

RESUMO

Estudo retrospectivo objetivando analisar o modelo de gestão da Atenção Pré-Natal na rede de Atenção Primária do Município de Boa Vista, capital de Roraima, tendo como referência os critérios e recomendações do Ministério da Saúde e partindo da análise histórica dos indicadores disponibilizados pelo banco de dados do DATASUS no período de 2008 a 2013. Foram contextualizadas a estrutura, o processo e os resultados da atenção pré-natal e o impacto na qualidade da atenção oferecida às gestantes do Município. Para análise da estrutura foram realizadas pesquisas em documentos técnicos produzidos pela gestão local e para análise do processo e dos resultados foram analisados indicadores relacionados às ações do pré-natal e pactuados pela gestão. Os dados foram coletados no mês de junho de 2014. Os resultados foram dispostos em gráficos e tabelas e analisados à luz da literatura atual. Os resultados apresentam o desenho geográfico da saúde para o Município em 06 macroáreas, onde estão distribuídas 32 unidades básicas de saúde, 05 unidades laboratoriais e 55 equipes da estratégia saúde da família para atendimento de uma população média de 4.527,5 gestante/ano. Os indicadores de processo demonstram que apesar de uma média 53% das gestantes iniciarem o pré-natal até o quarto mês de gestação, quando associados a outros indicadores de qualidade da assistência como exames básicos, sorologias, vacinas e consulta puerperal apenas 3,2 % finalizam o pré-natal com todos os procedimentos preconizados realizados. Os indicadores de resultado demonstram uma elevação de 14% no número de nascidos vivos com baixo peso e de 64% no quantitativo de nascidos vivos prematuros entre os anos de 2010-2011, a proporção média anual de partos normais é de 57,5%, o quantitativo médio de óbitos maternos foi de 2 a cada ano, a média simples de casos de sífilis em gestantes foi de 36 casos/ano, dos quais 25% ocorreram em bairros com baixa cobertura da oferta de serviços relacionados ao pré-natal, a média de casos de sífilis congênita foi de 19 casos/ano durante o período reservado para o estudo. De um total de R\$ 1.140.930,00 previstos para o faturamento das ações desenvolvidas no pré-natal, o Município arrecadou apenas R\$ 37.140,00 no período reservado para o estudo (2008 a 2013). Os dados encontrados reforçam as características mais frágeis da organização de ações serviços voltados para a saúde materna no Município e reforçam a necessidade de implementação de políticas públicas já existentes para a garantia da qualidade do pré-natal. A análise dos indicadores aponta que a efetivação do conjunto de atividades preconizadas para o pré-natal é o maior desafio para a gestão municipal. Podemos verificar que os maiores impactos da incipiência das ações oferecidas no pré-natal são a iniquidade da oferta de serviços e a permanência de índices elevados de morbimortalidade por causas evitáveis durante a gestação.

Palavras – chave: pré-natal, saúde materna, planejamento em saúde, gestão em saúde, indicadores de saúde.

ABSTRACT

Retrospective study aiming to analyze the management model of Prenatal Care Primary Care System in the city of Boa Vista, capital of Roraima, with reference to the criteria and recommendations of the Health Ministry and based on the historical analysis of the indicators provided by the DATASUS database within the period from 2008 to 2013. The structure, the process and outcomes of prenatal care and the impact on quality of care offered to pregnant women in the municipality were contextualized. For analysis of the structure surveys were conducted in technical documents produced by local management and analysis of process and outcome indicators were analyzed related to the actions of prenatal and in accordance to the management. Data were collected in the month of June in 2014. The results were graphed and tabled and analyzed in the light of current literature. The results show the geographical distribution of health for the city in 06 macro areas where they are distributed 32 basic health units, 05 laboratory units and 55 teams from the family health strategy for serving an average population of 4,527.5 pregnant/year. Process indicators demonstrate that despite an average 53% of pregnant women begin prenatal care until the fourth month of pregnancy, when associated with other indicators of care quality such as basic tests, serology, vaccines and puerperal consultation only 3.2% finalize prenatal with all recommended procedures performed. Outcome indicators show an increase of 14% in the number of live births with low birth weight and 64% in the quantity of preterm births between the years 2010-2011, the average annual rate of normal births is 57.5%, the average quantity of maternal deaths was 2 every year, the simple average of cases of syphilis in pregnant women was 36 cases / year, 25%, of which occurred in neighborhoods with lower coverage of supply related to prenatal services, the average number congenital syphilis cases was 19 cases / year during the period reserved for the study. Out of total of R \$ 1,140,930.00 provided for billing actions developed within prenatal, the City raised only R \$ 37,140.00 during the reserved period for the study (2008-2013) period. These results reinforce the weakest features of the organization of actions oriented to maternal health in the city and reinforce the need for implementation of already existing for the quality assurance of prenatal policies. The analysis of the indicators show that the realization of the set of activities recommended for prenatal care is the biggest challenge for municipal management. We can verify that the greatest impacts of the paucity of the shares offered are prenatal inequity of service provision and the persistence of high rates of morbidity and mortality from preventable causes during pregnancy.

Keywords - Keywords: prenatal, maternal health, health planning, health management, health indicators.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição geográfica das macroáreas e unidades básicas de saúde na atenção básica do Município de Boa Vista – RR	45
Figura 2 - Indicadores de processo do SISPRENATAL no período de 2008 - 2013	47
Figura 3 - Indicadores de resultado do SISPRENATAL no período de 2008-2013	49
Figura 4 - Total de casos de sífilis em gestantes por bairro e por ano, no período de 2008-2013 no Município de Boa Vista, segundo dados do SINAN/DATASUS	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantitativo de gestantes cadastradas no SISPRENATAL no período de 2008-2013.....	46
Tabela 2 - Indicadores de Impacto/SISPACTO pactuados pela gestão da atenção pré-natal no Município de Boa Vista, no período de 2008-2013.....	50
Tabela 3 - Captação de recursos financeiros relacionados à captação de gestantes e conclusão da assistência pré-natal. DATASUS – jan/2008 a dez/2013	53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-Natal
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	OBJETIVO GERAL	14
2.1	Objetivos Específicos	14
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1	Atenção à Saúde no Brasil	15
3.2	Reflexões sobre Políticas Públicas de Saúde no Brasil	17
3.3	Rede de Atenção à Saúde: uma nova perspectiva do cuidado individual e coletivo.....	20
3.4	Saúde Materna no Brasil.....	23
3.5	Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto de Nascimento: diretrizes e preceitos norteadores do cuidado.....	25
3.6	Rede Cegonha: nova proposta, mesmos caminhos.....	32
4	METODOLOGIA	37
4.1	Tipo de Estudo	37
4.2	Local do Estudo	37
4.3	Fontes de Informação.....	39
4.4	Coleta de Dados	41
4.5	Análise dos Resultados	42
5	RESULTADOS.....	43
5.1	Caracterização da estrutura dos serviços	43
5.2	Análise dos Indicadores da Atenção ao Pré-Natal.....	46
6	DISCUSSÃO.....	55
6.1	Características estruturais dos serviços de atenção básica do Município	55
6.2	Considerações sobre assistência pré-natal no Município de Boa Vista.....	58
6.3	Análise dos resultados da assistência pré-natal	64
6.4	Indicadores de impacto do SISPRENATAL e sua relação com a gestão da assistência pré-natal	65
6.5	Planejamento e gestão de recursos em saúde materna.....	70
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
8	REFERÊNCIAS	77

1. INTRODUÇÃO

Para que a gestação e o nascimento sejam considerados saudáveis tanto para a mãe quanto para o conceito é necessária a oferta de um acompanhamento seguro e de qualidade. O cuidado oferecido deve estar aliado a uma visão humanizada e que contemple aspectos relacionados ao contexto social, cultural e econômico relacionado a mulher, a criança gerada e a sua família.

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

De acordo com o DATASUS (2013), ocorreu um aumento do número de consultas de pré-natal nas últimas décadas. Em 1995, eram realizadas 1,2 consultas de pré-natal por mulher no Brasil. Em 2009, o número aumentou para sete ou mais consultas, e, 60% das mães de nascidos vivos foram acompanhadas durante o período. No entanto, existem diferenças significativas entre as regiões geográficas. A maior cobertura pré-natal, em 2009, foi da região sul (75,3%) e a menor, da região norte (36,8%).

Embora tenhamos observado uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como da hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Tais dados demonstram comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, houve um aumento significativo no número de consultas pré-natal realizadas por gestantes nos últimos 10 anos. Entretanto, o indicador que demonstra o percentual de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal atingiu as menores taxas nas regiões Norte e Nordeste, independente do grau de escolaridade das mulheres acompanhadas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

Apesar da relevância da ampliação da cobertura pré-natal, devemos considerar também a extrema importância da manutenção da qualidade na assistência oferecida às gestantes. A atenção ao Pré-natal deve incluir ações de promoção e prevenção em

saúde, além do diagnóstico e tratamento adequados aos possíveis agravos que venham a surgir durante o período gravídico.

Segundo Campos (1998), desde os anos 70 o Brasil busca estimular a democratização dos serviços de saúde, ou seja, a inserção da participação coletiva dos sujeitos na construção da gestão e atenção em saúde. Contudo, a maioria das instituições ainda opera segundo lógicas tayloristas de gestão: poder de decisão centralizado nas chefias, setorialização das informações e serviços, conduta formal dos servidores (cumprimento de horário e metas) e ausência de comunicação ativa níveis hierárquicos ou setores de produção.

O pré-natal é considerado uma área prioritária na atenção à saúde da mulher, as ações podem ser desenvolvidas quase que exclusivamente com recursos de baixa complexidade, em nível primário e com tecnologias leves que incluam acolhimento, escuta, capacitação de pessoal e apoio laboratorial.

No Sistema Único de Saúde (SUS), o pré-natal tem como principal porta de entrada as Unidades Básicas de Saúde e na maioria dos municípios brasileiros, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem atuado como ordenadora e coordenadora desse serviço.

O serviço deve estar organizado buscando atender a 100% das gestantes dos territórios, proporcionando facilidades para a continuidade do acompanhamento e apresentando respostas positivas das ações desenvolvidas em relação à saúde materna e neonatal.

A garantia da qualidade das ações deve ser resultado da soma de um conjunto de recursos humanos (com profissionais capacitados) e organizacionais (estrutura física adequada, equipamentos e instrumentais mínimos, apoio laboratorial, material de registro, processamento e análise de dados), os quais deverão ser assegurados na atenção básica, buscando atender as reais necessidades das gestantes e os parâmetros de qualidade estabelecidos para o pré-natal (BRASIL, 2002; 2006; 2012).

Atualmente, experiências exitosas em saúde baseadas nos princípios da Política Nacional de Humanização e na utilização de ferramentas estratégicas de gestão podem ser apontadas como alternativas para a construção de novos modelos de administração a serem disseminados no SUS para a implementação de políticas públicas que estejam em consonância com as perspectivas dos diversos sujeitos inseridos na produção de saúde.

A partir das diretrizes dispostas para o acompanhamento pré-natal o Ministério da Saúde, no intuito de oferecer mecanismos de monitoramento e avaliação da

qualidade das ações oferecidas, desenvolveu um software denominado Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL), para ser utilizado pelos gestores como ferramenta de apoio na implementação das ações voltadas para a saúde materna (BRASIL, 2006).

Baseando-se nas informações produzidas durante o acompanhamento pré-natal na atenção básica, o sistema gera indicadores de processo e resultado que transmitem um espelho da qualidade da assistência prestada às gestantes para os gestores e trabalhadores da estratégia saúde da família.

Estudos anteriores que avaliaram os indicadores do SISPRENATAL mostraram uma série de divergências entre este e entre informações de outras bases de dados que utilizam o registro de ações e atividades realizadas durante o pré-natal para alimentação dos sistemas (Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA). Tais divergências podem estar relacionadas não só a qualidade da informação, como também pode estar relacionada a qualidade da assistência pré-natal oferecida (ANDRECUCCI et. al, 2011; SERRUYA et. al, 2004).

Apesar da significativa lista de serviços e ações oferecidos pela Atenção Primária durante o acompanhamento à gestação nas Unidades Básicas de Saúde, estudos anteriores mostram que os agravos responsáveis pela morbimortalidade materna permanecem e se cronificam questionando a efetividade das ações planejadas para esta população. (MAIA et al., 2010). Mesmos nos serviços que realizam o conjunto de atividades preconizadas pelo PHPN, existem questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto real das ações evidentes nos indicadores de resultados.

Buscar conhecer as políticas municipais e as práticas de saúde desenvolvidas em Boa Vista-RR traz à gestão a oportunidade de delinear estratégias de implementação do SUS não apenas com uma visão normativa, mas também a partir das realidades existentes no contexto regional, permitindo que a oferta de serviços e ações em saúde retratem o cotidiano das relações existentes dentro do sistema e as reais necessidades de saúde de seus usuários.

A escassez de estudos relacionados ao pré-natal em municípios do extremo norte do Brasil e a necessidade do conhecimento da realidade local para o planejamento e direcionamento da atenção, tanto por gestores quanto pelos profissionais que a executam, alimentou o interesse no desenvolvimento desta pesquisa, que visa responder à seguinte questão: Qual o impacto do modelo de gestão desenvolvido para a Atenção Pré-Natal na atenção a saúde das gestantes residentes no Município de Boa Vista – RR?

Esta pesquisa torna-se relevante para a implementação de novas metodologias de planejamento, monitoramento e avaliação de políticas de saúde executadas a nível local. Além disso, o ineditismo da pesquisa abre caminhos para a percepção das características loco-regionais do extremo-norte do Brasil, podendo ser utilizado como subsídio para a sensibilização dos gestores, profissionais e atores do controle social a produzirem um novo olhar para esta região a partir das reais necessidades de oferta de serviços e ações efetivas para a população de gestantes.

2. OBJETIVO GERAL

Analisar o modelo de gestão da Atenção Pré-Natal na rede de Atenção Primária do Município de Boa Vista-RR frente às diretrizes do Ministério da Saúde.

2.1 Objetivos Específicos

- a) Identificar quais os elementos que compõem a gestão da atenção pré-natal na Atenção Primária;
- b) Descrever a organização dos serviços relacionados à atenção pré-natal na atenção primária;
- c) Relacionar parâmetros institucionais locais de gestão da atenção pré-natal e as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde;

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção à Saúde no Brasil

Os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais (como envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos) e os fatores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional e estilo de liderança e de gestão). Os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de adaptarem-se, em tempo, às mudanças contextuais, especialmente demográficas e epidemiológicas (MENDES, 2011).

Podemos considerar que esses sistemas foram concebidos e desenvolvidos a partir da cultura de uma atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas. Como consequência, temos uma situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século XX e o principal resultado disso é a enorme quantidade de demandas não atendidas.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou em termos constitucionais uma afirmação política de compromisso de Estado brasileiro para com os direitos de seus cidadãos (SOUZA e COSTA, 2010). A complexidade do SUS, as dificuldades locais regionais, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a qualificação da gestão e do controle social, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde têm se constituído em desafios permanentes para a consolidação desse sistema.

Ao lado de indiscutíveis avanços de inclusão social e ampliação de serviços que atendem às necessidades do usuário, ainda observamos um amplo número de procedimentos e intervenções fragmentadas e desnecessárias, que na maioria das vezes estão centradas na lógica do serviço e não do paciente que o busca. Desse modo podemos dizer que o SUS enfrenta uma dicotomia entre o que realiza e o que é preconizado.

As propostas legislativas do SUS apresentam-se como um conjunto de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde essencial para a consolidação de um sistema de saúde nacional, porém, em um país com dimensões continentais como o Brasil, os desafios sociais, econômicos e políticos e as desigualdades geradas por estes tornam a efetivação do sistema um objetivo quase inalcançável. Para a Organização Mundial de Saúde, o conceito de saúde transpõe os limites de ausência de doença e engloba aspectos relacionados ao bem-estar físico, mental e também social. Souza e Costa (2010) afirmam que muito embora esse conceito seja tomado como mera utopia, o mesmo só será alcançado como produto de uma integração total dos serviços do setor saúde com os serviços de outras áreas que se façam necessários.

Embora sejam inegáveis os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. A diversidade de contextos regionais que caracterizam o cenário brasileiro, tanto no contexto sócio econômico quanto em relação a necessidades de saúde das populações, elevam o grau de iniquidades entre grupos populacionais que dependem do sistema público de saúde.

De acordo com Medeiros e Guareshi (2009), o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, assegurando uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que sejam afins na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. A integralidade deve ser trabalhada de forma macro, na articulação de serviços de saúde a uma rede complexa que permita a associação de outros serviços e ações de relevância social. Para Maia et al. (2010):

Isso somente pode ocorrer numa luta cotidiana dentro de serviços de saúde, reuniões de gestores do SUS, nas arenas de negociação e pactuação, ou seja, pautando-se na importância do diálogo, que é o que possibilita a apreensão das necessidades de saúde. Já se entende como ineficiente a atuação de forma separada, como se cada um vivesse em um cenário próprio (pg. 683).

No campo da integralidade na assistência a saúde, a proposta da política, considerando-se plenamente implantada, estaria criando espaços coletivos de discussão, a troca e o aprendizado dos profissionais enquanto equipe, potencializando a transformação do modo de atendimento e diminuindo a segmentação e dicotomização do cuidado.

Todas as sociedades possuem seus próprios modelos atenção à saúde, com estratégias de prevenção, manutenção e recuperação da saúde das pessoas que fazem parte daquele contexto. A relação entre os profissionais de saúde do SUS e uma

determinada comunidade deve ser baseada no respeito às crenças e valores dos usuários e na utilização dos seus respectivos significados na abordagem terapêutica que será utilizada.

A integralidade apresenta-se como um dos grandes desafios do SUS pela responsabilidade inerente a este princípio: tratar cada pessoa como um ser indivisível e integrante de uma comunidade (MEDEIROS E GUARESHI, 2009). A integração de ações remete à continuidade do atendimento aos usuários independente do nível de complexidade no qual se inserem e com garantia de qualidade na gestão, atenção e regulação dos serviços oferecidos.

Segundo Mendes (2011) a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida.

3.2 Reflexões sobre Políticas Públicas de Saúde no Brasil

Para Fernandes et. al (2011), as políticas públicas podem ser compreendidas como demandas das sociedades manifestadas e mediadas por grupos de interesses e movimentos sociais ou ações governamentais, idealizadas, formuladas e desenhadas em atenção aos propósitos de uma agenda de governo, permeando e intercambiando anseios da sociedade, resultando em programas, ações, estratégias e planos que visem o bem coletivo e a mudança de realidades.

