



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado

Andersom Aguiar Passos

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO CEARÁ NA PERSPECTIVA DO
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
(PHPN)**

Fortaleza - CE

2006

Andersom Aguiar Passos

Assistência pré-natal no Ceará na perspectiva do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa:
Educação em Enfermagem, Saúde e Sociedade

Orientadora:
Profa. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura

Fortaleza - CE
2006

Andersom Aguiar Passos

Assistência pré-natal no Ceará na perspectiva do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data da Defesa da Dissertação: 22/12/2006

Banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Escolástica Rejane Ferreira Moura
Universidade Federal do Ceará
Presidente

Prof^ª. Dr^ª. Maria Josefina da Silva
Universidade Federal do Ceará
Membro Efetivo

Prof^ª. Dr^ª. Dafne Paiva Rodrigues
Universidade Estadual do Ceará
Membro Efetivo

Prof^ª. Dr^ª. Andréia Gomes Linard
Universidade de Fortaleza
Membro Suplente

Dedicatória

A Deus, pai celestial de todos nós, que me permitiu diante de todas os problemas que o mundo me proporcionou, enfrentá-los com força, fé e luz, acreditando sempre no melhor resultado. A Ti, serei grato e te louvarei sempre, por sua presença constante em meu caminho e pela comprovada lembrança deste servo Teu.

Aos meus pais, Passos e Liduina, espelhos do meu agir e grandes colaboradores nesta caminhada de luta, que somente nossa família pode testemunhar. Por terem percebido em mim a possibilidade de chances ilimitadas de serem felizes na vida e não desistirem nunca deste ideal.

A minha amada esposa, Ariane, companheira eterna! Que acompanha meus momentos, sejam eles quais forem, com paciência e discernimento de quem ama. Sou grato por tudo que fazes. Eu te amo muito!

Aos meus irmãos, Henderson e Hemerson, por estarem em todos os meus momentos de minha vida e fazerem parte do sentimento de sempre buscar o melhor da vida.

A minha avó, Luisinha, com toda doçura e candura de quem é tripla- mãe ajudou-me de todas as formas que pôde em minha vida.

Ao meu estimado tio, Haroldo, uma das pessoas de maior caráter e honestidade que já conheci. Pelos seus excessivos esforços em me ver feliz e vitorioso na vida, serei pra sempre grato.

Eternamente, ao meu tio querido, Fernando (in memória), pelo seu brilho, luz e jeito simples e único de viver, sobretudo por este ensinamento. Só lamento, pela a falta enorme que faz aqui com a gente.

À Professora Dra Escolástica Rejane Ferreira Moura, por toda a contribuição com estudo e meu crescimento nesta fase da vida. Mas, especialmente pela paciência, disponibilidade, dedicação, amizade e esmero em me fazer construir os próprios caminhos para ser um Mestre.

Ao Sr Eduardo Martins Rocha – “Meu Chefe!” e professor, pelo reconhecimento do meu potencial, pela compreensão e por abraçar meu ideal, permitindo-me sob vários meios e aspectos, vencer.

Agradecimentos

A todos os meus parentes que mesmo distantes contribuíram com orações e pensamentos positivos.

Aos familiares e parentes da Ariane, pela confiança e estímulo.

Aos professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, em especial as Profa Dra Neiva Francenely Cunha Vieira, Profa Maria do Socorro Sherlock, Profa Maria de Fátima Maciel Araújo, Profa Dra Maria do Socorro Pereira, que vem contribuindo em minha formação desde o tempo da academia.

Aos colegas do curso de mestrado, que assim como eu sei, sabem também o valor de se concluir mais esta fase em nossas vidas.

Ao Dr Eduardo , pela disponibilidade, acessibilidade e simpatia, que mesmo diante de todas as responsabilidades que possui, encontrava tempo para contribuir para esta vitória.

Aos grandes amigos Adriano e Aline, pelo incentivo, pelas contribuições na área da pesquisa e em minha vida.

Aos grandes amigos Vinícius e Andresa, pelo companheirismo de todas as horas.

Aos amigos , Elisfábio e Lindecy, pelo coleguismo e suporte espiritual.

Aos demais amigos que prefiro não citar, para evitar o risco de deixar de falar algum nome, todos fazem parte de meu mundo e são muito especiais.

A toda equipe da Coordenação do Sistema de Informação da SESA-CE, pela colaboração e excelente recepção, especial ao André, que como ninguém agüentou minha inexperiência diante do Sistema de Informação que pesquisei.

Agradecimento Institucional

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, pelas boas lembranças e eternos ensinamentos.

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, por comportar o campo de coleta de dados.

Ao Ministério da Saúde do Brasil, em especial ao DATASUS, colaboradores diretos com parte dos dados.

HUMANIZANDO

*De um relance aconteceu,
É pura obra do Criador.
Se a nós Ele escolheu,
Devemos honrar este valor!*

*Em nossos dias encontrar,
O tempo que é dito perdido.
Reencontro de um cuidar,
A dias adormecido.*

*Tendo como objetivo,
Buscar apoio onde for!
Mas fica algo decidido,
Só aceitamos se vier com amor.*

*Pois esta fase nova,
Nos servirá como lição.
Nos colocando sempre à prova,
Nos nove meses que passarão.*

*E quando perto chegar,
Estaremos já quase preparados,
Pra outra fase que vai começar,
E iniciar outros cuidados.*

*É muito grato qualquer ajuda,
Quando somos bem guiados.
É esta a nossa busca,
Como seres humanizados.*

*No dia, o sorriso do rosto não sai!
Vejam o que DEUS nos propõe,
A mim chamaram de pai,
E você, pra sempre: MÃE!!!*

