendado;
 - avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN;
 - prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
 - prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo de útero e de mama;

- tratamento das intercorrências da gestação;
- classificação de risco gestacional e detecção de problemas;
- atendimento às gestantes com problemas ou com morbidades;
- registro em prontuários e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.

4. Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto;

Segundo o Manual da Assistência Básica pré-natal (FEBRASGO, 2004), em algumas regiões do Brasil, a quantidade de grávidas que freqüentam o serviço de pré-natal chega a ser maior que 95%. Entretanto, mesmo diante deste número tão positivo, a morbidade e a mortalidade materna e perinatal continuam em níveis muito altos, o que é reflexo de deficiências no atendimento à gestante.

Não se pode esquecer que a gestante deve ser incentivada a procurar o serviço de assistência pré-natal o mais cedo possível. O ideal é que este atendimento ocorra dentro do primeiro trimestre de gestação, para que todos os levantamentos sobre a saúde da gestante e do bebê sejam realizados no tempo correto. O controle sistemático da freqüência da gestante nas consultas também é fundamental. Em caso de faltas, esta deve ser questionada sobre as razões de tais ausências e alertada dos riscos inerentes a falta de realização dos procedimentos adequados. Caso a gestante falte constantemente, é necessária a realização de visitas domiciliares (FEBRASGO, 2004).

O Manual da Assistência Básica Pré-natal (FEBRASGO, 2004, p. 31), alerta para as informações que devem estar presentes na ficha de pré-natal:

- Identificação: idade, naturalidade, endereço, tipo de união conjugal, profissão, religião;
- Dados socioeconômicos: escolaridade, condições de moradia, migração recente, ocupação do cônjuge;
- Antecedentes de saúde pessoal e familiar: malformação congênita, diabetes, hipertensão arterial; tuberculose, hanseníase, câncer de mama, transfusões sanguíneas, cirurgias anteriores, reações a medicamentos, vacinação;

- Antecedentes ginecológicos: idade da menarca, ciclos menstruais, uso de métodos anticoncepcionais, esterilidade, doenças sexualmente transmissíveis, número de parceiros sexuais, patologias mamárias e cirurgias ginecológicas;
- Antecedentes obstétricos: número de gestações, partos, cesarianas, nascidos vivos e mortos, mortalidade perinatal, intervalo interpartal, peso dos outros filhos, presença de prematuros ou pequenos para a idade gestacional, abortos, gravidez ectópica, puerpério, aleitamento, data da última menstruação, data provável do parto;
- Condições e hábitos de vida: uso de medicamentos, hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, drogas;
- Exame físico geral: dados vitais, altura, estatura e condições nutricionais. Avaliação de mucosa, pele e tireóide.
- Exames ginecológicos e obstétricos: exame das mamas, altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, situação e apresentação fetal, por meio das manobras de Leopold. Exame especular, na primeira consulta, avaliando-se cuidadosamente as paredes vaginais e o colo uterino, coletando-se material para o exame colposcópico, além de realizar o toque vaginal. Calcular a idade gestacional, levando em consideração a duração média da gestação normal, 280 dias ou 40 semanas.

Na primeira consulta deve ainda ser utilizado, para calcular o percentual de peso ideal para altura da gestante, o padrão de Jelliffe. O controle de pressão arterial objetiva a detecção de doença hipertensiva materna de forma precoce, de modo a evitar possíveis conseqüências. Já o exame de medida da altura uterina objetiva a identificação do crescimento normal do feto de modo a detectar possíveis desvios, diagnosticar e prevenir os crescimentos excessivos ou inadequados.

Segundo o Manual do Pré-natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada (BRASIL, 2005a), foram considerados limites de normalidade para o crescimento uterino o percentil 10, como limite inferior, e 90 para o superior. Neste sentido, o resultado será adequado quando estiver contido entre ambas as linhas, sendo excessivo quando estiver acima do percentil de 90 e deficiente quando se encontrar abaixo do percentil de 10.

A ausculta dos batimentos cardíacos deve ser realizada em todas as consultas, considerando normal quando estiver entre 110 a 160 bpm.

De acordo com o Manual da Assistência Básica Pré-natal (FEBRASGO, 2004, p. 52), “a avaliação das condições de higiene do produto conceptual deve ser fator de interesse maior de todos os que prestam assistência à gestante. A prevenção deve sempre estar em primeiro lugar, sobretudo no que diz respeito à saúde”.

A obstetrícia moderna possui uma série de métodos para a avaliação do bem-estar fetal na gravidez, sendo que estes métodos tanto podem ser clínicos, quanto biofísicos e bioquímicos. Entretanto, conforme se admite no próprio manual, os métodos clínicos não vêm sendo utilizados como deveriam. Dentre os métodos clínicos de avaliação da vitalidade fetal destacam-se:

- O produto conceptual inicia movimentos corporais a partir da oitava semana, sendo que a mãe sente estes movimentos apenas a partir de quatro meses ou quatro meses e meio de gestação;
- Monitoração clínica da frequência cardíaca fetal: a cardiocotografia é procedimento não invasivo e que permite a análise imediata dos resultados, tendo por isso mesmo, papel de liderança na avaliação biofísica do bem estar fetal;
- Estimativa do peso fetal e do volume de líquido amniótico: na palpação obstétrica propriamente dita do útero materno o tocólogo pode apurar as alterações quantitativas do peso fetal e do volume do líquido amniótico que são elementos avaliadores importantes da vitalidade do produto conceptual, pois representam variáveis de risco para morbidez e mortalidade neonatal;
- Mensuração da altura uterina: a palpação mensuradora da altura uterina, cuidadosa e obedecendo rigorosamente a técnica, é método clínico valioso para a estimativa do peso fetal e do volume de líquido amniótico (FEBRASGO, 2004, p. 52-53).

A avaliação da vitalidade fetal por meio das técnicas supra descrita deve ser aplicada rotineiramente pelo médico. Estes procedimentos além de terem eficácia comprovada, possuem baixo custo e não são agressivos nem para a gestante nem para o feto, e podem detectar e prevenir uma série de complicações durante a gestação. Ao realizar os exames em todas as consultas do pré-natal, cabe ao profissional avaliar a gestante em relação a possíveis riscos à gestação.

Estes riscos, de acordo com o Manual de Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério (2006) são as ocorrências que levam a uma probabilidade maior da mulher e do recém-nascido desenvolver alguma complicação e, como consequência evoluírem para óbito, necessitando, portanto, de ações de maior complexidade. De acordo com o referido manual (2006, p. 19) “os fatores de risco gestacional que

permitem a realização do pré-natal na Unidade de Saúde da Família compreendem as seguintes situações”:

- idade menor de 17 e maior de 35 anos;
- ocupação relacionada a exposição de riscos ambientais;
- situação conjugal insegura; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis;
- altura menor que 1,45 m;
- peso menor que 45 Kg ou maior que 75 Kg;
- recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou mal formado, em gestação anterior;
- intervalo interpartal menor que 2 anos;
- nuliparidade e multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva, em gestação anterior;
- cirurgia uterina anterior; ganho ponderal inadequado.

Para que seja possível o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal, de forma que esta possa ter um acompanhamento adequado, organizado e estruturado, foi disponibilizado pelo DATASUS, um sistema informatizado o SISPRENATAL - Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no pré-natal. Este sistema é de uso obrigatório nas unidades de saúde e possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento individualizado das gestantes (BRASIL, 2002b).

3.2 A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DAS GESTANTES NO PROGRAMA PRÉ-NATAL

Segundo Manual de Orientação da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO (2004), a participação da gestante em um Programa de Pré-natal é primordial para diagnosticar, prevenir e tratar de doenças que podem

afetar tanto a gestante quanto o nascituro. Este manual relata que 95% das gestantes brasileiras freqüentam o serviço de pré-natal, esclarecendo que, embora o índice de participação seja alto, os índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal continuam elevados, reflexo da deficiência no atendimento (FEBRASGO, 2004).

Segundo Parada (2008), os índices de mortalidade materna são indicadores importantes para avaliar com exatidão a precariedade das condições sócio-econômicas da população e como esta reflete diretamente na qualidade, ou falta da mesma e na saúde pública. Este posicionamento é reforçado pelo Informe do próprio Ministério da Saúde, que admite haver um aumento no acesso ao pré-natal, mas que este, por si só, não é suficiente para diminuir os índices de complicações na gravidez (BRASIL, 2006).

A importância da assistência pré-natal é inegável. Quando realizada da maneira correta, previne os mais diversos agravos à mãe e ao concepto, tais como: patologias congênitas, aborto, ausência da amamentação, previne o baixo-peso ao nascer, mortalidade infantil, morbidade, dentre outras (LEAL *et al.*, 2004; COIMBRA *et al.*, 2003). Segundo Coutinho *et al.* (2003), a assistência pré-natal tem merecido destaque crescente e especial na atenção à saúde materno-infantil, e permanece como um campo de intensa preocupação na história da Saúde Pública.

Após intensas discussões e reflexões sobre a assistência à mulher no pré-natal, um consenso sobre a maior receptividade das gestantes às estratégias de atenção à saúde, reforça a participação efetiva da mulher no pré-natal, possibilitando a aquisição de novos conhecimentos e ampliando sua percepção corporal para sua capacidade de gestar, parir e maternar. As modificações do corpo, promovidas pelo desenvolvimento da criança, favorecem a compreensão da maternidade, envolvendo emoções e valores relacionados a si, à criança e à família (OLIVEIRA, 2000).

No Brasil, a proteção da saúde materno-infantil teve seu marco principal na década de 1920, utilizando como referência a reforma sanitária de Carlos Chagas, sendo que somente em 1953 ocorreu a criação do Ministério da Saúde, que coordenou, no território nacional, a assistência materno-infantil. Na década de 1970, por meio do documento *Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil*, que estabelecia programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de 0 a 4 anos de idade, estímulo ao

aleitamento materno e à nutrição, a atenção à saúde da mulher foi retomada (D'OLIVEIRA & SENNA, 1996). Em 1975, surgiu o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), tendo como diretrizes a nutrição do grupo infantil em relação às mulheres e cujo alvo eram as gestantes, parturientes, puerperais e mulheres em idade fértil. O Ministério da Saúde, em 1978, criou o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, preocupado em prevenir as gestações de alto risco (MILANEZ; LAJOS, 2008).

No ano de 1984, foi implementado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cujo principal objetivo era garantir a inclusão da assistência à mulher em todas as fases de sua vida que optasse por exercer a maternidade ou não. Além da assistência pré-natal, parto e puerpério, o programa incluía ainda a resposta organizada dos serviços de saúde à detecção precoce do câncer ginecológico e de mama, doenças sexualmente transmissíveis, climatério e anticoncepção, com especial enfoque na necessidade de considerar as dimensões psicológicas e sociais e promover práticas educativas voltadas à saúde da mulher (MILANEZ; LAJOS, 2008).

A assistência pré-natal foi normatizada através do manual do Ministério da Saúde publicado em 1986 e que está em sua 3ª edição, após revisão técnica realizada em 2000. Nesta última revisão, incluiu-se na Estratégia da Saúde da Família a realização da assistência pré-natal de baixo risco, nos serviços a serem oferecidos nas unidades básicas de saúde do PSF, como uma das atividades passíveis de serem realizadas pela equipe de saúde da família na atenção à gestante (BRASIL, 1998, 2000b).

Em 1998, foram criados mecanismos de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco, com o objetivo de garantir a atenção adequada e estimular e apoiar a organização e/ou consolidação de sistemas de referência na área hospitalar em todo país (BRASIL, 2002b).

Segundo Parada (2008), no final da década de 1990 havia muitos problemas em relação à realização do pré-natal, existindo necessidade de se estabelecer novas estratégias para atenção nesta área. A partir deste momento, os esforços do Ministério da Saúde voltaram-se para a atenção pré-natal, sendo definidas normas para um atendimento de qualidade por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000b). Mas este programa somente foi instituído em

2002, com o objetivo de assegurar a melhoria de acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido (BRASIL, 2002b).

A assistência pré-natal é uma prática importante para a gestante e deve ser estimulada por toda a equipe do PSF, para prevenir e/ou evitar possíveis complicações no feto e/ou na mãe. O objetivo principal da assistência pré-natal é preservar a vida materna e do concepto (BRASIL, 2001).

Os programas de atenção materno-infantil têm sido decorrentes da necessidade, reconhecida pela sociedade, de reduzir, dentre outros problemas, as taxas de mortalidade infantil e materna. Esses indicadores demonstram a realidade social de um país e são passíveis de melhoria a partir de políticas públicas (BRASIL, 2000b). Segundo Coutinho *et al.* (2003), a persistência de índices preocupantes de indicadores de saúde importantes, como os coeficientes de mortalidades maternas e perinatal, tem motivado o surgimento de um leque de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico. Entretanto, essas políticas têm-se fundamentado no incremento da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal.

É necessário que o setor saúde esteja aberto para as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla seu papel de educador e promotor da saúde. As gestantes constituem o foco principal do processo de aprendizagem, porém não se pode deixar de atuar também entre companheiros e familiares. A posição do homem na sociedade está mudando tanto quanto os papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres. Portanto, os serviços devem promover o envolvimento dos homens, adultos e adolescentes, discutindo sua participação responsável nas questões da saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2005a).

3.3 A QUALIDADE DO PRÉ-NATAL OFERECIDO ÀS GESTANTES

O acompanhamento da gestante deve iniciar-se logo após a confirmação da gravidez em consulta médica ou de enfermagem, sendo realizado o mais cedo possível, pois através dele é possível detectar a ocorrência de doenças evitáveis, garantindo-se a saúde materna e fetal (FEBRASGO, 2004; BRASIL, 2000b). Nas consultas seguintes, o obstetra deve revisar a ficha de pré-natal e da anamnese,

interpretar os exames complementares, confirmar a idade cronológica do concepto, por meio da ultrassonografia e avaliar o parecer de outros especialistas se a gestante tiver sido referida. Ressalta-se a importância da equipe multidisciplinar no atendimento, pois possibilita a complementação da atividade, por meio da orientação individualizada ou mesmo de aulas que abordem temas atinentes à higiene, alimentação, amamentação, e outros assuntos relacionados à gravidez (FEBRASCO, 2004).