Podemos entender como política de saúde a resposta social de uma organização diante das condições de saúde dos indivíduos, das populações e dos seus determinantes, considerando inclusive a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços e sua relação com a saúde humana e o meio ambiente (PAIM e VILASBOAS, 2008).

As políticas públicas representam um poder de barganha entre a sociedade e o Estado para a satisfação de necessidades básicas da população e são dependentes de um espaço para a vontade e decisão democrática de todos e não de setores restritos. O processo de planejamento, execução, monitoramento e avaliação de políticas públicas deve abranger as relações entre o Estado, a sociedade e o meio ambiente, considerando

os fatores envolvidos no processo saúde-doença da população e os impactos negativos e positivos das ações desenvolvidas para a manutenção da qualidade de vida dos indivíduos.

As discussões iniciadas na década de 70 sobre a necessidade de Reforma no modelo de atenção à saúde oferecido no Brasil retomaram a discussão sobre o paradigma da saúde pública e coletiva, em detrimento ao modelo hegemônico oferecido apenas aos contribuintes e trabalhadores do mercado formal através da previdência social. Além disso, a Constituição propôs que, o Estado, como provedor, possui o dever de garantir a saúde mediante políticas sociais e econômicas capazes de reduzir a vulnerabilidade da população a doenças e agravos, além de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1991). Dessa forma, a assistência em saúde exige que o Estado seja capaz de oferecer múltiplos recursos para o cuidado, desde o mais simples até o mais complexo.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde trouxe à tona a necessidade de mudança no conceito de modelo de assistência em saúde para o Brasil, considerando as desigualdades na oferta, qualidade e integralidade da atenção em saúde até então vigente no país. O Sistema Único de Saúde (SUS) se consolidou como nova dimensão social das necessidades de saúde da população, extinguindo a visão fragmentada de saúde com foco na assistência médica e ofertada somente aos contribuintes. Como avanço substancial do SUS podemos citar o reconhecimento de que a saúde é um direito fundamental do ser humano e não uma contraprestação de serviços oferecidos pelo Poder Público a um contribuinte do sistema de Seguridade Social (MENICUCCI, 2009).

O conceito de política social deve ser baseado na ideia de cidadania, incluindo-se a este o direito ao acesso a serviços e benefícios do sistema de saúde. Deve-se resgatar a ideia de política de saúde como política social, dessa forma, o direito a saúde deve ser visto também como direito social. Contudo, percebemos que o grande dilema inerente à oferta de ações que possuam impacto efetivo para a coletividade é de garantir o equilíbrio entre as necessidades sociais e econômicas de uma determinada população.

Como atividade de proteção social as políticas de saúde trazem em seu contexto de atuação diversas relações essenciais para sua sustentabilidade: a relação entre gestores e atores políticos, indivíduos e grupos sociais, cidadãos e poderes públicos, entre outras. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e baseia-se na interface entre Estado, sociedade e mercado (GIOVANELLA et al, 2008).

A implantação do novo sistema de saúde resgatou para o país a noção de coletividade, no entanto, verificamos que as diferenças existentes nos diversos grupos populacionais do Brasil acarretam em impacto nas condicionalidades de saúde. Ao analisarmos aspectos relacionados ao desenvolvimento econômico, cultural e social, percebemos que regiões consideradas com maiores índices de desenvolvimento possuem também níveis elevados de desigualdades no que se refere à oferta de emprego, distribuição de renda, escolaridade, entre outros fatores.

A organização da gestão e da atenção à saúde pública no Brasil evidencia a fragmentação dos serviços programas e ações de saúde a partir de lacunas assistenciais, financiamento público insuficiente, baixa eficiência no emprego de recursos, baixa capacidade de promoção da integralidade da atenção e, principalmente, pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (CUNHA E GIOVANELLA, 2011).

A dificuldade de identificar necessidades pode ser diminuída com a elaboração de metodologias que possibilitem a interação contínua com os indivíduos os quais se deseja atender, garantindo assim a definição das melhores ações a serem implementadas. Verificamos que a construção e implementação de políticas públicas de saúde no Brasil possuem um dinamismo infinito. A necessidade de ampliação do acesso da população aos serviços de saúde trouxe a possibilidade de incorporação de práticas voltadas para o cuidado humanizado e solidário em saúde.

A inclusão de grupos étnicos e minorias fazem parte do novo conceito de atenção a saúde e das novas dimensões de atenção. Dessa forma, as unidades gestoras prestadoras de serviços de saúde, nos diversos graus de complexidade também devem configurar um sistema capaz de prestar assistência integral aos seus usuários.

Segundo Tasca (2011) o SUS apresenta, em sua trajetória, processos inovadores de implementação de políticas públicas de saúde. A forma como se desenhou e se implementou o pacto federativo na saúde com a utilização de mecanismos cooperativos e de decisão consensuada (CIT, CIB e Colegiados Regionais), o repasse fundo-a-fundo, o pagamento por captação e a atenção primária à saúde (APS) desenvolvida pela saúde da família são exemplos desses mecanismos criativos alguns deles replicados por outras políticas sociais brasileiras.

A APS tem sido considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população. Estudos mostram que países organizados na lógica da APS apresentam menores índices de

morbimortalidade, menores custos e maior equidade na oferta de serviços. No Brasil, as reformas que culminaram com a implantação do SUS, buscaram fortalecer a APS e ampliar sua cobertura, apesar disso os resultados encontrados nem sempre são considerados satisfatórios (CUNHA e GIOVANELLA, 2011).

3.3 Rede de Atenção à Saúde: uma nova perspectiva do cuidado individual e coletivo

As propostas de redes no suporte às políticas públicas têm sido crescentemente adotadas a partir da década de 90, com o objetivo de substituir o modelo burocrático e hierárquico hegemônico de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público. As organizações hierárquicas rígidas caracterizadas por pirâmides e por um modo de produção ditado pelos princípios do taylorismo e do fordismo tendem a ser substituídas por redes estruturadas por padrões flexíveis, compartilháveis e interrelacionados em objetivos, informações, compromissos e resultados (MENDES, 2011).

As redes foram projetadas para sistemas de atenção que possuem recursos limitados e uma alta complexidade no gerenciamento de problemas e crises. A gestão eficaz das redes propõe o trabalho articulado com o objetivo de produzir consensos de nos processos de execução, manejo efetivo de situações e o monitoramento contínuo das ações oferecidas a uma determinada população.

Como principais vantagens da implementação de redes Mendes (2011) considera os seguintes fatores: a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permitindo a redução das incertezas nas políticas e nos programas e os benefícios econômicos adquiridos pelas relações de intercâmbio que possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade.

A Organização Mundial de Saúde sugere que redes assistências em saúde possuam alguns atributos essenciais para o seu pleno funcionamento: população e território definidos, com o conhecimento das necessidades e prioridades da área a ser atendida, a oferta extensa de serviços de saúde que incluam intervenções de saúde

pública, de promoção da saúde, de prevenção das doenças, de diagnóstico e tratamento oportunos, de reabilitação e de cuidados paliativos, sob uma ótica institucional.

Além disso, há a evidente necessidade de uma APS consolidada, de fato, como porta de entrada do sistema de atenção à saúde, que integra e coordena a atenção à saúde e que resolve a maioria das necessidades de saúde da população. A prestação de serviços especializados nos lugares apropriados, especialmente em ambientes extra-hospitalares, a existência de mecanismos de coordenação da atenção ao longo de todo o contínuo de cuidados.

A atenção deve estar centrada nas pessoas, nas famílias e na comunidade, o sistema de governança deve ser participativo e único para toda a rede de atenção à saúde, espera-se uma gestão integrada dos sistemas administrativos e da clínica, recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com as redes de atenção à saúde e sistemas de informação integrados e que vinculem todos os componentes das redes integradas de serviços de saúde.

O financiamento precisa estar adequado às reais necessidades do serviço e os incentivos financeiros alinhados com os objetivos das redes integradas de serviços de saúde, com a ampliação contínua das ações de modo intersetorial. Com base nesses atributos as redes integradas de serviços de saúde são conceituadas como uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (MENDES, 2010).

A Portaria 4.279 de 2010 que estabelece as Diretrizes para a Organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no sistema público de atenção à saúde do Brasil mostra que estas foram pensadas como estratégia para a superação da fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, aperfeiçoando o funcionamento político-institucional do SUS, com o intuito de assegurar aos usuários um conjunto de ações que atenda às suas necessidades de maneira eficiente e efetiva.

Segundo a portaria o objetivo principal das RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com oferta de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, considerando as definições de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. Esses compromissos devem ser assegurados por mecanismos formais de contratualização entre entes gestores, reguladores e financiadores de serviços de saúde.

O documento supracitado considera que não há como prescrever um modelo organizacional único para as RAS, mas que existem evidências de que o conjunto de atributos apresentados a seguir podem ser fundamentais para o funcionamento destas:

- 1) População e território definidos com amplo conhecimento das necessidades determinantes da oferta de serviços de saúde.
- 2) Grande quantidade de estabelecimentos de saúde que prestem serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos e foco integrado de programas de saúde.
- 3) Atenção primária em Saúde estruturada como porta de entrada prioritária do sistema e primeiro nível de atenção, constituída de equipe multidisciplinar que atue cobrindo a amplitude total dos territórios, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde da população.
- 4) Prestação de serviços especializados em ambiente adequado.
- 5) Mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial.
- 6) Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo como eixo as particularidades do indivíduo e a diversidade existente na populações.
- 7) Sistema único de governança para toda a rede, com objetivo de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde, definir metas a serem cumpridas em curto, longo e médio prazo, articulação de políticas institucionais e desenvolvimento da capacidade de gestão para planejamento, monitoramento e avaliação do desempenho dos gestores, gerentes e das organizações.
- 8) Ampla participação social.
- 9) Integração dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico.
- 10) Suficiência de recursos humanos competentes, comprometidos e incentivados pelo alcance de metas.
- 11) Integração de sistemas de informações com variáveis sociais e epidemiológicas.
- 12) Financiamento garantido pelas três esferas, suficiente e alinhado com as metas a serem alcançadas no âmbito das redes.
- 13) Intersetorialidade das ações, com a abordagem focada nos determinantes da saúde e na equidade do cuidado.
- 14) Gestão baseada em resultados.

A superação dos desafios e o avanço na qualificação da gestão e atenção á saúde no Brasil requer comprometimento dos gestores do sistema, enquanto protagonistas dos processos de instituição e organização do serviço. O arranjo do sistema em rede possibilita a construção de vínculos de cooperação e o fortalecimento da capacidade de resolução de problemas de saúde. A RAS é considerada uma estratégia de reestruturação do sistema de saúde, no que tange à sua organização e ao impacto da atenção á saúde prestada para a manutenção da qualidade de vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

3.4 Saúde Materna no Brasil

No Brasil a preocupação do Estado com a saúde materna e infantil remonta à 1940, através da criação do Departamento Nacional da Criança, que oferecia cuidado as mães e seus filhos no que dizia respeito à gravidez e amamentação. Apesar disso, apenas na década de 70 foram implantados alguns programas de saúde específicos para atenção materno-infantil dos quais podemos citar o Programa de Saúde Materno-Infantil em 1975 e o Programa de Prevenção à gravidez de Alto Risco em 1978. Vale ressaltar que, nessa fase, as políticas voltadas para a saúde reprodutiva foram direcionadas principalmente para o intervencionismo sobre o corpo da mulher, principalmente pelo uso abusivo da cesariana com forma prioritária de parto e da esterilização como método contraceptivo (NETO et al., 2008).

Na década de 1980, cresce no país o sentimento de democratização, com a organização de vários movimentos sociais, entre eles o feminista. As discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos levantadas por grupos organizados de mulheres levariam a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), oficializado pelo Ministério da Saúde em 1984. Nascido em meio ao processo de reconstrução do Sistema de Saúde, que agora estava voltado para a priorização da atenção primária, O PAISM tinha como objetivo quebrar o paradigma materno-infantil a ampliar a oferta de ações programáticas para as mulheres (BRASIL, 2002).

Com o advento do Sistema Único de Saúde em 1990, diversas ações baseadas na legislação de saúde projetariam a execução de programas e estratégias voltadas significativas para o cuidado em saúde materno-infantil. Dentre essas ações, podemos citar a relevante contribuição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). O processo de descentralização do acesso à

atenção básica com a ampliação das responsabilidades dos municípios trouxe a oportunidade de reorganização das ações e serviços básicos, de modo a garantir a qualidade da assistência em saúde, a partir da integração de ações a partir da necessidade específica de cada território (TASCA, 2011)

Segundo Paim et al. (2008) a atenção primária, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), tem contribuído significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde no país. A expansão do modelo propiciou a ampliação do acesso a serviços básicos e deixou os profissionais de saúde mais próximos dos usuários. No âmbito dessa estratégia, cabe aos profissionais promover um acolhimento humanizado a grávida e o planejamento de ações capazes de promover saúde e cuidados para quaisquer problemas que venham ocorrer durante a gestação. A identificação de riscos, bem como a condução do acompanhamento pré-natal de maneira precisa e eficaz é uma dos principais papéis do profissional que atua na atenção primária.

Partindo da necessidade de estabelecer mecanismos que assegurassem a qualidade do acompanhamento pré-natal, o Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS 569/00, instituiu em junho de 2000 o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, qualificar as consultas e promover o vínculo entre profissional e gestante na assistência (BRASIL, 2006).

Naquele momento, a nova proposta trouxe aos Estados e Municípios a oportunidade de repensar e rediscutir a oferta de serviços oferecidos na atenção à gestação, parto e puerpério, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico situacional de suas áreas de abrangência, com o intuito de detectar lacunas e saná-las.

O impacto das ações propostas pelo PHPN depende da oferta de serviços de qualidade, capazes de atender as demandas gestacionais de maneira abrangente e eficiente. A Atenção ao pré-natal objetiva principalmente a garantia de uma evolução normal da gravidez, o preparo da mulher para o parto e a identificação de agravos e complicações que possam gerar risco iminente de vida para mulher e seu conceito.

A partir de então, foram estabelecidos critérios relativos à captação precoce de gestantes e à realização de um mínimo de ações e procedimentos específicos, considerado essenciais para a efetividade do cuidado a gestante e definidores da qualidade da assistência (SERRUYA et al., 2004). Para a avaliação do PHPN, foi criado o Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL), a fim de possibilitar o monitoramento do programa pelos gestores do SUS, partindo de informações mensais

enviadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e cadastradas nesse sistema (BRASIL, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou recomendações essenciais para o sucesso na oferta do cuidado pré-natal, das quais podemos citar: o uso de intervenções que sejam realmente necessárias, com tecnologias apropriadas e baseadas em evidências, ser regionalizado e possuir um sistema eficiente de referência e contrarreferência, ser multidisciplinar, ser integral, estar centrado nas famílias, considerar os aspectos socioculturais nos quais a gestante está inserida, compartilhar a tomada de decisão com as mulheres e ser regido por princípios éticos (NASCIMENTO et al., 2007). Para a OMS tais recomendações asseguram a proteção, a promoção e o suporte necessário para se atingir um cuidado efetivo as gestantes.

A atenção Pré-Natal tem potencial destacado como indicativo na qualidade dos serviços, não apenas por dispor de indicadores para o seu monitoramento, mas também, por constituir a modalidade mais tradicional de atenção primária as gestantes. O Programa Nacional Humanização do Pré-Natal, Parto e Puerpério (PHPN), como parte da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, definiu até o ano de 2011 as diretrizes básicas para a organização e execução de ações que devem ter como resultado a manutenção da qualidade de vida da gestante e o nascimento de uma criança saudável.

3.5 Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto de Nascimento: diretrizes e preceitos norteadores do cuidado

Em 01 de junho de 2000, através das Portarias/GM nº 569, 570, 571 e 572, foi instituído pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, e busca principalmente: concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante. (BRASIL, 2005; SERRUYA, ET. AL, 2004)

A criação do programa, que atualmente está inserido à Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde - Humaniza SUS colocou

em discussão a atenção pré-natal no intuito de redefinir as bases conceituais e as práticas assistenciais. Este debate esteve em consonância com a discussão de modelos de assistência pré-natal, que tem sido ampla e recorrente, uma vez que esta atenção é consensualmente oferecida na maioria dos países do mundo. No conjunto de medidas tomadas pelo Ministério da Saúde o Programa deveria somar-se a outras importantes estratégias já em andamento para a melhoria da assistência obstétrica (SERRUYA ET. AL, 2004).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento está estruturado nos seguintes princípios:

"... Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; b - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; c - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura" (BRASIL, 2000 p. 2).

A fundamentação da medida ministerial é caracterizada como um projeto de aprimoramento da assistência obstétrica através da estruturação do programa em três componentes:

“Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal - objetiva a assistência pré-natal adequada, com critérios mínimos recomendados pelo Programa, instituindo, para tanto, incentivos financeiros a serem transferidos aos municípios que aderirem ao Programa. (Portaria GM/MS nº 570, de 1 de junho de 2000, republicada em 18 de agosto de 2000). Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal - objetiva o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, através da estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares e financiamento a hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde (Portaria GM/MS nº 571, de 1 junho de 2000 e SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000) Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto objetiva a melhoria do custeio da assistência ao parto realizado nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, elevando o valor e a forma de remuneração dos procedimentos da tabela relativos ao parto (Portaria GM/MS nº 572, de 1 de junho de 2000, republicada em 14 de novembro de 2000)”.

Outras portarias técnicas referentes ao PHPN são: SPS/MS nº 9, de 5 de julho de 2000, republicada em 1 de setembro de 2000 - Define o Termo de Adesão dos estados e seus respectivos municípios; Portaria Conjunta SAS/SE nº 27, de 3 de outubro de 2000 - Fixa os limites, por Unidade da Federação, para financiamento pelo FAEC; e DOU/MS nº1067, de 04 de julho de 2005 – Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e estabelece ajustes no PHPN como a extinção do Componente II,

regulamentado pela Portaria nº 356, de 22 de setembro de 2000, e dá outras providências.

