



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



**IMPACTO DA DIMENSÃO GESTAÇÃO SAUDÁVEL E SEGURA DO PROJETO
CUIDANDO DO FUTURO NAS AÇÕES DE PRÉ-NATAL E NA REDUÇÃO DA
MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE BACABAL-MA**

SÃO LUÍS
MARÇO-2014

WÉDIA DUARTE PEREIRA

**IMPACTO DA DIMENSÃO GESTAÇÃO SAUDÁVEL E SEGURA DO PROJETO
CUIDANDO DO FUTURO NAS AÇÕES DE PRÉ-NATAL E NA REDUÇÃO DA
MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE BACABAL-MA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade profissional.

Orientadora: Prof. Ana Cristina Rodrigues Saldanha, Doutora

Co-orientador: Prof. Wellyson da Cunha Araújo Firmo, Mestre

**SÃO LUÍS
MARÇO- 2014**

Pereira, Wédia Duarte.

Impacto da dimensão gestação saudável e segura do Projeto Cuidando do Futuro nas ações de pré-natal na redução da mortalidade infantil/Wédia Duarte Pereira.-2014.

80f.

Impresso por computador (Fotocópia).

Orientadora: Dr. Ana Cristina Rodrigues Saldanha.

Co-orientador: Me. Wellyson da Cunha Araújo Firmo

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2014.

1. Mortalidade infantil – Redução 2. Gravidez 3. Assistência pré-natal 4. Recém-nascido

I. Título

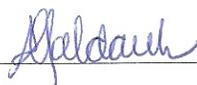
CDU 618.499-053.31

**IMPACTO DA DIMENSÃO GESTAÇÃO SAUDÁVEL E SEGURA DO PROJETO
CUIDANDO DO FUTURO NAS AÇÕES DE PRÉ-NATAL E NA REDUÇÃO DA
MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE BACABAL-MA**

Wédia Duarte Pereira

Trabalho de Conclusão de Mestrado em 27 de Março de 2014, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

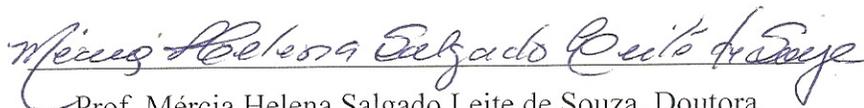
Banca Examinadora:



Prof. Ana Cristina Rodrigues Saldanha, Doutora

Orientadora

RENASF/Universidade Federal do Maranhão-UFMA



Prof. Mércia Helena Salgado Leite de Souza, Doutora

Examinadora

Universidade CEUMA-UNICEUMA



Prof. Lena Maria Barros Fonsêca, Doutora

Examinadora

Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Dedico este trabalho, a Deus, meu
mestre, ajudador, consolador,
Senhor da minha vida; Ao meu
filho, Paulo Vitor o melhor
presente que Deus me deu.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar estendo os meus agradecimentos Àquele que me amou de tal maneira dando o seu único filho por mim, o meu socorro bem presente na angústia, a minha paz que excede todo o entendimento, o meu Deus, o qual eu serei eternamente grata por esta conquista.

Ao meu pai Raimundo Duarte, por acolher a mim e ao meu filho, por me perdoar e acima de tudo, por me amar.

A minha mãe Wilna Brito, minha companheira, e amiga, minha mamãe, por abdicar dos seus sonhos em prol dos meus, sem você essa conquista jamais se tornaria real, a você minha eterna gratidão.

A minha querida irmã Natallya Duarte, por está ao meu lado sempre me apoiando, por cuidar tão bem do meu filho na minha ausência, por me ajudar na coleta de dados. A você minha paixão muito obrigada, Deus vai te honrar eu creio!

Aos meus irmãos Duarte Júnior e Raul Duarte por entenderem minha ausência.

Ao meu presente de Deus, meu amor maior, meu filho lindo, o meu Paulo Vitor por ter ficado tantas vezes longe de mim, e sempre na volta, eu o encontrava com um sorriso lindo me animando, por ser a minha força, o meu motivo de sonhar e acreditar todos os dias que o melhor de Deus está por vir. Filho, a mamãe te ama incondicionalmente! Obrigada por você existir, tudo isso foi por você e para você.

Ao meu cunhado Bruno do Carmo, por está sempre disponível, sempre disposto a me ajudar, por ter sido diversas vezes pai do meu filho, cuidando e amando.

As minhas cunhadas, Ramielly e Vanessa, por cuidarem dos meus irmãos e torcerem sempre por mim.

Aos meus sobrinhos: Halley Filipi, meu loirinho, a dinda te ama; Lara Emanuely a princesa da casa, a titia ama muito, ao nosso Gabriel o bebezinho que veio para nos alegrar mais ainda. Amo ser tia de vocês.

A minha amiga, Líder, às vezes mãe, às vezes filha, Laila Costa, obrigada por orar por mim, por se alegrar comigo, por chorar comigo e sonhar os meus sonhos. Você é um presente de Deus na minha vida, amo você, obrigada por não desistir de mim.

Aos meus líderes espirituais, por gastarem tempo em oração por mim, por me amarem e me ensinar a andar nos caminhos do Senhor, apóstolo Neto Lucena, Pra Cris e Pr. Sergio, obrigada!

Ao amigo Leonan Rodrigues, o maior incentivador para que eu estivesse onde estou me tornando mestra, obrigada meu sempre amigo!

Ao amigo Carlos Leonardo pelo o incentivo para que eu ingressasse no mestrado.

A amiga Luciana Cortez por sempre ter me incentivado, por torcer e acreditar verdadeiramente em mim, por todos os momentos vivenciados.

À família que construí Família FEBAC, pelos maravilhosos momentos compartilhados, pela a amizade que construímos, pelas resenhas vivenciadas, não poderia deixar vocês de fora, em especial ao amigo Wellyson Firmo que foi muito mais que amigo, orientou, co-orientou, corrigiu e me incentivou a chegar ao fim; minha amiga particular Solaneide Resende, sempre me alegrando. Obrigada amiga você torna meu dia a dia mais alegre, ao amigo Francisco Júnior, pois dentre todos os “burnauth” me incentivou, parou para tabular dados. Obrigada homem de Deus; a amiga Bruna Magalhães por todas as resenhas que vivenciamos; a Erica Lucena pelo o apoio constante, por acreditar e torcer verdadeiramente por mim; a amiga Athyene Drielle por todas as trocas de horários, pelo o carinho, orações e amizade a mim dispensada, a amiga Solana por todas as correções feitas e pela alegria contagiante sempre me animando; a minha coordenadora Janaina Borges por entender-me sempre que foi necessário. Obrigada pela oportunidade de está onde estou.

Aos amigos do RENASF, foi maravilhoso ter feito parte desta turma sensacional. Obrigada a todos pelo incentivo, pelos inúmeros GT que pareciam que não ia ter fim. Em especial as companheiras Vânia Cristina e Walquiria Soares pela amizade, carinho e deliciosos momentos compartilhados.

As minhas discípulas da célula marca da promessa, por entender minha ausência, pelo o carinho, respeito e momentos únicos na presença de Deus. Vocês fazem parte das promessas de Deus em minha vida, amo vocês. Que a Shalom de Deus permaneça entre todas!

Aos professores do RENASF, em especial, à professora Ana Cristina por ter aceitado ser minha orientadora; à professora Liberata Coimbra às vezes rígida, às vezes amável, mas sempre nos animando, ao professor Valdinar Ribeiro e professora Rosângela Batista pelos ensinamentos e incentivo nos seminários, a professora Lena Fonsêca e Luzineia Frias pela preciosa contribuição na qualificação.

*“Deus é poderoso para fazer tudo
muito mais abundantemente além
daquilo que pedimos ou pensamos,
segundo o poder que em nós
opera”*

(Efésios 3:20)

PEREIRA, Wédia Duarte. **Impacto da dimensão gestação saudável e segura do projeto cuidando do futuro nas ações de pré-natal e na redução da mortalidade infantil no município de Bacabal-MA.** 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 80p.

RESUMO

As ações desenvolvidas para a promoção de uma gestação saudável e segura promovem um declínio da mortalidade infantil em várias regiões do país, sendo necessária a adoção de práticas educativas e investimento na melhoria da qualidade dos serviços, devendo-se, para tanto, implementar programas de melhoramento para garantir um atendimento de qualidade. Assim, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar as ações de pré-natal, desenvolvidas antes e depois da implantação do Projeto Cuidando do Futuro, no município de Bacabal, Maranhão, considerando os indicadores previstos na dimensão Gestação Saudável e Segura. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvida a partir de dados do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, das gestantes que iniciaram e finalizaram a assistência pré-natal nos anos de 2009 e 2011, um ano antes da implantação do Projeto Cuidando Futuro e um ano após, respectivamente, tendo como base os indicadores de qualidade propostos, pelo Projeto Cuidando do Futuro. Para estudar o indicador de mortalidade infantil utilizaram-se dados do Sistema de Informação de Mortalidade e do Sistema de Informação de Nascido Vivo, sendo analisado pelo programa Statistical Package for the Social Sciences, utilizando a correlação de Pearson para comparação das variáveis em estudo. Observou-se que o número de gestantes que realizaram sete ou mais consultas passou de 1,2% para 14,7%, notando-se um aumento na realização do pré-natal no primeiro trimestre de 11,7% para 66,5%. Em relação aos exames laboratoriais, em 2009, 10% das gestantes realizaram todos os exames, tendo um acréscimo para 13% em 2011 e o número de gestantes imunizadas ampliou-se de 51,6% para 79%. Com todos esses indicadores melhorados, observou-se uma redução da mortalidade infantil. Conclui-se que o Projeto Cuidando do Futuro, gerou impacto positivo nas ações de pré-natal, ajudando a reduzir as taxas de mortalidade infantil, tornando-se atualmente um desafio investir cada vez mais em políticas e práticas para adequada assistência pré-natal, melhorando cada vez mais os indicadores de qualidade e reduzindo mais ainda a mortalidade infantil.

Palavras-chave: Assistência pré-natal, Coeficiente de mortalidade infantil, Recém-nascido.

PEREIRA, Wédia Duarte. **Impacto da dimensão gestação saudável e segura do projeto cuidando do futuro nas ações de pré-natal e na redução da mortalidade infantil no município de Bacabal-MA.** 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 80p.

ABSTRACT

The actions developed to promote a healthy and safe pregnancy promote a decline in infant mortality in many regions of the country, the adoption of educational practices and investment in improving the quality of services, but is, therefore, being necessary to implement programs improvement to ensure quality care. Thus, the present study aimed to evaluate the actions of prenatal developed before and after the implementation of the Project Caring for the Future, in the municipality of Bacabal, considering the indicators under the dimension Healthy Pregnancy and Safe. This is a descriptive study with a quantitative approach, developed in Bacabal, Maranhao, from data SISPRENATAL, pregnant women who started and finished the prenatal care in the years 2009 and 2011, one year before the implementation of the Project Caring for the Future and one year, respectively, based on the quality indicators proposed by the Project Caring for the Future. To study the indicator of infant mortality, we used data from the Mortality Information System and Information System of Live Birth and analyzed by Statistical Package for the Social Sciences software, using Pearson's correlation to compare the variables under study. It was observed that the number of pregnant women who received seven or more increased from 1.2% to 14.7%, noting an increase in achievement of prenatal care in the first quarter from 11.7% to 66.5%. Regarding laboratory tests, in 2009, 10% of pregnant women underwent all tests, with an increase to 13% in 2011 and the number of pregnant women immunized expanded from 51.6% to 79%. With all of these indicators improved, there was a reduction in infant mortality. We conclude that the Caring Project of the Future had a positive impact on the actions of prenatal care, helping to reduce the infant mortality rate, making it a challenge currently investing more in policies and practices to proper prenatal care, improving increasing the quality indicators and further reducing child mortality.

Keywords: Prenatal care, Infant mortality, Newborn.

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
LISTA DE FIGURAS	xii
LISTA DE TABELA E GRÁFICOS	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xiv
1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Especificos	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 Políticas Públicas Voltadas à Saúde da Mulher.....	21
3.2 Assistência Pré-natal: Ações de Saúde e o Contexto na Estratégia Saúde da Família....	25
3.3 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento-PHPN	29
3.4 SISPRENATAL: Um Sistema de Avaliação	32
3.5 Mortalidade Infantil	33
3.6 Projeto Cuidando do Futuro.....	36
4 METODOLOGIA	39
4.1 Tipo de Estudo	39
4.2 Local do Estudo	39
4.3 Período do Estudo.....	40
4.4 População e Amostra	40
4.4.1 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	40
4.5 Variáveis do Estudo	41
4.6 Coleta de Dados	41
4.7 Análise dos Dados	42
4.9 Avaliação dos Resultados	43
4.9 Aspectos Éticos.....	44

5	RESULTADOS.....	45
6	DISCUSSÃO.....	51
6.1	Números de Consultas	51
6.2	Idade Gestacional no Início do Pré-Natal.....	53
6.3	Exames Laboratoriais	55
6.4	Imunização Antitetânica	58
6.5	Coeficiente de Mortalidade Infantil.....	60
7	CONCLUSÕES.....	63
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	71
	APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA	72
	ANEXO A – FICHA DE CADASTRO DA GESTANTE.....	73
	ANEXO B - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE	74
	ANEXO C - PLANO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO	75
	ANEXO D - ALGIBEIRAS	77
	ANEXO E - FLOR DE MÃE.....	78
	ANEXO F - PLACA DA GESTANTE	79
	ANEXO G - PLACA DA PUÉRPERA.....	80

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1 – Fórmula da correlação de Pearson.....	42
Figura 4.2 - Parâmetros para o coeficiente da correlação de Pearson.....	43
Figura 4.3 - Variáveis utilizadas para avaliar o resultado das ações de pré-natal.....	43

LISTA DE TABELA E GRÁFICOS

Tabela 01 - Distribuição numérica, absoluta e percentual em relação à quantidade de consultas realizadas durante o acompanhamento pré-natal.....	46
Gráfico 01 - Distribuição percentual em relação à idade gestacional em que as gestantes iniciaram o pré-natal, nos anos de 2009 e 2011	47
Gráfico 02 -Distribuição percentual dos exames realizados no pré-natal	48
Gráfico 03 - Distribuição percentual em relação à totalidade de exames realizados durante o pré-natal	48
Gráfico 04 - Distribuição percentual da situação vacinal das gestantes.....	49
Gráfico 05 - Distribuição percentual do coeficiente de mortalidade infantil	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABO/Rh	Sistema Sanguíneo ABO e Fator Rh
AIDPI	Atenção Integral as Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
BEMFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar
CPI	Comissão Parlamentar de Inquéritos
CPAIMC	Centro de Pesquisas de Assistência Integral à Mulher e à Criança
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CPCD	Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento
COHAB	Conjunto Habitacional
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EAS	Elementos Anormais do Sedimento
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBAC	Faculdade de Educação de Bacabal
FUMACOP	Fundo Maranhense de Combate à Pobreza
GT	Grupo de Trabalho
HIV	Human Immunodeficiency Vírus
Hb/Ht	Hemoglobina/Hematócrito
HBsAg	Antígeno de superfície Vírus da Hepatite B
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MDI's	Maneiras Diferentes e Inovadoras
MI	Mortalidade Infantil
NV	Nascido Vivo
NOB	Norma Operacional Básica
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
PCF	Projeto Cuidando do Futuro
PSF	Programa Saúde da Família
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNI	Programa Nacional de Imunização
PN	Pré-Natal
PTA	Plano de Trabalho e Avaliação
RN	Recém-Nascido
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivo
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SINAN	Sistema Nacional de Agravos e Notificações
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
S/N	Sem Número
RN	Recém-Nascido
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TSA	Teste de Sensibilidade aos Antibióticos
UBS	Unidade Básica de Saúde
URS	Unidade Regional de Saúde
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a mortalidade infantil tem sido utilizada como um importante parâmetro de avaliação das condições de vida de uma população, uma vez que reflete o estado de saúde de sua parcela mais vulnerável. Indicadores elevados de mortalidade infantil, geralmente estão associados a níveis precários de saúde, condições de vida e desenvolvimento socioeconômico (DUARTE, 2007).

No Brasil, segundo relatório da Organização das Nações Unidas-ONU, a taxa de mortalidade de crianças menores de 1 ano, reduziu 77% em 22 anos entre 1990 e 2012. Deste modo, o Brasil atingiu a meta do objetivo do milênio, estabelecido pela ONU, em relação à redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2013).

Dentre as múltiplas ações desenvolvidas para o alcance deste objetivo, as ações de educação em saúde constituem-se atividades importantes na melhoria da qualidade da atenção e dos serviços ofertados no sistema de saúde. A evolução de indicadores de saúde, após a implantação destas ações, pode ser utilizada como forma de avaliação do seu impacto na saúde da população assistida.

Assim, pensar saúde relacionada à redução da mortalidade infantil implica em realizar atividades de educação em saúde inseridas numa perspectiva participante, envolvendo os profissionais da Estratégia Saúde da Família-ESF, por trabalharem com a população adscrita, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua e, ainda, por reforçar a participação da comunidade e o vínculo de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população.

De acordo com BRASIL (2005), com a criação do Programa de Saúde da Família-PSF, um novo modelo de atenção à saúde estava sendo implantado no Brasil, requerendo então novos perfis dos profissionais que atuariam no Programa.

O PSF presta atenção integral à saúde dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde-SUS e propõe resgatar o vínculo de corresponsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo a prevenção e a cura de doenças, como também a valorização das pessoas, da família e da comunidade e a melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde (BRASIL, 2002a).

Ao se pensar na saúde materno infantil como melhoria da qualidade de vida para uma gestação saudável e segura e garantia de um recém-nascido e puerpera saudáveis, torna-se

necessária adoção de práticas de saúde que englobem a visão holística do indivíduo, família e comunidade em que está inserido e isto se remete a questão de “promoção à saúde”.

As condições de impacto da saúde materno infantil vêm evoluindo num processo histórico, pois apesar da importância feminina no contexto da manutenção da família, o papel social da mulher sempre foi caracterizado por subordinação ao homem, marcando a desigualdade de poder entre o homem e a mulher.

Com a finalidade de mudar essa realidade e oferecer melhores condições de saúde à população feminina e seu conceito, as políticas públicas de saúde criadas no século XX vem sendo implementada visando à proteção da mulher e a preservação de sua função.

TREVISAN e cols. (2002) aponta que na história da saúde pública a atenção materna infantil tem sido prioritária. Observa-se que no Brasil a introdução do Programa de Assistência à Saúde da Mulher-PAISM, na década de 80, ampliou o elenco de ações de saúde destinadas à população feminina, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal.