RESUMO

Considerando-se que o acesso das gestantes ao atendimento digno, humanizado e de qualidade é além de um direito, uma necessidade da mulher, o Ministério da Saúde expressa e oficializa por meio de portarias, a intenção de investir na atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério, instituindo o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). É um Programa inédito, pois consulta ampla na literatura não identificou nenhum outro no formato do PHPN. Ademais, é uma proposta de intervenção para um país em desenvolvimento; oferece diretrizes para as diferentes instâncias da assistência; descreve as condições mínimas para a atenção com incentivo financeiro atrelado ao cumprimento de tais condições; e propõe um sistema de informação (SISPRENATAL), que oferece ao gestor local, monitorar avanços e desafios e corrigir falhas. Neste contexto, decidiu-se pela realização do presente estudo que teve como objetivo geral avaliar a qualidade da assistência pré-natal no Ceará a partir da implementação do PHPN, tendo como objetivos específicos avaliar indicadores de processo do PHPN geradores no SISPRENATAL no Estado; analisar aspectos específicos da atuação do enfermeiro na atenção pré-natal, informados no sistema; e identificar a receita financeira gerado pelo PHPN para o Ceará. O estudo caracterizou-se como sendo do tipo exploratório e descritivo e teve como universo o Sistema de Saúde do Ceará. Parte dos dados foi coletada na Célula de Informação da Secretaria Estadual da Saúde por meio de busca no Sistema de Informação do Pré-Natal e outra parte na Coordenadoria de Controle e Avaliação da mesma Secretaria. Os indicadores de processo serviram de subsídios para analisar a qualidade da assistência pré-natal no Ceará, no período de junho de 2001 a agosto de 2006. Ao longo desses seis anos foram notificados 691.001 nascidos vivos (NV) no SISPRENATAL. Contudo, foram detectados apenas 312.507 cadastros de gestantes, ou seja, 44,4% do número de NV, incluindo gestantes com idade gestacional até 120 dias entre 2001 a 2003 e a partir de então as gestantes de todas as idades gestacionais. Observou-se aumento crescente nos indicadores de cadastramento precoce das gestantes (<120 dias) no programa, saindo de 88,3%, em 2001, para 96,4%, em 2006. A avaliação de todas as condições determinadas no Componente I do PHPN, juntas, que define uma melhor qualidade da assistência pré-natal prestada, o percentual atingiu 15,67% das gestantes cadastradas. Este resultado foi superior em aproximadamente 50% o resultado encontrado no País, tendo em vista que a conclusão do referido indicador em nível nacional foi de cerca de 10,12% para o mesmo período. Ficou demonstrado que os Enfermeiros atuam amplamente na assistência pré-natal nas unidades básicas de saúde do Estado, pois 95% dos cadastros de adesão de gestantes e 88% das consultas de puerpério foram realizadas por esse profissional. Quanto ao aspecto financeiro ao verificar-se a diferença dos valores de procedimentos que foram realizados e informados no BPA dos municípios mas, não tiveram aprovação temos um valor total Estadual de R\$ 323.040,00. O que se percebe, pelo valor é a possível falta interesse ou até mesmo o desconhecimento por parte dos gestores, em resolver problemas que geram a desaprovação das informações e obstruem a arrecadação de recursos, diminuído, desta forma, a possibilidade de maiores avanços nesta área. Enfim, com este estudo pôde-se perceber que se faz necessário uma intensificação nas discussões entre profissionais, gestores e comunidade, levantando os avanços e desafios em cada município, em cada área adstrita de PSF, a fim de promover uma visualização das diversas necessidades no campo da assistência pré-natal, buscando soluções viáveis e eficazes. É inaceitável que uma área do cuidado tão necessária e tantas vezes priorizada nas políticas públicas de saúde deste País ainda padeça de negligência pela ausência de garantias tão básicas como a realização de exames laboratoriais essenciais, imunização anti-tetânica e o seguimento puerperal, realidade detectada no Ceará e também descrita no cenário nacional. Há de reconhecer o papel ativo do enfermeiro nessa área do cuidado e de ser inadiável que gestores municipais se apropriem do processo de financiamento do PHPN e possam minimizar oportunidades perdidas de aquisição de recursos.

DESCRITORES: Cuidado Pré-Natal; Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; Avaliação em Saúde; Financiamento em Saúde; Papel do Enfermeiro.

ABSTRACT

Pregnant women's access to a decent, humanized and qualified service is not only a right, but a women's necessity. The Health Department expresses and makes official through regulations, the intention of investing in attention to pregnancy, childbirth and post-delivery, establishing the Program of Humanization in Prenatal and Birth (PHPN). It is an unprecedented program, as a deep search in literature did not identify any other program like PHPN. Besides, it is a proposal of intervention for a country that is in process of development; it offers directives for the different instances of assistance; it describes the minimum conditions for the attention with financial incentive connected to the execution of such conditions; and it suggests an information system (SISPRENATAL), with offers the local administrator to monitor progress and challenges and to correct imperfections. In this context, it was decided to carry out the present study which had as a general objective to evaluate the quality of prenatal assistance in Ceará from the implementation of PHPN on. The specific objectives were to evaluate process indicators of PHPN generator in the SISPRENATAL in the State; to analyze specific aspects of the nurse's performance in the prenatal attention, informed in the SISPRENATAL; and to identify the financial income produced by PHPN to the state of Ceará. The study was characterized as exploratory and descriptive and its universe was the Health System of Ceará. Part of the data was collected in the Information Department of the Health State Secretariat through a search in the Prenatal Information System (SISPRENATAL). The other part was collected in the Coordination of Control and Evaluation of the same Secretariat. The process indicators served as supplementary information to analyze the quality of prenatal assistance in Ceará, between June, 2001 and August, 2006. Throughout these six years 691.001 live born infants (NV) were notified in the SISPRENATAL. However, only 312.507 registrations of pregnant women were notified, that is, 44,4% of NV, including pregnant women with pregnancy age until 120 days from 2001 to 2003, and from then on women with all pregnancy ages. It was observed a continuous increase in the indicators of pregnant women's early registration (<120 days) in the program, from 88,3%, in 2001, to 96,4%, in 2006. In the evaluation of all conditions determined in Component I of PHPN, together, which defines a better quality of prenatal assistance, the percentage reached 15,67% of registered pregnant women. This result was about 50% superior to the result found in the Country, considering that the conclusion of this indicator in national level was about 10,12% in the same period. It was demonstrated that nurses act extensively in prenatal assistance of basic health units of the State, because 95% of pregnant women's registration and 88% of post-delivery service were carried out by this professional. Concerning the financial aspect, when we verify the difference of the value of the actions which were carried out and informed at the BPA of the municipalities but were not approved, we have a State total value of R\$ 323.040,00. It is noticeable by this value the possible lack of interest or even the lack of Knowledge that governors have when solving problems that produce the disapproval of information and block the collection of resources, what decreases the possibility of greater progress in this area. In conclusion, it was possible to notice through this study that it is necessary to intensify the discussions among professionals, governors and community about progress and challenges in each municipality, in each area of PSF, in other to promote a visualization of several necessities in prenatal assistance and look for possible and effective solutions. It is unacceptable that the area of care which is so necessary and considered many times a priority by public policies suffer because of negligence and absence of basic guarantees like the realization of essential lab exams, anti-tetanus immunization and post-delivery service. This is a reality detected in Ceará and also described in the national scenery. We have to recognize the active role of the nurse in this area of care and that it is urgent that governors of the municipality appropriate the financing process of PHPN and minimize missed opportunities to obtain financial resources for the Health Local System.