Para o cumprimento desta nova forma de organização da saúde, em especial da obstetrícia, estipulada nestes decretos e portarias, há responsabilidades nos três níveis de governo onde se criam elos de interdependência para a funcionalidade efetiva do programa (BRASIL, 2006):

Gestor Federal:

- Articular com Estados, Municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, de avaliação e de acompanhamento do processo;

- Assessorar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na elaboração das diretrizes, normas, rotinas e fluxos para seus respectivos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos Sistemas Móveis de Atendimento;

- Estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa e alocar recursos destinados ao co-financiamento dos componentes;

- E fornecer série numérica, por Estado e por Município, para identificação das Gestantes.

Gestor Estadual:

- Elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde, os Planos Regionais, organizando seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem todos os níveis de atenção;

- Estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal;

- Assessorar os municípios na estruturação das Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

- Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;

- Monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual;

- Assessorar os municípios no processo de implementação, controle, avaliação e acompanhamento do Programa;

- E homologar, após análise, os Termos de Adesão encaminhados pelos municípios.

Gestor Municipal

- Participar da elaboração dos Planos Regionais em conjunto com a Secretaria Estadual; estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal e o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar;

- Garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastramento e acompanhamento de suas gestantes;

- Garantir o acesso à realização dos exames laboratoriais de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, de acordo com a programação regional;

- Estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, de acordo com a programação regional;

- Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;

- Monitorar o desempenho do Programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal;

- E enviar o Termo de Adesão ao Programa, devidamente homologado pelo Gestor Estadual, à Secretaria de Políticas da Saúde/MS- Brasília/DF.

A operacionalidade do PHPN em nível municipal dá-se a partir da publicação da Portaria de Adesão finalizando com o cuidado direto à mulher durante o período pré, trans e pós-gestacional. O município deve começar o cadastramento das gestantes no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento utilizando o sistema informatizado - SISPRENATAL.

O SISPRENATAL é um sistema informatizado de informação e acompanhamento, disponibilizado pelo DATASUS para os municípios que aderirem ao Programa, sendo de uso obrigatório para estes municípios. O sistema foi desenvolvido em ambiente Windows, na linguagem Delphi, permitindo fácil manuseio. O SISPRENATAL possibilita o monitoramento do Programa pelos gestores do SUS, a partir do acompanhamento de cada gestante.

As informações das Fichas de Cadastramento da Gestante e das Fichas de Registro Diário de Acompanhamento da Gestante são as fontes de entradas de dados que devem ser digitadas no SISPRENATAL. Mensalmente o SISPRENATAL irá gerar um Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), para ser enviado por importação ao Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

Este BPA possibilitará o faturamento do incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante cadastrada. O valor mensal total correspondente ao município constará do relatório Valores Exclusivos para Empenho - VEP/SIA e o depósito será feito na conta do Fundo Municipal de Saúde.

Os retornos da gestante à unidade para consulta, assim como os exames realizados no pré-natal, devem ser registrados na Ficha de Acompanhamento Diário da Gestante e digitados no SISPRENATAL. O cumprimento do elenco de procedimentos previstos no programa, bem como a devida alimentação do SISPRENATAL, gerará automaticamente o BPA para o SIA/SUS, permitindo o pagamento de R\$ 42,00 (quarenta e dois reais) por gestante, o qual será classificado como conclusão da assistência pré-natal.

Na Assistência Pré-Natal são preconizadas como ações essenciais: a captação precoce de gestantes, a realização de no mínimo seis consultas, aplicação da dose imunizante da vacina antitetânica (segunda dose) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; realização dos exames laboratoriais definidos como básicos: tipagem sanguínea e fator Rh, VDRL (no mínimo 01 vez), sumário de urina, glicemia, hematócrito, hemoglobina e testagem anti-HIV (no mínimo 1 vez) e a consulta puerperal até 40 dias após o parto.

Além disso, deverão ser realizadas atividades educativas, classificação de risco gestacional na 1ª consulta e consultas subsequentes e atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco. Em caso de não alimentação do SISPRENATAL, o Município ficará impossibilitado de receber o faturamento do recurso, mesmo que gestante tenha recebido assistência pré-natal completa e integral.

Para o acompanhamento da assistência, aplicação de intervenções no processo de trabalho e implementação contínua do pré-natal, o sistema fornece um conjunto de relatórios e indicadores de processo, resultado e impacto do pré-natal. A escolha dos

indicadores de processo e resultados que deveriam ser monitorados foi pensada a partir dos critérios estabelecidos para o programa.

O SISPRENATAL gera três tipos de relatórios: de gestantes, auxiliares e gerenciais. Os relatórios de gestantes compreendem dados relacionados ao cadastro de gestantes através de numeração específica, documentação social vinculada e sobre a movimentação da gestante, seja de uma unidade para outra ou de um município para o outro.

Os relatórios auxiliares fornecem informações cadastrais das unidades prestadoras de serviço e dos procedimentos elencados nas fichas de registro de atendimento. Os relatórios gerenciais apresentam-se como a maior fonte de informação dentro do sistema, gerando dados que possibilitam ao gestor a capacidade de monitorar continuamente a assistência e de ampliar a resolutividade. A seguir são apresentados os relatórios e o seu conteúdo:

- Ficha dos Acompanhamentos: este relatório exhibe todas as consultas efetuadas, por gestante, independente das unidades onde foram feitas.
- Ficha Consolidada: relatório consolidado que exhibe todas as consultas válidas e procedimentos que foram efetuados por todas as gestantes, independente da unidade onde o atendimento foi realizado. Nele existem outras informações que são geradas em um campo de observação, com mensagens sobre faturamento, documentação e cadastro com mais de 120 dias.
- Ficha Consolidada/Finalizadas: relatório equivalente ao anterior, listando somente as gestantes com conclusão do atendimento, incluindo as observações de que estas gestantes podem ou não gerar faturamento.
- Ficha Consolidada/Não Finalizadas: relatório equivalente ao anterior, listando as gestantes que já tiverem feito seis consultas e a consulta de puerpério. Foi elaborado com o intuito de mostrar ao usuário do sistema quais procedimentos elencados para gestante ainda não foram realizados.
- Totais de Gestantes/Mês de Gestaçãõ: relatório que contem o resumo das idades gestacionais (em meses) das gestantes, no momento em que é gerado.
- Totais de Gestantes /Idades Gestacionais na 1ª consulta. relatório que contem o resumo das idades gestacionais (em meses) das gestantes na data em que fizeram a 1ª consulta (cadastramento).

- Totais de Gestantes /Faixa Etária. relatório que contem o resumo das faixas etárias das gestantes no momento em que o relatório é gerado.
- Relatório de Municípios aderidos ao Programa: este relatório lista resumidamente as seguintes informações por município: código do município, nome do município e número da portaria de adesão do município ao PHPN, de acordo com as informações fornecidas pelo usuário.
- Relatório do último mês de gestação: relatório produzido para ser enviada às unidades básicas de saúde e unidades hospitalares, com o objetivo de subsidiar o planejamento de leitos, assistência ao parto e assistência puerperal.

É gerado considerando as estantes cadastradas que estão entre a 38^a e a 42^a semana gestacional e contém as seguintes informações: número do cadastro da gestante, nome da gestante, documento social vinculado, idade gestacional e data provável do parto.

- Relatório de indicadores: apresenta os resultados do processo de trabalho das equipes, em um determinado período, considerando o número total de gestantes cadastradas e o percentual relativo a cada indicador, de acordo com a classificação a seguir:
 - Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta até 120 dias, em relação ao número de nascidos vivos no período.
 - Percentual de gestantes cadastradas com no mínimo 06 consultas de pré-natal.
 - Percentual de gestantes cadastradas com no mínimo 06 consultas e os exames básicos.
 - Percentual de gestantes cadastradas com no mínimo 06 consultas, exames básicos, vacina antitetânica (no mínimo 02 doses) e consulta puerperal.

A análise de indicadores de saúde é apenas uma parte importante e essencial para avaliação da qualidade da assistência pré-natal. Outra fonte importante de análise para avaliação de qualidade é a utilização de dados subjetivos ou de pesquisa qualitativa in locu, para aprimoramento do grau de implantação do serviço, da qualidade da

assistência, entre outros aspectos essenciais para a garantia da efetividade do programa (SERRUYA ET AL, 2004).

3.6 Rede Cegonha: nova proposta, mesmos caminhos

Com o objetivo de enfrentar os desafios existentes para a consolidação da qualidade da atenção materna e qualificar as redes de atenção à saúde materno-infantil, Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria 1459/11/MS, a Rede Cegonha como nova diretriz de atenção pré-natal a ser implantada e implementada gradativamente em todo o território nacional (BRASIL 2012).

Segundo a portaria, a Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem as seguintes mudanças: redirecionamento do processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto, qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades), ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico e na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê).

Apesar dos perceptíveis esforços do governo federal no que se refere a consolidação da oferta qualitativa de ações e serviços voltados para o pré-natal, parto e nascimento, o enfrentamento a morbimortalidade materno-infantil permanece como um grande desafio. Atualmente, embora o acesso ao pré-natal possa ser considerado universal, a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória. As ações de educação em saúde muitas vezes não levam em consideração as necessidades reprodutivas e sexuais de mulheres e homens, em especial o público adolescente e jovem que precisa de aconselhamento adequado para o aprendizado e o exercício de uma vida sexual e reprodutiva saudável e responsável.

A rede de serviços de apoio diagnóstico para a realização dos exames recomendados durante a gravidez nem sempre contempla a necessidade dos Municípios. Em muitos lugares a mulher ainda peregrina para encontrar um estabelecimento de saúde no momento do parto e a atenção ao parto e nascimento, por vezes, utiliza-se de práticas que não estão baseadas em evidências científicas. Além disso, de maneira geral, pode-se afirmar que há uma fragilidade na rede no que tange ao seguimento da mulher e da criança no pós-parto, assim como no acompanhamento do desenvolvimento da

criança para que ela alcance todo seu potencial intelectual, cognitivo e motor (MORAIS, 2013).

Diversos fatores contribuem para esse diagnóstico, tais como a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, a incipiente organização dos serviços de saúde para operar na lógica de rede de cuidados progressivos, os mecanismos de alocação dos recursos públicos com foco na produção de ações de saúde e as práticas de atenção e gestão da saúde conservadoras, pouco participativas e marcadas por intensa medicalização e por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, sem respaldo em evidências científicas (BRASIL 2012).

O início da implantação da Rede Cegonha conta com a observação do critério epidemiológico, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional. Desta forma, essa iniciativa conta com a parceria de estados, do Distrito Federal e de municípios para a qualificação dos seus componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

De acordo com a portaria, cada componente compreende uma série de atenção à saúde, nos seguintes termos:

A) Pré-natal: realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção, acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno, realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno, vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto, qualificação do sistema e da gestão da informação, implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos, relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites, apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

B) Parto e Nascimento: suficiência dos leitos obstétricos e neonatais de acordo com as necessidades regionais, ambiência das maternidades orientada pela agência nacional de vigilância em saúde, práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, garantia do acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, realização do acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, estímulo à implantação de equipes

horizontais do cuidado nesses serviços, estímulo à implantação de Colegiados gestores e dispositivos de co-gestão nas maternidades.

C) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança: promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, busca ativa de crianças vulneráveis, implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites e orientação e oferta de métodos contraceptivos.

D) Sistema Logístico (Transporte, sanitário e regulação): promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, com ambulâncias equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

Os princípios da Rede Cegonha são: humanização do parto e do nascimento, organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde (RAS), acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção, vinculação da gestante à maternidade, gestante não peregrina, realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL 2012). A Rede Cegonha obedecerá à seguinte gradação de cobertura da implementação do pré-natal: 30% de cobertura em 2011, 50% de cobertura em 2012, 70% de cobertura em 2013 e 100% de cobertura em 2014 para as Unidades Básicas de Saúde do Município.

O fortalecimento a atenção básica em saúde, na perspectiva de uma rede de atenção integrada, em todos os seus princípios amplia a capacidade de cuidar das gestantes. Nessa perspectiva existem vários aspectos a serem observados para se considerar o pré-natal qualificado. Esses aspectos complementam-se e representam marcadores de qualidade, que deverão ser buscados por todos no âmbito da Rede Cegonha.

A operacionalização da rede cegonha está constituída de 05 fases:

DIAGNÓSTICO: com a apresentação da rede Cegonha no território, apresentação e análise da matriz diagnóstica nas Comissões Intergestoras Bipartite,

Homologação da Rede Cegonha na Região e instituição de um grupo condutor formado pelas Secretarias Estaduais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde e apoio institucional do Ministério da Saúde.

DESENHO REGIONAL: com realização do diagnóstico situacional e pactuação do desenho no Comitê Gestor Regional e proposta de plano operativo, inclusive com o aporte de recursos necessários.

CONTRATUALIZAÇÃO MUNICIPAL: com o desenho da Rede Cegonha no Município, realização da contratualização dos pontos de atenção da Rede e instituição do Grupo Condutor Municipal.

QUALIFICAÇÃO: com cada um dos componentes da rede sendo qualificados através do cumprimento de requisitos mínimos.

CERTIFICAÇÃO: após a verificação da qualificação de todos os componentes o Ministério da saúde certificará a rede cegonha no território, e realizará reavaliações anuais da certificação.

A portaria Nº 650/SAS/MS de 05 de outubro de 2011, dispôs aos gestores municipais as orientações necessárias para a elaboração de um plano de ação como documento orientador do repasse de recursos financeiros, planejamento de ações, monitoramento e avaliação das implementações da Rede Cegonha nos Estados e Municípios. Para tal, o documento deveria se baseado na análise situacional da atenção à saúde materna e infantil conter as seguintes informações:

- Identificação da população total do Município, do número de mulheres em idade fértil (10-49 anos) e do número de nascidos vivos no ano anterior.
- Toda a programação (física e financeira) da atenção integral à saúde materna e infantil.
- Especificar as atribuições e responsabilidades pactuadas relacionadas ao aporte dos novos recursos disponibilizados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios de acordo com o Anexo I, desta Portaria.

Como componentes da atenção ao pré-natal, a portaria orienta o rol de ações que devem estar inclusos na planilha:

- Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;

- Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- Acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno (se for o caso, incluir nome do(s) Município(s) de referência);
- Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno (se for o caso, incluir nome do(s) Município(s) de referência);
- Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto (se for o caso, incluir nome do(s) Município(s) de referência);
- Qualificação do sistema e da gestão da informação;
- Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;
- Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

Em suma, as ações dispostas na planilha já estão contempladas em sua maioria no modelo de atenção pré-natal vigente no país, considerando normas e diretrizes já estabelecidas pelo Ministério da Saúde, portanto, a Rede Cegonha deverá ser trabalhada concomitantemente às ações já realizadas, sendo gradativamente implementada em 100% do território brasileiro.

Como novo caminho a ser trilhado na busca pela oferta qualitativa de ações voltadas para a saúde materna, a Rede Cegonha apresenta a oportunidade de otimizar a utilização dos recursos já existentes no Município e provenientes dos modelos de atenção anteriores, cabendo aos gestores a responsabilidade de organizar adequadamente os serviços oferecidos para que se configurem efetivamente no modelo de rede de atenção, mantendo as mesmas atribuições já propostas para cada esfera de gestão.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Este é um estudo documental, quantitativo, descritivo, retrospectivo e transversal. Foram realizadas análises em documentos técnicos e dados oriundos de sistemas de informação em saúde de domínio público, como base de referência para o estudo.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Município de Boa Vista, capital do Estado de Roraima. O município possui uma população de 296.959 habitantes (IBGE, 2010) dado que representa o percentual de 65% do número de habitantes do Estado. Destes 149.896 são mulheres, das quais 104.166 estão na faixa etária classificada como reprodutiva de 10 a 49 anos (DATASUS, 2013) e considerada prioritária pelo Ministério da Saúde para a execução de ações programáticas em saúde da mulher.

O Estado de Roraima está localizado no extremo-norte do Brasil e é delimitado geograficamente pela fronteira com dois países, a saber, Venezuela e Guiana Inglesa. De acordo com dados do IBGE (2010), aproximadamente 65% da população desse Estado é residente na Capital Boa Vista. A economia local é baseada principalmente no funcionalismo público e no mercado informal.

A captação de recursos para a saúde é baseada na arrecadação de impostos, no co-financiamento federal e em iniciativas de emendas parlamentares. Outra característica relevante é a participação deste Estado na abrangência territorial da Amazônia Legal, este território é considerado pelo Ministério da Saúde como prioritário para o repasse de recursos e implementação de políticas públicas, devido as características loco regionais para quais podemos considerar principalmente a fragilidade dos indicadores sociais e de saúde: baixo nível de escolaridade da população, baixo poder aquisitivo, índices elevados de mortalidade materna e infantil, prevalência de doenças negligenciadas como tuberculose e verminoses, segundo dados do IBGE (2010).

Apenas a capital oferece serviços e ações em saúde nos três níveis de atenção – primária, média e alta complexidade – e com isso, todas as gestantes do Estado que necessitem de um cuidado mais complexo são encaminhadas para Boa Vista. A

Secretaria Municipal de Saúde é a direção responsável pelo planejamento, financiamento, execução, monitoramento e avaliação dos serviços e ações em saúde oferecidas a população residente no Município.

O organograma da Secretaria dispõe os seguintes macronúcleos de gestão: Gabinete do Secretário Municipal de Saúde, Departamento de Assistência à Saúde, Superintendências em Saúde, Departamentos/Diretorias em Saúde e Áreas Técnicas. As ações a serem planejadas para a atenção ao pré-natal estão sob a responsabilidade do gestor área técnica da atenção à saúde da mulher, subordinada a Superintendência de Atenção Básica.

A gestão da Atenção Básica no Município de Boa Vista está estruturada através da Superintendência, Secretária de Ofícios e controle patrimonial, Departamento de RH, Assessoria de Acompanhamento de Projetos e Processos, Direção e Coordenações dos Programas Estratégicos - DPE e Direção de Macroáreas. Já na assistência é composta por uma rede de prestação de serviços, através das Unidades Básicas de Saúde e laboratórios.

Está organizada em 06 áreas (Macroáreas) de saúde, implantadas nas áreas socioeconômicas mais vulneráveis. Compõem essas Macroáreas 55 equipes de Estratégia da Saúde da Família, caracterizada pelo Ministério da Saúde como estratégia prioritária dos serviços da Atenção Básica.