Contudo, mesmo nos serviços que realizam as atividades preconizadas pelo PAISM, há questionamento sobre a qualidade da atenção prestada, e apesar da assistência pré-natal ter estado sempre presente nas ações praticadas pelos serviços de saúde, ainda deixa a desejar, o que se evidencia pelas taxas de mortalidade materna e neonatal. Portanto, para dar ênfase nos cuidados de saúde destaca-se a importância das ações educativas.

Por sua vez, para que essas ações tenham impacto, devem contar com o comprometimento dos profissionais de saúde e empoderamento comunitário, sendo todos vistos como trabalhadores e/ou ajudadores sociais, sendo, portanto, família e comunidade, considerados portadores de conhecimento, e com capacidade crítica e sujeito da ação.

Para dar ênfase a estas ações educativas o Ministério da Saúde-MS, lança em 2000, ciente da importância da atenção pré-natal na redução da mortalidade infantil, o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento-PHPN, propondo assim critérios marcadores de desempenho de qualidade da assistência pré-natal (BRASIL, 2012). Dentre esses marcadores de qualidade importantes na redução da mortalidade infantil destaca-se: início do pré-natal no primeiro trimestre, realização de seis ou mais consultas, vacinação antitetânica, participação em atividades educativas e orientações sobre o aleitamento materno.

Sendo, portanto, o período gravídico, um período fisiológico repleto de modificações, podendo chegar ao limite do patológico, consideramos oportuno o pré-natal para que a mulher prepare-se para viver o parto de forma integradora e saudável, sendo a educação em saúde

fundamental não só para adquirir conhecimentos, mas também para promover, uma gestação saudável e segura, um conceito sadio.

Portanto, para enfrentar a mortalidade infantil, sobretudo do neonato, se faz necessário o desenvolvimento de ações em saúde que garantam uma gestação saudável e segura, sendo o pré-natal o momento adequado para os profissionais de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar, proporcionando acesso às informações sobre fatores de risco na gravidez, orientações sobre alimentação, cuidados com o recém-nascido, identificando precocemente estas gestantes, oferecendo-lhes acolhimento e escuta, para que assim se construa um pré-natal humanizado e de qualidade, visando uma puérpera e recém-nascido saudáveis.

O Estado do Maranhão, em 2008 e 2009 ocupava, respectivamente a 3ª e a 2ª pior posição entre os estados da nação, em relação à mortalidade infantil, possuindo 38 municípios prioritários para intervenção. Neste contexto, surge o Projeto Cuidando do Futuro, uma iniciativa do governo do estado do Maranhão, implantado em 17 dos 38 municípios considerados prioritários em relação à mortalidade infantil, sendo financiado com recursos do Fundo Maranhense de Combate à Pobreza-FUMACOP. Constitui-se uma política inter setorial voltada ao enfrentamento da alta taxa de mortalidade infantil, nos municípios inicialmente contemplados (MARANHÃO, 2009), que buscando garantir uma efetiva assistência de qualidade as gestantes e recém-nascidos e sabendo que a superação da problemática das práticas educativas não ocorrerá em curto prazo, pactuou ações como: Acolhimento de qualidades as gestantes, parturientes e recém-nascidos, bem como seus acompanhantes, tendo a atenção básica através da Estratégia Saúde da família como ponto de partida, pactuando ainda o incentivo ao aleitamento materno exclusivo preparando a gestante e a família para tal ato (MARANHÃO, 2011).

O governo do Estado delimitando o foco da ação para redução da mortalidade infantil, contemplou com este Projeto, 17 municípios dentre os 38 que detinham os piores indicadores de mortalidade infantil no Estado, sendo eles: Açailândia, Bacabal, Balsas, Barra do Corda, Buriti, Chapadinha, Coelho Neto, Coroatá, Codó, Itapecuru- mirim, Paço do Lumiar, Presidente Dutra, Santa Inês, Santa Luzia, São José de Ribamar, Timon e Vargem Grande (MARANHÃO, 2011). Sendo assim o Governo do Estado comprometeu-se com o direito a vida, a partir da implantação de um Projeto que tinha como principal objetivo reduzir a mortalidade infantil (MARANHÃO, 2011)

O Projeto Cuidando do Futuro, implantado e consolidado de dezembro de 2009 a dezembro de 2010, priorizou as ações de educação em saúde como fatores de intervenção na promoção da saúde materno-infantil, devendo ser desenvolvidas nos serviços de saúde a partir de Maneiras Diferentes e Inovadoras-MDI's para reduzir a mortalidade infantil, na perspectiva de uma gestação e conceito saudáveis.

Neste sentido, acredita-se que as atividades propostas na execução do Projeto Cuidando do Futuro servem de base para alcançar os indicadores definidos, levando os atores envolvidos na ESF que atuam como agente de promoção à saúde, desenvolverem ações na perspectiva de que a mulher tenha uma gestação saudável e segura visando um conceito sadio, utilizando as MDI's para reduzir a mortalidade infantil.

Neste estudo, considerou-se oportuno avaliar à dimensão gestação saudável e segura, primeira dimensão do referido projeto, por entender que uma gestação saudável é prioritária para redução da mortalidade infantil, partindo-se do pressuposto de que “é preciso nascer vivo” para reivindicar qualquer papel de cidadania, direito humano ou, até mesmo, contar estatisticamente.

Sente-se, portanto, a necessidade de responder algumas perguntas: Qual o impacto das atividades previstas na dimensão gestação saudável e segura, na melhoria da qualidade do atendimento pré-natal? Como evoluíram os indicadores relacionados ao pré-natal estabelecidos pelo Programa, após sua implantação?

Vale ressaltar que, após o município de Bacabal ter assinado o termo de adesão ao Projeto Cuidando do Futuro, houve a instrumentalização das ações e do controle social em prol da redução da mortalidade infantil, levando os atores envolvidos em tal projeto, sobretudo os profissionais da ESF a um confronto imediato de abstração com o concreto. Isto significa que as pessoas fizeram, ou tentaram fazer, adaptações com as novas estratégias ensinadas; obtendo, possivelmente, respostas satisfatórias ou insatisfatórias.

Então, ao depararmos-nos com alguns problemas ainda existentes na prática profissional, consideramos a avaliação uma etapa necessária após a implantação, consolidação e monitoramento do Projeto Cuidando do Futuro, para responder a pergunta sobre quais ações devem ser feitas para garantir uma gestação saudável e segura, reduzindo assim a taxa de mortalidade infantil, sobretudo do neonato. Considerando que os resultados encontrados podem fomentar o encaminhamento de uma proposta de ações positivas que ajudaram a reduzir a mortalidade infantil no município de Bacabal, pois devido a alta rotatividade dos profissionais das equipes da ESF em especial com a mudança de gestão municipal, a

avaliação do componente gestação saudável e segura, relacionado à qualidade da assistência pré-natal poderá subsidiar a elaboração de novas propostas de intervenção no município, dando continuidade as MDI's para a redução da mortalidade infantil. Consideramos ainda que a avaliação pode construir momentos reflexivo permitindo-nos a análise da realidade e dos fatos a partir de então ocorrer um direcionamento das ações, aprendendo pela experiência.

Na perspectiva de mostrar de forma organizada a concretização deste estudo, houve a opção pelo seguinte formato de apresentação: primeiramente, visualizar os objetivos a que se propôs o estudo; seguindo de uma revisão da literatura envolvendo temática referente ao trabalho, e posteriormente apresentando a metodologia do estudo, resultados, discussão e a conclusão.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar as ações de pré-natal, desenvolvidas no município de Bacaba-MA, após implantação do Projeto Cuidando do Futuro, considerando os indicadores previstos em sua dimensão ‘Gestação Saudável e Segura’.

2.2 Objetivos Específicos

Verificar a cobertura do pré-natal em relação ao início e ao número de consultas realizadas;

Identificar a avaliação e registro dos exames laboratoriais realizados durante o pré-natal;

Analisar a situação vacinal antitetânica na gestante;

Comparar a taxa de mortalidade infantil antes e após a implantação do projeto.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentar o estudo avaliação das ações de pré-natal e redução da mortalidade infantil, no município de Bacabal, após implantação Projeto Cuidando do Futuro, apresenta-se seis abordagens teóricas, quais sejam: políticas públicas voltadas à saúde da mulher; a assistência pré-natal e as ações de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família; o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento; o SISPRENATAL; a mortalidade infantil e o Projeto Cuidando do Futuro.

3.1 Políticas Públicas Voltadas à Saúde da Mulher

Nas últimas décadas, observa-se uma série de avanços nas políticas de saúde, provocando sensíveis transformações, na qualidade das ações e serviços prestados no SUS. Dentre esses avanços, destaca-se a saúde da mulher que no Brasil foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo nesse período restrita as demandas de gravidez e parto, o que causou críticas, no âmbito do movimento feminista brasileiro, pois a mulher ficava a maior parte da vida sem assistência, levando-as a unirem-se em um movimento reivindicatório, pela sua condição de sujeito de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, exigindo ações que lhe proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida (ALEXANDRE, 2007, PITANGUY, 2004).

A partir de então, foram instituídas, políticas públicas voltadas para a proteção da saúde e preservação da sua função biológico-social, a fim de assegurar a população feminina dignidade e cidadania. Essas políticas foram sendo criadas com os objetivos de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde; contribuir para redução da morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral a saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004).

LEÃO e MARINHO (2000) reafirmam que até o final da década de 70, quando se pensava em saúde da mulher imediatamente associava-se tal expressão aos problemas de saúde das mulheres grávidas, onde o principal interesse recaía na proteção de saúde do feto.

Isso orientava a produção do conhecimento que embasava as políticas de saúde daquele período; conseqüentemente, as proposições de organização da atenção à saúde eram marcadas por esse viés.

A atenção que se concentrava no parto, segundo COSTA (2000), estendeu-se ao período anterior da gestação e ao nascimento, iniciando-se no fim do século XX a chamada assistência materno-infantil, representada por consultas no período pré-natal esparsas, sem sistematização clínica. Em quase todos os países a prática de pré-natal foi adotada, e no Brasil, era o tipo de assistência mais oferecido às mulheres até o final da década de 1970.

Neste enfoque HILLESHEIM e cols. (2009) destaca que a partir de um discurso calcado em argumentos biológicos, reiterava-se a naturalização das diferenças entre os sexos, produzindo uma mulher/mãe. CANESQUI (1987 apud OSIS, 1998) salienta que o enfoque central dos vários programas de saúde materno-infantil estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social.

Ainda na década de 70, no Brasil, surgiram grupos formados por mulheres feministas, vindas da classe média, geralmente com nível superior de instrução e inspiradas no feminismo europeu e norte-americano. Esses grupos construíram um campo político onde as mulheres eram os sujeitos da luta, transferindo para o espaço público sua atuação e rompendo com a sua invisibilidade histórica. Trabalharam, a partir de então, o tema saúde junto com a questão da sexualidade, pois tinham como ponto de partida o conhecimento do próprio corpo para as propostas de ações preventivas neste campo e para a discussão da sexualidade (BARSTED, 1994).

Dentro desse contexto, as iniciativas do MS relacionadas ao controle da natalidade nos anos setenta sofreram a oposição de diversos e difusos setores; e as tentativas do MS, tanto no caso da incorporação da paternidade responsável ou mesmo na formulação do programa de prevenção da gravidez de alto risco na década de setenta, foram eficazmente combatidas pela sociedade brasileira, pois considerou-se que o MS enfrentava uma fragilidade política, o tema do planejamento familiar criou um vácuo institucional do Estado, favorecendo a ação das instituições de cunho “controlista”, que agiam de forma desordenada em todo território nacional, destacando-se a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil-BEMFAM e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança-CPAIMC (COSTA, 2009).

Para OSIS (1998), durante a década de 70, os movimentos de mulheres caracterizaram-se pelo combate à ideia de planejamento familiar presente na atuação da BEMFAM, que postulava a noção de que a superação da pobreza relacionava-se com a diminuição da natalidade. Como afirma FREITAS e cols. (2009), o programa de saúde materno infantil lançado na década de 70 centrava-se no planejamento familiar, figurando-se sob o enfoque da paternidade responsável, pois objetivava reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade infantil e materna, onde a mulher assistida de forma restrita, reducionista e fragmentada, com ações voltada ao ciclo gravídico-puerperal. Essas ações verticalizadas e centralizadoras, distanciavam as medidas adotadas das reais necessidades das mulheres, mais era esse o tipo de assistência mais oferecido às mulheres até o final da década de 70. Diante dessa situação, na década de 80, foi organizado o movimento feminista, cujas mulheres passaram a reivindicar o direito de procriação, sexualidade, planejamento familiar entre outras medidas.

A participação do movimento feminista na construção das políticas de saúde da mulher foi decisiva, pois a partir, deste momento, grupos de mulheres e os de saúde reivindicaram a ampliação da assistência à mulher a partir de movimentos articulado com a proposta de reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde público e universal (COSTA, 2000 apud SANTANA, 2010).

Desta forma, em 21 de Junho de 1983, por ocasião de depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito-CPI, do senado, que investigava o crescimento populacional, o então ministro da saúde, Waldir Arcoverde, apresentou a proposta de criação do PAISM (OSIS, 1998). Sendo assim, em 1984 o MS lançou o PAISM, marcando, sobretudo uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde às mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2004).

Este programa é fruto de reivindicações dos movimentos sociais, em especial o movimento feminista, que representa um conjunto de diretrizes norteadoras para reorganização de assistência à mulher, tendo a perspectiva de integralidade e a crítica de medicalização como eixo estruturante da atenção à saúde da mulher. Assim a regulação da fertilidade passa a ser tratada como um direito fundamental das mulheres e dos homens (SOBRINHO, 1993 apud ARAÚJO, 2004).

Neste contexto, o PAISM adotava com dificuldade, políticas e medidas para permitir o acesso da população aos meios de contracepção e buscava integralizar essa assistência, incorporando medidas educativas, preventivas, de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação nos âmbitos da ginecologia; parto e puerpério; climatério; planejamento familiar;

doenças sexualmente transmissíveis e câncer de mama e colo de útero (FREITAS e cols. 2009). Assim, FORMIGA FILHO (1999) refere-se ao PAISM, como um programa que contempla em suas linhas de ações e estratégias, um modelo assistencial, em cujo contexto inclui-se a integralidade e equidade, abordando a saúde da mulher de forma integral em todos os ciclos de vida, incluindo em suas atividades ações educativas, preventivas, de diagnose, tratamento e/ou recuperação. Esse programa marcou um novo tempo e uma forma de eleição de prioridades assistenciais à população feminina no Brasil.

Dessa maneira, o PAISM indicou orientações para o pré-natal; discussão permanente com as mulheres sobre a importância desta assistência, incentivando a inscrição precoce de gestantes no serviço pré-natal, ainda no primeiro trimestre, acompanhando permanente e periodicamente a população gravídica, tendo referência e contra referência para garantir assistência nos vários níveis de complexidade, recursos humanos devidamente treinados, espaço físico adequado, com equipamentos necessários, apoio de laboratório para as unidades de cuidados primários, instrumento de registro de dados, processamento e análise e avaliação permanente das atividades. Desde então, muitos projetos ligados à saúde feminina foram consolidados, com enfoque na atenção ao pré-natal. As melhoras na atenção à saúde da mulher, como o atendimento pré-natal e o planejamento familiar, foram um impacto importante na redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2000a).

No final da década de 80, no ano de 1986, aconteceu a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, aprovando integralmente temas como: Assistência integral à saúde da mulher na perspectiva do SUS, direitos reprodutivos e aborto (COSTA, 2009). No desfecho dos anos 90, após quase duas décadas da instituição do PAISM, a assistência à saúde da mulher no Brasil, permanecia com muitas questões a serem enfrentadas. Apesar de ter representado avanços significativos em termos de direitos reprodutivos às mulheres brasileiras, sua implementação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, impedindo na prática, que o programa se transformasse, de fato em agente transformador da saúde de todas as mulheres. A assistência pré-natal era apenas coadjuvante no processo. Desta forma algumas questões permaneciam sem solução como, o acesso ao pré-natal em algumas regiões do país, a qualidade da atenção prestada, e o vínculo entre o pré-natal e o parto, além da humanização da atenção e inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal (SERRUYA e cols., 2004a).

Apesar de todos os esforços para melhorar a saúde da mulher, ainda havia necessidade de fortalecer a assistência prestada; no entanto em 2004, o MS elaborou o documento da

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PNAISM, com princípios e diretrizes, refletindo o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando principalmente a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual (FREITAS e cols. 2009). Contribuindo assim para que as mulheres brasileiras avancem em suas conquistas, pois essa política teve o propósito de expor a saúde da mulher como questão de cidadania, devendo nortear as ações em saúde.

3.2 Assistência Pré-Natal: Ações de Saúde e o Contexto na Estratégia Saúde da Família

Tratando-se de gravidez e parto consideram-se os mesmos como um processo singular, pois são eventos sociais que completam a vida reprodutiva, sendo assim uma experiência especial para a mulher e seu parceiro, não deixando de envolver a família e a comunidade, demandando mudanças em seu papel social, como o aprimoramento às novas condições físicas e emocionais. A atenção à mulher durante a gravidez deve promover a prevenção, a promoção da saúde, e o tratamento de problemas que ocorrem durante a gestação e o puerpério (FREITAS, 2001).

Conforme TREVISAN e cols. (2002), a preocupação e os cuidados com os eventos que ocorrem durante a gravidez revelam o respeito à cidadania feminina, refletindo assim o grau de desenvolvimento de uma sociedade. Portanto, mudanças nos cuidados prestados à mulher durante a gravidez, parto e puerpério, ocorreram no decorrer dos anos, promovendo uma ampliação do foco dos caracteres exclusivamente físicos para uma visão que inclui os aspectos psicossociais da gestação, que através das sociedades influenciam no desenvolvimento e nos cuidados do período gestacional, do parto e pós-parto (SPINDOLA e cols., 2006).

Sendo assim, o acompanhamento da gravidez, chamado de assistência pré-natal, tem como objetivos principais assegurar uma evolução normal da gravidez; preparar a mãe para um parto, puerpério e lactações normais, identificar o mais rápido possível situações de risco, para que seja possível prevenir as complicações mais frequentes da gravidez e do ciclo puerperal (BRASIL, 2006).