No setor público, é necessário que a gestante receba um cartão de atendimento, que deverá levar consigo sempre. Nele devem estar registrados todos os dados referentes à sua gravidez e o nome e o telefone da maternidade e do médico (FEBRASCO, 2004).

A educação e a promoção da saúde materna e infantil são fundamentais para uma gravidez e partos tranquilos. Portanto, o pré-natal deve ser iniciado primeiramente com a confiança e a cumplicidade entre todos os envolvidos, comprometimento entre a equipe de saúde, a mãe, seu companheiro e sua família (BRASIL, 2006). A atenção obstétrica e neonatal prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocados como sujeitos de direitos (BRASIL, 2005a). A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de coresponsabilidade entre eles, solidariedade dos vínculos estabelecidos, direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2005a).

O Ministério da Saúde preconiza que, durante a consulta de pré-natal, os profissionais orientem a gestante sobre seu estado gravídico, modificações anatômicas, fisiológicas, psicológicas entre outros aspectos, para que esta seja personagem ativa do auto-cuidado e alcance o *empowerment*. Segundo Carvalho (2004, p. 1.088), esta é *“uma estratégia que constitui um eixo central para a promoção da saúde, pois possibilita aos indivíduos apoderar-se do controle dos determinantes da saúde e desta maneira ter mais saúde”*.

De acordo com Coutinho *et al.* (2003), a própria literatura especializada tem privilegiado a análise das características e dos resultados da assistência, relegando a um segundo plano o estudo da qualidade do conteúdo das consultas. Esse

conteúdo retrata com maior fidelidade o processo do atendimento e tem sido confirmado como preditor significativo do prognóstico do nascimento.

Na realização de um pré-natal, deve-se avaliar a gestante como um todo, analisando-se o estado fisiológico e psicológico da mãe e atendimento ao feto, numa assistência humanizada¹, que respeite a dignidade da mulher com os devidos cuidados. Durante o pré-natal e na hora do parto, a mãe precisa de um atendimento humanizado, instituído pelo “*Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1º de junho de 2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e a mãe no período pós-parto*” (BRASIL, 2002b, p. 5).

Desta forma, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento² estabelecem os princípios da atenção que devem ser prestados pelos municípios e serviços de saúde, proporcionando a cada mulher seu direito de cidadania, recebendo atendimento de boa qualidade (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2002b). As unidades de saúde devem oferecer um atendimento humanizado, que respeite a dignidade da mulher, com orientação para a gestante, liberdade de escolha da posição mais confortável para a mesma, possibilidade do caminhar durante o trabalho de parto – enfim, a utilização de procedimentos que visam a tornar esse momento o mais agradável e menos doloroso possível (BRASIL, 2002b).

Sabe-se que muitas gestantes não fazem um adequado acompanhamento pré-natal, tendo como consequência filhos prematuros ou com baixo-peso ao nascer (BUENO, 2009). O atendimento à mulher durante a gestação no Brasil ainda é deficitário, tanto no que diz respeito à qualidade e aos princípios filosóficos do cuidado centrado em um modelo “*medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático*” (SERRUYA *et al.*, 2004, p. 05). Este atendimento deve primar pela atenção às necessidades reais de toda a população gestante em sua área de atuação, valendo-se, para tanto, da utilização de conhecimentos técnico-científicos e dos recursos adequados disponíveis (FEBRASCO, 2004).

¹ Humanizar quer dizer: respeitar, envolver indivíduos humanos, a fim de entender e saber lidar com seus medos; no caso do parto, conscientizar e desmistificar. Neste contexto, o parto humanizado tem como principal diretriz criar um ambiente em que a família possa ter participação ativa no processo de nascimento do bebê, levando em consideração a questão da afetividade humana.

² Uma importante ferramenta desenvolvida quando da implantação do PHPN, no ano 2000, foi o SISPRENATAL. Trata-se de um sistema de informação desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000a).

É importante salientar que a atenção de qualidade e voltada para a humanização, depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com a utilização de procedimentos benéficos e do estabelecimento de relações que tenham por base princípios éticos que garantam a privacidade e a autonomia compartilhada com a gestante e sua família (BRASIL, 2006).

Segundo Silva (2001), os principais problemas apontados em relação ao pré-natal referem-se ao não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais envolvidos no processo e a ausência de preenchimento de registros. Para que o serviço de atendimento à gestante seja eficaz, é necessário que haja um esforço dos profissionais envolvidos no sentido de organizá-los, pois a atenção humanizada necessita de trabalhadores que estejam qualificados e sejam sensíveis às necessidades de saúde das famílias e da comunidade, bem como de ferramentas tecnológicas comuns ao desenvolvimento da conduta e da atenção especializada e dinâmica no cuidado em todos os níveis de atenção (XIMENES NETO *et al.*, 2008). De acordo com os autores, para que o acompanhamento seja adequado, a rede de atenção à saúde do município deverá garantir o atendimento da gestante em local mais próximo possível de sua residência (XIMENES NETO *et al.*, 2008). As normas do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, definidas pelo Ministério da Saúde asseguram a qualidade deste atendimento estão relacionadas a adoção dos seguintes critérios: a primeira consulta de pré-natal deve ser garantida a toda gestante até o quarto mês de gestação, bem como a realização de outros procedimentos ao longo do período gestacional. São eles: a) no mínimo seis consultas pré-natais, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro e uma puerpério até 42 dias após o nascimento; b) solicitação dos exames laboratoriais básicos do tipo ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito na primeira consulta; Glicemia de jejum, sendo um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação; VDRL com um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação; o exame de urina/rotina deve ser realizado duas vezes durante toda a gravidez, sendo um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação e HIV, com um exame na primeira consulta naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes; c) imunização com a vacina antitetânica, que deve ser realizada até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já

imunizadas; d) realização de atividades educativas; e) classificação do risco gestacional a partir da primeira consulta e nas consultas subseqüentes; f) encaminhamento das gestantes identificadas com risco para unidades de referência e consulta no puerpério; g) anamnese e exame clínico-obstétricos como a altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, edema e peso. Estes devem possuir cinco ou mais registros durante toda a gravidez. Os batimentos cardíofetais devem possuir quatro ou mais registros, enquanto a apresentação fetal deve possuir dois ou mais registros de tratamento (BRASIL, 2005a; 2000b). A realização dos exames citados é fundamental, dado que visam diagnosticar e prevenir muitas doenças, tais como: anemias, sífilis congênita, AIDS e infecção urinária, dentre outras (XIMENES NETO *et al.*, 2008). Os autores afirmam que as ações citadas devem cobrir a toda a população gestante, de modo a assegurar o acompanhamento e sua continuidade, com o objetivo de prevenir, identificar e corrigir as intercorrências maternas fetais e instruir a gestante sobre a gravidez, o parto, o puerpério e os cuidados com o recém nascido (XIMENES NETO *et al.*, 2008).

3.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NO SERVIÇO DE SAÚDE

Com a incorporação das propostas da Reforma Sanitária à Constituição de 1988 no Brasil, definiu-se, através do artigo 196, “que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. O Sistema Único de Saúde (SUS) deveria contar com os serviços de saúde de boa qualidade através dessa garantia da cobertura universal de sua população. Na década de 1980, a avaliação em saúde se propagou de forma progressiva e positiva no Brasil (BRASIL, 1998).

O Consenso da Comissão de Avaliação da Atenção Primária do Ministério da Saúde define avaliação em saúde como “*um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processo desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde*” (BRASIL, 2003a, p. 9). Segundo o Ministério da Saúde (2003a), os processos de avaliação estão se iniciando no país, não tendo sido incorporados às práticas dos serviços de saúde. Como resultado, para garantir a qualidade da atenção, todas as informações

registradas diariamente pelos serviços deveriam ser empregadas como estratégias nos processos de avaliação.

A avaliação deve ser inserida de forma ordenada, além de propiciar a seus gestores as informações necessárias para estratégias de intervenção (SILVA; FORMIGLI, 1994). Tem como objetivo primordial melhorar a qualidade dos serviços para atender às necessidades inerentes de atenção à saúde (HARTZ, 2000).

Apesar da polissemia do termo, será empregada aqui a definição de avaliação adotada por Contandriopoulos *et al.* (1997), segundo a qual:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997, p. 30).

Para Costa e Formigli (2001), os critérios para avaliação são formados pelo conjunto de fenômenos, claramente definíveis e previamente mensuráveis, que ocorrem no processo ou no resultado do cuidado médico, relevante para a definição de qualidade.

Silva *et al.* (1995) afirmam que a incorporação da avaliação da qualidade ao cotidiano da administração pública deve ser considerada um pré-requisito, uma vez que para se discutir a qualidade técnico-científica, efetividade e satisfação do usuário, é necessário que as atividades em saúde sejam, a priori, estendidas a população. Para garantir a qualidade no atendimento, tais requisitos ganham especial atenção na nossa realidade; que embora garantido constitucionalmente, não se faz disponível para a maioria da população.

Vuori (1991, p. 11) relata que, quando se fala de qualidade, "*é preciso especificar os aspectos de qualidade, qualidade definida por quem e qualidade definida para quem*". O mesmo autor enfatiza que o termo *qualidade* tem muitas dimensões e que diversos autores podem empregar significados distintos.

Existem muitos métodos que podem ser utilizados para avaliar dos serviços públicos de saúde no Brasil. Dentre estes métodos está a auditoria, que tem a finalidade de observar qualidade dos serviços prestados sem a intenção de incriminar os processos utilizados erroneamente, mas sim de dar suporte para que se possam corrigir possíveis falhas no serviço prestado (CIARI JÚNIOR *et al.*, 1974).

Segundo Caleman, Moreira e Sanchez (1998, p. 4), o conceito de auditoria foi proposto por Lambeck em 1956 e tem como premissa a “*avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do cliente*”, concentrando-se na prestação de serviços realizados. Implica um modelo de atenção adequada através das normas adquiridas pelo estabelecimento, os diagnósticos médicos dados aos pacientes, os tratamentos e as reabilitações, tendo assim a finalidade educativa para resolver distorções, podendo ser realizada de diversas formas.

A auditoria operacional consiste na realização de atividades voltadas para controle das ações desenvolvidas pela rede de serviços do Distrito Sanitário. Concentra-se nas condições da rede física, nos mecanismos de regulação e no desenvolvimento das ações de saúde (CALEMAN; MOREIRA; SANCHEZ, 1998, p. 4).

Já a auditoria analítica é baseada na avaliação quantitativa e procura entender, com base em ferramentas, a qualidade das ações de saúde desenvolvidas na área de interesse (CALEMAN; MOREIRA; SANCHEZ, 1998). As auditorias são realizadas na maioria dos casos, nas unidades básicas de saúde, em ambulatórios de especialidades, em “*centrais de regulação de outros municípios e regiões (autorizados) e em hospitais públicos e privados de menor complexidade*” (CALEMAN; MOREIRA; SANCHEZ, 1998, p. 8).

Este estudo compreende uma avaliação utilizando a técnica de auditoria nas fichas de prontuários das gestantes atendidas pelo Programa Saúde da Família, sendo que, através desses, pode-se avaliar o atendimento oferecidos a essas gestantes. Por meio das fichas pesquisadas, verificou-se os registros dos procedimentos, com intuito de avaliar as atividades realizadas, e foram medidos os cuidados, bem como a importância que os profissionais dão a estes itens. A auditoria com base nas fichas seja para diagnóstico ou para a avaliação dos serviços ou programas, não deve ser tomada isoladamente. Na realidade, ela é parte de um todo do qual participam também a “acreditação” do serviço e a medida quantitativa. Com isso se terá uma visão geral do serviço, identificando aspectos que precisem ser alterados ou melhorados (CIARI JÚNIOR *et al.*, 1974).

Quando se trata de saúde, a qualidade do atendimento não pode apenas ser medida pelo resultado. Muitas vezes um atendimento primoroso não impede a regressão do quadro ou até mesmo a morte do paciente. Assim, o atendimento de

qualidade em saúde é aquele que aplica todos os procedimentos prescritos para o caso (DONABEDIAN, 1986).

A qualidade, segundo Donabedian (1986), pode ser definida sob sete enfoques distintos, sendo eles: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A eficácia pode ser definida como a habilidade do cuidado em condições ideais de melhorar a saúde. A efetividade é a melhoria na saúde e do bem-estar, que pode ser alcançada nas condições usuais da prática cotidiana, através de estudos epidemiológicos e clínicos. Segundo o autor, termo *eficiência* estabelece a relação entre o impacto real e os custos de produção.

A qualidade de serviços de saúde, por sua vez, possui por meio de oito características determinadas por Vuori (1991): efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica.

Donabedian (1986) prioriza três planos distintos para análise da qualidade da produção dos serviços de saúde: estrutura, processo e resultado. Para o autor, a estrutura é composta pelos recursos disponíveis, os instrumentais e os ambientes físicos para efetuar o ato de cuidar. O processo, para Donabedian (1986), deve-se pautar em critérios e padrões devidamente validados para realizar estudos, envolvendo um conjunto de atividades que se desenvolvem entre prestador do cuidado e paciente. A avaliação de resultado, por sua vez, indica que este se relaciona com a mudança no estado de saúde do paciente, atribuindo o mesmo aos cuidados à saúde recebidos previamente – enfim, mostrando até onde conseguiu atingir os resultados esperados e os objetivos propostos.

A avaliação do processo dos serviços, realizada dentro da avaliação normativa, deve ser realizada em três dimensões: a técnica, que visa analisar a adequação dos serviços; a inter-relacional, que busca avaliar a interação psicossocial entre usuários e profissionais; e a estrutura organizacional, que abarca a acessibilidade, cobertura, integralidade e continuidade do cuidado. Este tipo de avaliação de processo tem se destacado para avaliar a operacionalidade dos programas, descrevendo como os serviços estão sendo realizados. Geralmente, a avaliação do processo é realizada utilizando-se a coleta de dados em prontuários e informações em registros. É importante ter em mente que a avaliação depende de quem realiza e para quem ela se destina (CÉSAR; TANAKA, 1996). Ainda segundo os autores anteriormente citados, quando se avalia o setor saúde, é necessário:

[...] aceitar que não há uma abordagem correta ou uma metodologia ideal para a avaliação, e sim uma composição de métodos e instrumentos organizados de forma a se atingir o objetivo de emitir um juízo de valor em relação ao [...] objeto ou mesmo ao sujeito social (CÉSAR; TANAKA, 1996, p. 60).