A Rede de Saúde do Município é composta por 32 Unidades Básicas, 03 Centros de Especialidades Médicas, sendo 01 de gestão municipal e 02 de gestão estadual, 01 Policlínica e 01 Hospital Geral. No âmbito da saúde, há uma predominância da oferta de serviços públicos em todo o Estado e embora a regionalização seja preconizada pelo SUS desde o início da sua implantação, não existe um plano de consórcio de saúde entre os municípios.

As diretrizes e normas da Atenção Básica atualmente são reguladas através da Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. O Município ainda recontratualizou ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ, através de 37 equipes de saúde da família com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica.

A Direção dos Programas Estratégicos é uma direção que objetiva formular projetos que facilitem a integração entre as ações de todos os programas de Saúde da Atenção Básica – Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Triagem Neonatal, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde do Homem, Expresso Saúde, Saúde Rural,

Alimentação e Nutrição e Educação em Saúde criando corredores de atuação estratégicos para a melhoria dos serviços de saúde aos municípios. Assim, elencamos as ações e atribuições da coordenação que possui relevância para este estudo:

Coordenação de Saúde da Mulher: A Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher atua nas áreas referentes ao Planejamento Familiar, Pré-Natal, Puerpério e Climatério, de acordo com as metas descritas na Programação Anual de Saúde (PAS). Tem como objetivo no município de Boa Vista, promover atividades voltadas à Saúde da Mulher, na rede municipal de saúde, através das Equipes de Saúde da Família. A população alvo do programa são mulheres residentes no Município de Boa Vista na faixa etária reprodutiva de 10 a 49 anos e no período pós-menopausa.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento trabalham para captar as gestantes, estabelecer vínculo entre o Pré-Natal e o Parto, garantir a qualidade da Assistência Pré-Natal e garantir o acesso das gestantes aos diversos níveis de complexidade. O objetivo é captar gestantes precocemente, cadastrá-las no sistema informação e acompanhá-las diretamente através das equipes de saúde da família até o período puerperal.

4.3 Fontes de Informação

Neste estudo foram analisadas as informações do banco de dados do Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) que são utilizadas como subsídio para cálculo e são enviadas como indicadores de saúde para o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com o objetivo de subsidiar o aprimoramento da gestão através da implementação do planejamento estratégico contínuo na saúde.

Os principais sujeitos em análise foram os indicadores de saúde das bases de dados de Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde. Para a escolha dos indicadores foram utilizados os Manuais do Ministério em Saúde que orientam quais indicadores devem ser utilizados para a avaliação e o planejamento organização e prestação de serviços de assistência pré-natal no Município. Considerando as orientações contidas nos manuais, os indicadores analisados foram classificados em 03 categorias:

Indicadores de processo da assistência pré-natal: indicadores relacionados ao processo de trabalho das equipes da estratégia saúde da família durante o acompanhamento da gestação. Foram selecionados os seguintes indicadores:

- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o 4º mês de gestação;
- Percentual de gestantes cadastradas com no mínimo 06 consultas de pré-natal;
- Percentual de gestantes cadastradas com no mínimo 06 consultas e os exames básicos;
- Percentual de gestantes cadastradas com no mínimo 06 consultas, exames básicos, vacina antitetânica (no mínimo 02 doses) e consulta puerperal.

Indicadores de resultado da assistência pré-natal: indicadores relacionados ao resultado da assistência pré-natal sobre a saúde do recém-nascido. Foram selecionados os seguintes indicadores:

- Percentual de nascidos vivos com baixo peso;
- Percentual de nascidos vivos prematuros.

Indicadores de impacto da assistência pré-natal: indicadores relacionados ao impacto da assistência pré-natal sobre a morbimortalidade materna. Esses indicadores são pactuados anualmente pela gestão municipal através do Pacto pela Saúde, e devem ser monitorados continuamente com o objetivo de subsidiar a aquisição de recursos financeiros para a implementação dos serviços de saúde. Foram selecionados os seguintes indicadores:

- Proporção de partos normais;
- Proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal;
- Número de Óbitos Maternos;
- Número de testes de sífilis por gestante;
- Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de 01 ano de idade.

Além dos indicadores, foram utilizados 02 documentos de domínio público, disponibilizados no Conselho Municipal de Saúde de Boa Vista – RR: Relatório Anual de Gestão do ano de 2013 e Plano Municipal de Saúde de 2010 a 2013, para fins de

caracterização da estrutura e funcionamentos dos serviços de saúde no Município de Boa Vista.

Para os resultados apresentados na tabela de nº 05, foi utilizado o princípio de que o número de cadastros realizados no ano deveria ser equivalente ao número de conclusões efetivadas no mesmo ano. Os cálculos foram realizados considerando o número de gestantes cadastradas e os valores financeiros estabelecidos pelo Ministério da Saúde a serem repassados ao município, por gestante cadastrada que concluiu a assistência pré-natal.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período entre 05 a 30 de junho de 2014. Foi realizada a consulta pública aos documentos supracitados, após visita a sede do Conselho Municipal de Saúde. A consulta constou de análise supervisionada dos documentos, com a transcrição de aspectos relacionados à estrutura da rede de atenção básica do Município, serviços oferecidos, atividades realizadas e resultados de indicadores de saúde pactuados. Não foi permitida a reprodução dos documentos analisados.

Concomitantemente, foi realizado a pesquisa dos resultados dos indicadores de saúde selecionados para o estudo, considerando o período do ano de 2008 ao ano de 2013. Para os anos selecionados para estudo foram considerados dois momentos importantes para a gestão da atenção a o pré-natal: um período anterior à implantação da Rede Cegonha (2008-2010) e um de transição de implantação da Rede Cegonha no Brasil e no Município (2011 a 2013).

A pesquisa dos resultados dos indicadores foi realizada através de consulta ao site do DATASUS, através da utilização da ferramenta digital Informações de Saúde - TABNET que disponibiliza os resultados já calculados, considerando a classificação destes nos links de pesquisa disponíveis. Para esta pesquisa foram utilizadas as especificações: indicadores de saúde, estatísticas vitais, indicadores assistenciais, epidemiológicas e de morbidade.

Para os indicadores de saúde de 2013 foram utilizadas as informações necessárias para o cálculo dos mesmos de acordo com as normativas técnicas dos manuais do Ministério da Saúde, pois os resultados já calculados não se encontravam disponíveis na base de dados do DATASUS, porém havia informações disponíveis para

o cálculo. Para este ano considerados ainda os resultados de indicadores contidos no Relatório de Gestão de 2013.

Como limitações encontradas para a realização desta pesquisa podemos citar: a insuficiência de documentos técnicos de anos anteriores a 2013 para consulta pública, a deficiência de resultados recentes na base de dados do DATASUS e a morosidade na anuência da Instituição para a realização da coleta de dados.

4.5 Análise dos Resultados

Os resultados encontrados foram dispostos em tabelas em ordem cronológica crescente e apresentados em estatística de frequência simples, considerando os anos reservados para o estudo e as classificações estabelecidas para os indicadores. Foram realizadas comparações com estudos já realizados, com parâmetros nacionais de resultados dos mesmos indicadores e com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a gestão de serviços relacionados ao pré-natal, buscando verificar as semelhanças e discrepâncias entre a realidade dos serviços e existentes e aquilo que é proposto pela política pública em análise.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da estrutura dos serviços

Considerando as diretrizes da atenção básica, para o número de equipes cadastradas no Sistema de Atenção Básica (SIAB) do Município (55 equipes), a capacidade total de cobertura da estratégia Saúde da família em relação ao território urbano de Boa Vista é de 77% de cobertura da população residente. Ressaltamos ainda que para cada macroárea há um coordenador responsável pelo planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde executadas pelas equipes da estratégia saúde da família e para cada Unidade de Saúde há um gerente administrativo.

Até dezembro de 2013, o percentual de cobertura das equipes em relação à população residente no Município foi de 33%. Segundo o relatório de gestão desse ano, isto ocorreu pelo número reduzido de profissionais médicos vinculados às equipes da ESF. A contratação de médicos acontece de forma espontânea, conforme a necessidade e não há vinculação efetiva destes profissionais com instituição pública desde o ano de 2004. O mesmo ocorre para profissionais enfermeiros, onde observamos que apesar de todas as equipes possuírem este profissional vinculado, há uma grande rotatividade destes na atenção básica (RORAIMA, 2013).

Das 32 UBS, apenas 05 possuem laboratórios em funcionamento dos quais ofertam exames, inclusive os preconizados para as gestantes. Apresentamos a seguir, uma breve caracterização das Macroáreas:

Macroárea 01: Possui em sua área de abrangência os bairros jardim Floresta, Caranã, Aeroporto, Cauamé, Jardim Caranã, União e Cidade Satélite. Possui 04 casas de saúde da família e 02 Centros de Saúde, dos quais 01 possui laboratório em seu território. A população geral é de 40.071 habitantes, dos quais 15.587 são mulheres em idade fértil (faixa etária de 10 a 49 anos). Nesta macroárea são cadastradas em média 600 gestantes/ano. Possui 09 equipes da ESF, com capacidade cobertura de 89,8% da população residente no território de abrangência (RORAIMA, 2013).

Macroárea 02: Compreende em seu território os bairros São Vicente, Calungá, Mecejana, Bairro dos Estados, Paraviana, São Pedro, 31 de Março e Aparecida. Possui 04 Centros de Saúde, 01 casa de saúde da família e 02 unidades laboratoriais. A população geral é de 31.114 habitantes, dos quais 11.545 são mulheres em idade fértil. Nesta Macroárea são cadastradas em média 450 gestante/ano. Possui 09 equipes da

ESF, com capacidade de cobertura superior a 100% da população residente no território de abrangência (RORAIMA, 2013).

Macroárea 03: Possui em sua área de abrangência, os bairros Caimbé, Tancredo Neves, Cambará, Nova Canaã, Asa Branca, Jóquei Clube. Possui 02 Centros de Saúde e 01 casa de saúde da família. Não possui unidade laboratorial. A população geral é de 35.985 habitantes, dos quais 13.759 são mulheres em idade fértil. Nesta Macroárea são cadastradas em média 580 gestantes ano. Possui 09 equipes da ESF, com capacidade de cobertura de 100% da população residente no território de abrangência (RORAIMA, 2013).

Macroárea 04: Compreende em seu território os bairros 13 de Setembro, Liberdade, Buritis, Pricumã, Cinturão Verde, Centenário. Possui 04 Centros de Saúde e 01 casa de Saúde da Família. A população geral é de 35.934 habitantes, dos quais 13.807 são mulheres em idade fértil. Nesta Macroárea são cadastradas em média 600 gestantes/ano. Possui 08 equipes da ESF, com capacidade de cobertura de 89% da população residente no território de abrangência (RORAIMA, 2013).

Macroárea 05: Compreende em seu território os bairros Santa Tereza, Psicultura, Jardim Primavera, Silvio Leite 1 e 2, Alvorada 1 e 2, Jardim Equatorial e Santa Luzia. Possui 05 Casas de Saúde da Família. Possui 02 unidades laboratoriais no território. A população geral é de 52.324 habitantes, dos quais 20.447 são mulheres em idade fértil. Nesta Macroárea são cadastradas em média 860 gestantes/ano. Possui 10 equipes da ESF, com capacidade de cobertura de 76,5 % da população residente no território de abrangência (RORAIMA, 2013).

Macroárea 06: Compreende em seu território os bairros Pintolândia, Sílvio Botelho, Senador Hélio Campos, Jardim Tropical, Nova Cidade, Operário, Raiar do Sol, Bela Vista e Conjunto Cidadão. Possui 03 Centros de Saúde e 04 casas de saúde da família. Não possui unidade laboratorial. A população geral é de 63.814 habitantes, dos quais 24.031 são mulheres em idade fértil. Nesta Macroárea são cadastradas em média 1.063 gestantes/ano. Possui 10 equipes da ESF, com capacidade de cobertura de 62% da população residente no território de abrangência (RORAIMA, 2013).

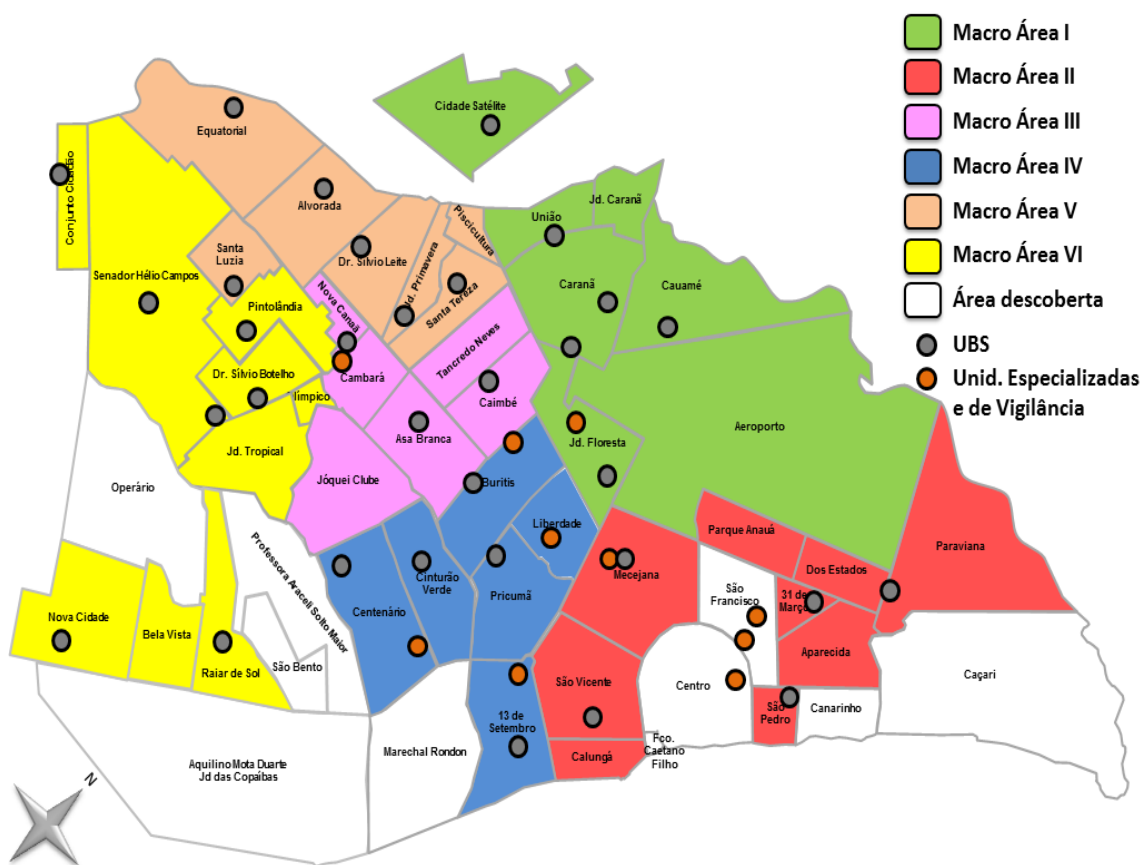


Figura 1 - Distribuição geográfica das macroáreas e unidades básicas de saúde na atenção básica do Município de Boa Vista – RR
 FONTE: RORAIMA (2013).

Todas as Unidades de Saúde oferecem consultas de pré-natal. Não há fluxo instituído de atendimento e a captação de gestante acontece principalmente por acolhimento de demanda espontânea. A Rede Cegonha está em fase de implantação no Município, porém, não consta no relatório de gestão o quantitativo de recursos destinados à implementação do novo modelo de atenção ao pré-natal na atenção básica. Portanto, podemos inferir que o Município atende as gestantes considerando as diretrizes estabelecidas pelas Portarias/GM nº 569, 570, 571 e 572 de 2000.

Nas macroáreas onde não há unidade laboratorial a coleta de exames é referenciada para aquelas que possuem o serviço. As consultas são realizadas somente através de agendamento. Na 1ª consulta pré-natal é realizado o cadastramento da gestante no SISPRENATAL, solicitação de exames obrigatórios a serem realizados, anamnese e exame físico da gestante e orientações concernentes à gestação.

Nas consultas subsequentes são realizadas a análise dos exames solicitados, atualização do cartão de vacina, tratamento de intercorrências ou agravos ocorridos durante a gravidez e encaminhamentos necessários. O encaminhamento para a realização

de ultrassonografia constitui uma rotina na atenção básica, já que esta não oferta o serviço de maneira sistemática nas unidades básicas de saúde.

Até o momento, não houve a implantação dos Núcleos de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF), o que implica na inexistência de rotinas direcionadas para o atendimento e referenciamento de gestantes, bem como o matriciamento de ações por profissionais especialistas em Ginecologia ou Obstetrícia.

O Acompanhamento ao Pré-Natal de Risco acontece em uma Unidade Estadual de Referência em Saúde da Mulher, localizada na Capital, e os partos são referenciados para o Hospital Materno-Infantil que é a única maternidade pública existente e também é de gestão Estadual. Ambas as Instituições citadas servem de referência para o atendimento de gestantes de todo o Estado de Roraima.

5.2 Análise dos Indicadores da Atenção ao Pré-Natal

A efetivação dos dados relacionados ao Pré-natal se dá através da alimentação do sistema de informação em saúde, disponibilizado pelo Ministério da Saúde: o Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL). Este sistema é alimentado de forma centralizada, na Coordenação Municipal de Atenção à Saúde da Mulher, através das fichas de Cadastro de Gestantes e Fichas de Atendimento de Gestantes que são enviadas mensalmente pelas equipes da estratégia Saúde da Família.

A base de dados fornece informações a partir do ano de 2004, porém não há documento oficial que afirme a data de adesão do Município ao Programa. Para fins de realização desta pesquisa foram analisados dos relatórios gerenciais do SISPRENATAL, no período de 2008 a 2013, disponibilizados pelo DATASUS/MS.

Tabela 1 – Quantitativo de gestantes cadastradas no SISPRENATAL no período de 2008-2013

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Média
Nº de Gestantes Cadastradas	4407	4276	4337	4800	4964	4381	27165	4.527,5

FONTE: SISPRENATAL/DATASUS/MS (dados sujeitos a alterações)

A tabela mostra o número de gestantes inscritas no Programa de Atenção ao Pré-Natal no período selecionado para este estudo. A taxa de crescimento no número de gestantes cadastradas entre os anos de 2008 a 2012 foi de 19, 2%. O ano de 2012 foi o que apresentou o maior número de gestantes inscritas no programa. A média de

gestantes/ano residentes no Município foi de 4.527,5 durante o período reservado para o estudo. A média de nascimentos/ano foi de 6.194 nascidos vivos durante o mesmo período.