Assim, a assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visa preservar a saúde da gestante e seu conceito durante o período gravídico-puerperal, assegurando a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação, incluindo a realização de no mínimo seis consultas pré-natais e uma puerperal, além de todos os exames básicos, devendo também ser incluído as orientações sobre hábitos saudáveis de vida e as modificações resultantes da gravidez, bem como o preparo da gestante para o parto e puerpério (BRASIL, 2006, GRANJEIRO, 2008).

Configura-se ainda objetivo da atenção pré-natal, identificar adequada e precocemente as mulheres com mais chances de apresentarem uma evolução desfavorável, acolhendo assim a mulher desde o início da gestação, preconizando o MS que a realização da primeira consulta ocorra até 120 dias de gestação, existindo assim a captação precoce dessa gestante; e para a gestação de baixo risco, o modelo brasileiro recomenda no mínimo seis consultas pré-natais; sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestres e três no terceiro trimestre, devendo em cada consulta ser classificado continuamente o risco gestacional (BUCHABQUI, 2001; BRASIL, 2000 apud OLIVEIRA, 2008).

Para o acompanhamento pré-natal, devem ser seguidos os preceitos estabelecidos na portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de julho de 2000, que se compõem dos seguintes procedimentos: realização da primeira consulta até o 4º mês de gestação; realizar no mínimo seis consultas; realizar uma consultar puerperal; realizar os seguintes exames laboratoriais: ABO/Rh, VDRL, EAS, glicemia de jejum e Hb/Ht; e além desses é também ofertado a testagem anti-HIV; imunização antitetânica, classificação do risco gestacional e atividades educativas ao longo do ciclo gravídico (BRASIL, 2005).

Ademais sendo a gestação um período de mudanças físicas e emocionais, o MS enfatiza o acolhimento à gestante como o principal objetivo do pré-natal, pois proporciona apoio aos sentimentos de medo, angústias e as curiosidades em saber o que acontece com seu corpo, devendo ser identificada as mulheres com mais chances de apresentar uma evolução desfavorável, para que sejam acolhidas desde o início da gestação. O termo acolhimento deve ser considerado na abordagem da grávida como o significado de que a gestação tem para ela e para a sua família, uma vez que é nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser (BUCHABQUI, 2001, RIOS e VIEIRA, 2007).

No acolhimento à gestante, destaca-se uma atividade que envolve procedimentos simples, a consulta pré-natal, levando o profissional de saúde a transmitir, nesse momento, o apoio e a confiança necessários para que ela possa conduzir com mais autonomia a gestação e

o parto, visando um conceito sadio. Essa assistência é prestada por uma equipe multiprofissional, podendo ser realizadas pelo médico ou enfermeiro (BRASIL, 2005).

Sendo assim, DUARTE e ANDRADE (2008) destacam que na assistência ao binômio mãe e filho, ações de promoção e prevenção à saúde precisam ser prioritárias. Para isso, é recomendado que os profissionais realizem atividades de educação em saúde na rotina da assistência integral, sendo interessante a efetuação de trocas de experiências entre as mulheres e profissionais de saúde em ações educativas que facilitem o processo gestacional (BRASIL, 2000a).

Nesse mesmo contexto, RIOS e VIEIRA (2007) apontam o pré-natal como um espaço adequado de preparação para que a mulher viva o parto de forma enriquecedora e feliz, sendo o processo de educação em saúde de extrema importância que vai além da aquisição de conhecimentos sobre gestar e parir, mas também para o fortalecimento da mesma como cidadã.

Nessa direção, a educação em saúde deve representar o espaço de prática e conhecimento promovendo a relação entre a ação de saúde, o pensar e fazer do cotidiano da população, devendo ter como pressuposto básico o respeito à dignidade humana (VASCONCELOS e SOPHIA, 2001 apud ARAÚJO, 2004).

Diante disso, as práticas de educação em saúde durante o acompanhamento pré-natal, deverão promover transformações na vida da gestante e da família, mudando a realidade de uma sociedade, considerando-se que este é um momento especial, em que o profissional de saúde tem a oportunidade de atuar na busca da cidadania das mulheres, indo além da maternidade, pois leva os profissionais de saúde a um modelo de assistência cada vez mais próximo das necessidades de cada gestante, conhecendo seus anseios, dúvidas, medo e expectativas em relação às mudanças ocorridas e ao novo ser (VASCONCELOS e SOPHIA, 2001 apud ARAÚJO, 2004).

Considerando-se que é necessária a proximidade do profissional à realidade das gestantes, PASSOS e MOURA (2008) destacam que com o advento do PSF, a assistência pré-natal ganhou novo impulso, agora com maior proximidade das equipes de saúde com a área de residência da gestante, melhorando a captação, o acesso e o número de consultas por pacientes.

Com a implantação desse novo modelo de assistência à saúde, em 1994, demandava-se então novos perfis dos profissionais de saúde, pois esse programa apresentado pelo MS prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família

de forma integral e contínua. Este novo modelo pressupõe uma proximidade entre os profissionais e comunidade, atuando com a população adstrita, prestando atenção integral à saúde da família dentro dos princípios do SUS, propondo resgatar o vínculo de corresponsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo a prevenção e cura de doenças, como também a valorização das pessoas, da família e da comunidade buscando a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2005).

Em se tratando de melhoria da qualidade de vida na saúde materno infantil torna-se necessária a garantia de uma gestação saudável e segura, bem como recém-nascido e puérperas saudáveis, sendo preciso para isso a adoção de práticas de saúde que englobem a visão holística do indivíduo, família e comunidade em que está inserido, remetendo isso a questão de promoção à saúde (BRASIL, 2002a).

Nesse novo modelo de saúde, proposto através da ESF, a promoção para esse estado está inserida num contexto mais ampliado como um jeito de pensar e fazer saúde onde as pessoas sejam vistas dentro do seu cenário político e cultural, com sua autonomia preservada, de forma a se sentirem sujeitos capazes de superar as adversidades e serem instituinte de um modo de vida saudável (PEDROSA, 2003).

Nesse contexto de proximidade, percebe-se que, no Brasil, registra-se um número cada vez maior de consultas no pré-natal por mulheres que realizam partos no SUS, passando de 1,2 consultas por parto em 1995, para 5,1 consultas por parto em 2003; constata-se, assim, em cada ano a expressividade das consultas pré-natais, de cujo aumento em relação a outros determinantes de qualidade para esse cuidado, com a possibilidade de diminuir a morbimortalidade materna e neonatal por causas evitáveis (BRASIL, 2004, BRASIL, 2006).

Ainda no mesmo âmbito, PASSOS e MOURA (2008) afirmam que apesar da cobertura pré-natal ter melhorado consideravelmente após a implantação das equipes saúde da família, a qualidade da assistência pré-natal ainda é questionável, pois as principais causas de mortalidade materna persistem, como eclampsia, hemorragias e infecções, todas passíveis de diagnóstico e controle com os conhecimentos e tecnologias disponíveis.

O MS orienta que a identificação precoce da gestante e o pronto início do seu acompanhamento, é um dos primeiros passos para a construção de um pré-natal de qualidade. Todas as gestantes devem ser acompanhadas durante toda a gestação, em intervalos previamente estabelecidos, e quaisquer alterações em saúde, que possam vir a prejudicar o bom andamento da gravidez, devem ser avaliadas por especialista. E para o alcance dos critérios preconizados pelo MS é fundamental a adesão das mulheres ao pré-natal, bem como

a qualidade da assistência prestada pelos serviços e profissionais, já que esta qualidade é condição essencial à redução dos elevados níveis de mortalidade materna e perinatal, sendo a consulta médica e de enfermagem de suma importância para se realizar orientações e detectar intercorrências próprias do período gestacional, de modo que a gestação e o parto ocorram de forma segura e otimizada (BRASL, 2006, OLIVEIRA, 2012).

De acordo com NASCIMENTO e cols.(2007), a associação entre a assistência pré-natal e ocorrência de mortes maternas tornaram-se, desde algum tempo, um consenso entre os estudiosos do assunto e órgãos formuladores de políticas públicas de saúde, de modo que a assistência pré-natal tem sido o alvo de medidas e programas governamentais com o intuito de reduzir as taxas de mortalidade materna.

3.3 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento-PHPN

Apesar das inúmeras conquistas alcançadas na saúde da mulher, tornam-se necessários avanços no que diz respeito ao período gestacional e parto, tanto no que se refere à qualidade quanto aos princípios do cuidado; pois, até o momento permanecem questões que entre outras, devem ser discutidas, como o acesso em algumas áreas e regiões do país, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e as inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal (SERRUYA e cols., 2004b).

Na tentativa de mudar essa realidade e reconhecendo a necessidade imposta de estabelecer mecanismos que viabilizem a melhoria da qualidade do acompanhamento pré-natal, o MS, instituiu, em 1º de julho de 2000, através da portaria GM/MS nº 569/GM 2000, o PHPN (BRASIL, 2000b). Este Programa estabelece o desenvolvimento de medidas de promoção da saúde e assistência à gestante e recém-nascido, garantido o acesso, à qualidade e capacidade instalada para assistência obstétrica e neonatal, bem como organização do programa e regulamento no âmbito do SUS, tendo o objetivo de melhorar o acesso, à cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, às gestantes e aos recém-nascidos na perspectiva dos direitos a cidadania, diminuindo as taxas de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000a, FARJADO, 2007). O PHPN objetiva ainda, o resgate da atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada com o envolvimento de forma articulada dos estados, municípios e das unidades de saúde nestas ações (BRASIL, 2001 apud SANTANA, 2010).

O estabelecimento de critério básico para a qualificação da assistência pré-natal busca prover os municípios de um modelo básico para o serviço com as atividades consideradas indispensáveis. O enfoque era que cada mulher realizasse todas as ações e não que a assistência fosse pensada como a soma delas, ou seja, a ideia de qualidade da atenção humanizada era centrada individualmente em cada mulher que deveria receber todos os critérios mínimos previamente determinados, e não no coletivo por meio do total de consultas ou do total de cada exames realizado no âmbito do programa. Deste modo, foram estabelecidos, ao cuidado pré-natal, vários critérios relativos à captação precoce da gestante e à realização de um mínimo de procedimentos considerados essenciais que pudessem ser implementados nos municípios brasileiros (SERRUYA e cols., 2004c).

Segundo SERRUYA e cols. (2004b, p.1282):

“a principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam como tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos”.

Conforme GENEROSO e NADALETE (2010) durante o acompanhamento pré-natal a atenção obstétrica e neonatal, deve-se atender com qualidade e humanização a mulher e o recém-nascido, reconhecendo-os como seres de direitos, respeitando-os e identificando suas carências sociais e de saúde, para que ocorram mudanças nos modelos assistenciais, compromisso com ambiência e melhoria do atendimento, pois há necessidade de provisão de recursos necessários, organização de rotina com procedimentos comprovadamente benéficos. Essas mudanças evitariam intervenções desnecessárias e ofereceriam uma gestação e nascimento saudáveis, garantindo promoção e prevenção da saúde através de um atendimento holístico à gestante e ao recém-nascido.

Com base nesse pressuposto, o PHPN baseou-se na análise das necessidades de melhorar a saúde das mulheres durante o período crítico da gravidez, parto e puerpério ,bem

como a saúde da criança, aperfeiçoando o acesso à cobertura e à qualidade do acompanhamento (ALEXANDRE, 2007).

Por meio da portaria nº 569/GM de 01 de junho de 2000, o MS estabelece diretrizes e princípios norteadores para a PHPN entre os quais se destaca o conjunto dos direitos relacionados à universalidade do atendimento ao pré-natal, ao parto e puerpério digno de qualidade às gestantes, acesso com visita prévia ao local do parto, presença de acompanhante no momento do parto e atenção humanizada e segura no parto. Esses direitos são ainda extensivos ao recém-nascido, em relação à adequada assistência neonatal (BRASIL, 2000b).

Portanto, o MS ciente da importância da atenção pré-natal no resultado perinatal e na redução das taxas de mortalidade materna e infantil, através do PHPN, propõe critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivo financeiro aos municípios que aderirem ao programa (TREVISAN e cols., 2002).

Em se tratando do incentivo disponibilizado pelo MS através do PHPN, BRASIL (2002a) destaca que cada município cadastrado deverá receber um incentivo de R\$ 10,00 por gestante inscrita até 120 dias de gestação, R\$ 40,00 relativos à conclusão do acompanhamento, devendo cumprir todos os critérios estabelecidos pelo programa, sendo também R\$ 40,00 destinados ao hospital que realizar o parto, desde que este integre a rede de referência para este atendimento, contida nos termos de adesão ao município. Para o pagamento do incentivo relativo à conclusão (40,00 reais por gestante), o município deverá cumprir todos os critérios estabelecidos: seis ou mais consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios, a imunização antitetânica e a consulta puerperal (SERRUYA e cols., 2004b).

Com o intuito de melhorar cada vez mais essa assistência à gestante e ao Recém-Nascido-RN, o MS cria em 2011 no âmbito do SUS, através da portaria nº1459 de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha para assegurar à mulher uma atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, tendo como princípios a promoção da equidade, através do respeito e proteção aos direitos humanos, bem como respeito à diversidade cultural, étnica e racial, promovendo a participação e mobilização social, objetivando organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil para que se garanta acesso, acolhimento e resolutividade. Assim, esse programa visa, ainda, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal, pois organiza esta atenção a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral a saúde da criança, sistema logístico com transporte sanitário e regulação, propondo assim cada vez mais a qualidade da assistência pré-natal,

sendo esta realizada na Unidade Básica de Saúde-UBS, com a captação precoce da gestante, classificação de risco em cada consulta, acolhimento, realização de exames laboratoriais, implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos (BRASIL, 2011).

3.4 SISPRENATAL: Um Sistema de Avaliação

Para a continuidade do PHPN, criaram-se indicadores de processo para o acompanhamento dos passos de implantação, a fim de que houvesse o seguimento mínimo estabelecido pelo programa como, início precoce do pré-natal, mínimo de seis consultas, imunização contra o tétano, duas rotinas de exames básicos incluindo sorologias para HIV e sífilis e consulta puerperal até 42 dias. Esse monitoramento passou então a ser feito através do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento-SISPRENATAL, software que foi o instrumento do sistema de informação do programa, disponibilizado a partir de cada município (ANDREUCCI e cols. 2011a).

Portanto, a criação do SISPRENATAL, como um sistema de informação e acompanhamento do PHPN, foi considerada como medida fundamental do programa, pois até a instituição do PHPN, os dados referentes à assistência pré-natal no SUS restringiam ao número absoluto de consultas não permitindo avaliações mais detalhadas da qualidade do cuidado pré-natal (BRASIL, 2001 apud SANTANA, 2010).

Assim, o SISPRENATAL constitui-se em um software desenvolvido pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS, possuindo interface com o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde-SIA/SUS, o que possibilita o cadastramento e acompanhamento das gestantes inscritas no programa (NASCIMENTO e cols., 2007).

A criação e o desenvolvimento de um sistema de informação sobre a assistência pré-natal teve como objetivos: monitorar o cumprimento dos critérios estabelecidos no PHPN, a partir de informação mensal, efetuada pelas equipes das unidades básicas de saúde dos municípios cadastrados no programa, acompanhar o cumprimento dos critérios para o pagamento do incentivo financeiro e constituir-se em um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar essa atenção em âmbito municipal e estadual, contribuindo para melhorar a gestão dos serviços (BRASIL, 2002b).

Para este acompanhamento da assistência, o sistema fornece um conjunto de relatórios e indicadores de resultados e de processo, gerando indicadores de processo que incluem: percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta até o 4º mês de gestação; percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas pré-natais e os exames pré-natais preconizados; percentual de gestantes inscritas que receberam dose imunizante da vacina antitetânica, no mínimo duas doses entre outros indicadores de resultado e impacto (GRANJEIRO e cols., 2008).

De acordo com o autor supracitado, o referido sistema recebe informações contidas em duas fichas: a ficha de cadastro da gestante (Anexo A) e a ficha de acompanhamento da gestante (Anexo B), sendo a ficha de cadastramento preenchida na primeira consulta pelo o profissional que realiza o entendimento, médico ou enfermeiro. Os mesmos profissionais também são responsáveis pelo o preenchimento da ficha de registro diários em todas as consultas subsequentes.

Conforme destacam CRUZ e SILVA (2010), os dados digitados no SISPRENATAL são encaminhados mensalmente para à base nacional de dados, como condição indispensável ao monitoramento do PHPN e ao recebimento dos incentivos decorrente da correta e constante alimentação desta base de dados.

3.5 Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil reflete o indicador do nível de saúde de uma população, resumindo as condições de bem-estar, social, político e ético de uma determinada população, sendo visto hoje como um evento evitável traçador da qualidade de vida e dos serviços de saúde, sintetizando um dos melhores indicadores da qualidade da assistência à saúde, bem como do nível socioeconômico de uma população (MARANHÃO e cols., 1999, ARAÚJO e cols., 2000).

Assim, ao longo do tempo o coeficiente de mortalidade infantil tem sido utilizado com um bom indicador das condições de saúde, pois reflete o estado de saúde dos menores de um ano, sendo esta a parcela mais vulnerável da população, definido, portanto pelo o número de óbitos de menores de um ano de idade para cada mil nascidos vivos, em determinada área geográfica e período. Coeficiente alto, em geral, refletem níveis precários de saúde, condições de vida e desenvolvimento socioeconômico (DUARTE, 2007).

LANSKY e cols. (2007) destacam que as mortes precoces, em sua maioria evitáveis, como as mortes infantis, representam um evento indesejável em saúde pública, assegurando que o coeficiente ou taxa de mortalidade infantil é utilizada para a definição das políticas públicas voltadas à população infantil, pois sua redução faz parte das metas do milênio, compromisso das nações da ONU ao alcance de patamares mais digno de vida à população mundial, refletindo as condições de vida da sociedade.

“A Taxa de Mortalidade Infantil-TMI, é padronizada internacionalmente, como o número de óbitos de crianças menores de um ano sobre o número de nascidos vivos (multiplicado por 1000) e indica o risco de um nascido vivo evoluir para óbito” (LANSKY e cols., 2006, p.125).

ANDRADE e cols. (2006) apud SANTOS (2012) evidenciam que a TMI, além de ser um bom indicador de saúde, acompanha o desenvolvimento econômico e a qualidade de vida de uma população, haja vista a vulnerabilidade a qual os menores de um ano são submetidos no primeiro ano de vida, em relação ao ambiente físico e social.