A qualidade dos dados representa um ponto crítico que necessita de atuação contínua de monitoramento, para que a informação fornecida e registrada seja mais crucial, de forma a atender às necessidades de análise, gestão e planejamento, pesquisa clínica e outros (BARAN, 2001). Portanto, a avaliação do processo pode gerar melhoria da qualidade na assistência e nos registros.

O termo *avaliação*, para a melhoria da qualidade da Saúde da Família, significa: “*uma metodologia de gestão interna ou autogestão dos processos de melhoria contínua da qualidade desenvolvida especificamente para a estratégia Saúde da Família*” (BRASIL, 2005b, p. 4). É a avaliação do processo de um programa de saúde que analisa realmente seu funcionamento, pois contempla os cuidados efetivamente fornecidos e recebidos na assistência. Assim, são igualmente importantes tanto as atividades dos profissionais envolvidos no diagnóstico e na terapêutica, quanto as atividade dos pacientes na procura e na utilização dos tratamentos disponibilizados (COUTINHO *et al.*, 2003).

À luz desse referencial, contribui com referência específica às diretrizes políticas e o esforço que vem sendo feito para desenvolver uma cultura avaliativa na tomada de decisão e (re) direcionamento de prioridades na descentralização dos processos avaliativos da atenção básica em saúde (BRASIL, 2005b). Portanto, a avaliação da saúde deve ser compreendida aqui como uma contribuição decisiva com o objetivo de avaliar a atenção ao pré-natal. Neste contexto, o trabalho em saúde e os resultados da atuação decorrem, em grande parte, das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção.

3.4.1 Avaliação da qualidade da assistência pré-natal

A fim de enriquecer as discussões propostas nesta pesquisa realizou-se uma análise de alguns estudos elaborados por outros pesquisadores, em diferentes épocas e localidades, com objetivos voltados para a avaliação da assistência pré-natal.

O estudo de Coutinho *et al.* (2003), avaliou a adequação do processo da assistência pré-natal oferecida às usuárias do SUS em Juiz de Fora/MG e comparou o atendimento nos principais serviços municipais. Os autores encontraram como faixa etária predominante a de 20 e 29 anos (54,6%). Em sua grande maioria, as gestantes eram solteiras (45,4%). Somente 29,7% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, ao passo que 9,2% procuraram assistência somente nos últimos três meses de gestação. Os pesquisadores identificaram uma média de 6,4 consultas durante toda a gestação. Mais de um terço (33,8%) das gestantes não compareceram ao mínimo de seis consultas de pré-natal, incluindo 5,1% que freqüentaram uma ou duas consultas apenas. Nos cartões das gestantes, 72,7% tinham registrados os procedimentos de altura uterina (AU) cinco ou mais vezes no prontuário; 26,8 % tiveram de um a quatro registros e 0,5 % não possuíam nenhum registro. Os autores encontraram 279 cartões das gestantes com cinco ou mais registros de peso materno; 90 apresentavam de um a quatro registros e apenas um estava sem. Os batimentos cardíofetais foram registrados cinco ou mais vezes em 79,5% dos cartões de gestantes; em 20% foram registrados de uma a quatro vezes e em 0,5%, nenhuma vez. Quanto a apresentação fetal, 132 foram registrados nos cartões das gestantes (35,7%) possuíam cinco ou mais registros; 37 (10%) tinham um a quatro registros e 201 (54,3%) não apresentavam nenhum registro. No que se refere a imunização antitetânica, em 42,4% dos cartões de gestantes havia o registro desta vacina, enquanto 57,6% não tinham tal informação registrada. Em relação ao nível de adequação da assistência pré-natal no estudo desses autores acima citados foram apresentados uma classificação intermediária nos níveis 1, 2 e 3.

Utilizou-se também a classificação como suporte para a presente pesquisa o estudo realizado por Silveira *et al.* (2001). Este trabalho foi conduzido a partir de 839

registros de atendimento pré-natal das gestantes que realizaram pré-natal nas 26 unidades com tal atendimento (num total de 31 unidades em estudo), da Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar (SMSBE) de Pelotas - RS, no período de junho a novembro de 1998. Tratou-se de um estudo transversal, descritivo e realizou auditoria de registros médicos para avaliar a estrutura e o processo de atendimento pré-natal nas unidades de atenção primária à saúde. Os autores identificaram que 46% das gestantes ingressaram no programa durante o primeiro trimestre, 41% no segundo e 13% no terceiro, com ausência de informação sobre a idade gestacional em 5% dos registros. Verificou, ainda, que 63% das gestantes iniciaram o pré-natal antes de 20 semanas de gestação. Das gestantes analisadas em relação ao procedimento de altura uterina (AU), 49,2% (413) tiveram cinco ou mais vezes registros; (366) 43,6 % tiveram de um a quatro e 7,2% (60) não possuíam nenhum. Do total de gestantes estudadas 112 (13,4%) não tinham a idade gestacional (IG) registrada, 376 (44,8%) apresentavam cinco ou mais registros e 351 (41,8%), de um a quatro registros. Em relação ao peso materno (PM) 406 apresentavam cinco ou mais registros; 391, de um a quatro registros e 42 estavam sem nenhuma informação registrada. Quanto ao registro de batimentos cardíacos 50,9% apresentavam quatro ou mais registros; 32,5% apresentavam de uma a três vezes e 16,6% não apresentavam registro algum. No que se refere a apresentação fetal 136 (16,2%) apresentavam um registro; 282 (33,6%) apresentavam dois ou mais registros e 421 (50,2%) não apresentavam nenhum registro. Quanto ao nível de adequação da assistência pré-natal este estudo apresentou uma categorização intermediária para os níveis 1 e 2. E para o nível 3 apontou a classificação inadequado.

O estudo realizado por Ribeiro Filho (2004) também foi utilizado. Baseou-se em levantamento realizado nos prontuários de 111 gestantes que fizeram o pré-natal no ano de 2002, em quatro Unidades de Saúde da Família – 2 USFs da Zona Leste (USF-A e B), uma da Zona Oeste (USF-C) e uma da Zona Sul (USF-D) – do Programa Médico de Família do município de Manaus-AM. De acordo com o autor, apenas 35 (32%) realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Das 111 gestantes analisadas, mais da metade (66%) começou o acompanhamento pré-natal a partir do segundo ou terceiro trimestre de gestação, ou seja, com a idade gestacional entre 14 e 40 semanas. Quanto ao registro do peso materno e batimentos

cardiofetais, em 85% dos prontuários havia algum registro sobre estas variáveis. Quanto a apresentação fetal não foi identificado qualquer registro. No que se refere a imunização antitetânica 50 (45%) possuíam esta vacina registrada e em 61 (55%) prontuários não havia nenhuma informação.

Valeu-se também do trabalho desenvolvido por Bezerra (2006), trabalho este realizado com 140 gestantes atendidas no Programa Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional VI, no município de Fortaleza-CE, no ano de 2006. O autor constatou que pouco mais da metade, ou seja, 80 gestantes (57,2%) iniciaram a consulta de pré-natal no primeiro trimestre; 56 (40%) no segundo trimestre e quatro (2,8%) no terceiro. Ao relacionar o trimestre gestacional com o número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes, o autor identificou que 68 (48,6%) realizaram uma a três consultas; 56 (40%), quatro a seis; e 16 (11,4%), sete ou mais consultas.

Por fim, valeu-se do estudo de Paraguassú *et al.* (2005) que realizado com adolescentes jovens e adultas que freqüentavam as Unidades Básicas de Saúde de Feira de Santana, no estado da Bahia. A faixa etária predominante foi de 17 a 19 anos de idade (54,1%). Dentre as gestantes estudadas 66% eram solteiras.

Autores ano	Objetivo	Cidade/Estado	População	Variáveis analisadas	Instrumento de pesquisa	Resultados encontrados
Coutinho <i>et al.</i> (2006)	Avaliar a evolução e a qualidade da assistência pré-natal prestada às pacientes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Juiz de Fora - MG no intervalo entre 2002 e 2004.	Juiz de Fora (MG)	456.432 habitantes em 2000. Amostra: 370 gestantes	Faixa etária; Dados sócio-demográficos; Número de Consultas; Procedimentos Clínicos Obstétricos: Altura Uterina, Peso, Batimentos Cardíacos e Apresentação Fetal. Imunização; Exames Laboratoriais: ABO-fator Rh, hemoglobina, hematócrito, EAS, VDRL e glicemia.	Estudo de painéis repetidos, através de auditoria nos cartões das gestantes.	Na primeira fase da pesquisa analisou-se resultados das amostras de 2002 onde se constatou que o atendimento do SUS necessitava de medidas corretivas urgentes, já na análise final na qual foi comparado os dados de 2002 e 2004 constatou-se uma melhoria no atendimento global, porém mesmo com a evolução positiva a assistência pré-natal da cidade ainda necessitava ser revista qualitativamente. Apresentou o nível de adequação intermediária na assistência pré-natal nos níveis 1, 2 e 3.
Ribeiro Filho <i>et al.</i> (2004).	Avaliar a qualidade da atenção às gestantes que iniciaram o pré-natal durante o ano de 2001 em quatro casas de saúde do Programa Médico da Família de Manaus.	Manaus (AM)	1.405.835 habitantes Amostra: analisados os prontuários de 111 gestantes que fizeram o pré-natal em 2002, em 04 Unidades de Saúde da Família do Programa Médico da Família do município de Manaus - Amazonas. 02 USF foram da Zona Leste (USF-A e B), uma da Zona Oeste (USF-C) e uma da Zona Sul (USF-D).	Número de consultas; Procedimentos clínicos obstétricos: Idade gestacional, peso materno, batimentos cardíacos e apresentação fetal.	Foi elaborado um instrumento contendo questões relacionadas com informações que devem constar na primeira e nas consultas subsequentes de acordo com o Manual de Assistência Pré-natal, do Ministério da Saúde (2000).	Na análise dos prontuários das gestantes das 04 unidades do PMF em estudo percebeu-se a longitudinalidade da atenção, pois a seqüência de atendimento desejável não se apresenta na grande maioria dos prontuários revisados. Como última análise pode-se afirmar que os registros são muito ruins deixando assim estas unidades de saúde bastante vulneráveis, se porventura sofrerem algum tipo de ação jurídica decorrentes de possíveis problemas relacionados com o atendimento pré-natal e também se sofrerem algum tipo de auditoria oficial.

Autores ano	Objetivo	Cidade/ Estado	População	Variáveis analisadas	Instrumento de pesquisa	Resultados encontrados
Bezerra <i>et al.</i> (2006).	Caracterizar o perfil dos profissionais que realizam consulta pré-natal no PSF, bem como investigar a satisfação e segurança dos 24 profissionais para a realização das ações preconizadas pelo MS na consulta pré-natal. Verificar junto às gestantes como se realiza a consulta pré-natal por médicos e enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde da Família e identificar as orientações recebidas por essas mulheres por ocasião da assistência ao pré-natal e sua aplicação no auto-cuidado.	Fortaleza (CE)	2.141.402 habitantes. Amostra: 12 médicos e 12 enfermeiros da SER VI, todos funcionários da Prefeitura Municipal de Fortaleza, que atuavam nas UBASF, realizando consultas de pré-natal e que concordaram em participar da pesquisa. E 140 gestantes que correspondem a 65% da média mensal de gestantes atendidas.	Satisfação no trabalho e auto-avaliação do desempenho nas atividades realizadas com gestantes. Características sócio-demográficas das gestantes, a história de saúde, dados sobre o pré-natal, acolhimento da gestante no serviço e orientações educativas recebidas pelas gestantes e sua aplicação no auto-cuidado.	Questionário composto de dados de identificação sócio-demográfica, formação e atuação profissional e que continha também um instrumento de auto-avaliação. Os itens para a auto-avaliação dos profissionais foram adaptados a partir do instrumento recomendado pelo MS (BRASIL, 2002) para consulta pré-natal.	Ao caracterizar o perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família destaca-se que a maioria é do sexo feminino, casada, com um a dois filhos e com idade entre 31 e 40 anos. Identificou-se, também, que o programa possui profissionais com pouco tempo de atuação no PSF. Os dados mostraram que a maioria dos profissionais se auto-avaliaram como satisfeitos em trabalhar no PSF e referiram sentirem-se seguros para realizar os procedimentos recomendados pelo MS na consulta à gestante. Entretanto, percebe-se que a maioria desses profissionais não recebeu capacitação técnica, e que necessitam de educação continuada para não comprometer a qualidade da assistência prestada. Com base nos relatos das gestantes, alguns procedimentos foram pouco realizados e orientações pouco recebidas por todas as gestantes.
Paraguassú <i>et al.</i> (2005).	Caracterizar mudanças sócio-demográficas e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de mulheres que foram mães na adolescência em Feira de Santana.	Feira de Santana (Bahia)	480.949 habitantes Amostra: 438 mulheres de 10 a 24 anos que freqüentaram as UBS do município de agosto a dezembro de 2001.	Faixa etária; Escolaridade; Situação conjugal e situação de coabitação. Freqüência ao atendimento de planejamento familiar, uso de método contraceptivo, tipo de método, além da idade da menarca, idade da iniciação sexual, paridade e aborto.	Entrevista;	Entre os dois períodos estudados, foi observado aumento da freqüência do nível médio de escolaridade, coabitação com parceiro e abandono escolar. A idade da iniciação sexual mais precoce naquelas que engravidaram de 10 a 16 anos e que também apresentaram maior paridade. Após a primeira gravidez, foi verificado maior procura ao planejamento familiar, uso de contraceptivo oral e redução do uso de condon.