O total de gestantes na faixa etária de 10 a 19 anos foi de 7.273, das quais, que representam 26% do total de gestantes/ano. O maior percentual de gestantes cadastradas nos anos de estudo é encontra-se na faixa etária de 20 a 29 anos, que representam uma proporção 53% dos cadastramentos realizados por ano. Em relação à escolaridade, 77% do total de gestantes cadastradas/ano apresentavam 08 ou mais anos de estudo. Apenas 1% das gestantes cadastradas não possui nenhum grau de escolaridade.

Segundo o próprio DATASUS, do total de gestantes cadastradas no ano de 2013, foi estimado que 25% destas estariam dentro do perfil de gestantes cadastradas para acompanhamento pelo programa social Bolsa Família, dos quais uma, no entanto, os resultados de acompanhamento do programa mostram que das 1132 gestantes, apenas 16% estavam realizando acompanhamento pré-natal (DATASUS, 2013).

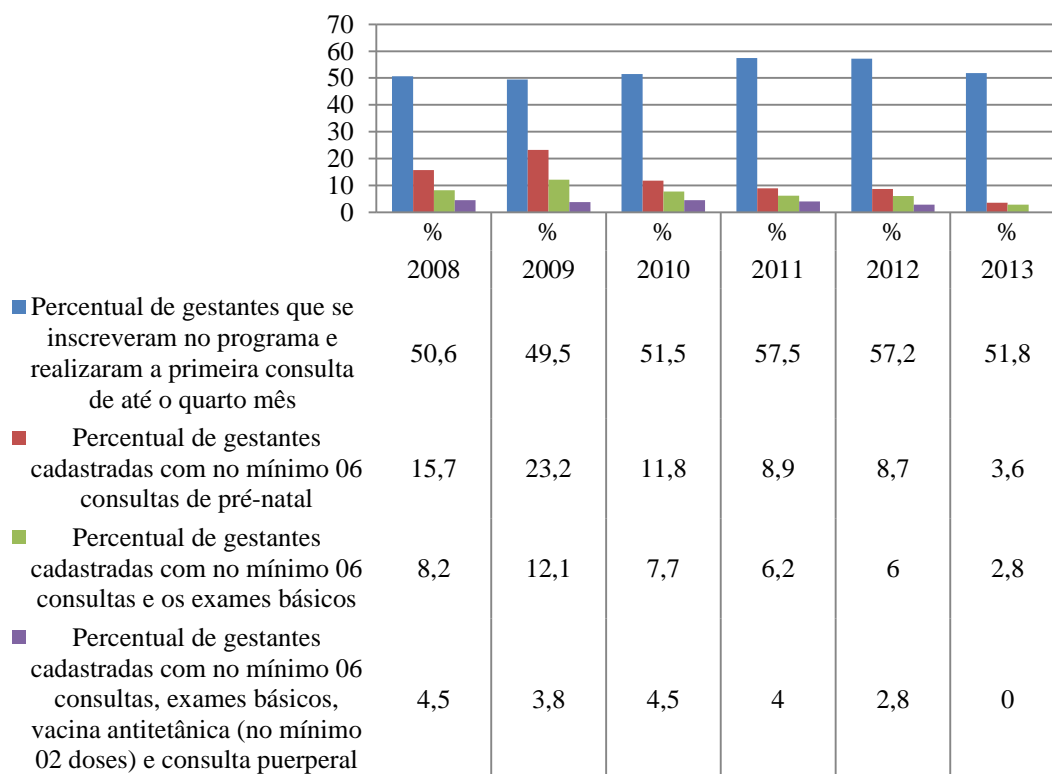


Figura 2 - Indicadores de processo do SISPRENATAL no período de 2008 - 2013

FONTE: SISPRENATAL/DATASUS/MS (dados sujeitos a alterações)

A tabela apresenta os indicadores relacionados ao registro do processo de trabalho das equipes, através fichas de registro diário de acompanhamento de gestantes encaminhadas mensalmente pelas Unidades Básicas e inseridas no sistema. Os dados

são agregados considerando os procedimentos realizados durante a continuidade do acompanhamento pré-natal. Segundo as diretrizes preconizadas, quanto maior o número de dados agregados, mais qualidade há na assistência oferecida às gestantes. (BRASIL, 2002).

Os indicadores são calculados automaticamente pelo sistema e proporcionalmente relacionados ao número total de gestantes cadastradas e acompanhadas a cada ano. A tabela é obtida através dos relatórios gerenciais do SISPRENATAL e fornecida pelo DATASUS/MS.

Observamos que o percentual de gestantes cadastradas até o quarto mês de gestação obteve seu menor índice em 2009, onde apenas 49,2% das gestantes realizaram a primeira consulta até o quarto mês. Após esse ano o ano de 2011 apresentou a maior proporção de gestantes cadastradas até o quarto mês, obtendo o índice de 57,5%. O ano de 2013 apresenta uma queda desse indicador para o valor de 51,8%, o que representa uma diminuição de 11% no total de gestantes cadastradas.

O indicador de percentual de gestantes com no mínimo 06 consultas de pré-natal, refere-se aos cadastros de gestantes realizados no SISPRENATAL, independente do mês de cadastramento. Este indicador apresentou um crescimento de 8% entre os anos de 2008 e 2009, representando a proporção de 23,2% das gestantes cadastradas em 2009. A partir de 2009, o indicador apresenta uma queda contínua até 2013, onde apenas 3,6% das gestantes cadastradas realizaram 06 consultas de pré-natal.

O indicador de percentual de gestantes cadastradas com no mínimo 06 consultas e os exames básicos refere-se as gestantes que realizaram além das 06 consultas de pré-natal, os exames preconizados para a gestante, a exceção do exame de para diagnóstico do HIV/AIDS. Observamos que para este indicador, o maior percentual de gestantes atingido foi o de 12,1% em 2009 e que a partir desse ano os percentuais de cobertura apresentaram um decréscimo contínuo até o índice de 2,8% das gestantes em 2013.

O indicador de percentual de gestantes cadastradas com no mínimo 06 consultas, exames básicos, vacina antitetânica (no mínimo 02 doses) e consulta puerperal, refere-se aos cadastros de gestantes que possuem todos os procedimentos elencados acima realizados e lançados no sistema durante o acompanhamento pré-natal, considerando a principalmente a vacinação antitetânica e a consulta da puérpera até 40 dias após o parto. Observamos que para este indicador, o maior índice de gestantes de 4,5% em 2008 e em 2010 e após esse período verificamos um decréscimo contínuo até atingir o índice 0 em 2013.

Para o ano de 2013, devemos considerar a mudança local de software do SISPRENATAL para uma nova versão online chamada SISPRENATALweb. Com a mudança de sistema, as informações referentes à 2013 podem ter sido submetidas à perdas ou subregistro de dados encaminhados ao DATASUS, com conseqüente incompletude nos resultados apresentados.

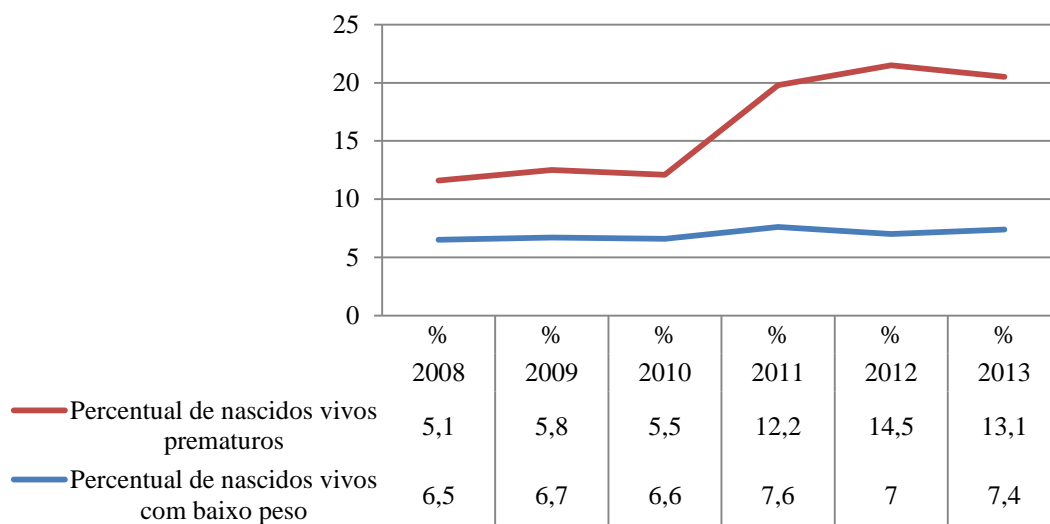


Figura 3 - Indicadores de resultado do SISPRENATAL no período de 2008-2013

FONTE: SINASC/DATASUS/MS

Para a avaliação dos resultados da assistência pré-natal, o Ministério da saúde considera de extrema relevância, o monitoramento do resultado dessa assistência sobre a saúde neonatal. Os indicadores relacionados na tabela acima são considerados como alertas para o aumento do risco de morbimortalidade durante o crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2006).

Os dados são disponibilizados pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC/DATASUS) e calculados proporcionalmente ao número de nascidos vivos do município em um determinado ano, comparando-se a anos anteriores ou anos subsequentes.

O percentual de nascidos vivos com baixo peso refere-se à proporção de crianças com peso inferior a 2.500 gramas no momento do nascimento. Verificamos que no período de 2008 a 2011 há um crescimento de 14% no número de nascidos vivos com baixo peso e este índice se mantém em percentuais equivalentes até 2013.

O percentual de nascidos vivos prematuros refere à proporção de crianças nascidas com idade gestacional inferior ou igual a 36 semanas no momento do parto. Verificamos que do ano de 2008 até o ano de 2012, há um crescimento de 64% no

percentual de nascidos vivos prematuros. Para o ano de 2013, observamos uma queda de 14% no percentual de nascidos vivos prematuros.

Do total de óbitos neonatais ocorridos até 28 dias de nascimento, a proporção de óbitos de causas evitáveis variou de 72% em 2008 para 75% em 2013, e destes um percentual de 66% são de óbitos que poderiam ser evitados durante a gestação. (RORAIMA, 2013).

Tabela 2 - Resultado anual dos Indicadores de Impacto/SISPACTO pactuados pela gestão da atenção pré-natal no Município de Boa Vista, no período de 2008-2013

Indicadores de Impacto do	2008	2009	2010	2011	2012	2013
SISPRENATAL/Indicadores do SISPACTO						
Proporção de partos normais (%)	57	55	56	61	59	57
Proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal (%)	46	52	49	47	45	46
Número de Óbitos Maternos (n)	3	3	1	3	1	1
Número de testes de sífilis por gestante (n)	1,32	0,77	0,8	1,02	0,8	-
Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de 01 ano de idade (n)	19	23	43	22	11	-

FONTE: DATASUS/MS (dados sujeitos a alterações)

Todos os dados apresentados na tabela são pactuados anualmente pela gestão e o DATASUS apresenta tanto os resultados alcançados quanto a pactuação (meta) estabelecida pelo Município para alcance ou redução. Para os indicadores relacionados à número óbitos ou agravos os índices pactuados são configurados como limites máximos a serem mantidos ou reduzidos em cada ano, pois quando os resultados se apresentam acima das metas estabelecidas, estes são considerados indicadores de baixa qualidade ou fragilidade na atenção à saúde.

Os demais indicadores possuem como referência metas a serem alcançadas ou ultrapassadas em cada ano e, quando os resultados apresentam-se igual ou acima da meta estabelecida, estes são considerados indicadores de qualidade da atenção à saúde. Descreveremos a seguir os resultados de cada indicador, bem como a pactuação estabelecida para cada um deles pelo Município.

O indicador de proporção de partos normais refere-se ao percentual de partos vaginais realizados no Município em relação ao total de nascidos vivos em um

determinado período. Para este indicador, o Município de Boa Vista pactuou um índice alcance mínimo de 65% do total de partos de mães residentes no Município.

A média anual de partos por ano foi de 6.194 partos, dos quais 57,5% (3.574 partos) foram de partos vaginais, nos anos selecionados para o estudo. Não há grandes variações na proporção de partos normais. O ano de 2011 apresenta maior cobertura de partos, representando 61% do total de partos realizados.

O indicador de proporção de nascidos vivos de mães que realizaram 07 ou mais consultas de pré-natal refere-se ao percentual de consultas de pré-natal realizadas de mães residentes no município, em relação ao total de nascidos vivos em um determinado período. Para este indicador, o Município de Boa Vista pactuou um índice de alcance mínimo de 52% do total de consultas realizadas durante o pré-natal.

Entre os anos de 2008 e 2009, o indicador apresentou um crescimento de 11% no total de consultas realizadas, alcançando o índice de 52% de cobertura, porém a partir de 2009 até 2013, há uma diminuição contínua nos índices alcançados, com um variação de queda de 11% até 2013. A proporção media anual de gestantes que realizaram 07 ou mais consultas de pré-natal é de 47, 5%, a proporção de 04 a 06 consultas foi de 36, 5%, de 01 a 03 consultas foi de 13% e a proporção de gestantes que não realizou nenhuma consulta foi de 3%.

O número de óbitos maternos refere-se ao quantitativo de óbitos relacionados a gravidez, parto ou puerpério, de mulheres residentes no município. Para este indicador, o município pactuou um índice máximo de 02 óbitos por ano. Durante o período o estudo o Município apresentou um total de 12 óbitos maternos, dos quais 05 estavam relacionados à gravidez. O ano de 2008 e o ano de 2011 apresentam o maior número de óbitos registrados, 03 em cada ano.

O número de testes de sífilis por gestante refere-se à razão entre o total de testes de sífilis realizados em gestantes sobre o total de gestantes cadastradas em um determinado local e período. Para este indicador o município pactuou a razão de no mínimo 02 exames por gestante.

O ano de 2008 apresentou a maior razão de testes realizados, 1,32, o que demonstra que as gestantes acompanhadas no pré-natal realizaram pelo menos 01 exame para a detecção de sífilis naquele ano. Nos anos subsequentes o indicador apresenta decréscimo contínuo, com uma variação de 65% no resultado do indicador, chegando a uma razão menor que 01 exame realizado por gestante em 2012. O resultado

deste indicador para o ano de 2013 ainda não havia sido divulgado pelo DATASUS, até a finalização desta pesquisa.

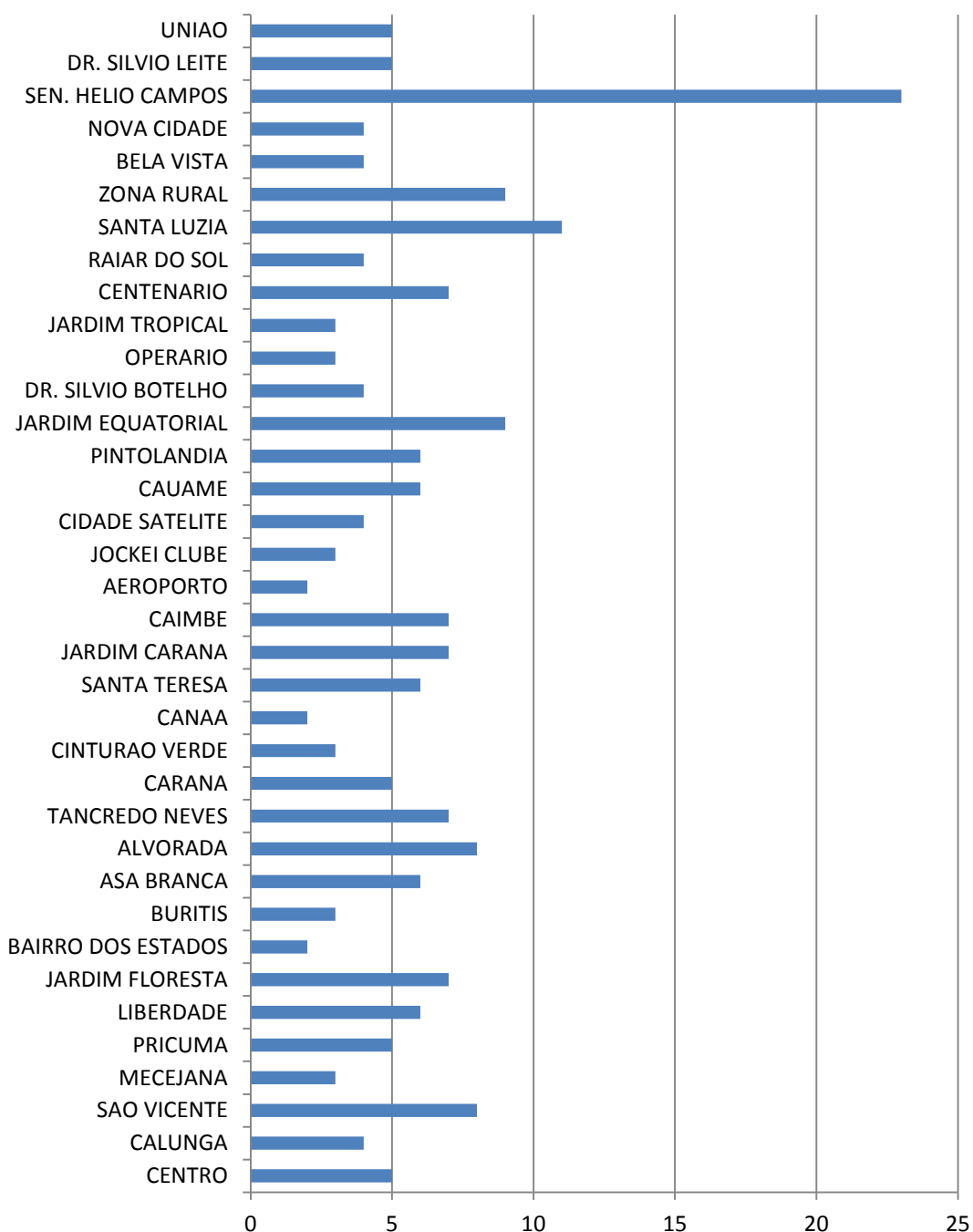


Figura 4 – Distribuição de casos de sífilis em gestantes por bairro e por ano, no período de 2008-2013 no Município de Boa Vista, segundo dados do SINAN/DATASUS

FONTE: SINAN/DATASUS(dados sujeitos a alterações)

A figura acima apresenta o total geral de casos de sífilis em gestantes notificados por bairro no período do estudo. Foram notificados 217 casos de sífilis, os quais

estavam distribuídos em 36 bairros dos 45 bairros do Município. Observamos que 44% dos estão concentrados somente em 10 bairros. Verificamos ainda que 23 casos de sífilis em gestantes foram notificados no bairro Senador Hélio Campos, dos quais 17 ocorreram nos anos de 2012 e 2013, representando um crescimento no número de casos notificados naquele bairro. Os bairros que apresentam 05 ou mais casos notificados encontram-se na sua maioria, em com baixa cobertura de serviços laboratoriais.