Para melhorar os indicadores de saúde e entender o processo saúde-doença através das taxas de mortalidade infantil, a avaliação da mesma foi dividida em: componente neonatal, evidenciando os óbitos de crianças nos primeiros 28 dias de vida, sendo ele precoce de 0 a 6 dias e tardio de 7 a 27 dias; e componente pós-neonatal, salientando os óbitos ocorridos entre o 29º dia de vida e 11 meses e 29 dias (DUARTE, 2007).

Como destaca DUARTE (2007) a mortalidade infantil apresenta relações bem estabelecidas com uma série de fatores, dentre eles:

condições biológicas materna e infantis (idade da mãe, paridade, intervalo entre os partos, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo do crescimento intrauterino etc.); condições ambientais (existência dos serviços de saúde e acessibilidade da população a eles, abastecimento de água potável e saneamento básico adequados, poluição e etc.); e, fundamentalmente as condições sociais que organizam a vida concreta das pessoas (moradia, trabalho, renda, nível de informação, proteção social etc.) (DUARTE, 2007, p. 1512).

Tendo em vista os fatores que podem ocasionar o aumento da mortalidade infantil, WEIRICH e DOMINGUES (2001) apontam o componente neonatal como responsável pela maior parte da redução da mortalidade infantil nas últimas décadas, sendo a maior parcela da mortalidade infantil representada pelo o componente neonatal, considerando a redução da mortalidade infantil mais difícil, pois está associada tanto a fatores biológicos, como à assistência pré-natal, parto e recém-nascido.

Partindo-se do pressuposto de que é preciso antes de tudo nascer vivo para contar estatisticamente, LANSKY e cols. (2007) destacam também a importância da mortalidade perinatal, pois a mesma é considerada um indicador sensível da adequação da assistência

obstétrica e neonatal e do impacto de programas de intervenção, nesta área, pela relação estreita que guarda com a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido, pois está vinculada à mortalidade pós-neonatal, neonatal e perinatal as causas que se podem prevenir, relativas, ao acesso e à utilização dos serviços de saúde bem como a qualidade dessa assistência.

A importância maior que se deu relativamente ao componente neonatal na mortalidade infantil implicou em mudanças nos perfis das causas de MI, constituindo as afecções perinatais a principal causa de mortalidade neonatal e infantil no Brasil (VICTORA, 2010).

As taxas de mortalidade no período neonatal apresentam tendência de declínio lento, em virtude da permanência dos elevados níveis de mortalidade por fatores ligados à gestação e ao parto. Portanto, programas considerados estratégicos como o de ACS e PSF devem melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, partindo do pressuposto de que a saúde é levada para mais perto da população, reorganizando assim as práticas assistenciais (DUARTE, 2007).

Assim, a taxa de mortalidade infantil de (0 a 1 ano) teve queda no Brasil entre 1980 e 2010. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, nessas três décadas o número caiu de 69,1 para 16,1 por mil nascidos vivos, redução de 75,8%. A região com maior declínio foi o nordeste, ainda assim mantém a taxa de 23 por 1000 nascidos vivos (IBGE, 2013). A Unidade Federada com maior índice de mortalidade infantil é o Alagoas com 30,2 seguida do Maranhão com 29 e Amapá com 24,6. O município de Bacabal, onde se deu o referido estudo, apresentou nos anos estudados, 2009 e 2011, uma taxa de mortalidade infantil de 29 por 1000 NV e 24 por 100 NV, respectivamente (BRASIL, 2013).

Esses dados do IBGE, que apontam o declínio da taxa de mortalidade infantil, coloca o Brasil no caminho para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM 4), associando-se a queda da mortalidade infantil a uma série de melhorias nas condições de vida e na atenção à saúde da criança (UNICEF, 2006), pois reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde das gestantes está entre os oito objetivos do milênio, estabelecidos como prioridade pela ONU em 2000, ao analisar os maiores problemas mundiais (UNICEF, 2012).

Conforme consta no relatório nacional de acompanhamento dos objetivos do milênio de 2010, em 2008, a taxa de mortalidade na infância no Brasil era 22,8 óbitos por mil NV, com redução consistente em todas as regiões do país nos últimos anos. Desde 1990, ano-base para comparação do avanço dos ODM, até 2008, a redução nacional média foi de 58%, com diferenças regionais: 62% na região Nordeste, 57% na região Sul, 55% na região Sudeste e 53% nas regiões Norte e Centro-Oeste. Na meta definida para este ODM, a taxa de

mortalidade infantil deve ser reduzida para 17,9 óbitos por mil NV até 2015, contudo persistem diferenças importantes nas taxas de mortalidade na infância entre as regiões (BRASIL, 2010).

Portanto, para o enfrentamento da mortalidade infantil, sobretudo neonatal, se faz necessário o desenvolvimento de ações que garantam uma gestação saudável e segura e essas ações para terem impactos devem contar com o comprometimento dos profissionais de saúde, sendo vistos como atores sociais, cuja prática é pedagógica, reduzindo ainda mais as desigualdades entre as regiões (WEIRICH e DOMINGUES, 2001).

3.6 Projeto Cuidando do Futuro

Em 2009, surge o Projeto Cuidando do Futuro uma iniciativa do governo do estado do Maranhão com o objetivo de diminuir em 10% ao ano a mortalidade infantil neonatal nos municípios em que fora implantado, projeto este centrado na Estratégia Saúde da Família, visando aumentar o número de cuidadores em saúde, somando-se aos médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, agentes de endemia, criando os cuidadores solidários, moradores solidários e anjos da guarda, juntamente com as parteiras, pai de santos e benzedeiros, formando assim uma equipe que se move pela causa de reduzir a mortalidade neonatal. Para dá-se início às atividades propostas pelo o Projeto, todos os atores envolvidos receberam formação sobre os cuidados com o RN, metodologia canguru e AIDPI neonatal, conteúdos estes já determinados pelo MS, treinamento com os educadores sociais, realizados em parceria com o Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento-CPCD, e ainda o uso seguro e eficaz da tecnologia social do CPCD, denominado Plano de Trabalho e Avaliação-PTA (Anexo C), para a redução da mortalidade infantil (MARANHÃO, 2011).

O referido Projeto foi implantado em 17 dos 38 municípios considerados prioritários para a mortalidade infantil, sendo beneficiado com recurso do FUMACOP, onde os municípios contemplados pelo o projeto assinaram um termo de adesão firmando com a coordenação geral do projeto a instrumentalização das ações e do controle social (MARANHÃO, 2009).

Conforme consta na cartilha maneiras diferentes e inovadoras para reduzir a mortalidade infantil no Maranhão, o PTA, trabalhou com cinco dimensões, sendo elas: Dimensão gestação saudável e segura, primeira dimensão e alvo deste estudo; .gestação de alto risco (segunda dimensão), parto seguro e humanizado (terceira dimensão); mãe e bebê na

primeira semana (quarta dimensão), mãe e bebê após a primeira semana (quinta dimensão) (MARANHÃO,2009).

Em se tratando da dimensão gestação saudável e segura, MARANHÃO (2009) relata que gerar uma vida é considerado um momento especial para todas as mulheres e as pessoas que a cercam, sendo necessário entender como cada um sente a gravidez, sendo o acompanhamento pré-natal um momento importante para o acompanhamento, orientação, ensinamento e esclarecimento de dúvidas, permitindo identificar problemas de saúde que possa acontecer durante a gestação e preparação para um parto seguro e um concepto sadio.

Portanto, no PTA em relação à dimensão citada, visando a garantia de uma gestação saudável e segura, propôs-se a realização das seguintes atividades: identificação precoce da mãe em casa, identificação da casa com uma placa, cuidado gerando vida, acolhimento e escuta dessa gestante, incentivo à consulta pré-natal, solicitação de exames laboratoriais, registro dos dados e resultado de exames no prontuário e cartão da gestante, imunização e orientações durante toda a gestação, as atividades citadas realizadas gerariam indicadores como aumento do número de pré-natal iniciado no primeiro trimestre, número de consultas no mínimo 7, realizadas mensalmente até o 8º mês, e a partir daí quinzenalmente até o parto, registro da avaliação física, todos os exames realizados, 100% das gestantes imunizadas.

Dentre as ações propostas pelo o Projeto, priorizaram-se as ações de educação em saúde, sendo desenvolvidas nos serviços de saúde através de MDI's. Em meio as MDI's idealizadas pelo Projeto Cuidando do Futuro, com a ideia de organizar o trabalho em prol da redução da mortalidade infantil, centrado na ESF, cita-se: a Algibeira (Anexo D), uma das MDI's criadas no Projeto que dá visibilidade imediata sobre a responsabilidade de cada UBS com suas gestantes e puérpera, aonde um cartaz com bolsos, é fixado na parede para organizar o retorno da gestante a UBS, permitindo uma revisão constante para proceder à busca ativas; a flor de mãe (Anexo E), uma MDI's criada para garantir o aleitamento materno e registrar o envolvimento afetivo da mãe e o interesse ativo com o aleitamento materno exclusivo; placa da gestante (Anexo F) e placa da puérpera (Anexo G), MDI's criada para identificar o domicílio onde existe uma mulher gerando vida ou uma mulher parida com um recém-nascido, melhorando a autoestima da mulher e convocando toda a cidade para o cuidado (MARANHÃO, 2010).

Ainda MARANHÃO (2010), evidencia que o Projeto Cuidando do Futuro teve como objetivos específicos: Capacitar todos os atores sociais (médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, ACS, agentes de endemias, parteiras tradicionais e voluntárias da comunidade)

como educadores sociais e como gente que se importa, capazes de um trabalho competente e também generoso e solidário, na perspectiva de formar um “Time”, cuja meta é reduzir a mortalidade infantil, proposta no objetivo geral.

A execução do projeto foi dividida em etapas, sendo a etapa I, o planejamento e divulgação; etapa II, a realização de oficinas cuidando do futuro; etapa III formação de cuidadores solidários e anjos da guarda e a etapa IV a capacitação técnica e monitoramento (BRASIL, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo que, segundo COOPER e SCHINDLER (2003) favorecem a descoberta de associações entre diferentes variáveis. Quanto à abordagem do problema, segundo GIL (2007), a pesquisa se classifica em quantitativa, pois considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificar e analisá-las.

O presente estudo caracteriza-se como uma avaliação normativa com enfoque nos resultados obtidos através dos indicadores existentes.

Tendo sido utilizado como procedimentos técnicos, para referida pesquisa, a revisão de literatura, constituída de material já publicado para ao embasamento do estudo e pesquisa documental originada a partir de relatórios extraídos do programa SISPRENATAL, bem como coeficientes extraídos do programa SIM/SINASC.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na cidade de Bacabal, possuindo o município maranhense uma área estimada em 1.609 km² e uma população de 99.960 habitantes, conforme o censo 2010 do IBGE. É cortado pelo rio Mearim e encontra-se a 250 km distantes da capital São Luís. Foi emancipado em 17 de abril de 1920; destacando-se, no cenário econômico, pela produção de carnes (pecuária) e extrativismo vegetal de babaçu. “No mapa, pode ser caracterizado como o coração do estado do Maranhão, por suas coordenadas geográficas 4°13’30” S e 44°64’48 O” (IBGE, 2010). Limita-se com os municípios de Lago Verde, Conceição do Lago Açu, Lago do Junco, Olho D’água das Cunhãs e Bom Lugar. Convém dizer que para trabalhar na promoção à saúde, e prevenção de doenças, assim como atendimento às necessidades básicas de saúde de sua população, o município conta, atualmente, com 37 equipes de saúde da família e 231 ACS, que desenvolvem suas atividades em 22 UBS.

O município de Bacabal foi habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal em 1998, aprovado de acordo com a NOB 96, em que passou a gerenciar, além das ações de atenção básica, os procedimentos de Média Complexidade I, II e III, os programas SIH/SIA-SUS e

todos os recursos repassados Fundo a Fundo referentes à Atenção Básica, Média Complexidade e outras atividades de Gestão do Sistema, que são de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. Para assegurar serviços de saúde nas áreas de assistência, prevenção, promoção e recuperação, o órgão gestor do sistema municipal tem implantado todos os programas estratégicos lançados pelo MS, Governo do Estado e ainda de iniciativa própria, tendo aderido ao PCF, com objetivo de reduzir a mortalidade infantil, sobretudo do neonato, partindo de uma gestação saudável e segura, objeto deste estudo.

4.3 Período do Estudo

O período de estudo foi março de 2012 a janeiro de 2014, sendo avaliado os dados no SISPRENATAL, do ano de 2009 e 2011, ano antes da implantação do projeto e ano de monitoramento, respectivamente, sendo escolhido tais períodos por permitir avaliar a repercussão do PCF, através das ações de pré-natal, na gestação saudável e segura e na redução da mortalidade infantil. À implantação do PCF ocorreu em dezembro de 2009. Portanto, o ano seguinte foi de implementação das ações a serem desenvolvidas pelo projeto, enquanto que o ano de 2011 foi considerado o período de monitoramento para observar a eficácia do projeto onde a equipe do mesmo, não se encontrava mais no município, deixando os profissionais treinados e capacitados para continuar o desenvolvimento das atividades.

4.4 População e Amostra

A população de estudo foi composta pelas gestantes que foram acompanhadas e cadastradas pelas equipes de saúde da família, no SISPRENATAL, nos anos de 2009 e 2011, perfazendo uma amostra de 762 e 734 gestantes, respectivamente.

4.4.1 Critérios de Inclusão e Não Inclusão

Foram incluídas no estudo as gestantes que foram acompanhadas pelas equipes de saúde da família do município de Bacabal e cadastradas no SISPRENATAL, que iniciaram e finalizaram o pré-natal entre janeiro de 2009 e dezembro de 2011, não sendo incluídas gestantes que tinham consultas no período anterior ou posterior aos acima citados.

4.5 Variáveis de Estudo

As variáveis pesquisadas foram as definidas como indicadores de avaliação da dimensão gestação saudável e segura do PCF, referentes aos dados do pré-natal, como: número de pré-natal iniciado no primeiro trimestre, número de consultas realizadas, exames realizados e registrados, especificando quais os exames que foram realizados no pré-natal e número de gestantes com imunização antitetânica; variáveis estas registradas, podendo ser quantificável através do SISPRENATAL. Sendo ainda avaliado o coeficiente de mortalidade infantil nos anos de 2009 e 2011.

Tais variáveis foram elencadas como indicativas da proposta sugerida pelo Projeto Cuidando do Futuro, como condições para se ter uma gestação saudável e segura e com isso, através de ações realizadas no pré-natal, melhorar os coeficientes de mortalidade infantil no município.

4.6 Coleta de Dados

A coleta de dados teve como base o ano de 2009, um ano antes da implantação do PCF no município de Bacabal e o ano de 2011, um ano após a implantação do projeto.

Para operacionalizar a coleta de dados, elaborou-se um instrumento (Apêndice A) especialmente para o estudo, este é um “checklist” para transcrição dos dados contidos na ficha de acompanhamento pré-natal retirado do SISPRENATAL.

A coleta de dados foi realizada a partir da consulta ao banco de dados SISPRENATAL, sendo transcritas ao instrumento e dados do SIM/SINASC através do DATASUS.

A pesquisa, com a coleta de dados foi realizada no prédio da Unidade Regional de Saúde do município de Bacabal, setor do estado vinculado a secretaria de estado, bem como aos seus departamentos, responsáveis pelas informações, atuando como apoiador das ações de promoção a saúde de onze municípios, dentre eles o município de Bacabal. A sede da URS localiza-se na BR 316, COHAB II,s/n ,sendo realizada a referida pesquisa no setor de informática desta URS, diretamente na máquina utilizada pelo o servidor responsável pelo o sistema de informação, que consta instalado o banco de dados do sistema SISPRENATAL.

O procedimento de coleta de dados no setor de informática da URS obedeceu à sequência:

- Identificação do município;

- Identificação da Unidade de saúde de procedência da gestante;
- Pesquisa do período de cadastro;
- Digitação do número cadastrado do SISPRENATAL de acordo com a série numérica do banco de dados;
- Conferência do início e do fim do pré-natal;
- Transcrição de dados a partir do banco de dados para o instrumento de coleta de dados.

4.7 Análises dos Dados

Com a finalidade de realizar a análise, os dados coletados foram formulados por meio de números absolutos e percentuais, bem como razões e lançados no programa Microsoft Excel 2007 e TabWin, para posterior criação de tabelas e gráficos. Os dados coletados foram organizados e tabulados em planilha Excel que serviu de entrada para o uso do software Statistical Package for the Social Sciences-SPSS.

Para construir o impacto da dimensão gestação saudável e segura tomou-se como base a evolução dos indicadores propostos.

A classificação do impacto adotou como ponto de corte o cálculo da correlação de Pearson para associar as variáveis.

O instrumento de medida da correlação linear é dado pelo coeficiente de correlação de Pearson e usado a seguinte fórmula parâmetro:

$$r = \frac{\sum xy - \frac{(\sum x) \cdot (\sum y)}{n}}{\sqrt{\left[\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{n} \right] \left[\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{n} \right]}}$$

Figura 4.1 – Fórmula da correlação de Pearson

Fonte: FIGUEIREDO FILHO e SILVA JÚNIOR (2009)

COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO	CORRELAÇÃO
$r=1$	Perfeita positiva
$0,8 \leq r < 1$	Forte positiva
$0,5 \leq r < 0,8$	Moderada positiva
$0,1 \leq r < 0,5$	Fraca positiva
$0 < r < 0,1$	Ínfima positiva
0	Nula
$-0,1 < r < 0$	Ínfima negativa
$-0,5 < r \leq -0,1$	Fraca negativa
$-0,8 < r \leq -0,5$	Moderada negativa
$-1 < r \leq -0,8$	Forte negativa
$r = -1$	Perfeita negativa

Figura 4.2 - Parâmetros para o coeficiente da correlação de Pearson

Fonte: FIGUEIREDO FILHO e SILVA JÚNIOR (2009)

4.8 Avaliação dos Resultados

Segundo DONABEDIAN (2003) a dimensão resultado é o produto final da assistência prestada, sendo a mudança ao estado de saúde do indivíduo que pode ser atribuída a esse cuidado.

Na Figura 4.3 observam-se os indicadores a serem alcançados e as atividades propostas para obter esses indicadores como resultados.

DIMENSÃO	INDICADORES	ATIVIDADES	FONTE DE DADOS
Gestação saudável e segura	Aumento do número de pré-natal iniciado no primeiro trimestre. Número de consultas mínimo (07 consultas)	Identificação precoce da gestante	SISPRENATAL
	100% de exames realizado	Solicitação de exames laboratoriais Hb, glicemia, EAS, EPF, ABO/Rh; HBsAg, HIV, sorologia para toxoplasmose	SISPRENATAL
	100% gestantes imunizadas contra o tétano, no mínimo duas doses	Administração de imunobiológico	SISPRENATAL

Figura 4.3 - Variáveis utilizadas para avaliar o resultado das ações de pré-natal.