Autores ano	Objetivo	Cidade/ Estado	População	Variáveis analisadas	Instrumento de pesquisa	Resultados encontrados
Silveira <i>et al.</i> (2001).	Descrever a atenção pré-natal oferecida às gestantes usuárias desses serviços, utilizando para tal a caracterização da estrutura e do processo de atendimento.	Pelotas (Rio Grande do Sul)	320.850 habitantes Amostra: 31 unidades da zona urbana. No estudo do processo revisou-se os registros de pré-natal das mães com data provável de parto nos 6 meses anteriores ao início do trabalho de campo, num total de 839 formulários.	Planta física; Recursos humanos; Recursos materiais; Número de consultas; Procedimentos clínicos obstétricos: altura uterina, idade gestacional, peso materno e batimentos cardíofetais. Exames laboratoriais: hemoglobina, EAS, VDRL e fator ABO-Rh.	Instrumento de Avaliação para Centros e Postos de Saúde (MS, 1985).	Esforços devem ser feitos para melhorar a qualidade da atenção oferecida por esses serviços. É necessário, portanto, ampliar a cobertura, motivar e capacitar os profissionais para a prática da saúde coletiva e trabalho em equipe multidisciplinar, garantir a realização dos procedimentos da consulta de pré-natal, garantir o tratamento das intercorrências comuns da gravidez e organizar o sistema de atendimento entre os níveis. Apresentou a classificação de adequação intermediária na assistência pré-natal nos níveis 1 e 2. E apontou no nível 3 inadequado.

QUADRO 1: ESTUDOS REALIZADOS NO BRASIL SOBRE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

3.5 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) tem o propósito de reorganizar a prática da atenção básica à saúde, a partir de uma equipe formada por profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde, que trabalham com a finalidade de executar ações que promovam melhorias na qualidade de vida, bem como cuidar integralmente do paciente, buscando uma abordagem interdisciplinar, beneficiando os indivíduos com formas preventivas e assistenciais (BRASIL, 2001).

O programa é centrado na família e tem como princípio a descentralização dos pacientes nos centros de saúde. Além disso, suas ações são preventivas, curativas e assistenciais, visando ofertar um apoio educativo a seus pacientes.

Os profissionais de saúde realizam visitas a domicílio, tendo como objetivo a assistência educativa voltada às ações de saúde. Como é realizada no âmbito domiciliar, proporciona uma dinâmica nos programas de atenção à saúde. O trabalho desses profissionais é centrado no indivíduo, sua família e seu ambiente, estreitando os vínculos e permitindo um conhecimento mais apropriado da realidade em que vivem (KAWAMOTO; SANTOS; MATOS, 1995, p. 35).

A partir desta realidade, criaram-se novas oportunidades de acesso aos serviços, principalmente às comunidades mais vulneráveis, nas quais as pessoas são mais expostas aos riscos de adoecer. O referido programa vem contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros. Deste modo, é inegável que o Sistema Único de Saúde (SUS) passou por transformações importantes, comparáveis aos vários momentos de modernização dos setores produtivos no Brasil.

Segundo Dominguez (1998, *apud* OLIVEIRA, 2000), o PSF é um modelo de assistência que desenvolve ações de prevenção e promoção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Constitui uma estratégia fundamental no nível de ação primária, que é o pilar mais importante do SUS. O PSF realiza um trabalho de forma a viabilizar e complementar as propostas gerais do SUS, de universalidade, equidade e integralidade, mas com características próprias, estruturando-se numa equipe multiprofissional.

O Ministério da Saúde preconiza que uma equipe seja composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde, podendo ser inseridos outros profissionais conforme a necessidade e as condições do município (BRASIL, 2001). Atualmente, junto com a equipe de saúde, foi incorporada a odontologia no programa, oferecendo oportunidades de ações curativo-reabilitadoras e tendo como profissionais um cirurgião-dentista, um técnico em higiene dental e um auxiliar de consultório dentário (ZANETTI, 1999 *apud* SANTIAGO, 2004).

Para atender a uma família, necessita-se de uma equipe habilitada e um local apropriado e equipado, de modo que os problemas mais comuns de uma comunidade sejam resolvidos. Objetiva-se, desta forma, promover o contato direto com a comunidade pelo qual o PSF seja responsável. Desse modo, o PSF veio reforçar e salientar as necessidades da saúde básica, sendo este fator fundamental para suprir as dificuldades e necessidades da população. O PSF contribuiu também para superar as expectativas em relação à promoção da saúde (BRASIL, 2001).

4 MÉTODOS

Este estudo pretende contribuir com informações que norteiem a prática assistencial em saúde da família, dando ênfase às gestantes que necessitem de atenção especial, a fim de que suas necessidades e expectativas sejam atendidas.

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, retrospectivo, com abordagem quantitativa, no qual se utilizaram dados referentes à população de gestantes atendidas no município de Guairaçá - PR, sendo enfatizado o processo de atenção pré-natal a essas mulheres entre julho de 2008 e julho de 2009.

4.1 CENÁRIO DA PESQUISA

Para a realização deste estudo, elegeu-se o município de Guairaçá, localizado no noroeste do Estado do Paraná, com cerca de seis mil habitantes, praticamente concentrados na área urbana (IBGE, 2007). A estrutura gerencial do SUS e de prestação de serviços de Guairaçá é responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Dentre os serviços de saúde do município, encontram-se: (a) um posto privado de coleta de exames; (b) três farmácias e dois consultórios odontológicos, todos privados; (c) um Núcleo Integrado de Saúde (NIS II);³ (d) três Unidades de Saúde da Família; e (e) um hospital municipal (GUAIRAÇÁ, 2007).

Por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde, a SMS atende a mais de 200 pacientes por mês, em consultas, exames e demais serviços, todos agendados através de uma Central de Agendamentos de Consultas (CAC). Os pacientes são atendidos no Centro Regional de Especialidades, localizado na cidade de Paranavaí, distante 30 quilômetros da cidade de Guairaçá. O agendamento é realizado após o paciente ter passado por consulta médica na unidade de saúde (NIS II) e apresentado a guia de referência ao responsável por agendamentos da unidade (GUAIRAÇÁ, 2007).

³ No Estado do Paraná, os Núcleos Integrados de Saúde fazem o papel das Policlínicas ou Centros de Saúde.

Guairaçá conta também com uma central de leitos. Na existência de casos graves, isto é, sem resolução no hospital municipal, é feita solicitação à central de leitos, a fim de que a mesma localize um hospital com leito disponível na especialidade solicitada para posteriormente encaminhamento do paciente. O NIS II realiza atendimentos médico, odontológico, laboratorial, vacinação e fisioterapia. Faz também pequenos procedimentos, como inalação, curativos, aplicação de injeções e exames citopatológicos. Possui uma farmácia e “serviços” de Vigilância Sanitária e Epidemiologia. Conta com três equipes de Saúde da Família e duas equipes de saúde bucal. No município de Guairaçá, há um projeto em andamento para construção de uma nova unidade de saúde e um centro odontológico (GUAIRAÇÁ, 2007).

Segundo o DATASUS (2006), o município de Guairaçá - PR conta com 5.862 habitantes (GRÁFICO 1); 3.673 habitantes (62,65% da população total) têm entre 10 e 49 anos, e destes, 1.826 são do sexo feminino, ou seja, 31,14% da população, e as mesmas estão em idade fértil.

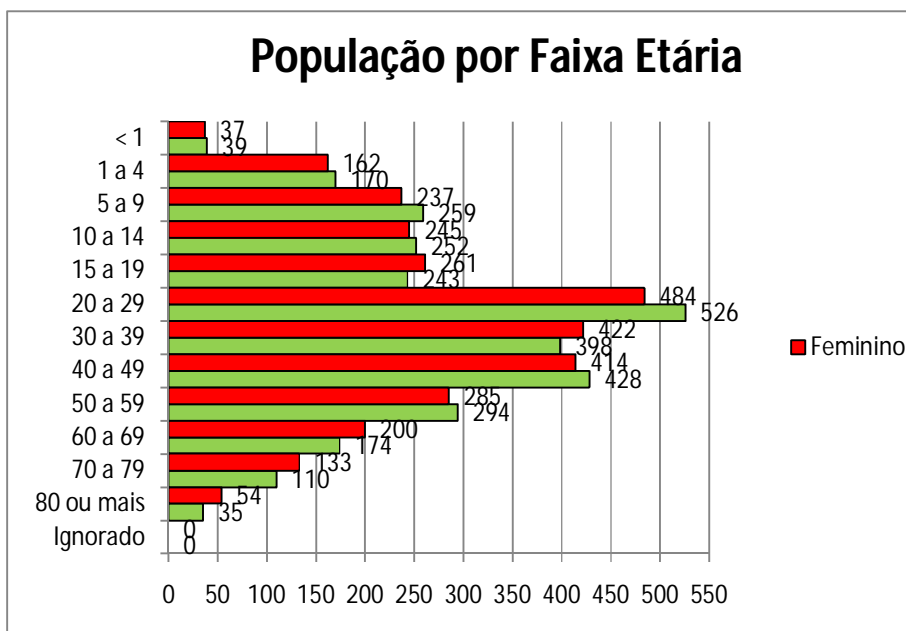


GRÁFICO 1: POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA, GUAIRAÇÁ, 2006
 Fonte: DATASUS, 2006.

No Estado do Paraná, em 2006, foram registrados 95 óbitos maternos, sendo que 15 foram de mães adolescentes (MS/SVS/DASIS-SIM, 2006 *apud* DATASUS, 2006). Já no município de Guairaçá, consta apenas um registro de óbito materno na

faixa etária entre 30 a 39 anos (MS/SVS/DASIS-SIM, 2006 *apud* DATASUS, 2006). No período de 1999 a 2006, ocorreram 718 partos no município.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram elencadas todas as parturientes atendidas pela Estratégia da Saúde da Família no município de Guairaçá - PR entre julho de 2008 e julho de 2009. As amostras obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: (1) usuárias das Unidades Saúde da Família; (2) assistência pré-natal realizada em Guairaçá; (3) partos a termo; (4) parturientes atendidas no período de julho de 2008 a julho de 2009.

Os critérios de exclusão estabelecidos neste estudo foram: (1) parturientes com idade gestacional inferior a 37 semanas completas; (2) parturientes com idade gestacional maior que 41 semanas e 6 dias. Estes períodos correspondem ao termo da gestação de acordo com a OMS (2002) e dificultam a análise da adequação do processo da assistência, pois os procedimentos propostos nesta análise não correspondem aos parâmetros empregados por Coutinho (2002).

4.3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Os documentos foram coletados através da técnica de auditoria, com a finalidade de avaliar a qualidade do processo da atenção pré-natal oferecida às gestantes de Guairaçá. Na auditoria, foi priorizada a coleta do número de consultas realizadas, registros dos exames laboratoriais e procedimentos clínico-obstétricos realizados.

A identificação do perfil sócio-demográfico (faixa etária, estado civil, nível de escolaridade, raça e ocupação) das gestantes foi realizada por meio de dados coletados a partir do SISPRENATAL. Dados indisponíveis neste sistema, tais como escolaridade, raça e ocupação, foram captados por meio dos prontuários.

Para a determinação da faixa etária foi necessário analisar os prontuários, tendo em vista que o SISPRENATAL não considera especificamente a fase da adolescência e da vida adulta.

Para coleta de informações registradas nos prontuários, foi utilizado um instrumento para roteiro na investigação em relação ao processo de atendimento à atenção pré-natal prestada (ANEXO 1).

A análise do processo de prestação dos serviços de pré-natal na Estratégia Saúde da Família no município de Guairacá foi realizada por meio de múltiplas fontes de dados. De acordo com Victoria, Knauth e Hanssen (2000), tal atitude visa a reduzir os vieses e ampliar a apreensão da realidade.

4.3.1 Fontes de informação

A) SISPRENATAL

O Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) é um *sistema de informação* que foi desenvolvido pelo DATASUS com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes (BRASIL, 2002b).

No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, que permite o acompanhamento das gestantes desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (BRASIL, 2002b). O sistema inclui informações demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e sanitárias, visando a melhorar a qualidade da atenção na Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2003b).

B) Prontuários

Os dados coletados em prontuários são referentes aos critérios mínimos de qualidade para a prestação dos serviços de pré-natal. De acordo com Coutinho *et al.* (2003), os registros são importantes na prática clínica, ao influenciarem os

processos de cuidado, entretanto, se não houve registro o procedimento não foi realizado.

4.3.2 Critérios de avaliação

A adequação do acompanhamento pré-natal teve como base os critérios empregados por Coutinho (2002). Esse autor trabalhou com três parâmetros de análise: número de consultas, registros dos exames laboratoriais e procedimentos clínico-obstétricos.

Foram verificados nos prontuários: (a) os registros sobre idade gestacional de início do pré-natal; (b) intervalo médio entre as consultas; (c) registro de exames laboratoriais básicos (tipo sanguíneo, fator RH, hemoglobina, hematócrito, glicemia, sorologia para sífilis e exame de urina); e (d) procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios (altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, edema, peso, batimentos cardíacos, apresentação fetal).

4.3.3 Padrões de referência

Os dados advindos dos prontuários foram comparados com os padrões de referência adotados por Coutinho (2002), pois, apesar de o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento apresentarem indicadores, os mesmos não adotam padrões de referência claros (2002b). Deste modo, a assistência pré-natal foi classificada em: adequada, inadequada ou intermediária, de acordo com a presença ou não de registros nos prontuários de procedimentos que fazem parte do atendimento rotineiro do pré-natal.

Segundo os critérios apresentados por Coutinho (2002, p. 142), na avaliação da evolução da adequação do processo na assistência pré-natal, utilizou-se uma divisão das variáveis em três níveis de complexidade crescente, de 1 a 3.

No **Nível 1**, avaliou-se a utilização do pré-natal pelas gestantes através de uma versão do Índice de Kessner⁴ – baseada parcialmente no PHPN (2000) e proposta por Coutinho (2002) – que utilizou, como critérios de adequação, seu início no primeiro trimestre da gravidez (≤ 14 semanas) e o mínimo de seis consultas.