Os resultados apresentados para área rural referem-se ao do perímetro rural que é de responsabilidade do Município de Boa Vista e que são registrados como endereço de residência da gestante na oportunidade da notificação.

O número de casos novos de sífilis congênita em menores de 01 ano refere-se ao número de casos diagnosticados em crianças residentes, em determinado local e período. Para este indicador o município pactuou o valor máximo de 34 casos por ano. Verificamos que no período de 2008 a 2010 o número de casos sofreu uma variação crescente de 55% no número de casos diagnosticados.

O ano de 2010 apresentou o maior número de casos de sífilis congênita (43 casos). A partir desse período, observamos uma queda contínua dos casos para os anos subsequentes, chegando a somente 11 casos em 2012. O resultado deste indicador para o ano de 2013 ainda não havia sido divulgado pelo DATASUS, até a finalização desta pesquisa.

Tabela 3 - Captação de recursos financeiros relacionados à captação de gestantes e conclusão da assistência pré-natal. DATASUS – jan/2008 a dez/2013

ANO	Conclusões previstas (n)	Valor financeiro previsto (R\$)	Conclusões efetivadas (n)	Valor financeiro efetivado (R\$)	Valor financeiro não efetivado (R\$)
2008	4407	185.094,00	198	8.316,00	- 176.778,00
2009	4276	179.592,00	162	6.804,00	- 172.788,00
2010	4337	182.154,00	195	8.160,00	- 173.944,00
2011	4800	201.600,00	192	8.064,00	- 193.536,00
2012	4964	208.488,00	138	5.796,00	- 202.692,00
2013	4381	184.002,00	0	0	- 184.002,00
TOTAL	27.165	1.140.930,00	885	37.140,00	- 1.103.790,00

FONTE: SISPRENATAL/DATASUS/MS

A tabela acima apresenta a comparação entre o número de conclusões previstas para cada ano baseando-se no número de cadastros realizados neste mesmo ano e o número de conclusões efetivadas pelo município. Neste caso não consideramos

gestantes cadastradas que não conseguiram completar os nove meses de gestação dentro do período, pois devemos incluir gestantes cadastradas no ano anterior e que concluíram a assistência pré-natal no ano seguinte.

Apesar do quantitativo de gestantes cadastradas ter apresentado um crescimento significativo entre 2008 e 2012, o percentual de conclusões realizadas, registradas no SISPRENATAL não ultrapassou 4,5% do total de gestantes, considerando os dados já apresentados na Tabela 2.

Verificamos que a diferença entre valor financeiro previsto para recebimento (R\$ 1.140.930,00) ao longo dos 06 anos de estudo e o valor financeiro captado através das conclusões (R\$ 37.140,00), resultou ao município uma perda de recursos financeiros de (R\$) 1.103,790,00 que poderiam ser investidos na implementação de políticas públicas relacionadas à saúde materna. No ano de 2013 não foi registrada nenhuma conclusão, o que aponta para a perda de 100% do recurso previsto.

6 DISCUSSÃO

6.1 Características estruturais dos serviços de atenção básica do Município

Através da descrição do serviço de atenção básica que o Município de Boa Vista oferece, verificamos que o percentual de cobertura total da ESF ocupa o 15º lugar em cobertura de equipes de atenção básica entre as Capitais do país, considerando dados do próprio Ministério da Saúde. Verificamos ainda que, no ano de 2013, Boa Vista ocupou a última colocação em cobertura de equipes (33%) comparada a outras capitais da Região Norte (BRASIL, 2012; BRASIL 2013).

De acordo com Portaria nº 648/GM de 2006, o repasse de recursos financeiros por equipe da estratégia saúde da família é condicionado a completude da equipe, com cadastramento de todos os profissionais que compõem a estrutura das mesmas. A desvinculação de qualquer um dos profissionais gera interrupção do repasse de recurso federal por equipe, gerando ônus para o Município. (BRASIL, 2006).

Pela mesma portaria, cada equipe da estratégia é responsável pelo acompanhamento de até no máximo 4.000 habitantes. Considerando a população geral do Município e o percentual de cobertura das equipes de saúde da família em 2013, verificamos que apenas 24 equipes estavam em completude de cadastro junto ao Ministério e oferta de serviços na atenção básica.

Em relação à rotatividade dos profissionais, podemos considerar que isto ocorre principalmente pelo vínculo precário estabelecido, principalmente para o profissional médico para o qual o contrato estabelecia-se prioritariamente como temporário. Gil (1999) destaca que o estímulo a criação de vínculo e de laços de compromisso e corresponsabilidade entre as equipes, pode ampliar a eficácia das ações de saúde e favorecer a maior participação do usuário como gestor coadjuvante da prestação de serviços.

Segundo dados do Ministério da Saúde, após a implantação da Estratégia Saúde observou-se um crescimento expressivo no quantitativo de unidades de saúde na atenção básica. No entanto, o incentivo federal repassado para implantação e manutenção dessas unidades aos municípios é, para a maioria dos Municípios, inferior à necessidade real de recursos não permitindo a estruturação de unidades totalmente adequadas para o atendimento das demandas do território. (BRASIL, 2012).

Estudos anteriores consideram que a maioria dos espaços de atendimento em saúde pública no Brasil ainda preservam características dos antigos modelos de assistência oferecidos. Dessa forma, pressupõe-se que qualquer espaço disponível pode ser adequado ao cuidado, bastando apenas a inserção de equipes vinculadas à um determinado território.

De acordo com Moraes (2013), em estudo recente afirma que a concepção estruturante da ESF pressupõe um ambiente compatível com as atividades a serem ofertadas, destacando que uma de suas principais linhas de ação é a promoção da saúde e prevenção de agravos, cuja metodologia de escolha para ação são atividades em grupo, ações preventivas e de promoção da saúde.

Tais ações são características do modelo de atenção à saúde proposto pela ESF, no entanto, a busca de atendimento para cura ainda predomina, e se dá, mais especificamente, por consulta médica, visível na arquitetura desses ambientes marcada pela presença de consultórios, em detrimento de espaços para prevenção e promoção da saúde.

Observamos nos resultados que a oferta de serviços essenciais é limitada apenas a consultas e solicitação de exames, considerando que não há serviços de apoio implantados na abrangência território. A oferta de diagnóstico clínico laboratorial é restrita somente a 05 unidades básicas das 32 unidades em funcionamento no Município, cuja concentração se dá principalmente em áreas centrais da cidade.

Verificamos ainda que as Macroáreas com maior número de habitantes e gestantes apresentam somente 01 ou nenhuma unidade laboratorial em seu território. As unidades que não possuem laboratório encaminham suas demandas para as unidades com o serviço em funcionamento, o que pode resultar em filas de espera de demanda reprimida no sistema, ocasionando demora na realização e entrega dos exames.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, uma característica forte em sistemas de atenção à saúde fragmentados é a baixa operacionalização nos sistemas de apoio diagnóstico. A organização e planejamento dos recursos a serem oferecidos durante o pré-natal é de responsabilidade da gestão municipal, deve estes, sobretudo considerar as características do território e as necessidades da população da área adscrita. O reconhecimento das necessidades do território é essencial para a efetividade oferta de ações e serviços de saúde (MENDES, 2011).

O Município não possui equipe de apoio ou matriciamento de ações nos chamados Núcleos de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF). É papel do NASF

contribuir com as equipes da ESF na elaboração e implementação de ações de planejamento reprodutivo, com enfoque na diversidade sexual, cultural e étnica, bem como a abordagem das questões sobre sexualidade, tais como afeto, prazer, conhecimento do corpo e autoestima (BRASIL, 2009).

Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes (BRASIL, 2009).

Considerando que o Estado possui apenas 01 unidade de referência para gestantes em risco gravídico, a implantação do NASF nos territórios da ESF pode otimizar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de agravos, reduzir possíveis filas de espera que possam ser geradas para o atendimento especializado e fortalecer a manutenção do vínculo das gestantes com as equipes.

Os manuais de orientação para o acompanhamento pré-natal elencam todos os instrumentos necessários para a realização dessa atividade: materiais, estrutura, recursos humanos e outros. Segundo Moraes (2013), o atendimento multidisciplinar é fato condizente com as orientações do MS, que preconiza a implementação de ações da atenção pré-natal de forma integrada e complementar, realizada por profissionais que compõem equipes multidisciplinares, objetivando a integralidade do cuidado, conforme as diretrizes da ESF e do PHPN.

Verificamos que o sistema de referência e contrarreferência não possui fluxograma de encaminhamentos com organização formal e institucionalizada, o que pode evidenciar uma fragilidade importante no cuidado materno oferecido. A oferta de atendimento especializado depende da busca da gestante pelo serviço, pois não há registro de oferta de serviço agendamento de consulta para gestantes na atenção básica.

Dessa forma, caso a gestante com encaminhamento para referência por classificação de risco gestacional não busque de livre iniciativa o atendimento na referência, a mesma poderá receber uma assistência em saúde insuficiente para as suas necessidades.

Podemos considerar que desarticulação entre os serviços leva à descontinuidade da assistência pré-natal, parto e puerpério. Para Mendes (2011), a ausência de referência e contrarreferência é um dos problemas dos sistemas de saúde no mundo. Enquanto princípio da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde orienta a oferta do cuidado às gestante com organização em rede de serviços, com garantia de acesso aos diversos níveis de assistências que para ela se façam necessários.

A assistência pré-natal adequada com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação – “Vaga sempre para gestantes e bebês”, regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade), além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012).

6.2 Considerações sobre assistência pré-natal no Município de Boa Vista

Os dados sociodemográficos relacionados às gestantes refletem as características macrorregionais apresentadas na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) 2006, para a região norte (BRASIL, 2008). Podemos apontar ainda uma similaridade com o estudo realizado por Corrêa, Bonádio e Tsunechiro (2011) os quais também observaram em uma maternidade filantrópica de São Paulo - SP, que 27,6% das mulheres entrevistadas eram adolescentes, e a média de anos de estudo entre as entrevistadas era entre 8 e 9 anos.

Segundo estudos recentes, vem ocorrendo um rejuvenescimento do padrão reprodutivo das brasileiras, representado por uma média nacional de idade de 24,6 anos entre as mulheres grávidas (SIQUEIRA, 2011). Outros estudos fazem referência a maior incidência de complicações durante a gestação nessa fase, tais como abortamento espontâneo, restrição de crescimento intrauterino, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, parto prematuro, sofrimento fetal intraparto e parto por cesárea (YAZLLE; FRANCO; MICHELAZZO, 2009).

O conhecimento de dados demográficos pode favorecer a gestão no planejamento de ações considerando peculiaridades específicas relacionadas à grupos populacionais de mulheres em idade fértil: adolescentes, negras, indígenas, com baixa escolaridade, entre outros grupos que sejam predominantes nos territórios da ESF.

Durante o acompanhamento pré-natal na UBS a equipe deve se organizar para realizar acolhimento às gestantes sob seus cuidados, com escuta qualificada, em especial às adolescentes. Toda demanda que leva a gestante a procurar a UBS, sobretudo quando for motivada por alguma intercorrência, deve ser valorizada, acolhida e ter o risco avaliado e a vulnerabilidade considerada.

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde, pois esta é considerada ponto de atenção estratégico para melhor acolher necessidades as necessidades da mulher, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez.

O Ministério da Saúde orienta que para o planejamento e organização dos serviços de assistência materna sejam realizados a partir do cálculo de soma do número de gestantes cadastradas no ano anterior, acrescentado á uma estimativa de 20% a mais para o ano seguinte (BRASIL, 2002)

A atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012).

Um exemplo que podemos considerar é o programa Bolsa Família, criado para apoiar as famílias de pobreza ou extrema pobreza, promovendo acesso à saúde e educação. As famílias beneficiárias são acompanhadas pelas equipes da estratégia saúde da família, que assumem um compromisso de monitoramento das condicionalidades estabelecidas aos grupos específicos para o recebimento do recurso e entre estes grupos incluem-se gestantes.

As diretrizes estabelecidas orientam que, no que concerne ao programa bolsa família, as gestantes cumpram as seguintes condicionalidades: fazer a inscrição no pré-natal e comparecer às consultas e participar de atividades de educação em saúde relacionadas ao aleitamento materno, alimentação saudável e preparação para o parto (BRASIL, 2007).

De acordo com Medeiros e Guareshi (2009), o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, assegurando uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que sejam afins na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. As ações executadas no Pré-natal devem partir de um planejamento

estratégico com foco loco regional afim de que a heterogeneidade existente no contexto dos grupos sociais formadores das comunidades atendidas possa ser incluída no contexto da assistência efetiva as gestantes.

Na atenção primária, os cuidado em saúde devem contemplar não só aspectos clínicos, mas também características sociodemográficas, valores e situação familiar do usuário. Estas características interferem na condição de saúde e também podem constituir-se em empecilho na adesão deste às recomendações dos profissionais de saúde (CUNHA E GIOVANOLA, 2011). O propósito primordial da gestão em saúde é a produção de decisões que desencadeiem o processo de intermediação e implementação das políticas públicas para a articulação efetiva de uma rede de atenção.

Verificamos que apesar da oportunidade de potencializar as estratégias de captação de gestantes e acompanhamento pré-natal efetivo, através da articulação de políticas públicas de cunho social e da saúde, estas não se apresentam como para a mudança de realidade no contexto de atenção à saúde materna, o que reforça a manutenção de um modelo fragmentado de atenção á saúde.

Considerando a tabela de indicadores de processo do SISPRENATAL (Tabela 2), verificamos que a captação e cadastramento de gestantes até o quarto mês apresenta resultados similares ao estudo de Serruya et al (2004), que aponta que na Região Norte, a média de gestantes com captação entre 1º e o 4º mês é de 55,7%, considerada a mais baixa entre as regiões do Brasil.

Segundo o Ministério da Saúde faz-se necessário que a gestante confirme a gravidez e tenha acesso aos cuidados pré-natais antes de completar 12 semanas de gestação – processo classificado como *captação precoce da gestante* (grifo nosso). Para que isso seja possível, as equipes de atenção básica, com o apoio do gestor municipal, devem atuar junto às mulheres em idade fértil, com atenção especial para adolescentes e jovens, no planejamento reprodutivo e no reconhecimento dos sinais de gravidez (BRASIL, 2006; 2012).

Enquanto princípio da Rede Cegonha, outro aspecto que deve ser garantido é a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto. A gestante deve ser informada pela equipe quanto ao local de referência para a realização do parto e a equipe deve ser responsável pela mediação da visita da mesma a esse serviço. A vinculação depende de um esforço conjunto entre equipe e gestor municipal, que deverá articular toda a rede a fim de garantir esse vínculo.

Verificamos que o número de gestantes que realizaram 06 ou mais consultas apresentou um único momento de crescimento entre 2008 e 2009, entretanto o percentual de gestantes com registro de no mínimo 06 consultas apresenta-se ainda muito incipiente. Segundo dados do DATASUS, desde a implantação da estratégia saúde da família no Brasil, o número de consultas pré-natal nos últimos 10 apresentou uma taxa de crescimento de 30% ao ano em todas as regiões do Brasil (BRASIL, 2013).

Dados no SINASC/DATASUS apontam que 2008 e 2011 a média percentual gestantes com registro de mais de 06 consultas de pré-natal na Região Norte foi de 60%. Entre as capitais dessa região, Boa Vista apresentou o 3º lugar em percentual de cobertura, com um percentual médio anual de 48,5 % das gestantes com registro de mais de consultas de pré-natal (DATASUS, 2013). Desse modo, podemos considerar a possibilidade subregistro de informações no SISPRENATAL, considerando que os dados provenientes do SINASC, referem-se aos dados retirados do cartão da gestante no momento do parto.

O monitoramento sistemático das informações sobre prontuários e cartões das gestantes poderia ser uma alternativa de implementação para melhorar a qualidade da atenção. Percebe-se uma desvalorização nos registros, não apenas considerando a importância dos dados para os sistemas de informação, mas, principalmente, na identificação do perfil epidemiológico da população, identificando fragilidades, necessidades incisivas para tomada de decisão como, também, um importante instrumento legal (ANVERSA ET. AL, 2012).

A realização dos exames preconizados é uma prática obrigatória e uma ferramenta importante para a qualidade do acompanhamento pré-natal. Apesar da oferta dos insumos, podemos inferir que a rede laboratorial é insuficiente para a demanda que se apresenta. Uma vez que iniciou o pré-natal de risco habitual na UBS, a gestante deve realizar os exames e ter os resultados em tempo oportuno, outro aspecto importante da Rede Cegonha.

Os exames preconizados são um instrumento importante na avaliação do risco gestacional, oportunizando o encaminhamento e o acompanhamento pré-natal de risco em tempo hábil para o tratamento de agravos e intercorrências inerentes à gravidez. As instituições de saúde constituem um local privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas, seja nas práticas de saúde difundidas na coletividade.

Para Anversa et. al (2012) a realização dos exames laboratoriais durante a gestação traz a oportunidade para prevenir, identificar e corrigir as anormalidades que possam afetar a gestante e seu concepto, e instituir tratamento de doenças já existentes ou que possam ocorrer durante a gestação.

A Portaria Nº 1918/GM/MS de 05 de setembro de 2012 dispõe em seu anexo 01 o valor financeiro a ser repassado aos municípios para a aquisição de insumos laboratoriais necessários para a oferta dos exames preconizados para o pré-natal. De acordo com esta portaria, o Município de Boa Vista recebeu o valor financeiro de (R\$) 300.057,48 (trezentos mil, cinquenta e sete reais e quarenta e oito centavos), tendo como base a população de nascidos vivos para o ano.