Fonte: FIGUEIREDO FILHO e SILVA JÚNIOR (2009)

4.9 Aspectos Éticos

A referida pesquisa por se tratar de dados secundários, não foi submetida ao comitê de ética e pesquisa, sendo autorizada através de ofício pela gestora da regional de saúde do município de Bacabal (Apêndice B).

5 RESULTADOS

A seguir, apresenta-se a avaliação, das ações de pré-natal, previstas na dimensão gestação saudável e segura do PCF.

Foram incluídas no estudo, um total de 762 gestantes cadastradas no ano de 2009 e 734 gestantes, no ano de 2011.

Avaliou-se, inicialmente, a quantidade de consultas realizadas durante o pré-natal, nos anos avaliados no estudo, sendo quantificado o número de gestantes que realizaram de uma até sete ou mais consultas (Tabela 1). Estas informações foram coletadas diretamente do SISPRENATAL, que aponta no ano de 2009, um percentual decrescente, pois das 762 gestantes cadastradas (100%), tem-se que 42,3% das gestantes realizaram apenas uma consulta durante o acompanhamento pré-natal, enquanto apenas 2,2% realizaram seis consultas como preconizado pelo MS. Em relação ao indicador proposto pelo PCF, no mesmo ano, um total de 2,5% de gestantes realizaram 07 ou mais consultas (Tabela 1).

Em relação ao ano de 2011, observa-se que das 734 (100%) de gestantes cadastradas, 14,4% realizaram somente a 1ª consulta, 06 ou mais consultas foi realizado por 8,6% e 20% realizaram 07 ou mais (Tabela 1).

A correlação de Pearson no indicador número de consultas, para os dois anos foram forte negativas, ou seja, à medida que aumentou o número de consultas, diminuiu o número de gestantes que aderiram à consulta, sendo que em 2009 a correlação foi $r = -0,92$ e em 2011 $r = -0,80$.

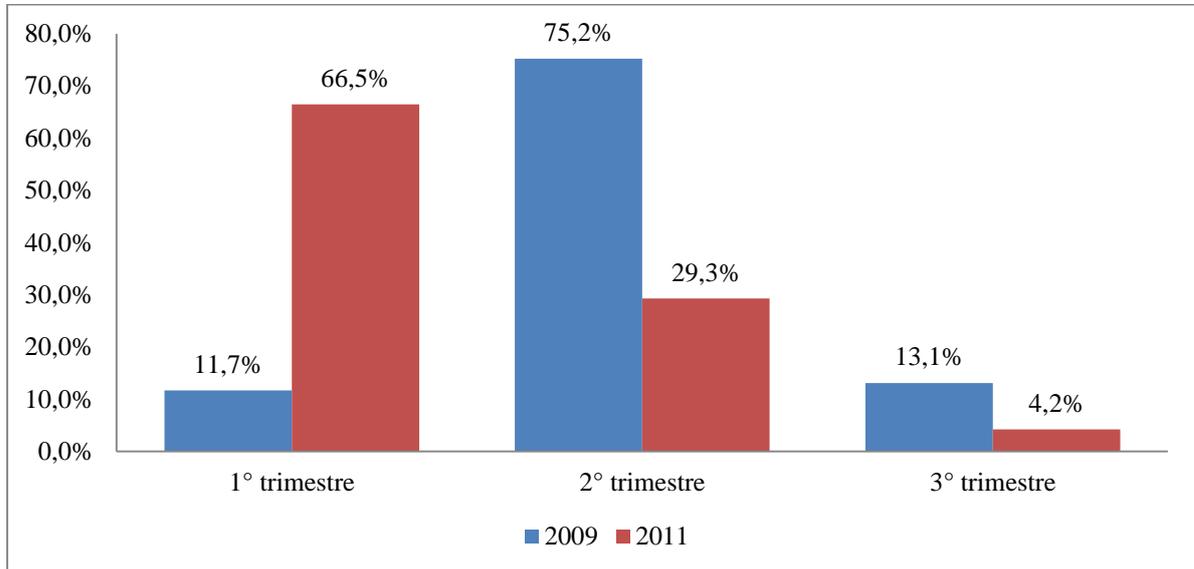
Tabela 01 - Distribuição numérica, absoluta e percentual em relação à quantidade de consultas realizadas durante o acompanhamento pré-natal.

Número de consultas	2009		2011	
	Nº de gestantes	Porcentagem (%)	Nº de gestantes	Porcentagem (%)
01	322	42,3	106	14,4
02	185	24,3	100	13,3
03	98	12,9	112	15,3
04	84	11,0	120	16,3
05	37	4,9	86	11,7
06	17	2,2	63	8,6
07	10	1,3	39	5,3
Mais de 07	09	1,2	108	14,7
Total	762	100,00%	734	100,00%

Fonte: Autora, 2014.

Em seguida avaliou-se indicador relativo à idade gestacional em que se iniciou a assistência pré-natal, observando-se que no ano de 2009, a maioria das gestantes, 75,2% iniciaram no segundo trimestre, 13,1% no terceiro trimestre e apenas 11,7% no primeiro trimestre, melhorando esses percentuais em 2011 onde 66,5% iniciaram o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre, 29,3% no segundo trimestre e apenas 4,2% no terceiro trimestre (Gráfico 01).

Gráfico 01 - Distribuição percentual em relação à idade gestacional em que as gestantes iniciaram o pré-natal.



Fonte: Autora, 2014.

Posteriormente avaliou-se o indicador referente ao quantitativo dos exames laboratoriais realizados durante o pré-natal, e foi observado que no ano de 2009, o exame de maior realização foi o de urina, conhecido como Elementos Anormais e Sedimento-EAS ou urina tipo I, com 51,2%, apresentando um percentual ainda maior em 2011 com 67,4%. Neste mesmo ano, o exame mais realizado foi o exame VDRL com 67,8%, sendo que em 2009 este exame foi realizado em 53% das gestantes cadastradas Gráficos (02 e 03).

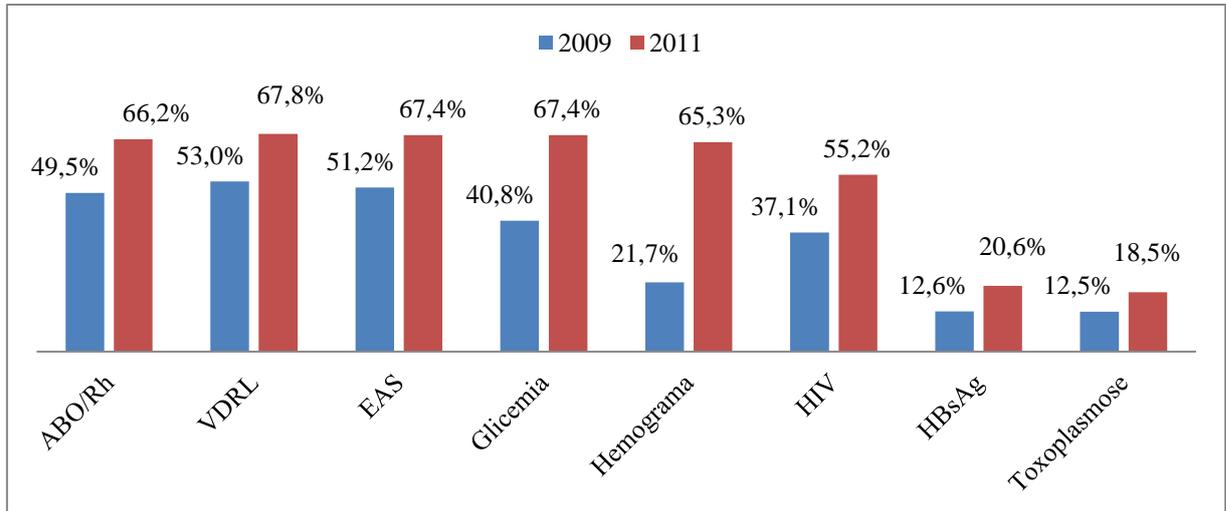
Quanto as sorologias para hepatite B e toxoplasmose, constatou-se que no ano de 2009 apenas 12,6% realizaram HBsAg e 12,5% sorologia para toxoplasmose, aumentando o percentual dos mesmos em 2011, porém ainda deixando a desejar sobre a realização dos mesmos, sendo que apenas 20,6% realizaram o HBsAg e 18,5% a sorologia para toxoplasmose (Gráfico 02).

Em relação ao exame anti-HIV, o estudo indicou ainda que apenas, 37,1% e 55,2% das gestantes inscritas no PHPN, nos anos de 2009 e 2011, respectivamente, realizaram o teste anti-HIV.

Conforme consta no Gráfico 03, em relação às gestantes inscritas no SISPRENATAL nos anos estudados, que realizaram 100% dos exames laboratoriais, temos apenas 10% no ano de 2009, tendo um discreto aumento no ano de 2011 para 13,5%. Comparando ao Gráfico 02

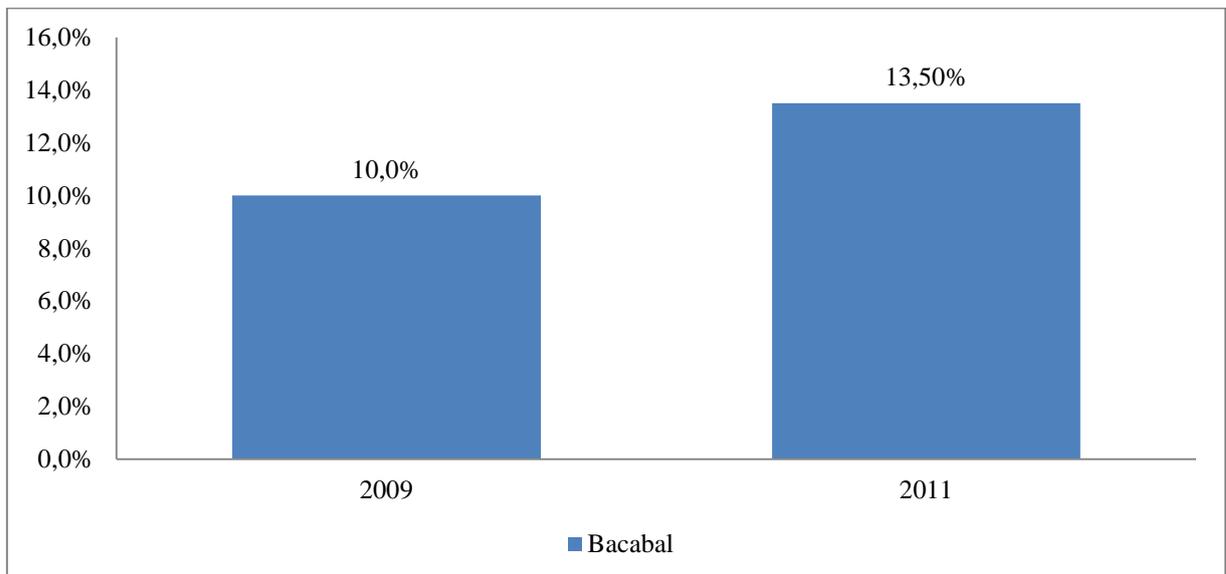
aonde tem a descrição de quais os exames realizados e seus percentuais, tem-se uma concordância ruim para todos os exames, sendo que nenhum atingiu o percentual de 100% e uma pequena parcela de mulheres que realizaram todos os exames.

Gráfico 02 - Distribuição percentual dos exames realizados no pré-natal .



Fonte: Autora, 2014.

Gráfico 03 - Distribuição percentual em relação à totalidade de exames realizados durante o pré-natal.



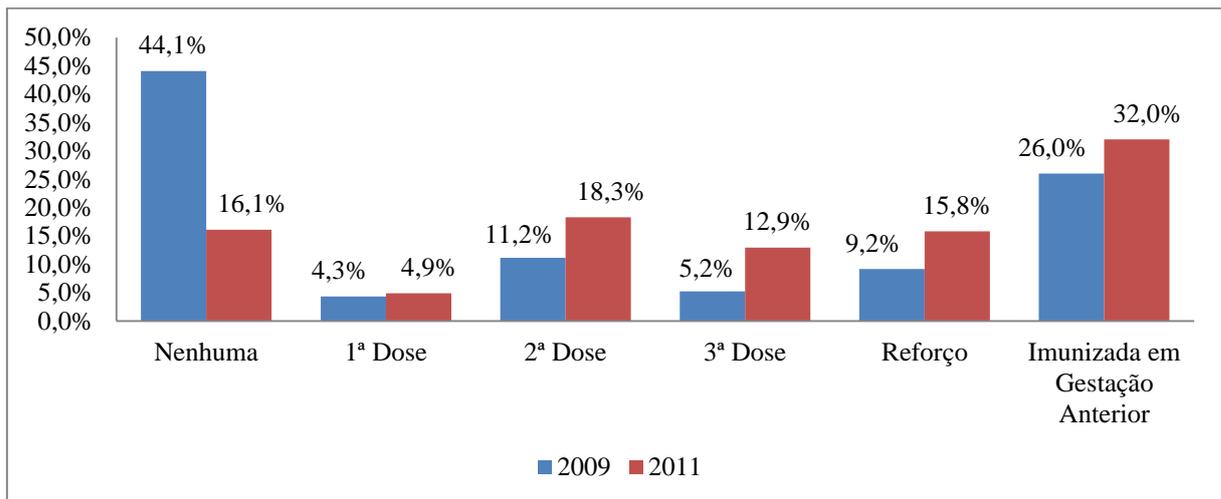
Fonte: Autora, 2014.

Analisou-se, ainda, o indicador relativo à imunização antitetânica, considerado um importante indicador da qualidade no pré-natal, sendo proposto pelo PCF, que 100% das gestantes fossem imunizadas contra o tétano. Os percentuais encontrados nesse estudo demonstram que no município de Bacabal, houve um aumento nos dois anos investigados, onde no ano de 2009, 51,6% das gestantes encontravam-se imunizada ao final do acompanhamento pré-natal, aumentando no ano de 2011 para 79% (Gráfico 04).

Constatamos ainda que a vacinação antitetânica, dose imunizante, foi administrada em apenas 25,6% e 47 % das gestantes cadastradas no SISPRENATAL, nos anos de 2009 e 2011, respectivamente (Gráfico 04).

A correlação de Pearson no Gráfico 04 nos mostra que no ano de 2009 $r = -0,75$ e no ano de 2011 $r = 0,09$ passando de moderada negativa a fraca positiva.

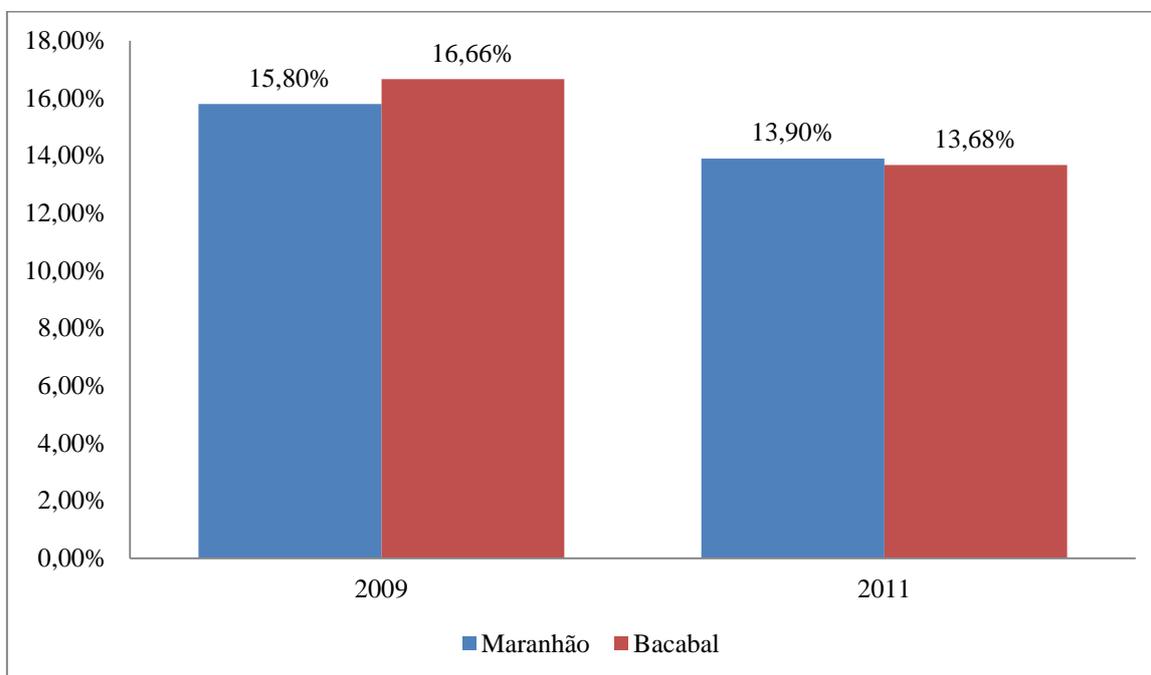
Gráfico 04 - Distribuição percentual da situação vacinal das gestantes.



Fonte: Autora, 2014.

O Gráfico 05 nos permite analisar a mortalidade infantil, indicando, valores declinantes no estado do Maranhão diminuindo de 15,80% para 13,90%, tendência semelhante no município de Bacabal, onde observou-se um decréscimo de 16,66% para 13,68%.

Gráfico 05 - Distribuição percentual do coeficiente de mortalidade infantil.



Fonte: Autora, 2014.

6 DISCUSSÃO

A seguir, apresenta-se a avaliação, das ações de pré-natal, previstas na dimensão gestação saudáveis e seguras do PCF.

Para melhor discussão dos resultados descritos no capítulo anterior, faremos a análise das alterações registradas nos indicadores avaliados.

6.1 Números de Consultas

Em relação ao indicador número de consultas realizadas durante o pré-natal, é importante notar que, para os dados compilados do SISPRENATAL, observou-se uma redução de 27,9%, comparando-se os anos de 2009 e 2011, no número de gestantes que realizaram somente uma consulta no pré-natal. No que se refere aos parâmetros preconizados pelo MS, observou-se um aumento do percentual em relação ao ano de 2009, sendo que em 2011 registrou-se um total de 8,6% gestantes realizando seis consultas. Neste mesmo ano 20%, realizaram 07 ou mais consultas demonstrando-se um aumento em relação ao número de consulta, como proposto no indicador do PCF, onde estava proposto a realização de sete ou mais consultas durante o acompanhamento pré-natal. O PHPN considera que para um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante, o município deverá desenvolver, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, dentre suas atividades, a realização de no mínimo seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2000b).