DESCRIPTORS: Prenatal Care; Program of Humanization in Prenatal and Birth; Health Evaluation; Health Financing; Nurse Role.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1. Microrregiões de Saúde que compõem o Sistema de Saúde do Ceará

Figura 2. Macrorregiões de Saúde que compõem o Sistema de Saúde do Ceará

Tabela 1 – Distribuição do número de Nascidos Vivos segundo SISPRENATAL, SIAB e SINASC, CEARÁ- DATASUS, 2001- 2006.

Tabela 2 - Distribuição do número de gestantes com cadastros no SISPRENATAL no Ceará, SISPRENATAL , SESA- CE, 2001-2006

Tabela 3- Distribuição do percentual de gestantes com 6 consultas ou mais, mesclado com consulta puerperal e exames de laboratório , SISPRENATAL, SESA-CE, segundo ano 2001 -2006

Tabela 4 – Distribuição percentual de gestantes com seis consultas pré-natais, exames laboratoriais e consulta puerperal, relacionada com a vacina antitetânica no ceará de 2001 a 2006.

Tabela 5- Distribuição das gestantes que aderiram por cadastro ao programa e concluíram todos os pré-requisitos do PHPN, SISPRENATAL, SESA-CE, 2001-2006

Tabela 6- Distribuição do percentual de gestantes que realizaram dois exames de VDRL , SISPRENATAL, SESA- CE, jun/ 2001 – ago/ 2006.

Tabela 7- Distribuição do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-hiv
, SISPRENATAL, SESA-CE, jun/ 2001- ago 2006

Tabela 8 – Distribuição dos procedimentos informados e aprovados e o total de recursos
financeiros pelo SISPRENATAL, SESA-CE, COVAC/ SAI, 2001 a 2006

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	17
1.1- Contexto da Saúde da Mulher: Breve histórico.....	17
1.2- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).....	20
1.3- Problemática e Relevância do Estudo.....	23
2- OBJETIVOS.....	26
2.1- Geral.....	26
2.2- Específicos.....	26
3- REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1—Assistência pré-natal no contexto atual do SUS/ PHPN.....	27
3.2- Atuação do Enfermeiro na Assistência Pré-natal.....	29
3.3- Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL)	32
3.4- Recursos Financeiros para os municípios com o PHPN	33
4- MATERIAIS E MÉTODO	36
4.1- Tipo de Estudo.....	36
4.2- Universo do Estudo	36
4.3- População e Amostra do Estudo	39
4.4- Coleta dos Dados	39
4.5- Análise de Dados	40
4.6- Aspectos Éticos	40

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
5.1 Indicadores de Processo do PHPN: uma visão geral dos dados.....	42
5.2 Análise Tendencial dos Indicadores de Processo do SISPRENATAL	
no Ceará.....	47
5.2.1- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo	49
5.2.2- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal; Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério; Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos; Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos	51
5.2.3- Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica.....	53
5.2.4 Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica.....	55
5.3 Doenças Sexualmente Transmissíveis e Gestação : Análise de realização de exames segundo o PHPN	58
5.4 Aspectos da atuação do Enfermeiro na assistência pré-natal disponibilizado no SISPRENATAL.....	61
5.5 Recursos financeiros gerados pelo PHPN.....	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
6.1 PHPN: o Passado e o Presente.....	69
6.2 Assistência Pré-Natal: desafios para o futuro.....	73

7 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	75
8 ANEXOS.....	83
8.1 ANEXO A - Ficha de cadastro da gestante.....	84
8.2 ANEXO B - Ficha De Acompanhamento Da Gestante.....	86
8.3 ANEXO C - Termo De Consentimento Do Comitê De Ética.....	88

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto da Saúde da Mulher: Breve histórico.

Por muito tempo, questões relacionadas à mulher, como ciclo menstrual, gravidez, parto e climatério foram desconhecidos e existiam, ainda, aspectos relacionados com as crenças religiosas e os costumes do povo de cada lugar que determinavam as condições de saúde-doença das mulheres. A igreja emblemou um dilema na mulher, classificando-a como inferior, impura, obscena, pagã e até insana, algo que se perpetua até os dias atuais (ÁVILA, 1999).

Como o conhecimento científico voltado à saúde da mulher só viria a ser pesquisada com mais intensidade nos últimos 100 anos, por muito tempo esta atenção ficou sendo assegurada por religiosos, feiticeiros, pajés e outros grupos de pessoas que decidiam ajudar, sendo, em sua maioria, constituído por mulheres (GALVÃO, 1999).

Paulatinamente, estas mulheres foram acumulando experiências importantes no trato com a atenção à gestação, ao parto e ao puerpério, sendo reconhecidas no papel de mulheres do povo - parteiras, com pouco conhecimento científico, mas com muita experiência, força de vontade e humanização para ajudar e assistir a outras mulheres com necessidades (BANDEIRA, 1999).

O início do século XX foi considerado por cientistas e pensadores como sendo um período de grande evolução das descobertas científicas, cuja atenção à mulher passou a ter um crescimento acelerado, no Brasil, país independente e recém republicano e que a estrutura do sistema de saúde era precário e arcaico. Iniciou-se parceria com médicos para se efetuar a institucionalização do cuidado, surgindo hospitais e maternidades para garantir uma melhoria nesta área (DIAZ, M. ; DIAZ,J. 1999).

Todavia, para a maioria da população, sobretudo, para aquelas pessoas que não viviam nos grandes centros urbanos, permaneceram as parteiras como as únicas cuidadoras (ÁVILA, 1999).

Assim, conforme já descrito anteriormente e, pontuado por Ferreira (2002), os cuidados prestados a mulher, particularmente durante a gravidez, o parto e o puerpério passaram por importantes mudanças no decorrer da História. Contudo, foi a partir da segunda metade do século XX, que o processo de institucionalização da assistência ao ciclo gravídico-puerperal mais evoluiu, consolidando o parto como um evento hospitalar. Essas mudanças ocorridas trouxeram conquistas à melhoria das condições do parto, com a introdução de suporte científico e tecnológico, mas nem sempre acompanhado da humanização (FORMIGA FILHO, 1999). Os cuidados prestados pelas parteiras, fundamentados no conhecimento e no saber empírico sobre o parto e os cuidados com a criança, passaram a serem gradativamente institucionalizados, na medida em que passavam a serem praticados por profissionais de saúde (BRASIL, 2001a).