No **Nível 2**, foram incluídos os procedimentos clínico-obstétricos considerados essenciais para uma assistência pré-natal adequada. São eles: (a) as aferições de pressão arterial (PA); (b) peso materno; (c) altura uterina (AU); (d) idade gestacional (IG); (e) batimentos cardíacos (BCF) e (f) apresentação fetal (AF).

Como podem ser aferidos em qualquer época da gravidez, a pressão arterial, o peso materno, a altura uterina e o cálculo da idade gestacional devem ser registrados em todas as consultas. Em conseqüência, convencionou-se como adequado o registro de, no mínimo, cinco aferições desses procedimentos. Já a ausculta dos batimentos cardíacos fetais e o diagnóstico da apresentação fetal podem ser realizados clinicamente, e devem ser anotados, a partir de 20 e 28 semanas de gestação, respectivamente. Assim, foi definida como adequada a constatação de, no mínimo, quatro registros de ausculta dos batimentos cardíacos e de duas anotações da apresentação fetal.

Quanto ao **Nível 3**, avaliou-se a realização dos exames complementares considerados como básicos pelo PHPN (2000): (a) tipagem ABO e fator Rh; (b) hemoglobina/hematócrito; (c) VDRL; (d) glicemia em jejum; e (e) exame de urina tipo 1 ou EAS. Ainda de acordo com o Programa, foi definida como adequada a constatação de, no mínimo, um registro da classificação sanguínea e das concentrações de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), além de duas anotações dos resultados de VDRL, EAS e glicemia em jejum (BRASIL,2000).

⁴ Índice de avaliação quantitativa da utilização do pré-natal pelas pacientes. KESSNER *et al.*, 1973; ALEXANDER; CORNELLY, 1987; HULSEY *et al.*, 1991; KOTELCHUCK, 1994; HAAS *et al.*, 1995; DELGADO-RODRIGUEZ *et al.*, 1996; KOGAN *et al.*, 1998b *apud* COUTINHO, 2002.

A tabela a seguir apresenta, de forma esquemática, os níveis de complexidade da adequação do processo da assistência pré-natal e os critérios de avaliação e graus de adequação propostos, segundo Coutinho (2002) e PHPN (2000).

TABELA 1: NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ADEQUAÇÃO DO PROCESSO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E GRAU DE ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Níveis	Crítérios de Avaliação	Padrões de referência e classificação do grau de adequação
Nível 1	Crítérios: Índice de Kessner modificado por PHPN (2000) e Coutinho (2002)	a) Adequação – consultas com início no 1º trimestre (≤ 14 semanas) e 06 ou mais consultas. b) Inadequação - consultas com início no 3º trimestre (> 28 semanas) ou 02 ou menos consultas. c) Intermediário – as demais situações.
Nível 2	Crítérios: Índice de Kessner modificado por PHPN (2000) e Coutinho (2002) e procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios	a) Adequação - consultas com início no 1º trimestre (≤ 14 semanas) e 06 ou mais consultas. Quanto aos procedimentos clínico-obstétricos: AU, IG, PA e Peso materno - 05 ou mais registros; BCF - 04 ou mais registros; e Apresentação fetal - 02 ou mais registros. b) Inadequação – consultas com início no 3º trimestre (> 28 semanas) ou 02 ou menos consultas. Quanto aos procedimentos clínico-obstétricos: AU, IG, PA, Peso materno e BCF : 02 ou menos registros; Apresentação fetal : nenhum registro. c) Intermediário - demais situações.
Nível 3	Crítérios: Índice de Kessner modificado por PHPN (2000) e Coutinho (2002) e procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios, além de exames complementares básicos segundo o PHPN (2000): Tipagem ABO, fator Rh, Hb/Ht, Glicemia, EAS e VDRL)	a) Adequação – consultas com início no 1º trimestre (≤ 14 semanas) e 06 ou mais consultas. Quanto aos procedimentos clínico-obstétricos: AU, IG, PA e Peso materno - 05 ou mais registros; BCF - 04 ou mais registros; e Apresentação fetal - 02 ou mais registros. Quanto aos exames laboratoriais: Tipagem ABO, fator Rh e Hb/Ht : 01 registro; Glicemia, EAS e VDRL : 02 registros. b) Inadequação – consultas com início no 3º trimestre (> 28 semanas) ou 02 ou menos consultas. Quanto aos procedimentos clínico-obstétricos: AU, IG, PA, Peso materno e BCF : 02 ou menos registros; Apresentação fetal : nenhum registro. Quanto aos exames laboratoriais: nenhum exame solicitado. c) Intermediário : demais situações.

Fonte: Adaptado de Coutinho (2002) e PHPN (2000).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram digitados e analisados com auxílio das ferramentas de informática, do Programa Microsoft Excel 2007, e apresentados em forma de gráficos e tabelas.

4.5 QUESTÕES ÉTICAS

Foram seguidos os procedimentos éticos e legais, em conformidade com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O trabalho foi aprovado pelo CEP, conforme o protocolo nº 0147.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL DO MUNICÍPIO DE GUAIRAÇÁ

Quanto à caracterização das gestantes cadastradas e atendidas no município de Guairacá – PR procurou-se identificar a faixa etária, estado civil, nível de escolaridade, cor e ocupações mais comuns. Foram obtidos dados sobre as 57 gestantes cadastradas no SISPRENATAL no período de julho de 2008 a julho 2009.

Na tabela abaixo, pode-se observar as faixas etárias encontradas no sistema.

TABELA 2: FAIXA ETÁRIA DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE JULHO DE 2008 E JULHO DE 2009.

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	NÚMERO DE GESTANTES	PORCENTAGEM (%)
10-19	14	24,56
20-34	36	63,16
35-45	07	12,28
Sem Registro	0	0
TOTAL	57	100

Fonte: Elaboração própria.

É possível perceber que a grande maioria das gestantes (63,16%) de Guairacá tem entre 20 e 34 anos.

Foram registradas na cidade de Guairacá, neste período de estudo, 14 adolescentes grávidas. A gravidez na adolescência ainda é um fator bastante preocupante tanto pelos riscos que acarretam quanto pelas dificuldades sócio-econômicas que representam na vida das futuras mães.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, adolescência é a fase da vida que inicia aos 10 anos e vai até aos 19 anos de idade (BRASIL, 1990). Trata-se de um período de transição, mudança da infância para a fase adulta, na qual o indivíduo passa por momentos de angústia, ansiedade, dúvidas e crescimento em direção à sua identidade, ocorrendo transformações físicas, psíquicas e sociais, englobando o adolescente em um mundo conflituoso e gerador de incertezas (XIMENES NETO, 2007).

A situação de adolescentes grávidas coloca um desafio aos profissionais de saúde, pois essas jovens necessitam de uma atenção especial.

Podem apresentar vários problemas, como: imaturidade fisiológica, estado nutricional inadequado e procura tardia de assistência ao pré-natal, além de estarem expostas a um maior risco de trabalho de parto prematuro, nascimento de criança com baixo-peso e parto cesariana (BRASIL, 2005a).

Outros itens analisados foram a cor das gestantes e local de moradia, como pode ser observado nos gráficos a seguir.

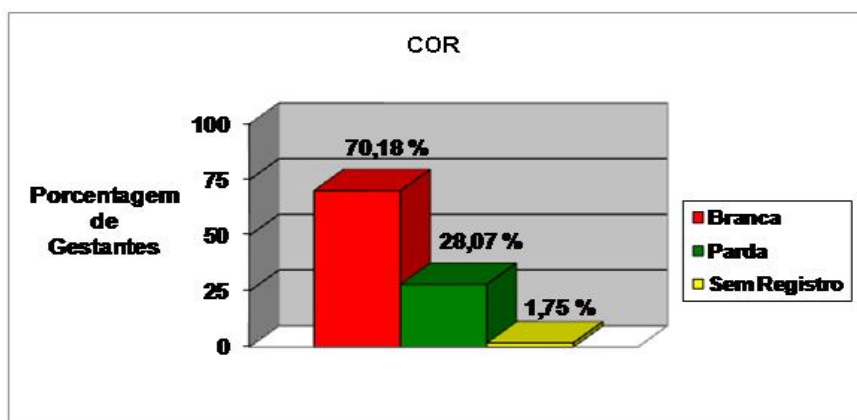


GRÁFICO 2: COR DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE JULHO DE 2008 E JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ – PR.
Fonte: SISPRENATAL Município de Guairaçá – PR, 2009.

A cor das gestantes também reflete a realidade populacional paranaense, na qual a maioria da população é branca – cerca de 80%, segundo dados do IBGE.

Setenta por cento delas são brancas (40), 28,1% (16) são pardas e 1,7% (01) não tem a cor registrada no cadastro do SISPRENATAL.

A determinação da cor da pele das gestantes é muito importante, sobretudo em uma população miscigenada como a brasileira, pois é esta determinação que pode fornecer indicadores fundamentais para políticas de combate ao racismo institucional (OLIVEIRA 2004).

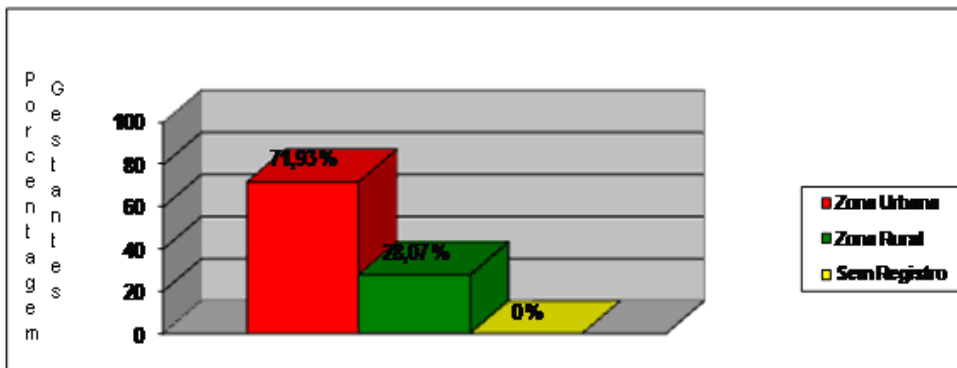


GRÁFICO 3: LOCAL DE RESIDÊNCIA DAS GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE JULHO DE 2008 E JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ- PR.

Fonte: Elaboração própria, adaptado do SISPRENATAL do município de Guairaçá, 2009.

Quanto ao local de residência, na zona urbana vivem 71,9% das gestantes e o restante vivem na zona rural. Embora o índice de moradoras da zona rural não seja muito significativo, é exponencialmente maior do que o encontrado quando se analisa um grande centro urbano.

Notadamente, todas as fichas possuíam registro com o local de moradia das gestantes. Nota-se que apenas 16 (28,1%) delas vivem na zona rural, e embora se trate de uma cidade pequena e interiorana, a urbanização da população pode ser observada, estando próxima da média do estado do Paraná, que é de 80% (IBGE, 2007).

Com relação à situação conjugal ou estado civil dessas gestantes, foi empregado o critério de classificação encontrado no SIAB (2009), segundo o qual as mulheres podem estar categorizadas em solteiras, casadas, amasiadas ou sem registro. Das 57 gestantes, 30 (52,6%) são casadas ou amasiadas, 21 (36,8%) são solteiras e 6 (10,54%) não têm sua situação conjugal registrada no prontuário.

O risco gestacional também está presente quando a gestante é solteira, pois estas assumem sozinhas as responsabilidades da gestação por não terem parceiros fixos, o que possui um reflexo negativo pelo aumento do nível de stress e de problemas emocionais.

Outra variável analisada foi o grau de escolaridade, cujo comportamento pode ser visualizado no gráfico 4.

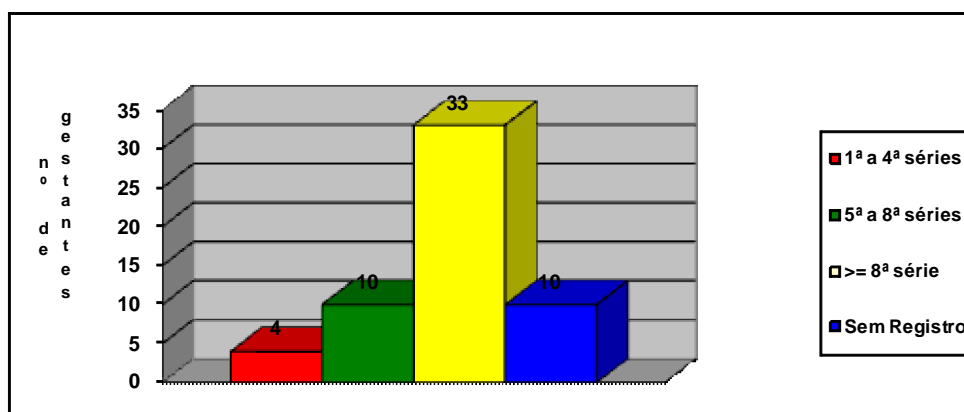


GRÁFICO 4: GRAU DE ESCOLARIDADE DAS GESTANTES DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIOS DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009, GUAIRACÁ – PR.

Fonte: Prontuários do município de Guairacá – PR, 2009.

Quanto à escolaridade das gestantes, 57,9% têm escolaridade igual ou superior a 8ª série do ensino fundamental; 17,5 % têm escolaridade de 5ª a 8ª série do ensino fundamental; 7,1% têm de 1ª a 4ª série do ensino fundamental, e em cerca de um sexto (17,5%) dos prontuários analisados o campo da escolaridade não estava preenchido.

É possível perceber que muitas adolescentes, quando engravidam, saem da escola e não retornam após o parto.

Grande parte das jovens deixa a escola depois que engravidam, este fator se dá pelas dificuldades físicas em acompanhar as aulas durante a gravidez e, depois que a criança nasce, as dificuldades devem-se aos cuidados que a adolescente precisa dispensar à criança (LEVANDOWSKI; PICCINI; LOPES, 2008, p. 1).