Comparando os dois anos em relação ao número de consultas, ano de 2009 antes da implantação do PCF e ano de 2011, ano em que ocorreu o seu monitoramento, alcançou-se um aumento no indicador número de consultas, tanto nas 06 consultas propostas pelo o MS, que aumentou em 6,4%, como no indicador posposto pelo o projeto, 07 ou mais consultas, que aumentou em 17,5%.

Ressalta-se, portanto a importância do acolhimento da gestante na UBS e escuta da mesma, propostas pelo o PCF, cooperando assim para o incentivo de comparecimento à UBS,

aumentando deste modo à adesão da mulher à assistência pré-natal e com isto, crescendo a oportunidade de realizar atividades educativas, contribuindo para o bom andamento da gestação bem como para um parto seguro e RN sadio, diminuindo as taxas de morbimortalidade neonatal.

É importante lembrarmos que embora tenha ocorrido este aumento, ainda existe uma longa discrepância ao total de 100% preconizados, totalizando 80% de gestantes que poderiam ter aumentando o número de consultas. Desta forma, podemos ressaltar a importância de investimento, por parte de gestores e profissionais, em projetos, programas e práticas que levem a um número maior de mulheres que adiram à assistência pré-natal, pois de acordo com FERNANDES e cols. (2011) a assistência pré-natal é um momento oportuno para acolher a mulher, assegurando a proteção durante a gravidez, sendo que a consulta apresenta-se como uma ferramenta que possibilita a extensão da cobertura e melhoria da qualidade, principalmente por introdução das ações preventivas e promocionais à saúde da gestante.

Sendo assim, para que ocorra um pré-natal de qualidade, PEIXOTO e cols., (2011) afirmam que é importante que os serviços e profissionais de saúde estejam preparados para receber as gestantes, fornecendo uma assistência pré-natal completa e de qualidade, levando o profissional que a recebe a estar atento a uma diversidade de fatores de ordem emocional, econômica e familiar, visto que estes podem influenciar na adesão da mulher à consulta PN e, conseqüentemente, na qualidade do acompanhamento.

O indicador, proposto pelo o PCF, de aumento do número de consultas para 07 ou mais, se deu visando melhorar a qualidade da assistência prestada. Os dados encontrados em nosso estudo assemelham-se aos demonstrados por MOURA e cols. (2003), em um estudo realizado em Baturité (CE), analisando o mesmo número de consultas e utilizando como fonte de dados o SINASC, apontou que apenas 18% das gestantes realizaram 07 ou mais consultas. Entretanto, contrapondo-se aos nossos dados e ao percentual descrito por VICTORA e cols. (2010), apud ANDREUCCI e CECATTI (2011a), em estudo realizado em Pelotas (RS), utilizando como fonte entrevistas em puérperas através de questionário estruturado, apontou que 70,4% das mulheres fizeram 07 ou mais consultas (ANDREUCCI e CECATTI, 2011b). Embora os três estudos tivessem fonte de dados diferentes, os três utilizaram um indicador maior que o proposto pelo o MS em relação ao número de consulta para adequação da qualidade, ressalta-se então a importância da escuta atenta as gestantes, transmitindo às mesmas, confiança e apoio para que ocorra a adesão á assistência pré-natal, pois para o

sucesso da assistência é essencial a adesão das mulheres ao pré-natal. Importante enfatizar que a adesão está diretamente ligada à qualidade da assistência prestada pelos profissionais e serviços de saúde, tornando-se essencial para redução da mortalidade neonatal, sendo portando a consulta pré-natal de suma importância para se realizar orientações e detectar intercorrências, otimizando um parto seguro, gerando um conceito saudável, sendo essencial para esta melhoria, principalmente na região nordeste, políticas próprias que assegurem a redução da mortalidade materna e neonatal.

A correlação de Pearson para os dois anos foram forte negativas, ou seja, à medida que aumentou o número de consultas, diminuiu o número de gestantes que aderiram à consulta, melhorando o indicador, porém não se tornando uma relação forte, evidenciando mais uma vez a importância de investirmos em atividades que busquem aumentar o número de consultas, devendo as MDI's serem cada vez mais utilizadas, visando aumentar este indicador e com isto a qualidade da assistência prestada.

6.2 Idade Gestacional no Início do Pré-Natal

Nota-se neste estudo, em relação ao indicador idade gestacional em que se iniciou a assistência pré-natal, o cumprimento do indicador proposto pelo o PCF. Houve um aumento de 54,8% no número de pré-natal iniciado no primeiro trimestre, comparando-se os anos de 2009 e 2011. Supõe-se então que os profissionais envolvidos na ESF bem como no PCF, realizaram a identificação precoce da gestante, identificando a casa com uma placa cuidado gerando vida, bem como realizaram o acolhimento e escuta da mesma, incentivando assim a consulta pré-natal, atividades estas, propostas pelo o PCF para o cumprimento deste indicador. O mesmo já foi proposto em atividades anteriores ao projeto, sendo a primeira atividade proposta pelo o PHPN como condição para o adequado acompanhamento pré-natal, realizar a primeira consulta até o 4º mês de gestação (BRASIL, 2000b).

TREVISAN e cols. (2002) ressaltam como de extrema importância para a saúde das mulheres e dos recém-nascidos a captação precoce das gestantes, pois possibilita a identificação antecipada das gestações de risco, bem como a realização das intervenções necessárias.

Nesse contexto o MS em 2011 através da rede cegonha, reforça no componente pré-natal que a realização do PN na UBS deve acontecer com captação precoce da gestante e qualificação da atenção. Percebe-se então, que em vários momentos tem sido ressaltada a

importância desse início em até 120 dias de gestação, do acompanhamento pré-natal, pois o não cumprimento desta atividade causa prejuízo em toda a assistência, reduzindo assim, a possibilidade de realizar 06 ou mais consultas, realizar todos os exames laboratoriais e 02 doses de vacina antitetânica, como preconiza o MS (BRASIL, 2011).

Entretanto, no município estudado, em especial no ano de 2009, essa captação da gestante pelos serviços públicos de saúde mostrou-se deficitária, melhorando após a implantação do PCF. A discrepância observada entre os anos estudados nos leva cada vez mais a acreditar que, apesar das melhorias da assistência, ainda existem grandes lacunas no acompanhamento pré-natal, não pela inexistência de políticas próprias que incentivem esta atividade, mas por falta de adesão as estas políticas e a práticas de saúde inovadoras, que induzam os serviços a assumirem como responsabilidade a busca ativa de gestantes. Ressalta-se que esta atividade é uma condição essencial para a qualidade da assistência, reduzindo assim os elevado índices de mortalidade materna e neonatal, possibilitando a identificação das condições de risco bem como o planejamento da assistência, permitindo a realização de práticas educativas desde o início do pré-natal.

As práticas educativas quando realizadas desde o início da assistência, de maneira correta, podem influenciar na adesão da mulher ao pré-natal, bem como a qualidade da assistência, resultando em melhor qualidade.

Nesse aspecto PEIXOTO e cols. (2011), destacam que o início do pré-natal precoce permite a abordagem de várias temáticas educativas durante o pré-natal como: orientar quanto à importância PN, cuidados de higiene, realização de atividade física, nutrição, aspectos sobre desenvolvimento da gestação. Tais orientações são fundamentais para a vivência tranquila e saudável do período gestacional, desenvolvimento de uma gestação segura e recém-nascido saudável.

Entretanto, este início precoce do pré-natal possui um percentual diferenciado, dependendo do município analisado, como é possível perceber nos seguintes estudos: COUTINHO e cols. (2003), em estudo realizado em Juiz de Fora (MG), demonstrou que 29,7% das gestantes iniciaram o pré-natal precocemente; TREVISAN e cols. (2002) em Caxias do Sul (RS) encontrou um percentual de 34,7% e CARVALHO e ARAÚJO (2007) demonstraram que 65% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre (LAGO e LIMA, 2009 apud OLIVEIRA, 2012).

SERRUYA e cols. (2004a), em estudo realizado em todo o País, demonstraram que 90% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL, iniciaram a assistência em até 120 dias de amenorréia.

Apesar do indicador que associa o início do pré-natal ter mostrado aumento ao longo do período estudado, o indicador início do pré-natal precoce ainda é baixo. Dentre os prejuízos causados a qualidade da assistência, por não haver esse início em até 120 dias de amenorréia, destaca-se: atendimento do pré-natal sem solicitação e/ou realização de exames laboratoriais, número baixo de consultas não permitindo o desenvolvimento de práticas educativas, baixo cobertura da imunização antitetânica por não haver tempo oportuno de realizar a segunda dose até 20 dias antes do parto, comprometendo assim a qualidade da assistência.

6.3 Exames Laboratoriais

De um modo geral, a realização dos exames laboratoriais demonstra a qualidade da assistência tendo como indicador 100% de exames laboratoriais realizados no pré-natal. Enfatiza-se aqui a importância da realização de todos os exames em igual proporção melhorando a qualidade da assistência pré-natal através do indicador 100% dos exames realizado proposto tanto pelo o PHPN como pelo PCF, sendo notório que tais exames são de grande importância para prevenção e tratamento de complicações à saúde materno-fetal.

Os exames apontados na presente pesquisa são aqueles registrados no SISPRENATAL, pois na ficha de acompanhamento da gestante vem o nome de tais exames para o profissional marcar aqueles que a gestante apresenta o resultado, devendo ser repassado ao sistema de informação para atualização do sistema. Através da portaria GM 569 de 2000, o PHPN institui que para o adequado acompanhamento pré-natal deverá ser realizado os seguintes exames: ABO-Rh, EAS, glicemia em jejum, VDRL, Hb/ht, e anti HIV (BRASIL, 2000b). O manual técnico “Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada para a garantia da qualidade da assistência” acrescenta, ainda, a recomendação da solicitação da sorologia para hepatite B (HBsAg) e sorologia para toxoplasmose, aonde houver disponibilidade para realização (BRASIL, 2006). O município estudado, encontra-se na gestão plena da assistência, ficando estabelecido que tais exames devem ser disponibilizados. No entanto, observamos que apenas uma pequena parcela das gestantes realizaram tais exames.

Ressalta-se a importância da realização de tais exames. Em relação à hepatite B, o vírus é transmitido frequentemente da mãe para o filho, ocorrendo, a transmissão, geralmente no

momento do parto, com cronificação de 90% dos casos de recém-nascidos infectados, Desta forma, o rastreamento para hepatite B deve ocorrer na primeira consulta, como preconizado pelo MS, para proceder a vacinação para as grávidas, quando em risco aumentado para a doença, devendo ser realizado novo rastreamento antes do parto ou no momento deste, no ato da admissão hospitalar. Para as gestantes que apresentem HBsAg reagente, os recém-nascidos devem receber a primeira dose de vacina contra hepatite B e imunoglobulina nas primeiras 12 horas pós parto e, posteriormente ar seguimento ao esquema recomendado (GANS e cols., 2009). Portanto, reconhecendo a importância do rastreamento na gravidez devido aos altos riscos para o recém-nascido em desenvolver e cronificar a doença, percebe-se a necessidade do município estudado melhorar, através de ações e da oferta da sorologia para hepatite B, os percentuais da realização de tal exame.

De igual modo, percebe-se a importância da realização da sorologia para toxoplasmose na gestação, devendo os profissionais da ESF solicitarem o exame, incentivarem a gestante a realização e o município oferecer gratuitamente, pois existe a possibilidade de infecção congênita, muitas vezes com consequências graves ou até mesmo letal. Apesar da maioria dos recém-nascidos infectados não apresentarem sintomas, quase todos desenvolverão sequelas após o nascimento, incluindo a coriorretinite, o retardo mental e uma moderada perda da audição, sendo, portanto, motivo de preocupação aos profissionais de saúde e sociedade. Então, diante da gravidade da doença congênita, torna-se fundamental o início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação associado à solicitação e realização da sorologia para toxoplasmose possibilitando a identificação precoce de gestantes primo-infectadas durante a gestação, para realizar o tratamento adequado, tendo maiores chances de evitar ou reduzir sequelas ao RN (MARGONATO e cols., 2007 e VARELLA e cols., 2003).

FIRMO e cols. (2012), em estudo realizado no município de Lago Verde (MA), cidade pertencente a regional de saúde de Bacabal, tendo como gestão de saúde a gestão básica e como fonte de dados da pesquisa, entrevistas realizadas com as gestantes, mostrou os seguintes percentuais em relação à realização de exames: 83% das gestantes entrevistadas realizaram hemograma completo, 73% realizaram exame de glicemia e VDRL, 72% realizaram EAS, 64% ABO/Rh; 34% Anti-HIV; 7% sorologia para toxoplasmose e 12% sorologia para hepatite B.

Ressalta-se aqui a discrepância entre os dados descritos por FIRMO e cols. (2012) e àqueles encontrados em nosso estudo, com percentuais menores no município de Bacabal em relação a exames considerados essenciais no desenvolvimento da gestação, tais como:

hemograma, glicemia, EAS, tipagem sanguínea e fator Rh. Este fato nos leva a repensar nas atividades que estão sendo realizadas em Bacabal, pois o município desde 1998 assumiu a gestão plena do seu sistema de saúde, aprovado pela NOB/96, passando a partir de então, a gerenciar além das ações de atenção básica, os procedimentos de Média Complexidade I, II e III, programas SIH/SIA-SUS e todos os recursos repassados fundo a fundo referentes à Atenção Básica, Média Complexidade e outras atividades à gestão do sistema. Portanto, é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, a disponibilização e a garantia de realização de tais exames através do SUS.

De acordo com RODRIGUES (2007), os exames mais importantes, realizados, em toda a rede pública, são hemograma completo, na avaliação da anemia e de possíveis infecções; glicemia, pesquisando a existência de diabetes *mellitus*; tipagem sanguínea; EAS para detecção de infecção urinária e urinocultura e teste de sensibilidade aos antibióticos-TSA, para identificação da bactéria causadora da infecção, assim como a que tipo de antibiótico ela se mostra sensível; sorologia para sífilis (VDRL) que, se positiva, a gestante deverá ser tratada com penicilina, podendo afastar o risco de transmissão; sorologia para toxoplasmose; sorologia para hepatite B; Elisa-Anti-HIV, devendo o município melhorar os indicadores de saúde em relação ao pré-natal, referente a realização destes exames laboratoriais, aumentando a cobertura para 100%, bem como a disponibilidade para realização dos mesmos.

A realização do exame anti-HIV, representa um importante indicador da assistência pré-natal, devendo ter sua cobertura aumentada no município em estudo, pois o MS recomenda que o teste anti-HIV seja oferecido a todas as gestantes, devendo ser sempre voluntário e confidencial (BRASIL, 2000a). Segundo o Sistema de Agravos de Notificação Compulsória-SINAN, nos últimos 10 anos foram notificados no município de Bacabal 133 casos de AIDS, sendo 23 em gestantes. Conforme NASCIMENTO e cols. (2007) apud ANDREUCCI e CECATTI (2011a), caso as gestantes infectadas pelo vírus HIV recebam tratamento adequado, o risco de transmissão para o bebê pode ser reduzido para cerca de 2%. Logo, o papel de aconselhamento, no que diz respeito à realização do teste anti-HIV pelas gestantes, deve ser exercido pelos profissionais de saúde da atenção básica e média complexidade, devendo os serviços de saúde oferecer e garantir a realização deste exame.

Outro aspecto a se considerar é que concomitantemente, à realização individual de cada exame laboratorial, está o cumprimento do indicador 100% de exames laboratoriais realizados, sendo demonstrado neste estudo, uma baixa cobertura dos exames individualmente, refletindo também baixa cobertura do referido indicador.

Comparando-se com o estudo de TREVISAN e cols. (2002) aonde 44,3% das mulheres realizaram todos os exames laboratoriais observa-se uma acentuada discrepância com os resultados encontrados no presente estudo. Deve-se considerar que este achado pode estar relacionado a diversos fatores, dentre os quais podemos destacar: a baixa oferta do município na realização dos exames laboratoriais através do SUS, a dificuldade em conseguir agendar os mesmos, a falta de preenchimento dos profissionais nas fichas de acompanhamento no pré-natal, bem como a falta de informação do sistema, tornando-se importante a realização de estudos que testem a concordância com outras fontes de informação.

Neste âmbito, pode-se supor que apenas um pequeno percentual de mulheres conseguiu realizar os exames pelo o SUS ou rede particular, sendo um percentual notável que não realizou todos os exames preconizados para uma gestação segura e conceito saudável, concordando com ALMEIDA e TANAKA (2009) que evidenciam como a organização dos serviços e oferta de procedimentos influenciam na realização ou não dos exames propostos.

SANTOS NETO e cols. (2012) fazem uma suposição de que tanto a oferta de procedimentos como a organização dos serviços de saúde possam estar envolvidos na baixa cobertura de exames laboratoriais, pois se por um lado pode haver deficiência na organização dos serviços de saúde com oferta insuficiente de exames, por outro os profissionais envolvidos na assistência pré-natal precisam incentivar uma cobrança social de responsabilidade, para que as gestantes assumam uma postura de autocuidado, fazendo com que estas tenham a sensação do dever cumprido durante a gestação, visando um RN saudável e com isso reduzindo as taxas de mortalidade infantil.

6.4 Imunização Antitetânica

Considerando a imunização antitetânica, destacamos que para atingirmos o indicador de 100% das gestantes imunizadas é necessário ser aplicado, durante o acompanhamento pré-natal, à dose de reforço em mulheres já imunizadas anteriormente, ou duas doses do esquema recomendado (SERRUYA e cols., 2004a).

Evidenciamos neste estudo, um acréscimo do percentual de gestantes imunizadas contra tétano, porém constata-se um descuido com a prevenção do tétano neonatal, encontrando-se abaixo da média pactuada nos dois anos, que de acordo com o PNI foi 95% não atingindo, também, o indicador proposto pelo PCF, que era de 100% das gestantes imunizadas. Estes dados tornam-se ainda mais alarmantes quando consideramos a aplicação

da dose imunizante que no ano de 2009 foi apenas de 25,6% e no ano de 2011 igual a 47%. Entretanto, o percentual de gestantes imunizadas contra o tétano encontra-se mais elevado, considerando que algumas mulheres encontravam-se imunizadas anteriormente. Importante enfatizar que deve existir maior incentivo, encaminhamento, administração do imunobiológico bem como o registro no SISPRENATAL e outras fontes de informação dos profissionais de saúde em relação à imunização da gestante, devendo 100% das mulheres que iniciarem o acompanhamento pré-natal, receberem dose imunizante contra o tétano.