Existiam, entretanto, lacunas na assistência: faltavam políticas próprias, diretrizes e princípios que assegurassem e norteassem a atenção à saúde da mulher (SILVA e SANTOS, 2002). Algumas rotinas hospitalares foram determinadas, mas parte delas desnecessária, como o enema evacuativo, a tricotomia pré-parto, a separação entre o recém-nascido e sua mãe no pós-parto imediato, e o isolamento da parturiente de seus familiares e amigos, gerando incertezas e medos nas mulheres quanto ao processo da parturição e do nascimento (SERRUYA, CECATTI e LAGO, 2004a).

Percebe-se, pois, que foi oferecido um suporte técnico avançado e protetor a mulher, no entanto, não foi preservado o seu direito à humanização, ao aconchego da família, bem como o respeito às suas necessidades e valores culturais essenciais. O cuidado à mulher precisava preservar direitos já conquistados e ampliá-los nos serviços assistenciais, mas isto pouco

evoluiu durante os anos 50 e 60, pois era preciso que o comportamento e a forma de pensar dos profissionais evoluíssem junto com o avanço tecnológico (SERRUYA, LAGO, 2001a).

No ano de 1983, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que definiu essa área da atenção como prioridade. Ampliou o enfoque da assistência à mulher, extrapolando a gravidez, parto e puerpério e englobando a mulher em todo o seu ciclo vital, propondo o desenvolvimento de ações sistematizadas com a finalidade de melhorar as condições de saúde, reduzindo a mortalidade materna por causas evitáveis e combatendo a violência contra a mulher (BRASIL, 2002a; LEÃO e MARINHO, 2002).

No final da década de 90, mais precisamente no ano de 1998, a Área Técnica de Saúde da Mulher, do MS, em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde e a Secretaria Executiva propôs um plano de ação a ser desenvolvido em três áreas estratégicas.

A primeira área compreendia o aumento da remuneração do parto normal e o estabelecimento de um limite percentual máximo para o pagamento de cesáreas por hospital (Portaria GM/ MS 2.816); a inclusão da remuneração dos procedimentos referentes a analgesia do parto e o reconhecimento da atuação do enfermeiro obstetra nessa área do cuidado, incluindo os procedimentos realizados por estes profissionais na tabela de remuneração do Sistema Único de Saúde (SUS).

A segunda área instituía o Programa de Apoio a Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco (Portaria GM/ MS 2.817). E a terceira correspondia especificamente à atenção ao pré-natal e ao parto, enfocando a qualidade da assistência, a acessibilidade e, sobretudo, a humanização da atenção (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2001c).

Retomando a terceira estratégia, o Ministério da Saúde, no ano 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em resposta à preocupação de governo e de profissionais com a atenção ao pré-natal e sua humanização (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2000a).

Portanto, diante das razões expostas que indicam a necessidade de melhorar a qualidade da assistência às mulheres grávidas e valorizá-las como sujeitos do seu processo de saúde-doença, emerge a estratégia do PHPN, objeto do presente estudo.

1.2 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)

O Ministério da Saúde (MS), considerando que o acesso das gestantes ao atendimento digno, humanizado e de qualidade é além de um direito, uma necessidade da mulher, expressa e oficializa por meio de portaria, a intenção de investir na atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério, instituindo o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Assim, intervenções para humanizar a assistência ao pré-natal apresentam-se como escolha adequada na tomada de decisão referente às ações voltadas à saúde da mulher, fazendo-se cumprir o que a Constituição Federal delibera como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988a).

O ineditismo do PHPN é defendido por Serruya, Lago e Ceccatti (2004b) por vários aspectos: é uma intervenção para um país em desenvolvimento; oferece diretrizes para as diferentes instâncias da assistência; descreve condições mínimas para a atenção com incentivo financeiro atrelado ao cumprimento de tais condições; e propõe um sistema de informação que possibilita ao gestor local, identificar e corrigir falhas. Para os autores, após consulta ampla na literatura, nenhum programa no formato do PHPN foi encontrado.

Conforme dicionário da língua portuguesa, humanizar significa tornar humano (pertencente ao homem); tornar educado, afável; civilizar (fazer progredir social e

culturalmente). Assim, a definição de humanização abrange o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo das gestantes; de co-responsabilidade; de solidariedade dos vínculos estabelecidos entre estas, seus familiares e a equipe de saúde; dos direitos dos usuários e da gestão participativa, pensamento adotado pelo Ministério da Saúde para condução da proposta do PHPN (BRASIL, 2005a, ROCHA, 2001).

O PHPN foi estabelecido por um conjunto de portarias (portarias GM/ MS nº 569, nº. 570, nº. 571 e nº. 572), cuja meta é de aprimorar a atenção obstétrica integralmente. Destaca-se para este estudo a Portaria GM/ MS no. 569/2000 que define os três componentes do Programa: Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal, que objetiva oferecer uma assistência pré-natal adequada, com critérios mínimos recomendados pelo Programa, instituindo, para tanto, incentivos financeiros a serem transferidos aos municípios que aderirem ao Programa; Componente II: Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, que objetiva promover 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 SUS; Componente III: Nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, buscando 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 (BRASIL, 2006a).

A análise do Componente I, com seus princípios gerais e condições de acompanhamento ao pré-natal, constitui-se na área do PHPN delimitada para esta investigação.

A Portaria GM/ MS nº 569 estabelece os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN):

“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 ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria; c) toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; d) toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria; e) todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura; f) as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima” (BRASIL, 2000 a).

O anexo I que dispõe sobre as condições mínimas para o acompanhamento ao pré-natal, determina:

“Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; Realização de uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; Realização dos seguintes exames laboratoriais: ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; HB/Ht, na primeira consulta.; Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes; e aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; Realização de atividades educativas; Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes; Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco” (BRASIL, 2000 a).

O Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL), estruturado para acompanhar e avaliar o cumprimento das condições propostas no PHPN oferece indicadores de processo, de resultado e de impacto. Porém, finalizando a delimitação do objeto de estudo desta pesquisa, definiu-se por avaliar a assistência pré-natal no Ceará a partir da implantação do

PHPN, tomando por base os indicadores de processo do SISPRENATAL, que são: 1) Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimados pelo número de nascidos vivos do município); 2) Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal; 3) Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério; 4) Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos; 5) Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos; 6) Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica; e 7) Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica.