Na análise do relatório de gestão de 2013 do município, não há registro de prestação de contas deste recurso para a implementação da rede laboratorial na atenção básica. Diante disso, podemos inferir que há desconhecimento do gestor em relação aos recursos disponibilizados ou possíveis falhas no processo de aplicação e utilização de recursos públicos federais.

A integralidade deve ser trabalhada de forma macro, na articulação de serviços de saúde a uma rede complexa que permita a associação de outros serviços e ações de relevância social. Para Maia et al. (2010):

Isso somente pode ocorrer numa luta cotidiana dentro de serviços de saúde, reuniões de gestores do SUS, nas arenas de negociação e pactuação, ou seja, pautando-se na importância do diálogo, que é o que possibilita a apreensão das necessidades de saúde. Já se entende como ineficiente a atuação de forma separada, como se cada um vivesse em um cenário próprio (pg. 683).

A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Não há evidências de que, em gestantes, a administração de vacinas de vírus inativados, de bactérias mortas, toxoides e de vacinas constituídas por componentes de agentes infecciosos acarretem qualquer risco para o feto (BRASIL, 2012).

A vacina dupla do tipo adulto (dT) é indicada para a proteção da gestante contra o tétano acidental e a prevenção do tétano neonatal. Deve-se iniciar o esquema o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional. Segundo DATASUS, a Região Norte apresentou o maior número de casos de tétano neonatal notificados, em relação às outras regiões do Brasil, entre os anos de 2008 a 2012. A capital Boa Vista não apresenta nenhum caso notificado no período (DATASUS, 2013).

Apesar da importância imunização antitetânica, verificamos o registro da cobertura vacinal em gestantes está muito abaixo das coberturas que representam na Região Norte e no Brasil. O DATASUS mostra registros de 70% de cobertura de vacinação dT na Região Norte, dos quais a capital Boa Vista apresenta 65% de cobertura.

Trevisan et. al (2012) afirma em seu estudo que independentemente do modelo de atenção é importante promover a sensibilização e capacitação dos profissionais para melhorar os registros nos cartões das gestantes, implantar e estimular a adesão aos protocolos, realizar avaliações e monitoramentos sistemáticos dos serviços pelos próprios profissionais, e buscar alternativas para promover, junto às gestantes, a continuidade do pré-natal.

Verificamos que a proporção de registros de consulta puerperal é muito inferior ao de outros estudos já realizados, que apontam índices de realização de pelo menos 01 consulta puerperal para no mínimo 30% das gestantes nas regiões Norte e Nordeste entre 2000 e 2011, (RIBEIRO FILHO, 2004; SERRUYA ET AL, 2004; SOUZA, 2011).

O retorno à unidade básica de saúde após o parto é uma estratégia que visa prevenir intercorrências indesejadas ao binômio mãe-filho e também uma forma de intensificar o vínculo com os serviços, fortalecendo a unidade como referência para a saúde e não para a doença (SUCCI et al., 2008).

Segundo as diretrizes nacionais, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde ou o contato por meio da visita domiciliar realizada por profissionais da ESF, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelo ACS na visita domiciliar.

Nesse período devem ser realizadas as ações da "primeira semana de saúde integral", que incluem a avaliação clínico-ginecológica da mulher, condições psicoemocionais, condições sociais, uso de medicação e cumprimento de orientações recebidas quando da alta hospitalar (BRASIL, 2006; 2012).

Para Serruya et. al (2004), a consulta puerperal é, em primeira análise, a instância do período gravídico-puerperal em que se desvincula a saúde da mãe e do recém-nascido e, portanto, um momento de atenção à saúde da mulher. A realização desse procedimento é condição indispensável no conjunto da assistência preconizada pelo programa, sendo considerado o marco final do processo, e seu registro no SISPRENATAL, relacionado à realização e registro dos demais procedimentos, está vinculado ao repasse dos recursos do componente I do PHPN (BRASIL, 2006).

6.3 Análise dos resultados da assistência pré-natal

O peso e a idade gestacional contribuem significativamente para o crescimento das taxas de morbimortalidade infantil e principalmente para a mortalidade neonatal. As causas que levam ao nascimento prematuro ou ao baixo peso na gestação são diversas, mas estudos mostram há uma grande relação entre o acontecimento destes e as condições sociais e ambientais vivenciadas pela mulher durante a gestação (PADUA ET. AL, 2010).

Verificamos um crescimento significativo tanto no percentual de nascidos vivos prematuros, quanto no percentual de nascidos vivos com baixo peso. Observamos que o crescimento ocorre principalmente a partir de 2010, o que pode significar que haja relação forte entre esses dois indicadores.

Apesar disso, os resultados encontrados para recém-nascidos com baixo peso neste estudo são inferiores ao encontrados em outros estudos que apontam um crescimento no percentual de nascidos vivos nessa condição, tanto no Brasil (taxa de crescimento de 8% ao ano), quanto na Região Norte (taxa de crescimento de 15% ao ano). (DATASUS, 2012). Segundo recomendações da OMS, para redução dos riscos, a proporção de nascidos vivos com peso adequado deve ser de pelo menos 85%, e o peso médio ao nascer deve estar entre 3.400g e 3.500g (BRASIL, 2006).

Segundo a OMS, a expectativa global de incidência de prematuridade entre os nascidos vivos é de 10% do total de nascimentos e, no Brasil, a prevalência esperada é de no mínimo 9,2%. (WHO, 2012). Verificamos que a partir do ano de 2011, o percentual de nascimentos prematuros quebra os índices esperados, fator preocupante pela sua relação direta com o aumento da mortalidade neonatal.

O Ministério da Saúde orienta que os serviços sejam organizados de forma a perceber e intervir precocemente em qualquer segmento da vida da gestante que possa vir a interferir ou causar danos para a saúde desta e de seu concepto. Apesar da importância das mudanças fisiológicas ocorridas no corpo da mulher durante o processo gravídico, os profissionais precisam perceber a gestante não só como elemento biológico, e sim, como ator social, capaz de exercer e receber influências tanto positivas quanto do meio onde convive e exteriorizar o impacto resultante dessas influências durante a gestação.

No campo da integralidade na assistência a saúde, a proposta da política, considerando-se plenamente implantada, estaria criando espaços coletivos de discussão,

a troca e o aprendizado dos profissionais enquanto equipe, potencializando a transformação do modo de atendimento e diminuindo a segmentação e dicotomização do cuidado.

A gravidez e o parto são considerados determinantes importantes do estado de saúde da mulher. A influência cultural e a dinâmica social de alguns grupos de mulheres pode transformar a gravidez no único contato em idade reprodutiva que esta vai possuir com um serviço de saúde. Portanto, trata-se de uma oportunidade valiosa para práticas que enfatizem a promoção da saúde da mulher como um todo.

Almeida e Tanaka (2009) reforçam que a gestante deve ser considerada como sujeito integral em suas necessidades, desejos e interesses. A qualidade da assistência não deve ser baseada apenas em sua satisfação ou insatisfação com relação ao atendimento recebido, mas também, na possibilidade de desencadear uma reflexão crítica a respeito do formato e dos objetivos desse atendimento. Devemos considerar o potencial proativo das gestantes no que diz respeito ao controle das variáveis determinantes do processo saúde-doença para si e para a comunidade onde vive.

6.4 Indicadores de impacto do SISPRENATAL e sua relação com a gestão da assistência pré-natal

A adesão ao Pacto de Saúde trouxe para os municípios um conjunto de responsabilidades e compromissos sanitários, com o objetivo de fortalecer a capacidade gestora do sistema de saúde. No Brasil, segundo o DATASUS, o número de partos normais apresentou uma queda de percentual de 12% no indicador. No mesmo período a Região Norte apresentou uma queda percentual de 9% na proporção de partos normais realizados. Boa Vista apresenta 3º melhor indicador entre as capitais da Região Norte (DATASUS, 2013).

Estudos apontam que os índices de nascimentos por cesariana vêm aumentando por vários motivos. Inicialmente, as indicações eram por distócia mecânica, desproporção céfopélvica e más apresentações. O procedimento ficou mais seguro com o uso de medicações eficazes que previnem as suas principais complicações, como a infecção puerperal, a hemorragia e as complicações anestésicas.

As indicações de cesariana ampliaram-se também com a intenção de reduzir a morbimortalidade perinatal. Com o aumento do número de cesáreas primárias em

pacientes jovens, a constante repetição do procedimento também aumenta o que representa de 15% a 45% do total dos nascimentos (BRASIL, 2012).

Estudos recentes que apontem os benefícios da cesárea planejada, em relação à escolha do parto vaginal pela mulher. No entanto, vários autores reforçam que a escolha do tipo de parto está relacionado ao desconhecimento ou ao mito exacerbado das gestantes em relação aos benefícios e prejuízos do tipo parto para a saúde da mãe e do recém nascido (SERRUYA ET. AL, 2004, BRASIL, 2006, SIQUEIRA, 2011).

Neto et. al (2008) demonstra em seu estudo que a proporção de partos cesáreos no Brasil possui relação direta com a manutenção de taxas de mortalidade materna elevadas. Como ferramenta de gestão, o acesso organizado aos serviços de saúde e a qualidade no atendimento são essenciais na prevenção dessas mortes, devendo a assistência à mulher iniciar antes mesmo da gravidez, através de educação em saúde com o planejamento familiar, passando por todas as etapas do pré-natal, trabalho de parto e parto hospitalar.

Enquanto princípio do SUS, a integralidade deve ser utilizada de maneira transversal e holística, a fim de se fazer instrumento base na construção e implementação de políticas públicas. Os gestores que integram o sistema de saúde vigente devem fomentar o uso do planejamento estratégico como parte da cultura organizacional da instituição, garantindo a participação de todos os profissionais envolvidos na execução de ações.

Os profissionais de saúde, enquanto conhecedores das realidades e vivências locais são atores importantes no delineamento de estratégias efetivas no cuidado às gestantes. A saúde integral da mulher, enquanto política do SUS deve ser implementada a partir da percepção dos profissionais sobre as demandas das usuárias, construindo vínculos que permitam a interação ativa e permanente entre mulheres e serviços de saúde, influenciando-as positivamente no exercício pleno da saúde desta para a sua vida e para as futuras gerações (SERRUYA, 2004).

No exercício da integralidade na assistência pré-natal, a inclusão da perspectiva da mulher usuária pode permitir flexibilização de normativas, adequando as ações às particularidades dos diferentes grupos de gestantes existentes em diversas comunidades. O cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração de crenças no processo de saúde e de adoecimento das mulheres. Segundo Coêlho (2009):

Ao considerarmos perspectiva de gênero em saúde, investigações científicas com profissionais do campo da saúde da mulher vêm identificando obstáculos para a construção da integralidade do cuidado. As equipes multiprofissionais, cuja formação se dá sob sujeição ideológica e referencial de saber e poder desenvolvem, sobretudo, ações de caráter biológico dirigidas à saúde sexual e reprodutiva, mantendo-se na obscuridade outros problemas vivenciados, o que reproduz desigualdades sociais diante da implementação das políticas públicas de saúde (pg 155).

A cultura, enquanto fator determinante nas decisões de busca ou rejeição pelo modelo de atenção à saúde oferecido às gestantes traz à problemática da saúde a necessidade de percepção da grávida não como ser biologicamente reprodutivo, mas sim, como possível produto das influências socioambientais que podem resultar na gravidez. Nesse contexto, facilitar o acesso a instrumentos de conhecimento e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos pode ser uma alternativa eficiente para que a gravidez não seja um resultado inesperado e sim, uma ação planejada.

No que concerne à escolha do parto, a percepção e atenção às reais necessidades de uma gestante enquanto usuária do sistema público de saúde inicia-se no dimensionamento histórico-social da vivência dessa mulher anterior do acontecimento da gravidez. Os atores envolvidos no processo de cuidado pré-natal precisam estar aptos a facilitarem acesso aos serviços, materiais necessários e recursos disponíveis desde o início da gestação até o nascimento da criança.

Contudo, faz-se necessário o entendimento de que as concepções e anseios das gestantes são diferentes e que apesar das diretrizes de atendimento ser uniformes, a individualidade de cada mulher deve ser entendida, respeitada e inserida em seu contexto terapêutico.

O Ministério da Saúde propõe temas gerais que devem ser abordados durante o pré-natal, como ferramentas de educação em saúde e entre estes, orientações contínuas sobre a escolha do parto normal e seus benefícios podem produzir efeitos significativos nos resultados dos indicadores de saúde (BRASIL, 2012).

Porém, esses temas não devem ser entendidos como únicos e hegemônicos, pois, as orientações de saúde que serão repassadas as gestantes só poderão atingir objetivos válidos se estiverem de acordo com as perspectivas da usuária em questão. Portanto, os profissionais devem utilizar a escuta e a percepção como ferramentas de primeira escolha para o planejamento do cuidado a ser prestado durante os meses de acompanhamento (BRASIL, 2006).

A captação precoce é considerada uma ferramenta de valor estratégico para a continuidade da assistência, garantindo o planejamento do cuidado de forma a atender

às peculiaridades de cada contexto gravídico. Verificamos que o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 07 ou mais consultas de pré-natal é similar aos resultados encontrados para o Brasil (61%) e para a Região Norte (43%). (DATASUS, 2013).

O monitoramento contínuo deste indicador pode servir de subsídio a gestão para o planejamento de ações efetivas junto às equipes da ESF, no intuito de melhorar não só a captação de gestantes na área e sim oferta de acolhimento e serviços que estimulem o vínculo e a permanência da gestante no acompanhamento pré-natal durante todo o período gravídico (MORAIS, 2013).

A assistência pré-natal, como espaço de fazer-saber saúde, apresenta uma interface importante com a população atendida pelo sistema como um todo, permitindo evidenciar as condições de atendimento à clientela. Nesse espaço, o compromisso social do profissional compreende a responsabilização pelos direitos de cidadania da população e a prestação de serviços às gestantes com garantia de acolhimento, qualidade e resolubilidade.

O profissional de saúde é tido como co-gestor da equipe de saúde responsável pela assistência pré-natal, realizando atividades que devem ser organizadas para atender às reais necessidades da população feminina, através da utilização de conhecimentos técnico-científicos e de recursos disponíveis, respeitando a realidade local e objetivando a construção de seu desempenho efetivo no acompanhamento às gestantes (PAIM e VILASBÔAS, 2008).

Segundo estudo de Neto et. al (2008), a maioria dos óbitos maternos no Brasil são considerados evitáveis, podem ser prevenidos com a melhoria dos serviços de assistência pré-natal e obstétrica. No Brasil, observou-se a redução do número de mortes maternas de 141 para 68 por cada 100 mil nascimentos, o que representou uma queda de 51% no número de mortes (BRASIL, 2012). No entanto, é ainda um número quase três vezes maior que o índice de 20 mortes por 100 mil nascimentos, considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde.

A pactuação do indicador orienta que o número máximo de óbitos maternos esperados por ano deve ser igual ao índice pactuado, porém, o trabalho da gestão em saúde deve ser realizado no intuito de manter o número de óbitos em índices sempre inferiores ao da pactuação estabelecida. Para a Organização Mundial de Saúde, a presença de 01 óbito materno já indica fragilidade na assistência em saúde oferecida às gestantes. (BRASIL, 2006).

A Sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica e de evolução crônica que, quando não tratada, pode ocasionar várias complicações. Suas principais formas de transmissão são por contato sexual e por via transplacentária. O agente causador da sífilis atravessa a barreira transplacentária e penetra no sistema sanguíneo do feto causando a sífilis congênita. A taxa de óbito por sífilis congênita é elevada e estimada em 25% a 40% dos casos (BRASIL, 2006).

Em relação à distribuição geográfica da sífilis, o DATASUS apresenta uma incidência de 6000 casos de sífilis congênita por ano no Brasil, no período entre 2008 e 2012. Estudos anteriores apontam que 75% dos casos novos de sífilis congênita diagnosticados no Brasil, foram de recém-nascidos de mães que realizaram 07 ou mais consultas de pré-natal. Das capitais da Região Norte, Boa Vista apresenta a 3ª maior taxa de incidência de sífilis congênita, ficando atrás apenas de grandes capitais como Manaus e Belém (BRASIL, 2006; DATASUS, 2012, DANTAS, 2008).

O aparecimento de casos novos de sífilis na população de gestantes pode ser considerado de relevância significativa da baixa qualidade da assistência, tendo em vista sua classificação como indicador de impacto da assistência pré-natal na atenção básica. É durante o pré-natal que devem ser diagnosticados, tratados e notificados os casos de sífilis em gestantes.

Apesar de o pré-natal ser considerado o momento mais importante para o diagnóstico e tratamento da sífilis, estudos têm demonstrado sérias deficiências nesse enfoque. De Lorenzi et, al (2005) encontrou tratamento adequado de sífilis para apenas 23% das gestantes do seu estudo. Brito e Ferreira (2003) relata que a maioria dos profissionais da atenção básica desconhece o manejo clínico adequado da sífilis, o que os leva inclusive a não solicitar o exame durante o pré-natal.

Verificamos que os dados apresentados na Tabela 5 trazem resultados mais elevados em bairros onde a cobertura de rede laboratorial é baixa ou inexistente. Podemos considerar que a oferta insuficiente de diagnóstico e tratamento da sífilis durante o pré-natal tem relação com a deficiência de estrutura e distribuição de serviços na rede de atenção básica do Município e com o frequente subregistro de informações nos sistemas de informação, já evidenciado por outros estudos.

Segundo Dantas (2008) essa situação traduz a ineficácia da atenção básica em garantir um atendimento adequado, no que se refere ao conjunto de serviços que devem ser oferecidos à gestante. Dessa forma, o acompanhamento pré-natal é visto como mera formalidade, podendo representar apenas um ato simbólico para a mulher.

Uma gestante com sífilis é passível de intervenção imediata, com o objetivo de reduzir ao máximo a possibilidade de transmissão vertical. A sífilis congênita é considerada um marcador da qualidade da assistência à saúde materno fetal, considerando a razão da efetiva redução do risco de transmissão placentária, em consequência à relativa simplicidade tanto diagnóstica quanto de manejo clínico (BRASIL, 2006).