FERNANDES e cols. (2011) salientam que para a qualidade da atenção pré-natal, precisa ocorrer a investigação da história pregressa de vacinação da gestante e administração de doses necessárias em gestantes que não tenham vacinação prévia ou que possuam esquema vacinal incompleto, sendo considerada imunizada com no mínimo duas doses, sendo que a segunda dose deve ser realizada até vinte dias antes do parto.

Destacamos aqui o percentual de 44,1% de gestantes que no ano de 2009 não receberam nenhuma dose do imunobiológico, e questionamos tanto a qualidade da assistência, como a qualidade dos registros no SISPRENATAL, considerando que este visa oferecer informações em saúde durante o pré-natal para a avaliação do cuidado, deixando, portanto essa lacuna na qualidade da assistência, em relação à imunização antitetânica.

Em estudo realizado por NASCIMENTO e cols. (2007), utilizando a mesma fonte de dados, o SISPRENATAL, constatamos que em Salvador (BA) 33,5% das gestantes encontravam-se imunizadas ao final do pré-natal, enquanto que no município de José de Freitas (PI), em estudo realizado por SANTANA (2010), demonstrou-se que 75,88% das gestantes encontravam-se imunizadas. Os resultados do último estudo foram semelhantes aos da presente pesquisa, o que leva-nos a acreditar que com o passar dos anos medidas intervencionistas têm sido realizadas na perspectiva de melhorar a qualidade da atenção pré-natal através da administração dos imunobiológicos, bem como melhorar o registro das informações na fonte de dados.

A correlação de Pearson para a imunização antitetânica mostrou uma melhora, porém destacamos a necessidade de intervenções que amplie ainda mais o número de gestantes imunizadas, pois com a implantação da ESF, a vacinação antitetânica está disponível em todas as unidades básica de saúde do município, seja através de sala de vacina fixa ou virtual. Ainda assim, existe um número importante de mulheres que não receberam nenhuma dose de vacina e um número que não é corretamente imunizada. Ainda que os casos de tétano tenham declinado em todas as regiões, principalmente pelo o aumento da cobertura hospitalar ao parto

e da vacinação sistemática na gestante e em mulheres em idade fértil, é necessário o investimento contínuo na melhoria da cobertura vacinal (GRANJEIRO e cols., 2008). Sendo assim, espera-se que as equipes de saúde da família do município de Bacabal através da MDI's, vacinem as gestantes, atingindo 100% das mulheres cadastradas no SISPRENATAL, e assim, permaneça a ausência de casos de tétano neonatal no município, contribuindo para a redução da morbimortalidade infantil.

6.5 Coeficiente de Mortalidade Infantil

De modo geral, para melhoria do coeficiente de mortalidade infantil é necessário compararmos os indicadores analisados neste estudo, aonde deparamo-nos com a melhora em todos eles. Observamos que o início mais precoce do pré-natal, repercutiu em um aumento no número de consultas realizadas, aumento nos percentuais de realização de exames laboratoriais (ABO/Rh, VDRL, EAS, glicemia em jejum, hemograma, anti-HIV, HBsAg, sorologia para toxoplasmose), aumentando também o número de gestantes imunizadas contra o tétano.

Acredita-se, portanto, que a melhoria de tais indicadores refletiram positivamente na diminuição da mortalidade infantil, expressado pelo PCF. Salienta-se a importância das atividades educativas durante o acompanhamento pré-natal, para conscientização das grávidas a cerca da importância do início precoce do pré-natal, da realização de exames e de sua situação vacinal, garantindo assim, uma gestação saudável e segura e um conceito sadio, partindo-se sempre do pressuposto que é preciso nascer vivo para poder contar estatisticamente.

Com a melhora dos indicadores anteriormente citado, enfatiza-se a importância das ações de saúde, para a tendência decrescente da mortalidade infantil, bem como o comprometimento do profissional de saúde que assiste a gestante, pois conforme ARAÚJO (2000) a mortalidade infantil, sobretudo do neonato, resulta de uma estreita e complexa relação entre variáveis da assistência à saúde, tendo assim uma redução lenta. Isto nos leva a acreditar que cada vez mais, deve-se investir em ações e políticas de saúde voltadas para a melhoria da assistência pré-natal, pois apesar da diminuição dos coeficientes de mortalidade infantil observados neste estudo, ela ainda representa um importante problema de saúde pública.

Relacionando os valores descritos em nosso estudo, nota-se que tanto no Estado como no município temos uma classificação do CMI como baixo, conforme classifica PEREIRA (1995), os valores encontrados abaixo de 20 são considerados como baixo; entre 20 e 49 como médio e acima de 50 por mil são considerados altos, devendo a redução acontecer cada vez mais. Porém como o CMI reflete de uma maneira geral as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção da saúde materna e da população infantil, torna-se necessário a avaliação de políticas de saúde voltadas para atenção pré-natal estimando assim o risco de nascidos vivos durante o primeiro ano de vida (PEREIRA, 1995).

Em se tratando de mortalidade infantil, na presente pesquisa relacionou-se os cuidados pré-natais ao CMI. Fazendo-se um comparativo entre o número de gestantes que realizaram 07 ou mais consultas, nos anos de 2009 e 2011, observou-se um aumento de 13,5%.

Em relação ao comparecimento a consultas pré-natal, GOMES (1997) reforça que o comparecimento da gestante a consulta, caso adequadamente conduzido e iniciado precocemente, pode detectar doenças maternas ou fetais que eventualmente podem melhorar o prognóstico ou possibilidades de sobrevivência do recém-nascido, melhorando assim o indicador de mortalidade infantil. Face ao momento político vivenciado no Município, nos anos de estudo, pode-se considerar satisfatório o aumento do início do pré-natal no primeiro trimestre que passou de 11,7% para 66,5%.

SANTOS e cols. (2010) em um estudo sobre a mortalidade infantil no Brasil, apontam que a adequada assistência a gravidez é decisiva para a detecção de condições adversas a gestação e, conseqüentemente para o aumento da chance de sobrevivência do RN, destacando ainda que a ESF representa uma iniciativa para a expansão da atenção a saúde de maior qualidade no pré-natal.

Além do número de consultas e início do pré-natal precoce, considera-se também a realização de exames laboratoriais como marcadores da qualidade da assistência pré-natal, verificando-se houve um aumento tanto no percentual individual de realização de cada exame, como no número de gestantes que realizaram todos os exames. SCHOEPS e cols. (2007) afirmam que a solicitação de exames complementares na gravidez e, posterior realização dos mesmos, estão associadas com aumento ou redução dos óbitos neonatais, melhorando, portanto este indicador. Ainda que este critério represente apenas parcialmente a qualidade da assistência, este se mostra um indicador sensível à melhoria do CMI.

Neste estudo também observamos um aumento no percentual de gestantes imunizadas, outro fator que reflete a qualidade da assistência pré-natal. Estudos realizados por PEIXOTO e cols. (2010) apontam a imunização antitetânica como ponto positivo para adequada assistência pré-natal. Nesse estudo, encontramos um aumento no número de gestantes imunizadas, diminuindo assim a incidência de tétano neonatal, fator que pode ser apontado como redutor da mortalidade infantil.

É previsível então, através dos resultados obtidos neste estudo, que as ações propostas pelo o PCF influenciaram positivamente nos indicadores de qualidade da assistência pré-natal, corroborando assim para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, bem como para a melhoria da qualidade das ações e serviços prestados, refletindo-se na melhora dos coeficientes de mortalidade infantil.

7 CONCLUSÕES

A avaliação do resultado das ações de pré-natal na dimensão gestação saudável e seguro do Projeto Cuidando do Futuro, no município de Bacabal-MA, mostrou que houve uma melhora nos indicadores propostos pelo o PHPN e pelo PCF comparando-se os anos de 2009, um ano antes da implantação e consolidação do projeto, e o ano de 2011, ano de monitoramento do projeto. Porém, foi observado que muito ainda precisa ser feito para garantir as gestantes um pré-natal de qualidade, uma vez que ainda existe um número significativo de gestantes que realizam a quantidade mínima de consultas proposta como indicador de qualidade de uma assistência adequada.

Nesse panorama, pode-se perceber que gestantes ainda iniciam a assistência pré-natal no segundo e terceiro trimestre gestacional, fato este que impossibilita aumentar o número de consultas, bem como realizar os exames preconizados e identificar precocemente intercorrências que possam comprometer o nascimento de um RN saudável, diminuindo assim a mortalidade neonatal e, conseqüentemente, melhorando os índices de mortalidade infantil.

Porém, evidenciou-se que a realização de exames essenciais e a imunização das gestantes contra o tétano, por exemplo, ainda têm pouca realização no município. Estas situações poderiam ser reduzidas através de intervenções administrativas em nível municipal em parcerias com os profissionais de saúde que compõem a atenção primária, pois a redução da mortalidade infantil está fortemente ligada com as ações desenvolvidas pela ESF, que apesar de ser observado melhorias no ano de 2011, em comparação ao ano de 2009, ainda necessita de avanços para um modelo adequado de atenção básica.

Tais fatos nos despertam para o incentivo das ações educativas e empoderamento comunitário proposto como atividades do PCF para alcançar a redução da mortalidade infantil através das ações de pré-natal. Dessa forma, os resultados da pesquisa sugerem reflexões sobre o papel do profissional que acompanha esta gestante, considerando que o principal desafio dos profissionais está na transformação de suas atitudes, devendo este, a cada dia,

estar disposto a adotar novas ideias incorporando as MDI's para redução da mortalidade infantil.

A discrepância entre alguns indicadores nos dois anos estudados leva a acreditar que o impacto gerado pelas atividades propostas pelo o PCF na dimensão gestação saudável e segura contribuiu para a melhoria da qualidade pré-natal reduzindo-se a mortalidade infantil.

Espera-se que este estudo possibilite uma reflexão crítica sobre como se tem pensado a redução da mortalidade infantil, sobretudo do neonato, permitindo assim ao profissional envolvido no cuidado a gestante, implantar cada vez mais as atividades propostas pelo o PCF, criando parceiros na comunidade aonde todos os protagonistas envolvidos formem um grande movimento de empoderamento comunitário e assim consigam exercer algum controle social, cobrando dos gestores investimentos em políticas de saúde, aonde se invista cada vez mais em planejamento de capacitações nos níveis de atenção a saúde. Assim, os resultados das atividades realizadas poderão nortear a prática da assistência pré-natal, contribuindo para a redução da mortalidade infantil através do desenvolvimento de ações compartilhadas entre os profissionais e as gestantes.

Todavia, não se pretende concluir ou finalizar o estudo, pois espera-se que os resultados encontrados possam subsidiar futuras investigações, a despeito da redução da mortalidade infantil através da qualidade da assistência pré-natal, não apenas no âmbito municipal, mais em todos os municípios do estado do Maranhão envolvidos no PCF, pois assim como no município de Bacabal, observou-se um impacto positivo na redução da mortalidade infantil. Espera-se, pela magnitude e importância do PCF, inspirar os gestores a continuar investindo na capacitação profissional, melhoria dos serviços de saúde para que possam garantir a utilização de tecnologias simplificadas e viáveis sob o ponto de vista econômico, visando coeficientes de mortalidade infantil cada vez mais baixo.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, L.B.S.P. **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: Manole, 2007.

ARAÚJO, F.M. **Ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar nas Unidades de saúde da Família do Município de Campina Grande-PB**. 71f. 2004. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Campina Grande, 2004.

ARAÚJO, B.F.; BOZZETTI, M.C.; TANAKA, A.C.A. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: Um estudo de coorte. **Jornal de Pediatria**. v. 76, n. 3, p. 200-206, 2000.

ALMEIDA, C.A.L.; TANAKA, O.Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**. v. 43. p. 98-104, 2009.

ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, G.J. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev. Saúde Pública**. v. 5, n. 45, p. 854-863, 2011a.

ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, G.J. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do pré-natal e nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde pública**. v. 27, n. 6, p. 1053-1062, 2011b.

BARSTED, L.A.L. Em Busca do tempo perdido: Mulheres e Políticas Públicas no Brasil 1983-1993. **Estudos Feministas**. v. 2, p. 38-54, 1994.

BUCHABQUI, J.A.; ABEICHE, A.M.; BRIETZKE, E. Assistência pré-natal. In: **Rotinas em obstetrícia**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed. p. 23-37. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: **atenção qualificada e humanizada**. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de ações programáticas Estratégicas. Manual Técnico. 3 ed. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização do parto: **humanização do pré-natal e nascimento**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: **Informações para gestores e técnicos**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária da Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas: **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária da Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas: **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Princípios e diretrizes**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n 569, de 1º de Junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**, no âmbito do Sistema único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de agosto de 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas Públicas. Departamento de Gestão de Políticas e Estratégias. **Assistência Pré-Natal: Manual Técnico**. Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.459 de 24 de Junho de 2011. **Institui no âmbito do sistema único de saúde-SUS a Rede Cegonha**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à gestante e à puérpera no SUS–SP: **Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério**. São Paulo: SES/SP. 2010.

BRASIL. DATASUS. **Departamento de informática do SUS do Ministério da saúde**. Disponível em: <<http://www.Datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 20 jul 2013.

COSTA, A.M.; AQUINO, E.L. Saúde da Mulher na reforma Sanitária. In: COSTA, A.M.; MERCHAN, H.E.; TAJE, D. Organizadores. Saúde, Equidade e gênero: **um desafio para as políticas públicas**. Brasília-DF: Universidade de Brasília, p.181-202, 2000.

COSTA, A.M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 14, n.4, p. 1073-1083, 2009.

CRUZ, L.C.V.; SILVA, M.H.B. **A Importância do Sistema de Informação Sisprenatal para a População do Município de Gália/SP**. Tecnologia em Informática para a Gestão de Negócios. Faculdade de Tecnologia de Garça (FATEC). Garça-SP-Brasil. 2010.

COOPER, D.R.; SCHINDLER, P.S. **Métodos de pesquisa em Administração**. 7 ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.

DUARTE, C.M.R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: Revisão da literatura sobre a última década. **Caderno Saúde Pública**. v. 7, n. 23, p.1511-1528, 2007.

DUARTE, S.J.H.; ANDRADE, S.M.O. O Significado do pré-natal para mulheres grávidas: experiência no Município de Campo Grande. **Saúde Soc.** v. 17, n. 2, p. 132-139, 2008.

FORMIGA FILHO, J.F.N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: **dilema e desafios**. São Paulo: Hucitec/Population Council, p. 151-62, 1999.

FAJARDO, S. **SISPRENATAL: manual de preenchimento do formulário de cadastro e consulta, exames e vacina**. 2007.

FERNANDES, B.M.; ANDRADE, A.M.; RIBEIRO, L.C. Avaliação do pré-natal de risco habitual realizado por enfermeiras obstetra de uma casa de parto. **Recom.** v, 1, n. 1. p. 17-29, 2011.

FREITAS, G.L.; VASCONCELOS, C.T.M.; MOURA, E.R.F.; PINHEIRO, A.K.B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009.

FREITAS, F. **Rotinas em Obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed. 2001.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. Desvendando os ministérios do coeficiente de correlação de Pearson (r)*. **Revista Política Hoje**, v.18, n. 1, p.115-146, 2009.

FIRMO, W.C.A.; PAREDES, A.O.; ALMEIDA, A.C.; CAMPOS, M.C.; PIMENTEL, M.I.C.; PONTES, S.R.S. Perfil dos exames laboratoriais realizados por gestantes atendidas no Centro de Saúde de Lago Verde, Maranhão, Brasil. **J Manag Prim Health Care.** v. 4, n. 2, p. 77-86, 2013.

GANS, R.S.; OLIVEIRA, M.A.; SANTOS, A.P.; BORGES, C.L.; SILVA, F.M. **Marcadores sorológicos de hepatite b em gestantes de uma unidade de saúde em ponta grossa**. 11.º CONEX – Apresentação Oral-Resumo Expandido, 2009.

GENEROSO, M.L.; NADALETE, L.G. A Importância da Assistência pré-natal: **uma análise realizada na Unidade Básica de Saúde do município de Ribeirão do Pinhal-PR**. 2010.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1995. 2007.

GRANJEIRO, G.R.; DIÓGENES, M.A.R.; MOURA, E.R.F. Atenção Pré-natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores do processo do SISPRENATAL. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 42, n.1, p.105-111, 2008.

GOMES, J.O. Mortalidade infantil em municípios da região centro-oeste paulista, Brasil, 1990 a 1992. **Rev. Saúde Pública.** v. 31, n. 4, p. 330-341, 1997.

HILLESHEIM, B.; SOMAVILLA, V.C.; DHEIN, G.; LARA, L. Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. **Psicologia em Revista**, v. 15, n. 1, p.196-211, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. 2010. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao>. Acesso em: 12 jan 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores**. 2013. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#indicadores>. Acesso em: 19 fev 2014.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; CÉSAR, C.C.; MONTEIRO NETO, L.C.; LEAL, M.C. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n.1, p. 117-130, 2006.

LANSKY, S.; SUBRAMANIAN, S.V.; FRANÇA, E.; KAWACHI, I. Higher perinatal mortality in National Public Health System hospitals in Belo Horizonte, Brazil, 1999: a compositional or contextual effect? **BLOG.**, v. 114, n. 10, p. 1240-1245, 2007.

LEÃO, E.M.; MARINHO, L.F.B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Promoção da saúde**. p. 31-36, [2000].

MARANHÃO, A.G.K.; JOAQUIM, M.M.C.; KALUME, P.; CASTILO, O.; LEAL, M.C. Mortalidade Perinatal e neonatal no Brasil. **Tema Radis**. v. 17, p. 6-17, 1999.

MARANHÃO. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Adjunta de Atenção Primária de Saúde. **Termo de Adesão dos Municípios Contemplados pelo o projeto Cuidando do futuro**. São Luís: SEDES/SES, 2009.

MARANHÃO. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Adjunta de Atenção Primária de Saúde. **Maneiras Diferentes e Inovadoras para Reduzir a Mortalidade Infantil no Maranhão**. São Luís: SEDES/SES, 2010.

MARANHÃO. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Adjunta de Atenção Primária de Saúde. **Relatório final de atividades técnicas do Projeto para redução da mortalidade infantil no Maranhão- Cuidando do futuro**. São Luís: SEDES/SES, 2011.