1.3 Problemática e Relevância do Estudo

A população brasileira é composta, em sua maioria, por mulheres, o que corresponde a 94.824.221 (53%) que também são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando respostas às necessidades próprias e, sobretudo, como líder da saúde na família, procuram solucionar os problemas da saúde das crianças, dos idosos, dos deficientes e de outras pessoas do seu ciclo de convivência (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2006).

Em todo o país, a população de mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, representa 61.174.428 (65%) do total da população feminina. No que se refere à opção por serviços de saúde, 70% destas mulheres são usuárias do SUS. Deste público brasileiro, aproximadamente 3.000.000 são mulheres grávidas, cujos indicadores sociais da maioria

(71,3%) também são muito baixos, o que guarda estreita relação com elevada morbidade e mortalidade materna (BRASIL, 2003 a).

No Ceará, 4.206.283 (52,5%) da população é constituída por mulheres, e destas, 2.633.400 (62,6%) estão em idade fértil, donde, aproximadamente 140.000 são gestantes que demandam atenção pré-natal, também vivendo, a maioria, em condições de moradia, renda e escolaridades bastante precárias (IBGE, 2006).

Em 2002, somente 4,07% das gestantes inscritas no PHPN, receberam o mínimo de ações preconizadas e, ainda, somente 9,43% destas realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta puerperal (BRASIL, 2002b). Conforme o Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), o Brasil ofereceu uma média de 4,4 consultas de pré-natal por gestante no ano de 2002 e o Ceará 6,4 consultas por gestante (CEARÁ, 2002). Comparando esses dados com aqueles registrados em 1995, por exemplo, quando eram registradas 1,2 consultas por gestante, percebe-se que ocorreu uma melhora substancial no quadro geral da oferta de serviço de pré-natal. Entretanto, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no País permanece elevada, ou seja, 51 óbitos por 100.000 nascidos vivos, em 1999 e 141 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2005 levando a refletir que a qualidade desta assistência precisa ser avaliada e melhorada.(BRASIL,2005b) A hipertensão arterial, específica da gestação, a hemorragia e a infecção puerperal são as principais causas de morte materna no País e no Estado, apesar de serem analisadas como causas evitáveis (SERRUYA e LAGO, 2001a).

Trevisan et al (2002) corrobora essa reflexão ao destacar que mesmo com o aumento no número de consultas pré-natais realizadas por gestante, permanece elevado o número de mortes maternas, sendo baixa a qualidade da assistência ao pré-natal e nascimento mesmo após a criação do PHPN.

O PHPN teve como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbidade e a mortalidade materna, na perspectiva da humanização na assistência, envolvendo profissionais de saúde, comunidade e, sobretudo, os gestores, responsáveis pela administração e avaliação de processo, resultado e impacto (BRASIL, 2001b).

Portanto, considerando todo o contexto descrito, a experiência do autor como enfermeiro assistencial da área obstétrica e gestor do SUS, exercendo os cargos de Coordenador de Políticas de Saúde, Coordenador do Programa Saúde da Família (PSF) e Coordenador do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de municípios cearenses e a ausência de um estudo voltado para a avaliação da assistência pré-natal no Ceará desde a implantação do PHPN, em 2000, decidiu-se pela realização do presente estudo, para o qual foram elaborados os seguintes questionamentos: Quais os avanços e desafios da assistência pré-natal, no Ceará, com base nos indicadores de processo gerados no SISPRENATAL? Quais aspectos da assistência de Enfermagem no pré-natal são informados no pré-natal? Qual recurso financeiro gerado pelo PHPN para a gestão do Sistema Estadual de Saúde?

Ressalta-se a intenção de buscar soluções que contribuam positivamente para a temática e para a prática da Enfermagem, no sentido de resgatar a dignidade e a cidadania das mulheres grávidas e respeitar princípios técnicos e éticos da assistência como um direito.

Para responder as indagações levantadas, foram elaborados os objetivos de pesquisa que se apresentam a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a qualidade da assistência pré-natal no Ceará a partir da implementação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento;

2.2 Específicos:

- Avaliar os indicadores de processo do PHPN geradores no SISPRENATAL no Ceará;
- Analisar aspectos específicos da atuação do enfermeiro na atenção pré-natal informado no SISPRENATAL;
- Identificar a receita financeira gerada pelo PHPN para o Estado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Assistência pré-natal no contexto atual do SUS/ PHPN.

A estratégia Saúde da Família se baseia na óptica de vigilância à saúde e intervenção no nível de atenção primária ao indivíduo, a família e a comunidade.

Tal estratégia foi construída no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios demarcados na Constituição de 1988, mais especificamente na Lei Orgânica da Saúde que é a Lei nº 8080 e posteriormente a Lei nº 8.142 que regulamentou alguns itens da anterior. (BRASIL, 1988b; BRASIL,1990)

A legislação relacionada à implantação do SUS inclui, ainda, as Normas Operacionais Básicas (NOB) e a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde para dar suporte ao processo de organização e funcionamento do SUS nas três esferas de governo.

A atenção relacionada à família no Brasil, a partir da proposição política do SUS, particularmente com a implantação da NOB 96 que consolidou o processo de municipalização das ações e dos serviços básicos, reorganizou a assistência em nível de ações à criança, à mulher, ao adulto e ao idoso (BRASIL,2003a; BRASIL,2003b; Normas Operacionais Básicas-NOB, 1996)

No decorrer dos anos 90, estudos foram realizados para avaliar os estágios de implementações destas ações, embora só se tenha chegado a um panorama geral da situação dos municípios, sobre o qual afirmam-se importantes dificuldades administrativas.

Contudo, o Ministério da Saúde, com o intuito de minimizar tais dificuldades, editou a NOAS 2001, que ampliou as responsabilidades municipais com apoio da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), definiu o processo de regionalização da assistência, criou mecanismos e critérios de habilitação para os estados e municípios e gerou um processo de fortalecimento da gestão do SUSv(NOAS,2002).

Apesar de que em diferentes populações, homens e mulheres encontram-se expostos a variados tipos e graus de risco que se colocam em distintos padrões de sofrimento, adoecimento

e morte, na maioria das sociedades, estas relações entre homem e mulher são por si, desiguais. Partindo-se deste pressuposto, neste estudo, veio à discussão a saúde de gestantes assistidas no SUS.

A NOAS 2002, estabelece que cada município garanta, minimamente, ações básicas voltadas ao planejamento familiar, a prevenção do câncer de colo uterino, e ao pré-natal, prevendo a média e a alta complexidade por meio de sistemas funcionais de referência que ofereçam o mínimo de resolubilidade às necessidades e agravos identificados.