O abandono dos estudos acaba agravando o problema, haja vista que a falta de qualificação educacional das adolescentes leva a dificuldades em conseguir emprego. No trabalho desenvolvido por Paraguassú *et al.* (2005), com gestantes entre 10 e 24 anos, a maioria (84,8%), no período da gestação, cursava o ensino fundamental (de 1ª a 8ª série, que agora correspondem ao 1º ao 9º anos). Já Coutinho e colaboradores (2003) declararam que das 370 gestantes entre 14 e 43 anos analisadas, apenas 33,3% tinham completado o ensino fundamental (de 1ª a 8ª série, atuais 1º ao 9º anos).

Para a classificação da ocupação dessas mulheres, foram empregadas as categorias encontradas no SIAB (2009): estudante, do lar, lavradora e sem registro.

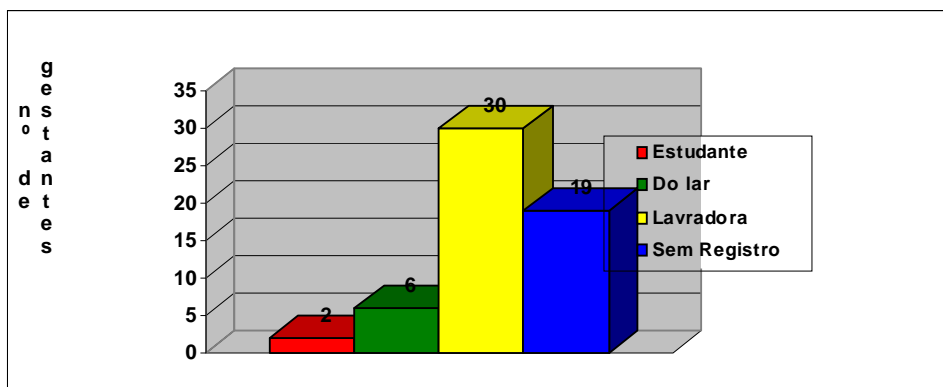


GRÁFICO 5: OCUPAÇÃO DAS GESTANTES DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIOS DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ – PR.

Fonte: Prontuários do município de Guairacá - PR, 2009.

Dentre as 57 gestantes, 30 (52,6%) são lavradoras, seis (10,5%) são donas de casa, duas (3,5%) são estudantes, e as outras 19 (33,4%) não têm a ocupação registrada no prontuário. A grande proporção de lavradoras se deve ao fato de se tratar de uma região agrícola, com predominância das culturas de cana de açúcar, mandioca e laranja. O município possui uma vasta área rural, no qual existem vários sítios, chácaras e fazendas. Já a proporção de estudantes é baixa, pelo fato, já mencionado anteriormente, do abandono dos estudos pelas adolescentes gestantes.

O número de lavradoras é decorrente do fato de Guairacá ser uma cidade interiorana, voltada para a agricultura, com poucas oportunidades de trabalho. A maioria das mulheres com pouco tempo de estudo, encontram trabalho apenas como lavradoras ou como domésticas. A opção pelo trabalho no campo deve-se a melhor remuneração e a maior existência de vagas, sobretudo no corte de cana. É imprescindível notar a existência na região de uma grande quantidade de fazendas que cultivam cana de açúcar para a usina que se encontra instalada a 25 quilômetros da cidade de Guairacá.

Durante a realização desta pesquisa, foi possível notar que muitos prontuários avaliados, para as situações analisadas, apresentavam diversos campos sem preenchimento. É possível que estejam desatualizados, pois os mesmos parecem ter sido preenchidos na infância da gestante e não foram atualizados pela recepção da UBS. Girianeli *et al.* (2009) e Formigli *et al.* (2001) discutem a qualidade dos

registros em prontuários e, para alguns campos de interesse dos autores, há escassez de informações.

5.2 A ANÁLISE DO PROCESSO DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GUAIRAÇÁ

A avaliação do processo de prestação dos serviços de pré-natal das gestantes atendidas pela ESF em Guairaçá, no período de julho de 2008 a julho de 2009, revelou resultados interessantes, conforme é apresentado a seguir:

TABELA 3: CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES DE TERMO ATENDIDAS PELA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS USUÁRIAS DA ESF EM GUAIRAÇÁ – PR, EM JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009.

Características	Nº	%
Início da Assistência pré-natal		
1º Trimestre (< = 14 semanas)	06	11
2º Trimestre (15 a 28 semanas)	51	89
3º Trimestre (> 28 semanas)	00	0
Número de consultas/gestantes		
02 ou menos consultas	02	03
03 a 05 consultas	12	21
06 ou mais consultas	34	60
Sem registro	9	16

Fonte: SISPRENATAL do município de Guairaçá – PR, 2009.

Observa-se que 60% das gestantes realizam seis ou mais consultas de pré-natal. Constatou-se que 51 (89%) mulheres procuraram atendimento de assistência pré-natal, no período de 15 a 28 semanas de gestação – isto é, no segundo trimestre de gestação. Seis gestantes (11%) procuraram a ESF no 1º trimestre de gestação (< = 14 semanas) e nenhuma gestante buscou atendimento junto à ESF após a 28ª semana de gestação.

Quanto ao número de consultas de acompanhamento pré-natal, 34 gestantes (60%) realizaram seis ou mais; 12 (21%) realizaram de três a cinco; e nove (16%) não possuíam esse tipo de registro. Duas gestantes (3%) fizeram duas ou um número menor de consultas. O número médio de consultas realizadas foi de 3,58 (6,2%).

Uma questão a ser analisada é a razão e as gestantes demoram a procurar o serviço de assistência ao pré-natal. E mesmo tendo procurado a assistência apenas

no segundo trimestre de gestação, essas mulheres têm mais de seis consultas registradas. Acredita-se que a demora se deve ao fato de haver uma alta incidência de gravidez na adolescência (TABELA 2). Assim, as adolescentes têm, na maioria dos casos, medo ou receio de procurar a ESF para assistência ao pré-natal. Outra possível causa deste atraso é a desinformação, tanto sobre os sintomas de uma gravidez, quanto ao atendimento e a necessidade do pré-natal ser realizado logo no início da gestação. Por essas razões, as gestantes procuram tardiamente a assistência ao pré-natal. Na maioria dos casos, elas são encontradas e orientadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a procurar a ESF.

A maioria das gestantes tem mais de seis consultas durante a gestação, pois o município possui uma política de assistência ao pré-natal que é assim caracterizada (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2009):

- gestante até os 7 meses de gestação - consulta uma vez por mês;
- gestante com 7 meses de gestação - consulta a cada 15 dias;
- gestantes com 8 meses de gestação - consulta a cada 7 dias

Por exemplo, uma gestante que só procurou a ESF com cinco meses de gestação fará, até o final da gestação, oito consultas de assistência ao pré-natal (uma consulta com 5 meses – início – uma com 6 meses, duas com 7 meses e 4 com 8 meses). O pré-natal é realizado pelos médicos da ESF e por um médico obstetra, a partir do sétimo mês de gestação.

O Ministério da Saúde (2002b) preconiza a partir de seis consultas ao longo de todo o pré-natal e uma consulta de puerpério.

Quanto a Guairaçá, os números de consultas alcançados sempre serão mais altos do que o preconizado pelo MS e o encontrado na literatura, pois o município tem uma política de atenção pré-natal diferenciada, em que uma gestante realiza até 14 consultas de pré-natal ao longo da gestação.

Estes números estão relacionados à procura espontânea, seja pela confirmação tardia ou pela maior aceitação da gravidez, pressão familiar e captação pelas ESF, que aumentaram a adesão ao pré-natal com a evolução da gestação.

O segundo nível de complexidade a ser analisado, abarca os procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios nas consultas.

TABELA 4: PROCEDIMENTOS CLÍNICO-OBSTÉTRICOS CONTIDOS NO PRONTUÁRIO, REALIZADOS NAS GESTANTES DE TERMO ATENDIMENTO PELA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES ATENDIDAS.

Procedimentos clínico-obstétricos	Nº	%
Altura Uterina (AU)		
01 a 04 registros	17	30
05 ou mais registros	27	47
Sem registro	04	07
Idade Gestacional (IG)		
01 a 04 registros	16	28
05 ou mais registros	33	58
Sem registro	00	00
Pressão Arterial (PA)		
01 registro	16	28
05 ou mais registros	41	72
Sem registro	00	00
Peso Materno (PM)		
01 registro	16	28
05 ou mais registros	41	72
Sem registro	00	00
Batimentos Cardíofetais (BCF)		
01 registro	12	21
05 ou mais registros	32	56
Sem registro	04	07
Apresentação Fetal		
01 registro	0	00
02 ou mais registros	0	00
Sem registro	57	100

Fonte: Elaboração própria, a partir dos Prontuários do Município de Guairaçá – PR, 2009.

Com relação ao exame de altura uterina, este foi realizado na maioria das mulheres, conforme demonstra o gráfico 6.

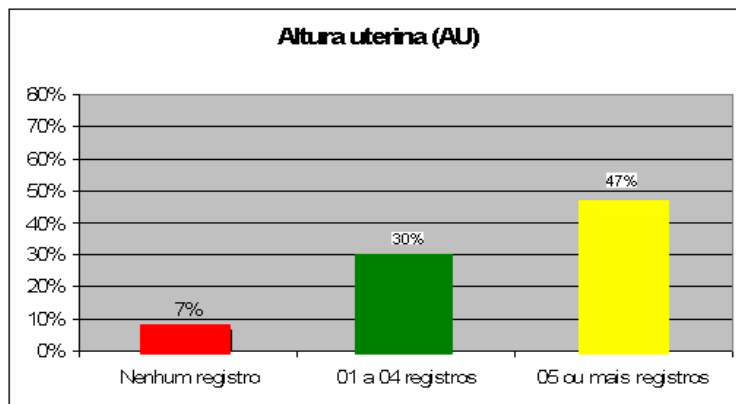


GRÁFICO 6: ALTURA UTERINA (AU) DAS GESTANTES DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIOS DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ – PR.

Fonte: Elaboração própria, a partir dos prontuários do Município de Guairaçá – PR, 2009.

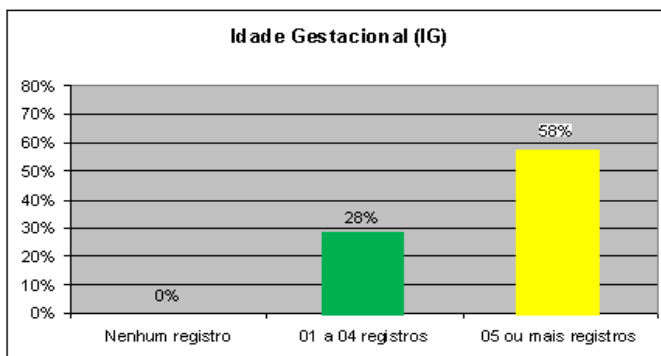
De acordo com o gráfico acima, pode-se observar que o registro de altura uterina foi realizado em 84% das gestantes. Vinte e sete mulheres (47%) tiveram

cinco ou mais registros; 17 (30%) prontuários continham de um a quatro registros deste indicador e quatro (7%) não possuíam nenhum registro.

Segundo Ribeiro Filho (2004, p. 44), “a altura uterina é um parâmetro importantíssimo para a avaliação do crescimento fetal”. É possível observar, em sua pesquisa, que as 111 gestantes em estudo estão com altura uterina registradas em 336 consultas, um percentual de 88% do total de consultas subseqüentes realizadas pelas quatro unidades de saúde.

Este exame é o único método clínico por meio do qual se pode avaliar o crescimento do conteúdo intra-uterino. Sua avaliação depende da idade gestacional, sendo obrigatória a eliminação de erros no cálculo desta variável – para mais ou para menos – antes que se suspeite de qualquer desvio patológico na evolução do feto e/ou do líquido amniótico. O objetivo da realização deste exame é o descarte das alterações patológicas do crescimento fetal. A avaliação do crescimento fetal é a relação entre a altura uterina e a idade gestacional. Este exame deve ser realizado independentemente da idade gestacional no momento da consulta (BRASIL, 2005). Ele deve ser realizado em todas as consultas, sendo necessária uma maior freqüência das mesmas, caso haja antecedentes obstétricos ou fatores predisponentes para desvios do crescimento fetal. Assim, facilita-se a execução precoce de medidas preventivas e diagnósticas.

Outro exame extremamente importante é a determinação da idade gestacional, cujo percentual de registro pode ser visualizado a seguir:



Fonte: Elaboração própria, a partir dos prontuários do Município de Guairacá-PR (2009).

GRÁFICO 7: IDADE GESTACIONAL (IG) DAS GESTANTES DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIOS DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009.

A variável idade gestacional (IG) é o tempo, calculado em semanas ou dias completos, decorrido desde o início da última menstruação (ou data da última

menstruação - chamado DUM) da gestante. O gráfico acima indica a maioria das gestantes tiveram a idade gestacional registrada nos prontuários; 33 (58%) tiveram sua idade gestacional registradas nos prontuário cinco ou mais vezes, e 16 (28%), de uma a quatro vezes.

É de extrema importância a informação da idade fetal para que se possa realizar uma assistência obstétrica adequada. Esta determinação deve ser aferida precocemente, de modo a se determinar a data provável do parto (DPP), gerando um melhor planejamento e a implementação de todas as condutas que envolvam o binômio materno-fetal.

Outro dado importante a ser determinado em cada consulta é o peso materno, que, alto, pode influenciar no surgimento de hipertensão, diabetes e outras doenças, ao longo da gestação.

Os registros do peso materno estão no gráfico 8, a seguir.

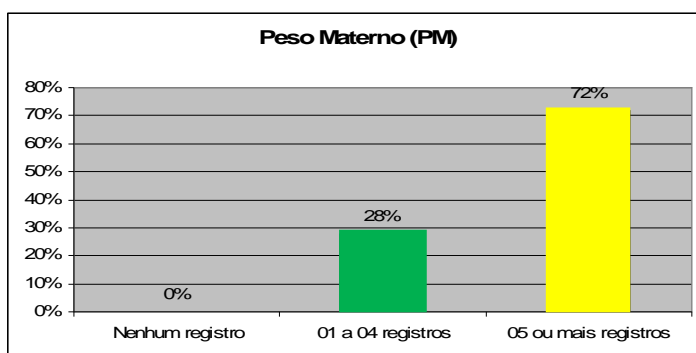


GRÁFICO 8: PESO MATERNO (PM) DAS GESTANTES DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIOS DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ – PR.