MARGONATO, F.B.; SILVA, A.M.R.; SOARE, D.A.; AMRAL, D.A.; PETRIS, A.J. Toxoplasmose na gestação: diagnóstico, tratamento e importância de protocolo clínico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. v.7, n .4, p. 381-386, 2007.

MOURA, E.R.F.; HOLANDA JÚNIOR, F.; RODRIGUES, M.S.P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n.6, p.1791-1799, 2003.

NASCIMENTO, E.R.; PAIVA, M.S.; RODRIGUES, Q.P. Avaliação da Cobertura e indicadores do programa de humanização do pré-natal e nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 7, n. 2, 2007.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: Um Marco na Abordagem da saúde Reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.14, n. 1, p. 25-32, 1998.

OLIVERIA, R.B.; MELO, E.C.; KNUPP, V.M.A.O. Perfil dos obtidos infantis no município do Rio de Janeiro segundo peso ao nascer, no ano de 2002. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 12, n. 1, p. 25-29, 2008.

OLIVEIRA, F.S. **Assistência Pré-natal realizada por enfermeiras da rede pública de saúde do Rio Grande, Rio Grande do Sul: Um estudo avaliativo.** 131f. 2012. Dissertação (Pós-Graduação em enfermagem). Universidade federal do Rio Grande (UFRG). Rio Grande, 2012.

PASSOS, A.A.; MOURA, E.R.F. Indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento no Ceará, Brasil: análise da serie histórica 2001-2006. **Cad Saúde Pública.** v. 24, p. 1572-1580, 2008.

PEDROSA, L.D.C.O.; SARINHO, S.W.; ORDONHA, M.A.R. Óbitos neonatais: por que e como informar?. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** v.5, n. 4, p. 411-418, 2003.

PEREIRA, M.G. Mortalidade. In: **Epidemiologia: teórica e prática.** Guanabara Koognan, Rio de Janeiro, 1995.

PEIXOTO, C.R.; FREITAS, L.V.; TELES, L.M.R.; CAMPOS, F.C.; PAULA, P.F.; DAMASCENOS, A.K.C. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Revista Enf UERJ.** v. 19, n. 2, p. 286-291, 2011.

PINTANGUY, J. Análise da realidade brasileira, avaliando as políticas realizadas e os compromissos assumidos pelo Estado brasileiro. In: **Anais da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Secretaria Especial de Saúde para as Mulheres.** Brasília, 2004.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Revista Ciências e Saúde Coletiva.** v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

RODRIGUES, M.C.F. A importância dos exames laboratoriais no pré-natal realizado nas maternidades da rede pública municipal do Rio de Janeiro. **Pharmacia Brasileira,** Rio de Janeiro, 70; 2007.

SANTOS, H.J. **Fatores de Risco para a mortalidade infantil em Londrina (PR): Análise hierarquizada em duas coortes de nascidos vivos.** 237f. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2012.

SERRUYA, J.S.; CECATTI, G.J.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: Resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública.** v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004a.

SERRUYA, J.S.; CECATTI, G.J.; LAGO, T.G. O Panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 4, n. 3, p. 269-279, 2004b.

SERRUYA, J.S.; CECATTI, G.J.; LAGO, T.G. Avaliação Preliminar do programa de humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil. **Rev.Bras.Ginecol Obstet.** v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004c.

SANTANA, J.S. **Avaliação da Assistência Pré-natal em José de Freitas-pi através dos indicadores de processo do SISPRENATAL.** 62f. 2010. Monografia (Graduação em enfermagem). Faculdade Integrada Diferenciada (FACID). Teresina, 2010.

SANTOS NETO, E.T.; LEAL, M.C.; OLIVEIRA, A.E.; ZANDONADE, E.; GAMA, S.G.N. Concordância entre informações do cartão da gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Cad.Saúde Pública.** v, 28, n. 2. p. 256-266, 2012.

SANTOS, H.G.; ANDRADE, S.M.; BIROLIM, M.M.; CARVALHO, W.O.; SILVA, A.M.R. Mortalidade infantil no Brasil: uma revisão de literatura antes e após a implantação do sistema único de Saúde. **Rev. Pediatría.** v. 32, n. 2. P. 131-143, 2010.

SOBRINHO, D.F. **Estado e População do Planejamento Familiar no Brasil.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FUNAP. 1993.

SCHOEPS, D.; ALMEIDA, M.F.; ALENCAR, G.P.; FRANÇA JUNIOR, I.; NOVAESD, H.M.D.; SIQUEIRA, A.A.F.; CAMPBELL, O.; RODRIGUES, L.C. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Rev. Saúde Pública.** v. 41, n. 6, p. 1013-1022, 2007.

SPINDOLA, T.; PENNA, L.H.G.; PROGIANTI, J.M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta pré-natal de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm USP.** v. 40, n.3 p. 381- 388, 2006.

TREVISAN, M.R.; LORENZI, D.R.S.; ARAUJO, N.M.; ESBER, K. Perfil da Assistência Pré-natal entre Usuárias do Sistema único de Saúde em Caxias do Sul. **RBGO.** v. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2006.** Caderno Brasil. Brasília, DF, 2006.

UNICEF. Avanços e desafios: **A redução da mortalidade infantil em Alagoas.** Brasília, DF, 2012.

VARELLA. I.S.; WAGNER, M.B.; DARELA, A.C.; NUNES, L.M.; MULER, R.W. Prevalência de soropositividade para toxoplasmose em gestantes. **Jornal de Pediatría.** v. 71, n. 1, 2003.

VICTORIA, C.G.; MATIJASEVICH, A.; SILVEIRA, M.F.; SANTOS, I.S.; BARROS, A.J.D.; BARROS, F.C. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. **Health Policy Plan.,** v. 25, p. 253-61, 2010.

WEIRICH, C.F.; DOMINGUES, M.H.M.S. Mortalidade neonatal: Um desafio para os serviços de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v. 3,n .1, 2001.

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA



ESTADO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde
Unidade Regional de Saúde do Mearim - Bacabal
BR 316 - Km 361 – Cohab II–Bacabal- MA
CEP: 65.700-000 – Fone (99) 3621-1795/2277
E-mail: urs.bacabal@saude.ma.gov.br; urs.bacabal@yahoo.com.br

AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, **Camila Kelly Freitas Pereira**, Gestora de Saúde, fiel depositário da base de dados desta instituição, Unidade Regional de Saúde, situada em Bacabal-MA, declaro que a aluna **Wédia Duarte Pereira**, do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede RENASF, está autorizado a realizar nesta Instituição a pesquisa: “**Impacto da dimensão gestação saudável e segura do Projeto Cuidando do Futuro nas ações de Pré-natal e na redução da mortalidade infantil no município de Bacabal-MA**”, sob a responsabilidade do pesquisador Doutora Ana Cristina Rodrigues Saldanha, cujo objetivo geral é “Avaliar as ações de pré-natal, desenvolvidas no município de Bacabal-MA, após implantação do Projeto Cuidando do Futuro, considerando os indicadores previstos em sua dimensão Gestação Saudável e Segura”.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 3) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Bacabal, MA 20 de Fevereiro de 2012.

Atenciosamente

Gestora da URS de Bacabal
Matricula: 2334837

ANEXO A – FICHA DE CADASTRO DA GESTANTE

		MINISTÉRIO DA SAÚDE										
		PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL										
FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE												
1. Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde		2. Código do Estabelec. no QMES										
3. Nome do Município		4. Código do Município no IBGE										
IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE												
6. Número da Gestação no SISPRENATAL		8. Gestante acompanhada pelo PSF										
		Código da Área	Microrregião									
7. Nome da Gestante		8. Data de nascimento										
9. Nome da Mãe da Gestante			10. Raça/Cor									
11. Nacionalidade		12. Etnia (caso seja índia e brasileira)										
13. Endereço Residencial												
Número	Complemento	Bairro										
Município		CEP	Telefone									
Preencher com apenas um dos seguintes documentos												
14. Nº do Cartão SUS		16. Nº do CPF										
16. Certidão de Nascimento ou Casamento												
Nome do Cartão		Livro	Folha									
17. Identidade												
Número		Órgão Emissor										
18. Carteira de Trabalho												
Número		Série	UF									
19. Data da 1ª Consulta de Pré-natal		20. Data da Última Menstruação										
21. Assinatura e Carimbo do responsável pela primeira consulta de Pré-natal		22. Código Brasileiro Ocupacional do resp. pela 1ª consulta	23. Cartão Nacional de Saúde do resp. pela 1ª consulta									
<p>* Preencher no campo 22 o CBO do profissional do responsável pela primeira consulta, conforme tabela:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>22505 - Enfermeira;</td> <td>225142 - Médico de ESF;</td> <td>25110 - Médico/Ginecologista;</td> </tr> <tr> <td>225125 - Oficina Geral;</td> <td>225065 - Enfermeira de ESF;</td> <td></td> </tr> <tr> <td>22520 - Ginecologista/Obsetrítrica;</td> <td>225045 - Enfermeira Obstétrica;</td> <td></td> </tr> </table>				22505 - Enfermeira;	225142 - Médico de ESF;	25110 - Médico/Ginecologista;	225125 - Oficina Geral;	225065 - Enfermeira de ESF;		22520 - Ginecologista/Obsetrítrica;	225045 - Enfermeira Obstétrica;	
22505 - Enfermeira;	225142 - Médico de ESF;	25110 - Médico/Ginecologista;										
225125 - Oficina Geral;	225065 - Enfermeira de ESF;											
22520 - Ginecologista/Obsetrítrica;	225045 - Enfermeira Obstétrica;											
<p>* No campo 23 a opção, conforme tabela:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>1 - Branco;</td> <td>4 - Preto;</td> </tr> <tr> <td>2 - Pardo;</td> <td>5 - Indígena;</td> </tr> <tr> <td>3 - Amarelo;</td> <td></td> </tr> </table>				1 - Branco;	4 - Preto;	2 - Pardo;	5 - Indígena;	3 - Amarelo;				
1 - Branco;	4 - Preto;											
2 - Pardo;	5 - Indígena;											
3 - Amarelo;												

ANEXO B – FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

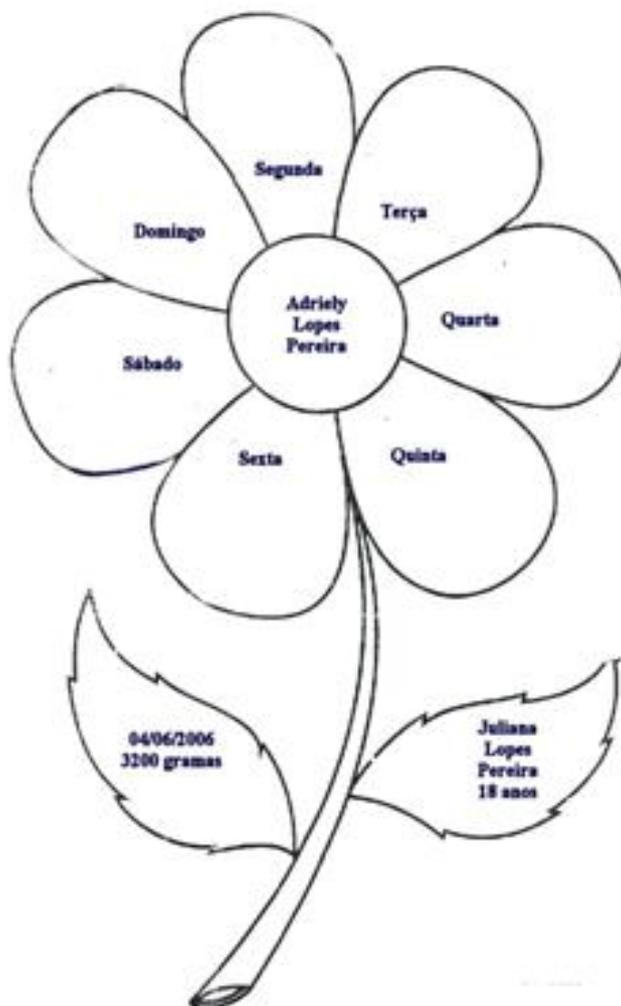
 MINISTÉRIO DA SAÚDE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL		FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL		<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr><th style="text-align: center;">DATA</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">/ /</td></tr> </table>	DATA	/ /														
DATA																				
/ /																				
1. Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde			2. Código do Estabelecimento no CNES																	
3. Nome do Município		4. Código do Município no IBGE	5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE																
Nº	Número da Gestação no Sisprenatal	Nome da Gestante	Consulta Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	Hiv	Hbs Ag	IgM Toxo	Vacina Anti-tetânica			RG	Consulta Puerperal	LP	TP	
01													1ª Dose	2ª Dose	Reforço	Imune				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
Nome e cartão nacional de saúde (CNS) do profissional responsável pelo atendimento:																				
<ul style="list-style-type: none"> • Preencher as subcategorias "Consulta Pré-Natal" e "Consulta Puerperal" com o código brasileiro ocupacional (CBO): 22.3306 Enfermeira; 22.3142 Médico da ESF; 22.5170 Médico Generalista. • No caso dos exames, assinalar com "X" quando o resultado do exame for anormal de pelo menos 02 ou enfermeira que realizou a consulta na unidade. • No caso da vacinação tetânica, assinalar com "X" de acordo com o Cartão de imunização da gestante. 										<ul style="list-style-type: none"> • Risco Gestacional, conforme a tabela: BR: Baixo Risco; AR: Alto Risco. 					<ul style="list-style-type: none"> • Local do Parto: PH: Parto Hospitalar; OE: Out. Est. Saúde; PD: Parto Domiciliar. 			<ul style="list-style-type: none"> • Tipo do Parto: PV: Parto Vaginal; PC: Parto Cesáreo; FR: Fórceps. 		

ANEXO C – PLANO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO

ANEXO C – PLANO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO

ANEXO D – ALGIBEIRA



ANEXO D – FLOR DE MÃE

ANEXO E – PLACA DA GESTANTE

ANEXO F – PLACA DA PUÉRPERA

ANEXO C - PLANO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO

Objetivo: Reduzir a Mortalidade Infantil por causas preveníveis no Maranhão em 10% Objeto: Mortalidade Infantil reduzida em 10%					
DIMENSÕES	PERGUNTAS IMPORTANTES	ATIVIDADES	INDICADORES	PÚBLICO ALVO	TEMPO E RESPONSÁVEL
I – Gestação saudável e segura	1. Quais ações devem ser feitas para garantir uma gestação segura e saudável?	1.1 - Identificação precoce das gestantes na comunidade; 1.2 - Identificação do domicílio da gestante com uma Placa destacando a geração de uma vida que requer cuidados ; 1.3- Incentivo à consulta mensal pré-natal na Unidade Básica de Saúde; 1.4 - Acolhimento , escuta , inscrição ao SISPN (Sistema de Informação do Pré-Natal), SISVAN(Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional)e SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica; 1.5 - Exame físico: peso, pressão arterial, altura uterina, condições gerais, ausculta fetal, respiratória e cardíaca; 1.6 - Solicitação de exames laboratoriais; Na 1ª consulta: Hemograma completo, glicemia em jejum, EAS, Tipagem sanguínea, Rubéola, Toxoplasmose, VDRL. Citomegalovírus, e Anti-HIV 1 e 2; Até 13ª semana: Ultra-sonografia; Na 28ª semana: Anti-HIV 1 e 2, Papanicolau, Ultra-sonografia e VDRL.	1.1 a 1.3 - Aumento de pré-natal iniciado no 1º trimestre; 1.4 e 1.5 - Nº de consultas: 7 (no mínimo), realizadas mensalmente até o 8º mês; a partir daí quinzenalmente até o parto; Registro: cartão da gestante, ficha de acompanhamento B-Ges ficha- A, ficha geral do prontuário família ou de atendimento na UBS, SISPN , SISVAN e SIAB 100% registrado; 1.6 e 1.7 - Todos os exames realizados, 100% de Registro/Cartão atualizados e SISPRENATAL	1.1 a 1.6 - Gestante	-Tempo: 9 meses 1.1 a 1.3 - Responsáveis: Gestante, Profissionais de saúde da atenção primária (baixa e média complexidade), Cuidadores solidários; 1.4 a 1.8 - Profissionais de saúde: atenção primária (baixa e média complexidade);

DIMENSÕES	PERGUNTAS IMPORTANTES	ATIVIDADES	INDICADORES	PÚBLICO ALVO	TEMPO E RESPONSÁVEL
I – Gestação saudável e segura	1. Quais ações devem ser feitas para garantir uma gestação saudável e segura ?	<p>1.7 - Registro dos dados e resultados de exames no prontuário, cartão e agenda da gestante;</p> <p>1.8 - Imunização antitetânica, H₁N₁ e hepatite B para as gestantes virgens de imunização;</p> <p>1.9 - Orientação durante toda a gravidez: Mudanças no corpo da gestante e evolução da gestação, imunização, desconfortos próprios da gestação, emoções, hábitos saudáveis de atividade física e sexual, alimentação, trabalho, lazer e repouso.</p> <p>1º trimestre: O pré-natal - importância, rotina, imunização, exames e sinais de risco.</p> <p>2º trimestre: Crescimento / Desenvolvimento do feto, movimentos, aleitamento e preparo das mamas.</p> <p>3º trimestre: Trabalho de parto (perda do tampão mucoso, bolsa rompida, sangramento, contrações de 10 em 10 minutos. Condução à maternidade).</p> <p>1.10 – Realização de 2 visitas ao domicílio da gestante durante o pré-natal.</p> <p>1.11- Monitoramento da gestante na “Algibeira”de acompanhamento de gestantes</p>	<p>1.8- 100% gestantes imunizadas contra tétano com no mínimo 2 doses, H₁N₁ e hepatite B para as gestantes virgens de imunização;</p> <p>1.9 - 100% gestantes capazes de repetir corretamente as orientações recebidas;</p> <p>1.10 – 100% de domicílios de gestantes conhecidos, “ninho” preparado, referência de cuidador domiciliar registrado.</p> <p>1.11- 100% Gestantes inseridas, conhecidas, identificadas, acompanhadas e visibilizadas na UBS</p>	<p>1.7; 1,8 e 1.10 - Gestante;</p> <p>1.9 - Gestante / Companheiro Família; Cuidadores Solidários;</p> <p>1.11- Gestantes acompanhadas na UBS</p>	<p>1.9 e 1.10 - Profissionais de saúde: atenção primária (baixa e média complexidade), Cuidadores Solidários;</p> <p>1.11- Profissionais das UBS e Cuidadores Solidários</p>