Retomando a estratégia de saúde da família que possui como atribuições principais promover a humanização do atendimento e desenvolver a responsabilidade mútua entre comunidade e profissionais, se destaca a atenção à mulher no pré-natal e nascimento na perspectiva, não apenas de ajudar a mulher na condição reprodutiva, mas, sobretudo, de promovê-la como ser humano, proporcionando condições de qualidade de vida, da fecundação até a velhice (TANAKA, 2001; TANAKA,1995).

A assistência ao pré-natal e ao parto humanizado, deve ser instituída por meio de uma relação de confiança e respeito estabelecida entre o profissional de saúde, a gestante e a família, oferta de serviços de qualidade com fácil acesso e competência técnica.

O enfermeiro é um importante e presente profissional no nível básico de atenção, que enquanto integrante das equipes de PSF, tem no cuidado pré-natal, uma de suas atividades prioritárias. Moura (2003a) estudando a assistência pré-natal no contexto do PSF de uma Célula Regional de Saúde – CERES do Ceará, identificou que a atenção dada pelos enfermeiros, sobressai aos demais profissionais da equipe, pois suas dinâmicas de atendimento foram encontradas: uma em que o médico realiza, pelo menos, duas consultas em todo pré-natal, ficando as demais com o enfermeiro; e a outra em que as gestantes são encaminhadas para o médico somente quando há alguma intercorrência, ficando exclusivamente com o enfermeiro.

Portanto, na maioria dos casos, acompanha a mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal, referindo-a para consulta médica pelo menos em duas ocasiões ou em virtude de condições de risco.

Assim, sobre a atuação do enfermeiro enquanto membro da equipe de PSF na assistência pré-natal, recai uma macro responsabilidade, tendo em vista que a qualquer momento complicações poderão surgir, requerendo uma postura ética e competente, com um alto nível de experiência e conhecimento técnico acerca do assunto.

É essencial que o serviço ofereça ao enfermeiro o mínimo de condições físicas e de recursos materiais, como: área física adequada; equipamentos e instrumental mínimo (mesa e cadeiras, mesa de exame, escada de dois degraus, foco de luz, balança, estetoscópio e tensiômetro, fita métrica e instrumentos de registro), medicamentos básicos, apoio laboratorial e referência para as gestantes de alto risco (CEARÁ, 1998).

3.2 Atuação do Enfermeiro na Assistência Pré-natal

O melhor indicativo para iniciar o acompanhamento pré-natal é o diagnóstico precoce da gravidez, que deverá acontecer, preferencialmente, até o final do primeiro trimestre.

Tal diagnóstico é presumido pelo enfermeiro com base na história de amenorréia, história de coito desprotegido e sem uso de anticoncepcionais e pelos sinais prodrômicos da gravidez (náuseas, vômitos, sensibilidade mamária, polaciúria, sialorréia e mais tardiamente aumento do volume abdominal). O diagnóstico laboratorial se faz necessário de maneira complementar em algumas situações específicas. O exame sangüíneo é mais caro, porém a precocidade de constatação de hormônio gonadotrófico coriônico, é de cerca de 10 dias após a fecundação. O mais comum e de menor custo é o teste realizado na urina, constatando a

gravidez após cerca de duas a três semanas de atraso menstrual (BRANDEN,2000; BRASIL,2001d).

Ainda Branden (2000) e Ministério da Saúde (Brasil, 2001d), relatam que a partir do resultado positivo do exame de gravidez, o enfermeiro deverá realizar na primeira consulta o cálculo da idade gestacional (IG), contando-se o número de semanas de gestação a partir do dia da DUM até o dia da consulta. Entretanto, sendo desconhecida a DUM, deve ser considerado o início, meio ou fim do mês, os dias 5, 15 e 25 respectivamente. Para calcular a Data Provável de Parto (DPP), deve-se considerar a data da última menstruação (DUM) e uma vez conhecida pela mulher somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e nove meses ao mês em que ocorreu a última regra.

Ainda na primeira consulta, o roteiro orientado pelo MS determina a realização da história clínica da mulher como a identificação (nome, idade, cor, naturalidade, estado civil, profissão), dados sócio-econômicos (escolaridade, renda familiar, condições gerais de moradia), antecedentes familiares (hipertensão arterial, diabetes, gemelaridade e outros), antecedentes pessoais (hipertensão arterial, diabetes, transfusão de sangue, cirurgias anteriores), antecedentes ginecológicos e sexualidade, antecedentes obstétricos (número de gestações, número de partos, número de abortamentos, número de filhos vivos, experiência de aleitamento), e por último, aspectos da gestação atual (hábitos de saúde e doença, planejamento da gravidez) (BRASIL, 2005a; FAÚNDES, PINOTTI E CECATTI et al,1987).

Além do exposto acima, requer que o exame físico se realize com mensuração do peso e da estatura para avaliação do estado nutricional com base no índice de massa corporal (IMC) ; medida da pressão arterial; inspeção da pele e mucosas; exame de tórax e abdome; exame de membros; e ênfase para o exame gineco-obstétrico que entre outros aspectos deve-se observar mamas, altura uterina (AU), ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), inspeção vaginal externa, exame especular e toque vaginal se pertinente.

A consulta segue com a solicitação dos exames laboratoriais necessários, que, segundo o PHPN deve-se incluir: ABO-Rh, na primeira consulta para determinação do tipo sanguíneo e fator Rh; VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação para detecção de sífilis; Urina Tipo I, na mesma quantidade e período anterior, para detecção de possíveis infecções, fator decisivo em alguns casos, de abortamento; Glicemia em jejum, sob a mesma quantidade e período, para detecção de possível diabetes gestacional; Hemoglobina e Hematócrito, na primeira consulta, para auxílio à detecção de anemia; Anti-HIV, com um exame também de primeira consulta, sendo obrigatório para o município, quando o mesmo possuir população acima de 50 mil habitantes (BRASIL, 2000a).

Por fim da primeira consulta, o enfermeiro deverá encaminhar a gestante para vacinação antitetânica com intuito de seguir até no mínimo a dose imunizante, que seria a segunda do esquema recomendado ou mesmo a dose de reforço em mulheres já imunizadas e encaminhar para avaliação odontológica.

Um plano de cuidados de enfermagem deve ser elaborado juntamente com a gestante com o intuito de promover a saúde da gestante e do feto e prevenir possíveis complicações. Será dada, à mesma, as orientações necessárias e os referidos cuidados deverão atender aos diagnósticos de Enfermagem estabelecidos.