Fonte: Elaboração própria, a partir dos prontuários do Município de Guairaçá – PR, 2009.

Em relação a esta variável, 41 (72%) gestantes tiveram o peso materno registrado nos prontuário cinco ou mais vezes durante toda a gestação e 16 (28%) mulheres tiveram de um a quatro registros. Ou seja, todos os prontuários analisados tinham este registro. Trata-se de um instrumento de fácil execução e de baixo custo e utiliza um dos principais indicadores antropométricos.

O peso materno abaixo do esperado pode apontar problemas na gestação, uma vez que indicaria que a gestante não está se alimentando o bastante ou corretamente, o que prejudica a formação fetal (BRASIL, 2005). No mesmo sentido, o excesso de peso pode causar aumento da pressão arterial, o que é extremamente perigoso durante a gravidez.

O exame de batimentos cardíofetais também é de fundamental importância durante a gestação. Seu percentual de realização pode ser analisado no próximo gráfico.

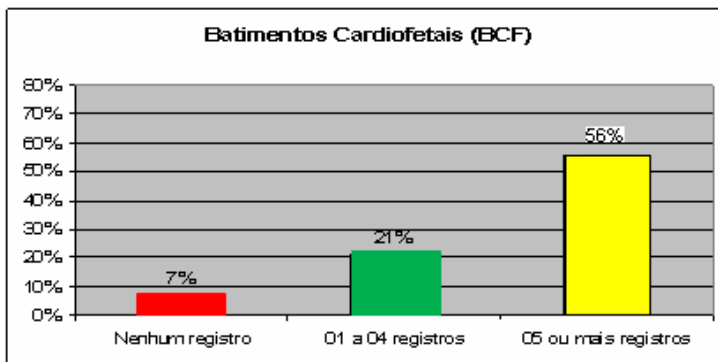


GRÁFICO 9: BATIMENTOS CARDÍOFETAIS (BCF) NAS GESTANTES, DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ – PR.

Fonte: Elaboração própria, a partir dos prontuários do Município de Guairaçá – PR, 2009.

Em 32 (56%) prontuários, os batimentos cardíofetais estavam anotados entre cinco ou mais vezes; em 12 (21%), de uma a quatro vezes e em quatro (7%), nenhuma vez.

Este exame leva a um sinal precoce e fidedigno de uma gestação em evolução. Os Batimentos cardíofetais podem ser monitorados facilmente durante a gestação e o parto por meio do exame clínico. As Normas da Assistência Pré-Natal sugerem a ausculta de BCF entre a 7ª e 10ª semana de gestação com auxílio do Sonar Doppler e, após a 24ª semana, com o estetoscópio de Pinnar (BRASIL, 2005a).

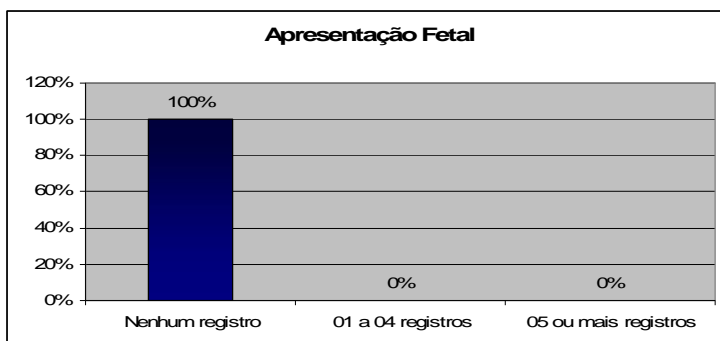


GRÁFICO 10: APRESENTAÇÃO FETAL NAS GESTANTES DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIOS DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009, GUAIRAÇÁ – PR.

Fonte: Elaboração própria, a partir dos prontuários do Município de Guairaçá – PR, 2009.

De todos os prontuários analisados, nenhum apresentava a descrição da apresentação fetal. De acordo com o relato dos médicos, esse procedimento é registrado nos cartões das gestantes.

Com relação à deficiência do registro da apresentação fetal nos prontuários, esta provavelmente se deve a pouca valorização desse procedimento e/ou a comodidade da sua substituição pela avaliação de ultra-sonografia. É importante salientar que o diagnóstico da apresentação fetal realizado no último trimestre da gestação deve ser essencialmente clínico, sendo importante o tipo de parto e na previsão de possíveis intercorrências durante o trabalho de parto.

Quanto à vacinação antitetânica, os dados de Guairacá encontram-se na tabela a seguir.

TABELA 5: VACINAÇÃO ANTITETÂNICA DAS GESTANTES DE GUAIRACÁ – PR, EM JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009.

Vacinação Antitetânica	Nº	%
Reforço	24	42,1
Imunizadas	33	57,9
Total	57	100

Fonte: Elaboração própria, adaptado do SISPRENATAL do município de Guairacá – PR, 2009.

Entre as 57 gestantes do estudo, 24 (42,1%) tiveram que tomar a vacina antitetânica (reforço) e 33 (57,9%) estavam imunizadas. Ainda não faziam parte do estudo pelo fato de que no momento da pesquisa, não tinha sido desenvolvida a vacinação contra a gripe H1N1 que vitimou mulheres grávidas no ano de 2009.

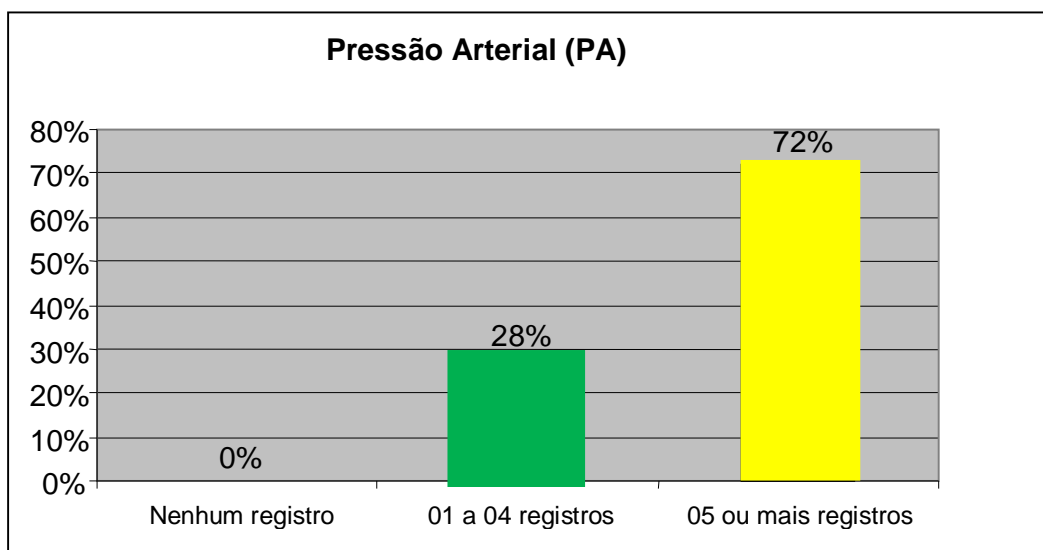


GRÁFICO 11: PRESSÃO ARTERIAL (PA) NAS GESTANTES DE ACORDO COM OS PRONTUÁRIOS DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2009, GUAIRACÁ – PR.

Fonte: Elaboração própria, a partir dos prontuários do Município de Guairacá – PR, 2009.

Em relação à pressão arterial, 72% (41) das gestantes tiveram registro nos prontuário cinco ou mais vezes, durante toda a gestação e, 28% (16) das mulheres tiveram de um a quatro registros.

Quanto aos exames laboratoriais obrigatórios, que corresponde ao 3º nível de complexidade, ocorre a seguinte situação em Guairaçá (TABELA 6):

TABELA 6: EXAMES COMPLEMENTARES CONTIDOS NO PRONTUÁRIO SOLICITADOS PARA AS GESTANTES DE TERMO ATENDIDAS PELA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Exames	Nº	%
ABO – Fator Rh		
Com Registro	57	100
Sem Registro	00	00
Hemoglobina/hematócitos		
01 Registro	19	33
02 ou mais Registros	38	67
Sem Registro	00	00
EAS		
01 Registro	20	35
02 ou mais Registros	37	65
Sem Registro	00	00
VDRL		
01 Registro	11	19
02 ou mais Registros	46	81
Sem Registro	00	00
Glicemia em jejum		
01 Registro	19	31
02 ou mais Registros	38	67
Sem Registro	00	00

Fonte: Elaboração própria, baseado em Coutinho -Dados do SISPRENATAL-, 2002.

Os exames de ABO-fator Rh, hemoglobina/hematócitos, EAS, VDRL e glicemia em jejum são recomendados pelo Ministério de Saúde, a identificação de patologias que possam comprometer a saúde da mãe e do bebê (BRASIL, 2000).

Em relação ao exame de ABO-fator Rh, todos os prontuários (100%) analisados apresentavam seu registro. Sessenta e cinco por cento dos prontuários apresentavam exames de EAS com dois ou mais registros. O exame VDRL estava registrado em 81% dos prontuários analisados, este tem a finalidade de diagnosticar e prevenir casos de sífilis congênita.

O exame de glicemia é importante nesta fase para avaliar e prevenir o diabetes na gravidez. Em Guairaçá, 67% das gestantes acompanhadas possuíam dois ou mais registros de controle glicêmico, enquanto 33% possuíam apenas um.

Coutinho *et al.* (2003) encontraram em Juiz de Fora - MG, 93,3% de realização do exame de ABO-fator Rh; 78,4% o de Hemoglobina/hematócrito; 70% de EAS, 76,8% de VDRL e 68,9% de glicemia, em gestantes. No estudo de Silveira *et al.* (2001), 85,6% realizarão os exames de Hb/ECU (exame comum de urina), VDRL, e 86,3%, o Fator Rh.

Quanto aos procedimentos clínico-obstétricos, podem-se observar os resultados obtidos na tabela a seguir.

TABELA 7: ADEQUAÇÃO DO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PRESTADA NO MUNICÍPIO DE GUAIRAÇÁ – PR.

Nível	Nº	%
Nível 1 - Critérios: Índice de Kessner (modificado por PHPN/Coutinho, 2002).		
<i>Número de consultas com a época do início do pré-natal</i>		
Adequado	06	11
Inadequado	02	03
Intermediário	49	86
Nível 2 - Critérios: Índice de Kessner (modificado por PHPN/Coutinho, 2002).		
<i>Procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios</i>		
Adequado	00	00
Inadequado	41	72
Intermediário	16	28
Nível 3 - Critérios: Índice de Kessner (modificado por PHPN/Coutinho, 2002).		
<i>Procedimentos clínico-obstétricos mais exames complementares básicos</i>		
Adequado	00	00
Inadequado	02	04
Intermediário	54	96

Fonte: Elaboração própria, baseado em Coutinho -Dados do SISPRENATAL-, 2002.

Os resultados da tabela 7 são baseados nos critérios estabelecidos na metodologia deste trabalho e demonstram que o grau de adequação da assistência pré-natal é intermediário, pois 86% das situações analisadas no nível 1 (registros das consultas) se encontram entre a adequação (6 ou mais consultas) e a inadequação (2 ou menos consultas). O estudo de Coutinho *et al.* (2003) apresenta adequação intermediária da assistência pré-natal no nível 1, com 60,5%. Silveira *et al.* (2001) apontam que 38% dos casos analisados no nível 1, são intermediários.

O nível 2 empregou critérios de avaliação do índice de Kessner modificado por PHPN (2000) e de Coutinho (2002), para analisar os procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios na assistência pré-natal. Na análise deste nível, observa-se um baixo grau de adequação destes processos, no qual a inadequação é de 72%. Para Coutinho *et al.* (2003), a adequação da assistência pré-natal no nível 2 é

intermediária, com 49,7%. Já Silveira *et al.* (2001) apontam para uma classificação intermediária da situação analisada no nível 2 (42%).

Já o nível 3 empregou critérios de avaliação do índice de Kessner modificado por PHPN (2000) e Coutinho (2002), para analisar os procedimentos clínico-obstétricos e exames complementares básicos obrigatórios na assistência pré-natal. Quase 70% dos processos foram considerados intermediários quanto a sua adequação. Já no estudo de Coutinho *et al.* (2003), o processo de adequação da assistência pré-natal no nível 3 é intermediário, com 50,5%. No estudo de Silveira *et al.* (2001) 91 % da situação analisada no nível 3 são inadequados.

TABELA 8: ADEQUAÇÃO DO PROCESSO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL GLOBAL PRESTADA ÀS GESTANTES ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Avaliação do Processo	Adequado nº (%)	Inadequado nº (%)	Intermediário nº (%)
Nível 1	06 (11)	02 (3)	49 (86)
Nível 2	0 (0)	41 (72)	16 (28)
Nível 3	0 (0)	02 (4)	54 (96)

Fonte: Elaboração própria, baseado em Coutinho -Dados do SISPRENATAL-, 2002.

Com relação à adequação do processo da assistência pré-natal prestada às gestantes na cidade de Guairacá foi constatado que no nível 1 e 3 a avaliação do processo foi intermediária e que no nível 2 o grau de adequação foi considerado inadequado.

Os problemas encontrados nos prontuários como ausência ou incorreção nas anotações de determinados exames indicam sérios problemas no processo da assistência pré-natal, que provavelmente está relacionado a fatores, como a falta de solicitação do exame pela equipe técnica ou falta de registro adequado pelos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou a aplicação do programa de Assistência pré-natal instituído pelo Governo Federal como parte do Programa Saúde da Família.

O processo de assistência pré-natal prestada às usuárias da Estratégia Saúde da Família da cidade de Guairacá apresentou resultados positivos e negativos na avaliação. Os dados foram analisados segundo critérios mínimos de qualidade da assistência pré-natal na atenção básica. Esses critérios se mostraram ainda mais importantes para os gestores, haja vista que, através da análise da eficácia da aplicação do programa, foi possível encontrar falhas passíveis de serem corrigidas de maneira mais eficaz.