6.5 Planejamento e gestão de recursos em saúde materna

Considerando que, a cada mês, o SISPRENATAL gera o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), para importação no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e que isto possibilita o faturamento do incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante cadastrada, entendemos que o cumprimento do elenco de procedimentos previstos no programa, bem como, a devida alimentação do sistema permite o pagamento de R\$ 42,00 por gestante, a conclusão da assistência pré-natal.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, os municípios que realizaram a adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento seriam avaliados anualmente pelo Ministério da Saúde, estando a continuidade no Programa vinculada à apresentação do procedimento Conclusão da Assistência Pré-natal (BRASIL, 2005).

Verificamos que o município não atendeu a este critério em nenhum dos anos em análise neste estudo. Ainda assim, não houve suspensão das atividades realizadas pelo programa, o que nos leva a inferir que não houve monitoramento ou auditoria a nível Estadual ou Federal para análise situacional da gestão das políticas de saúde materna.

Na análise do relatório municipal de gestão, verificamos que não há registro de utilização de recurso financeiro nas em ações voltadas para atenção pré-natal. De acordo com a Portaria n ° 2358/MS de 15 de outubro de 2012, o Estado de Roraima recebeu um repasse de recurso federal no valor de (R\$) 3.115.686,72 para investimento em ações relacionadas à qualificação da atenção do parto e nascimento, o que mostra que o Plano de Ação Regional foi encaminhado e aprovado. Porém, o relatório de gestão de 2013, utilizado como fonte bibliográfica, não aponta o repasse ou a utilização de recursos para o investimento em ações de atenção pré-natal.

Estudo realizado por Leite et. al (2012), os autores consideram que, no que se refere a gestão, as secretarias municipais de saúde, na maioria das vezes apresentam-se como meras prestadoras de serviço e, apesar de estarem munidas de instrumentos de planejamento, estes por sua vez são insuficientes pois estão focados basicamente em exigências normativas e não retratam a realidade local.

Para as ações municipais, o orçamento é vinculado ao Plano de Saúde e o que ocorre é que, na maioria das vezes, as ações do plano não são baseadas em estudos de necessidades populacionais e sim, em repetições de ações realizadas em anos anteriores. Verificamos que, apesar de o relatório não apresentar o demonstrativo financeiro de utilização de recursos já disponibilizados para o pré-natal, não há recomendações feitas pelo órgão fiscalizador, o que demonstra o pouco conhecimento deste sobre a gerência de recursos públicos no município.

Cardoso (2007) avaliou a qualidade da assistência pré-natal em um município do Centro-Oeste do Brasil e demonstrou que a captação de recursos a partir das ações realizadas no pré-natal também era incipiente, chegando a contemplar apenas 20% do recurso que poderia ser captado para o município em estudo. O autor ainda demonstra que há uma deficiência iminente na oferta qualitativa de ações em saúde materna, considerando o baixo investimento de recursos públicos nesta área.

Antes do advento da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde não direcionava os recursos captados pelo SISPRENATAL para utilização específica em ações voltadas para a saúde materna e isso trazia como consequência a utilização do recurso baseado apenas no critério do gestor municipal, sem considerar a área estratégica do pré-natal.

Leite et. al (2012) considera que atenção básica vem sendo privilegiada para o direcionamento de recursos federais, contudo a aplicação desses recursos pelos municípios não se apresentam como suficientes para a cobertura das demandas existentes. Neste estudo verificamos isto quando analisamos a distribuição insuficiente de serviços de diagnóstico laboratorial e a incipiência na captação de recursos para a implementação do pré-natal na atenção básica, com os consequentes resultados dos indicadores relacionados à realização de ações qualitativas durante o acompanhamento das gestantes.

Mendes (2005) afirma que, apesar das variações e implementações nas estratégias de descentralização de recursos associadas aos movimentos de reconfiguração de políticas públicas nos municípios, a descentralização não se afirma como suficiente para a concretização do SUS. Outros aspectos como fortalecimento da

capacidade gestora nos três níveis atrelado ao monitoramento de custos e aplicações financeiras devem ser utilizados como iniciativas de aprimoramento da gestão pública.

Há a necessidade de adoção de iniciativas que visem ampliar os mecanismos gestão, tornando mais efetiva inclusive a participação social e o controle público dos recursos, garantindo a transparência, a eficácia e a otimização da captação e utilização destes na saúde. Apesar das iniciativas de avaliação em saúde das diretrizes utilizadas pelos gestores para a implementação de políticas públicas, percebemos que ainda há uma lacuna considerável entre o que é planejado e o que é executado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Caracterizar a gestão do cuidado na assistência pré-natal oferecida no Município de Boa Vista foi o principal objetivo deste trabalho, a partir da identificação dos elementos componentes da gestão, da descrição da organização dos serviços e da relação entre parâmetros locais de diretrizes nacionais que norteiam o planejamento estratégico de ações para a saúde materna. A partir dos resultados obtidos e análises, podemos concluir que:

Apesar da oferta de atendimento pré-natal em 100% das unidades básicas de saúde do Município, verificamos que há deficiências estruturais e logísticas na organização da rede de atenção à saúde materna. Tais deficiências trazem com resultado a baixa permanência das gestantes para a continuidade do pré-natal, uma vez que a oferta fragmentada dos serviços pode resultar na peregrinação da gestante e na desistência da mesma em continuar o acompanhamento.

A oferta de serviços de saúde pode ser considerada inique, no sentido de estar distribuída sem considerar as necessidades específicas de saúde de cada Macroárea quando verificamos que as que possuem a menor cobertura e oferta de serviços de atenção insuficientes básica na rede são aquelas cuja população também possui o maior número de gestantes em seu território. A iniquidade, enquanto fruto do baixo conhecimento sobre as características do território, traz como resultados a permanência de um quantitativo significativo de gestantes sem acesso ao serviço e a cronificação de agravos que poderiam ser tratados durante o pré-natal.

Apesar do número de gestores responsáveis pela gestão da atenção ao pré-natal, verificamos que o monitoramento e avaliação de indicadores de saúde relacionados a qualidade da assistência pré-natal ainda é incipiente e fragmentado. O monitoramento e

avaliação incipientes trazem como resultado o planejamento informal e pouco qualificado de ações voltadas para a saúde materna e que não atendem as reais necessidades da população a ser atendida.

Há discrepância entre os resultados apresentados para os indicadores de saúde do SISPRENATAL e os resultados de indicadores apresentados DATASUS, o que reforça a possibilidade de subregistro das ações desenvolvidas e a incipiência do monitoramento avaliativo, pois não houve melhora significativa nos resultados dos indicadores ao longo dos anos escolhidos para estudo. Verificamos portanto que há pouca preocupação com a melhoria da qualidade dos serviços o que traz como resultado a existência de índices elevados de agravos de saúde e óbitos maternos no Município.

Para os indicadores relacionados ao processo de trabalho das equipes de saúde da família na atenção básica, quanto maior o número de dados e procedimentos que qualificam a assistência pré-natal agregados, menor é o resultado dos indicadores, o que nos leva inferir que a oferta dos serviços e ações preconizadas para este fim são insuficientemente disponibilizadas.

O despreparo dos profissionais para atuação no serviço pode trazer como resultado o manejo inadequado das gestantes, com a utilização de condutas e procedimentos que fogem ao preconizado pelas Diretrizes, sem foco na qualidade da assistência e sim na prestação de serviço o que pode gerar insatisfação pelo cuidado recebido e abandono da gestante ao acompanhamento pré-natal.

Os indicadores de gestão pactuados como norteadores do impacto da assistência pré-natal não alcançaram os índices programados durante todo o período escolhido para o estudo. Considerando que os indicadores tem papel fundamental para o mapeamento de necessidades de intervenção, verificamos que a permanência de um baixo alcance dos índices programados traz como resultado a oferta informal de ações e serviços voltados para saúde materna, deixando de atender, sobretudo as reais necessidades de implementação do serviço.

Existe fragilidade na articulação entre os gestores das esferas municipal e estadual no sentido de construir e implementar uma rede eficiente de assistência a saúde materna e neonatal. A articulação entre gestores pode garantir a efetividade das ações oferecidas à gestante em todos os níveis de atenção à saúde, portanto, uma baixa articulação entre esferas pode trazer como resultado a permanência do cuidado fragmentado e insuficiente às gestantes.

Apesar da implementação de um novo modelo de atenção em rede, os indicadores de saúde demonstram que não houveram grandes esforços da gestão no sentido de reorganizar a oferta de serviços e ações na atenção básica. Como principal resultado temos a não utilização da atenção básica como entrada prioritária para o pré-natal e o baixo índice de gestantes que realizam o acompanhamento com qualidade até o final da gestação.

O baixo índice de alcance dos indicadores de saúde demonstra que estes são pouco utilizados como subsídio para a captação de recursos financeiros que podem ser utilizados para a implementação da rede de atenção materno-infantil. A captação e o investimento de recursos financeiros para a implementação do pré-natal pode qualificar a atenção à saúde em todos os pontos de atuação à rede. A baixa captação de recursos financeiros para investimento na atenção à saúde materna acentua a permanência da precariedade dos serviços oferecidos, tendo como principal resultado a deficiência de qualidade na atenção pré-natal oferecida no Município.

Para que a produção de um ato de saúde se concretize, deve-se identificar a gestante como um sujeito com necessidades que se apresentam em formas corporais ou comportamentais, a partir das experiências por ela vivenciadas. Dessa forma, podemos dizer que a integralidade no contexto da atenção Pré-natal está intimamente relacionada com a preservação da especificidade biopsicossocial de cada gestante acompanhada, bem como da valoração da mulher como componente ativo para a garantia da manutenção da saúde gestacional do binômio mãe-filho.

A implementação de políticas públicas de saúde é resultado de um conjunto de saberes e práticas formalizadas a partir de experiências bem sucedidas e capazes de garantir a qualidade de vida do usuário. O pré-natal exige da gestão em saúde um esforço no sentido de articular entre as 03 esferas de gestão o cumprimento das pactuações estabelecidas para a implementação da rede de atenção em saúde materna.

Portanto, faz-se necessária a organização do trabalho considerando-se a estrutura, o funcionamento e o estilo de gestão mais apropriado para o funcionamento de uma instituição. O desenvolvimento de ações de planejamento, à nível local, que permitam em monitoramento, controle, avaliação e informação de resultados com eficiência, pode contribuir para a obtenção de resultados mais acurados e qualitativos.

Os dados encontrados reforçam as características mais frágeis da organização de ações serviços voltados para a saúde materna no Município da pesquisa. Verificou-se através deste estudo que a manutenção da qualidade do cuidado vai além de dados

quantitativos e que requer a adoção de medidas que visem o fortalecimento da gestão e da assistência oferecida para as gestantes.

Efetivar a equidade como em princípio do SUS é um desafio para os gestores atuais, pois dentro desse contexto torna-se necessária a avaliação sobre necessidades específicas de cada contexto e a distribuição de bens e serviços para de acordo considerando não só aspectos macrorregionais e sim características de grupos e indivíduos. Diante disso cabe a necessidade de se propor critérios avaliativos que apoiem a gestão na busca pela equidade da atenção.

A gestão em saúde deve estar apta para reconhecer, discutir e se apropriar de fatos que vão além das percepções técnico-científicas do cuidado e sim que seja capaz de promover interações que resultem no atendimento das reais necessidades de saúde das gestantes.

Esperamos que os resultados desta pesquisa possam contribuir para o direcionamento e a formulação de estratégias que melhorem a qualidade do pré-natal a partir da utilização de indicadores de saúde como uma potente ferramenta para a gestão municipal avaliar a qualidade da assistência pré-natal ofertada à população e para investimentos na reorganização da atenção primária à saúde.

Diante da realidade apresentada, cabe aos gestores e profissionais buscar aprimoramento técnico e científico que fortaleça o planejamento e o desenvolvimento de ações dentro de suas áreas de competência, porém com foco na integralidade e universalidade da atenção, considerando como as diretrizes já estabelecidas como norteadores daquilo que será proposto para o cenário de atuação destes. Diante disso, fazemos as seguintes proposições:

- A reorganização do modelo de gestão e atenção ao pré-natal, considerando a implementação de uma rede articulada de saúde materna no Município, tendo como base a implantação da Rede Cegonha.
- A implantação do planejamento estratégico como cultura organizacional e ferramenta de gestão essencial para a organização do cuidado à saúde materna.
- O estabelecimento de rotinas de supervisão com foco no monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes da ESF.
- O planejamento e a implementação de ações contínuas e permanentes em territórios com baixa cobertura de serviços, porém com necessidade já diagnosticada.

- A utilização ativa dos sistemas de informação em saúde materna como espelhos da realidade e ferramentas estratégicas para a captação de recursos financeiros e financiamentos das ações.
- A captação e o investimento prioritário de recursos financeiros na implementação da estrutura de serviços voltados para a saúde materna.
- A oferta sistemática de capacitações para gestores e trabalhadores em saúde que atuam no planejamento e execução de ações voltadas para a saúde materna, visando o melhor desempenho nos resultados a serem alcançados a partir da adesão às diretrizes e protocolos já estabelecidos.
- O estímulo à participação das gestantes com co-gestoras do processo de construção e manutenção das ações de saúde.

Sabemos que este é apenas o início de uma longa linha de estudos que deverá ser estimulada para sanar os questionamentos que se levantam a partir desta pesquisa. Contudo esperamos ter contribuído significativamente para que a partir desta pesquisa gestores e profissionais de saúde possam discutir e propor soluções com vistas a redução das fragilidades e o fortalecimento da atenção ao pré-natal, buscando atender aos principais objetivos traçados pelas diretrizes norteadoras: redução da morbimortalidade materna e neonatal e manutenção a qualidade de vida da mãe e do seu concepto.

8 REFERÊNCIAS

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

ANVERSA E.T.R.; BASTOS G. A. N.; NUNES L. N; PIZZOL T. S. D. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.4, n.28, p.789-800, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Caderno nº 32. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 383-387, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Pré-Natal e Puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada**. Caderno nº 05. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 1991. 168p. (Série Legislação Brasileira).

BRITO, R.S; FERREIRA, A.K.O. Prevenção as sífilis congênita em um município do Rio Grande do Norte. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 30-35, 2003.

COELHO, A.C.C. Integralidade no Cuidado à Saúde da Mulher: limites da prática profissional. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 1, p.154-60, 2009.

CORREA, C. R. H.; BONADIO, I. C.; TSUNECHIRO, M. A.. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)**, São Paulo, v. 45, n. 6, 2011.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16 (suplemento 1), p 1029-42, 2011.

DATASUS. Sistemas de Informação em Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 02 jan. 2013.

DE LORENZI, D.R.S. et. al. Prevalência da Sífilis Congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul – RS, no período de 1998-2002. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.17, n.1, p.5-9, 2005.

FERNANDES, M.B.F.; RIBEIRO, J.C.; MOREIRA, M.R. Reflexões sobre avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública (RJ)**, v.27, n.9, p. 1667-77, set, 2011.

GRANJEIRO, G. R. et al. Atenção ao Pré-Natal no Município de Quixadá - CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)**. v. 42, n. 1, p.105-11, 2008.

GIL, C. R. R. Avaliação em saúde. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 5, n. 19, 1999. Disponível em:<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N19/especial.htm>. Acesso em: 12 Mar. 2013.

GIOVANELLA, L (Org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. 1112 p.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; LUCHESE, G.; Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**. v.26, n.4, p.682-692, 2010.

MEDEIROS, P.F.; GUARESHI, N.M.F.; Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade me questão. **Revista Estudos Feministas**, v.17, n.1, p.31-48, 2009.

MENDES, E.V. **As redes de atenção a saúde**. 2 ed., Brasília: OPAS, 2011. 549 p.

MENDES E.V (Org). 2 ed. **Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS**. Brasília: OPAS, 2010. 120 p.

MENDES N.A. Financiamento, gasto e gestão (SUS). A gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001) [tese]. 2005. Campinas: UNICAMP, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 10 de outubro de 2013.

MENICUCCI, T.M.G.; Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública (RJ)**, v. 25, n.7, p 1620-25, jul, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para Estados e Municípios, referentes aos novos exames do Componente Pré-Natal da Rede Cegonha. Portaria nº 1918 de 05 de setembro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1918_05_09_2012.html. Acesso em 20 de dezembro de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Dispõe as orientações necessárias para elaboração de um plano de ação para as ações e financiamento da Rede Cegonha nos Estados e Municípios. Portaria nº 650 de 05 de outubro de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html> Acesso em 20 de dezembro de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Estabelece as diretrizes para organização da rede de atenção à saúde. Portaria GM/MS 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Estabelece as diretrizes para a implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Portaria n.º 569, de 1º de junho de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 jun 2000. seção 1, p 4.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Institui o Incentivo à Assistência Pré-Natal no âmbito do SUS. Portaria n.º 570, de 1º de junho de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Institui a organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal no âmbito do SUS. Portaria n.º 571, de 1º de junho de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Institui a nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Portaria n.º 572 de 1º de junho de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000.

MORAIS, M.M **AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTA HELENA DE GOIÁS**. Dissertação. 2013. 151 p. (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

NETO, E.T.S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 17, n.2, p.107-119, 2008.

PÁDUA, K. S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 70-79, 2010.

PAIM J.S.; VILASBÔAS A.L.Q. Práticas de Planejamento e Implementação de Políticas no Âmbito Municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, 2008.

RIBEIRO FILHO, B. **Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus – AM**. 2004. 64 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Manaus, 2004.

RORAIMA. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Planejamento em Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2013**. Boa Vista, 2013.

RORAIMA. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Básica. Diretoria dos Programas Estratégicos. **Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL)**. Boa Vista, 2014.

RORAIMA. Prefeitura Municipal de Boa Vista. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Boa Vista, 2010.

SERRUYA, S. J. et al. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 26, n. 7, p.517-25, 2004.

SERRUYA, S. J. et al. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: Resultados Iniciais. **Cadernos de Saúde Pública (RJ)**. v. 20, n. 5, p.1281-89, 2004.

SIQUEIRA, C. V. C. **Assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde do município de Santos**. 2011. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem/Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SOUZA, J. P. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 33, n. 10, p.273-279, 2011.

SOUZA, G.C.A. COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Revista Saúde e Sociedade São Paulo**. V.19, n 3. P 509-517, 2010.

TASCA, R. (Org). **Atenção à saúde coordenada pela APS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011. 113 p.

YAZLLE, M. H. D.; FRANCO, R. C.; MICHELAZZO, D. Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 10, p. 477-479, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2010**. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The WorldBank. Geneve: WHO, 2012.