Após a primeira consulta, o enfermeiro terá condições de avaliar o risco da gravidez. Em não se tratando de uma gravidez de alto risco, agendará a consulta subsequente, preferencialmente com 30 dias da primeira. É importante lembrar que o enfermeiro deve estar preparado para novas avaliações.

Nas consultas subsequentes, é feita uma revisão da ficha perinatal com ênfase na prescrição dos cuidados de Enfermagem; anamnese atual de aspectos relevantes: cálculo e anotação da IG; novo exame físico e obstétrico; interpretação de exames laboratoriais e

solicitação de outros, exames necessários; controle do calendário vacinal; realização de práticas educativas; e agendamento das consultas subseqüentes após registro dos achados importantes.

3.3 Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL)

A adesão do município ao PHPN é efetuada a partir da aprovação do termo de adesão, dos municípios habilitados em alguma forma de gestão da NOB 01/96, que determina que o município disponha de um sistema local para assistência ao pré-natal, parto, puerpério e neonatal estruturado e organizado com serviço de suporte secundário e definição de unidades de referência para o pré-natal de risco (BRASIL, 2000a).

O termo de adesão deve seguir as ordens hierárquicas de análise e homologação, partindo do Conselho Municipal de Saúde para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Municipal, em nível de Célula Regional de Saúde (CERES), e daí para a CIB Estadual da Secretaria de Saúde do Estado, a Coordenação de Políticas de Saúde (COPOS) do Ministério da Saúde que neste momento, providencia a publicação da Portaria de Adesão (BRASIL, 2001 b).

Com o termo de adesão efetuado, o município recebe uma série numérica, que corresponderá à identificação das gestantes cadastradas nas unidades públicas municipais ou estaduais por profissionais de saúde (enfermeiro ou médico) das unidades referentes à atenção básica no Sistema de Informação do pré-natal (SISPRENATAL). Em cada consulta, estes profissionais farão o registro das informações específicas de cada cliente.

O SISPRENATAL é disponibilizado pelo DATASUS. Seu objetivo é a disponibilização dos dados de cada gestante, possibilitando o monitoramento do programa pelos gestores do SUS.

A entrada de dados das gestantes no SISPRENATAL é realizada através de duas fichas: Ficha de Cadastramento da Gestante (ANEXO-A) e a Ficha de Registro Diário dos

Atendimentos da Gestante (ANEXO-B). Ambas fornecem os dados que alimentam o sistema em nível local. A consolidação final dessas informações gera indicadores de processo que o próprio sistema disponibiliza e que permite avaliar a qualidade da assistência pré-natal oferecida, o que, será alvo de estudo desta pesquisa, aspirando, assim, esclarecer as questões levantadas.

3.4 Recursos financeiros para o município com o PHPN

A relação entre a saúde e a economia se dá em vários níveis. A importância dos recursos mobilizados no setor saúde, a influência mútua entre os sistemas econômicos e o setor saúde, a forte tendência de aumento dos custos da saúde e as dificuldades de financiar este crescimento, e a existência de problemas estruturais do próprio setor interagem entre si e definem os serviços em quantidade e qualidade (CAMPOS, 2000).

O financiamento representa a contrapartida dos bens e serviços produzidos; dizendo respeito à fonte geradora de tais recursos, enquanto que a análise de produção descreve justamente como é gasto este recurso.

Nesta perspectiva, o financiamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, conforme o Componente I - Incentivo à Assistência Pré-Natal, teve como objetivo estimular estados e municípios a realizarem o acompanhamento pré-natal de qualidade com o mínimo de elenco de procedimentos pré-estabelecidos, bem como o cadastramento da gestante (BRASIL, 2002 d).

Em primeiro momento, o estado disponibilizará uma série numérica para cada município que, por sua vez, definirá a série de cada unidade de saúde, de acordo com a média de atendimentos.

Em cada cadastro de gestante, será determinado um destes números da série numérica. Esta ação, no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), gerará o faturamento do incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante cadastrada até o quarto mês de gestação. O valor total correspondente ao município será registrado no VEP/SAI (Relatório de Valores Exclusivos para Empenho) e o depósito feito na conta do Fundo Municipal de Saúde.

Ainda, sobre o procedimento de adesão ao PHPN, existe uma questão relevante, o fato de que o programa, quando começou em 2000, apresentava uma versão que só aceitava o cadastro da gestante se a mesma estivesse com IG menor que 120 dias, do contrário, o SISPRENATAL não permitia o cadastro. Contudo, a partir de 2003 com a nova versão do sistema, ficou autorizado o cadastro prioritariamente com menos de 120 dias, porém podendo ser realizado em qualquer outro período.

Para este evento acontecer é necessária uma programação física orçamentária realizada em Ficha de Programação Orçamentária (FPO) da própria unidade, sendo também primordial que os retornos sejam registrados na ficha de acompanhamento já citado anteriormente e alimentado o sistema de informações, adequadamente. Do contrário, este ato poderá implicar na impossibilidade de se faturar o incentivo.

Outro elemento de referência para o financiamento é a “conclusão da assistência pré-natal”, que ocorre quando tiverem sido realizadas e registradas no sistema de informação: seis consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios já citados, a imunização antitetânica, a realização do parto e a consulta de puerpério (determina o fim do ciclo de atenção a gestante).

O cumprimento do elenco de procedimentos previsto acima, gerará automaticamente o BPA para o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)/Sistema Único de Saúde (SUS), com o código 07.071.03.5, permitindo desta forma, o faturamento e pagamento para o município de R\$ 40,00 por gestante.

Por último, no momento de faturamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), pelas unidades hospitalares integradas do Programa, para os prontuários referentes a partos de qualquer natureza, se faz necessário o lançamento nos campos específicos, o número da ficha de Cadastramento da Gestante e o código de procedimento 95.002.01.4- Incentivo ao Parto, do Componente I . Desta forma será autorizado através do SIA/SUS o pagamento por parto, no valor de R\$ 40,00 para o município que o assistiu.

Observa-se, pois, que se seguido o que está regulamentado pelo PHPN, o município poderá reverter estes esforços em um valor total de R\$ 90,00, que será todo pago, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação do Ministério da Saúde (FAEC/MS), que estarão minimizando os gastos ambulatoriais com esta assistência a gestante e a criança ou ainda, gerar proposta de planejamento de novas abordagens cada vez mais humanizadas.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Com o intuito de produzir respostas para as questões levantadas na fase teórica, será adotada uma abordagem exploratória e descritiva para esta pesquisa.