Embora o programa instituído pelo governo federal seja teoricamente positivo e haja plena capacidade de funcionamento eficaz do mesmo, na prática, existe uma deficiência na gestão, o que acaba refletindo na qualidade do atendimento.

O gerenciamento das informações foi realizado por meio do DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde que disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária no país. O DATASUS desenvolveu um sistema de informação, chamado de SISPRENATAL, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. Entretanto, observou-se a importância da compilação dos dados dos prontuários, pois estes mostraram a realidade das pessoas atendidas e todos os passos dos procedimentos realizados, sendo possível detectar as falhas e os acertos e compará-los com o resultado final.

Certamente que os programas de saúde como PSF aproximaram um pouco mais a população de baixa renda aos órgãos de saúde pública e começaram a enfocar seus esforços na medicina preventiva.

Através de auditoria, com a utilização dos dados constantes do DATASUS e dos prontuários das pacientes, foi possível fazer uma avaliação acerca do atual funcionamento do serviço de saúde, com enfoque no pré-natal e puerpério no município de Guairacá. Concluiu-se que, com relação à realização de consultas, a quantidade é satisfatória, uma vez que existem no local, pessoas e estrutura para

atender às gestantes e que a maioria destas procuram a unidade de saúde para realizar tais consultas. Entretanto, com relação a este dado, restou uma questão preocupante, na qual grande parte das gestantes procurou o atendimento apenas a partir do segundo trimestre da gestação; em alguns casos, elas procuram o atendimento apenas após serem encaminhadas pela equipe do PSF em atendimento domiciliar. Esta demora poderá trazer conseqüências tanto para a gestante quanto para o bebê, as quais muitas vezes seriam perfeitamente evitáveis, caso o atendimento tivesse ocorrido logo no início da gravidez.

Com relação aos procedimentos clínicos e obstétricos obrigatórios, verificou-se que estes são, em sua grande maioria, inadequados. Nem sempre exames importantes, como o de batimentos cardíacos e altura uterina, são realizados. Os exames de apresentação fetal não foram realizados nenhuma vez durante o período analisado, sendo fundamentais para o bom andamento da gravidez e detecção e tratamento de doenças fetais. Deste modo, deveriam ser realizados em 100% dos casos. E com relação aos exames complementares básicos, estes se apresentam inadequados, pois embora todos tenham sido realizados, na maioria dos casos o foram apenas uma vez.

Nos exames para aferição do peso materno e pressão arterial encontrou-se o mesmo percentual 28% (com um registro) e 72% (com cinco ou mais registros), pois foram realizados pelos mesmos profissionais que atenderam as gestantes deste estudo. De acordo com a política de saúde do município de Guairaçá, estas mulheres realizaram mais consultas de pré-natal do que as recomendadas pelo MS, pois em todos os prontuários foram encontrados registros de procedimentos realizados.

Comparado os resultados alcançados na presente pesquisa com o estudo de Coutinho *et al.* (2003), verificam-se algumas semelhanças. Os pesquisadores também utilizaram o índice de Kessner, sendo que os resultados encontrados mostraram-se assemelhados aos encontrados em nosso estudo. O nível 01 é o que encontra maior adequação (em Coutinho foi 26,7%). Entretanto, os resultados encontrados por Coutinho *et al.* (2003) são bem piores do que os levantados na presente pesquisa. Este fator pode ser reflexo de que o programa se encontrava na fase inicial de implantação quando da realização da pesquisa.

Na pesquisa de Silveira (2001), realizada na cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul, de acordo com o índice de Kessner, aponta para um pré-natal adequado em apenas 37% dos casos. Este índice é ainda menor, considerando os exames laboratoriais (apenas 31% de adequação). Tais resultados são preocupantes, pois, embora o governo federal esteja se esforçando no sentido de melhorar o serviço público de saúde, falta uma implementação eficaz dos programas e mesmo a fiscalização do cumprimento de suas determinações.

O presente estudo demonstrou ainda que exames clínicos foram pouco realizados pelos profissionais, embora estes fossem de baixo custo e de eficácia comprovada. A não realização destes exames é um fator extremamente negativo e que deve ser considerado pelo Ministério da Saúde. Necessário se faz uma conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância da realização rotineira dos mesmos.

O acompanhamento do MS na aplicação efetiva dos recursos repassados pelo governo federal e na adoção real das medidas solicitadas é fator fundamental para o sucesso do programa, não apenas para que mais gestantes sejam atendidas, como também realizados de maneira eficaz, reduzindo assim a mortalidade materna e neonatal que é o objetivo maior do Programa.

REFERÊNCIAS

BARAN, M.. Registros de Saúde. Escola Politécnica Joaquim Venâncio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2001.

BENTIVEGNA, M.D.S.; COSTA, M.T.Z.; MALLEIRO, M. M.. **Gravidez & Nascimento**. São Paulo: EdUSP, 2002.

BEZERRA, Erine Dantas. **Assistência pré-natal no Programa Saúde Família em Fortaleza – Ceará**. 2006. 74p. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) - Universidade de Fortaleza – UNIFOR, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 25 ago 2009.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: Preparo para o parto e o nascimento humanizado, normas e manuais técnicos/equipe de colaboração**: Martha Ligia Fajardo, *et al.* – 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 62p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**: cartilhas de informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 569**, 01 de junho de 2000. Instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal, Parto e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto**: humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. 2003a. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf>. Acesso em: 15 mar 2009.

_____. Ministério da Saúde. **SIAB: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual Técnico. Brasília. Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, n. 5), 2006.

BUENO, G.M. **Variáveis de risco para a gravidez na adolescência**. Disponível em: <<http://www.virtualpsy.org/infantil/gravidez2.html>>. Acesso em: 05 maio 2009.

CALEMAN, G.; MOREIRA, M.L.; SANCHEZ, M.C. **Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde**. São Paulo: NAMH/FSP-USP, 1998. Disponível em: <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/1998/cal001.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2009.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de promoção da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1.088, 2004.

CENTA, M.L.; ALMEIDA, B.M.M. O Programa de Saúde da Família sob olhar da equipe multidisciplinar. **Família, Saúde Desenvolvimento**. Curitiba, v. 5, n. 2, p. 103-113, mai-ago 2003.

CESAR, C.L.G.; TANAKA, O.Y. Inquérito domiciliar com instrumentos de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, Supl., p. 59-70, 1996.

CIARI JÚNIOR, C.; ARNONI, A.; SIQUEIRA, A.A.F. *et al.* Avaliação qualitativa dos serviços de pré-natal. Auditoria de fichas clínicas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 1974. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/8n2/07.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2009.

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

CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 29-47, 1997.

CORDEIRO, H. de Albuquerque. **SUS: Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Rio, 2005.

COSTA, M.C.O.; FORMIGLI, V.L. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 177-184, 2001.

COUTINHO, T.. **Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG**. 2002. 249p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

COUTINHO, T. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 25, n. 10, p. 717-724, 2003.

DATASUS. Informações de Saúde. **Estatísticas Vitais** – mortalidade e nascidos vivos. 2006. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B378C5DOEOF359G22HO11jd5L25MON&VInclude=../site/infsaude.php>>. Acesso em: 19 jun. 2009.

_____. Informações de Saúde. **Dados Demográficos e Econômicos** – População. 2006. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B379C6DOEOF359G23HO11jld6L26MON&VInclude=../site/infsaude.php>>. Acesso em: 19 jun. 2009.

DONABEDIAN, A.. Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring, Qual. **Rev.Bull**, v. 12, p. 99-108, 1986.

D'OLIVEIRA, A. F. P.L. & SENNA. **Saúde da mulher**. In: Saúde do adulto: Programas e Ações na Unidade Básica (L.B.SCHRAIBER org.), São Paulo, Hucitec, p. 87-108, 1996.

DUCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3 ed., Porto Alegre: Artmed, 2004.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DA SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Assistência Pré-natal**: manual de orientação. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 2001.

_____. **Assistência Pré-natal**: manual de orientação. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 2004.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. 4 ed., São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

FORMIGLI, Vera Lúcia Almeida, COSTA, Maria Conceição Oliveira e PORTO, Lauro Antonio. **Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente**. Cad. Saúde Pública, v. 16, n. 3, p. 831-841, jul./set. 2001.

FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em ginecologia**. 5 ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.

GIRIANELLI, V.R. *et al.* Qualidade do sistema de informação do câncer do colo do útero no Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 4, p. 580, 2009.

GUAIRAÇÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Guairaçá: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

HARTZ, Z.M.A. Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica: a necessária complementação do monitoramento. **Saúde para Debate**, v. 1, p. 21-29, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: Censo de 2007. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 jan. 2009.

KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, M.C.H.; MATOS, T.M. **Enfermagem comunitária: visita domiciliária**. São Paulo: EPU, 1995.

LEAL, M.C. *et al.* Uso do índice de Kotelchuck e modificação 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. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 1, p. 63-72, 2004.

LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro; PICCININI, Cesar A.; LOPES, Rita Sobreira. Maternidade adolescente: Aspectos teóricos e empíricos. **Estudos de Psicologia** (Campinas), Maringá, PR, v. 25, p. 1-2, 2008.

LIMA, A.O.; SOARES, J.B.; GRECO, J.B. *et al.* **Métodos de laboratório aplicados à clínica**. Técnica e interpretação. 8 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LIMA NETO, Pedro Joaquim de. BATISTA, Patrícia Serpa de Souza. **Projeto educação em saúde na atenção à gestantes e puérperas**. Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração/Outros da Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2007.

MELO, M.B.; VAITSMAN, J. Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 152-164, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_11.pdf>. Acesso em: 01 set. 2009.

MILANEZ, Helaine. LAJOS, Giuliane. Gestação e atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério do ponto de vista do obstetra. **Revista Racine**, São Paulo, n° 111, 2008.

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

OHARA, E.C.C.; SAITO, R.X.S. **Saúde da Família**: considerações teóricas sobre aplicabilidade organizadoras. São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, E.N. Programa Saúde da Família: a opinião da comunidade. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 19-27, jul./dez. 2000.

OLIVEIRA, F.. **Ser Negro no Brasil**: alcances e limites. *Estud. Av.* 18/50: 57-60, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>>. Acesso em: 01 março 2010.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Avaliação de assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 1, Recife, jan./mar. 2008.

PARAGUAÇÚ, Ana Lúcia C. B. *et al.* **Situação sociodemográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil.** Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência. Bahia, 2005.

REZENDE, J. A gravidez: conceito e duração. In: REZENDE, J. (Org.). **Obstetrícia.** 7 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RIBEIRO FILHO, Benedito. **Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus – AM 2004.** 93p. Dissertação (Subprograma de Mestrado Interinstitucional da CAPES Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane) - Universidade Federal do Amazonas, 2004.

SABROZA, A.R. *et al.* Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescente do município do Rio de Janeiro (1999-2001). **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 1, p. S130-S137, 2004.

SAITO, R.X.S. **Integralidade da atenção:** organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008.

SANTIAGO, W.K. **O processo de inserção da odontologia no programa BH vida entre 1999 e 2002:** um estudo com base na visão da equipe de coordenação de saúde bucal e cirurgiões-dentistas do programa. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <http://dspace.lcc.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/ZMRO-7HNPB5/1/disserta__o_warner_santiago.pdf>. Acesso em: 01 set. 2009.

SERRUYA, Suzanne Jacob. CECATTI, José Guilherme. LAGO, Tânia di Giacomo do. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 5. Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, A. I.. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, 2001.

SILVA, L.M.V. *et al.* O processo de distritalização e utilização de serviços de saúde: avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 72-84, 1995.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan 1994.

SILVEIRA, Denise Silva da; SANTOS, Iná Silva dos; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17 (1):131-139, jan-fev. 2001.

SOUZA, A. I; FERREIRA, L. O. C.; FILHO, M. B.; DIAS, M. R F S. Enteroparasitoses, Anemia e Estado Nutricional em Grávidas atendidas em Serviço Público de Saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 24, n. 4, 2002.

VICTORIA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HANSSEN, M.Z.A. (Org.). **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VUOURI, H.A. A qualidade de saúde. **Divulgação Saúde Debate**, v. 1, n. 3, p. 17-25, 1991.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro; LEITE, Joséte Luzia; FULY, Patrícia dos Santos Claro; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; CLEMENTE, Adriana de Souza; DIAS, Maria Socorro de Araújo; PONTES, Maria Alzenir Coelho. Qualidade da atenção ao pré-natal na estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61, n. 5, Brasília, 2008.

XIMENES NETO, F.R.G. *et al.* Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 60, n. 3, São Paulo, p. 278-285, maio/jun.2007.

ANEXOS

ANEXO 1: ROTEIRO PARA REVISÃO DO PRONTUÁRIO

Nº DO PRONTUÁRIO: _____

1 DADOS IDENTIFICADORES

- a) 1 - Data da Primeira Consulta: ____/____/____
b) 2 - Data de Nascimento: ____/____/____
c) 3 - Idade: _____
d) 4 - Município de Nascimento: ____/____/____ UF: ____
e) 5 - Endereço Atual: _____

2 Consultas de Pré-natal Realizadas	Sim (nº)	Não
Início de pré-natal no 1º Trimestre (< 14 semanas)		
Registro de seis ou mais consultas		
Início de pré-natal após 28º semana		
Registro de duas ou menos consultas		
3 EXAMES LABORATORIAIS: Hemoglobina, fator RH Glicemia ,Sorologia para Sífilis e Exame comum de Urina	Sim (nº)	Não
Quantos registros de hemoglobina/hematócrito		
Quantos registros de Fator RH		
Quantos registros de exame comum de Urina		
Quantos registros de VDRL		
Quantos registros de Glicemia		
4 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OBSTÉTRICOS	Sim (nº)	Não
Quantos registros de Altura Uterina		
Quantos registros de Idade Gestacional		
Quantos registros de Peso		
Quantos registros de Pressão Arterial		
Quantos registros de Batimentos Cardíofetais		
Quantos registros de Apresentação Fetal		