As análises descritivas têm o propósito de observar, descrever e classificar o fenômeno de uma variável em uma população, ou seja, serão descritas variáveis relacionadas com as condições mínimas para a oferta de uma assistência pré-natal humanizada e de qualidade, associadas aos indicadores de processo do SISPRENATAL. Em complementação, a pesquisa exploratória é a que além de descrever o fenômeno, busca explorar as dimensões e a maneira pela qual se manifestam os fatores inter-relacionados, dando uma interpretação em conformidade com o cenário próprio do estudo e resultados encontrados por outros autores em cenários diversos (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

4.2 Universo, População e Amostra do Estudo

O estudo corresponderá ao Sistema de Saúde do Ceará, tomando por base os dados do SISPRENATAL, gerados no núcleo central da Secretaria de Saúde do Estado (SESA – CE).

O Ceará é um Estado da região Nordeste do país com população estimada de 8.097.276 habitantes e área territorial de 146.348,3 km² (IBGE, 2006). Seu Sistema de Saúde está organizado em três Macrorregiões de Saúde, com o compromisso de garantir a resposta ao terceiro nível da atenção à saúde e em 22 Células Microrregionais de Saúde (CERES), estruturadas para responder pelo segundo nível de atenção. (CEARÁ,2006C)

Atualmente, segundo o DATASUS (BRASIL 2006e) cerca de 78,6 milhões de pessoas são assistidas em 4.986 municípios, pelas 24.600 equipes do Programa Saúde da Família (PSF), que têm na atenção à saúde da mulher a assistência pré-natal como uma das sete áreas prioritárias de atenção, conforme determina a Norma Operacional da Assistência (NOAS, 2002), mantendo-se no Pacto de Gestão (BRASIL, 2006f), como prioridade das ações.

Apresentam-se a seguir, mapas que ilustram o Sistema de Saúde do Ceará, com suas Células Regionais de Saúde – CERES, antigas microrregionais (figura 1) e macrorregiões de saúde (figura 2).

Figura 1. Microrregiões de Saúde que compõem o Sistema de Saúde do Ceará



Figura 2. Macrorregiões de Saúde que compõem o Sistema de Saúde do Ceará



A população da presente pesquisa correspondeu as gestantes acompanhadas no SUS-Ceará no período de julho de 2001 a agosto de 2005, sendo delimitada como amostra as gestantes cadastradas no SISPRENATAL no referido período, ou seja 312.507 gestantes.

4.3 Coleta dos Dados

Os dados foram coletados na Célula de Informação em Saúde da Secretaria da Saúde do Ceará, disponibilizados pelo DATASUS do Ministério da Saúde: o SISPRENATAL estadual. Tal sistema é atualizado mensalmente com a alimentação dos dados municipais que são repassados à Célula Regional de Saúde (CERES) e esta repassa para Secretaria de Saúde do Estado.

Os dados disponíveis em nível estadual (Célula de Informação em Saúde) depois de organizados pelo próprio SISPRENATAL geram os indicadores de processo que ficam disponíveis para avaliação, monitoramento e pesquisa.

Os dados referentes ao terceiro objetivo foram levantados tomando-se como base o Boletim de Descrição de Procedimento, elaborado pela COVAC/ SESA/ CE, que demonstra especificamente o valor com pagamento autorizado pelo sistema de informação, quando um programa de informática faz o cruzamento das informações do BPA' s de todo o Estado, com relação ao número de nascidos vivos comparados com os recursos recebidos pelo encerramento dos prontuários de pré-natal do SISPRENATAL e desta forma, a intenção é provocar nos gestores municipais de saúde uma reflexão sobre a perda de recursos financeiros com a não adesão ao programa, o acompanhamento e avaliação do mesmo.

4.4 Análise de Dados

Realizou-se uma análise descritiva e exploratória dos dados gerados no SISPRENATAL. Os indicadores de processo, como já especificado no escopo do capítulo de introdução, representam subsídios para analisar a qualidade da assistência pré-natal no Ceará. Análise dos

indicadores de processo trouxeram elementos que poderão nortear a qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência à puérpera em todo o Estado.

Os resultados foram apresentados em tabelas contendo dados estatísticos simples, os quais deram visibilidade ao panorama da atenção ao pré-natal no Ceará, seguindo a ordem dos Indicadores de Processo, bem como respondendo aos objetivos propostos na fase de apresentação do estudo.

4.5 Aspectos Éticos

A pesquisa teve como base de coleta de dados, informações retrospectivas geradas nos sistemas de informação SISPRENATAL, portanto, não existe identificação de nenhuma gestante, mantendo-se, assim, o anonimato das mesmas.

Pela característica anterior, não houve necessidade de apreciação do termo de consentimento livre e esclarecido dos indivíduos, entretanto foi solicitada permissão ao responsável pela gestão do SISPRENATAL da Secretaria de Saúde do Estado para coleta dos dados necessários para pesquisa.

O estudo, como se preconiza a Resolução N° 196/96 de 10 de outubro de 1996 do MS, foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo a aprovação conforme possível à constatação no anexo 3 ao final deste estudo. Apesar de não se tratar de uma pesquisa direta com seres humanos, mas apenas com o manejo de informações que dizem respeito às mesmas, atender-nos as exigências éticas fundamentais e necessárias (BRASIL,1988; BRASIL, 1996).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1- Indicadores de Processo do PHPN: uma visão geral dos dados

Apresentam-se os Indicadores de Processo gerados pelo Sistema de Informação do DATASUS do Ministério da Saúde, o SISPRENATAL no Ceará, no período de julho de 2001 até agosto de 2006. O período proposto, corresponde ao início do programa no Estado até os dias atuais.

Ao longo desses seis anos, foram notificadas nos Relatórios de Indicadores do Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL), 691.001 nascidos vivos (NV). Contudo, detecta-se apenas 312.507 gestantes ou seja 44,39% do número de NV, como cadastradas no programa de uma maneira geral, sem levar-se em conta a idade gestacional das mesmas. (BRASIL,2006a)

A relação da idade gestacional com o cadastro no PHPN é relevante, uma vez que nos três primeiros anos do PHPN no país, de 2001 a 2003, o cadastro de adesão da gestante no Programa, na maioria das vezes, era realizado logo na primeira consulta, somente era feito se a gestante estivesse em idade gestacional inferior ou igual a 120 dias, calculada com base na data da última menstruação. Este fato gerava um número muito alto de gestantes que tinha todo o pré-natal assistido por equipes de saúde nas unidades públicas, mas não tinham seus dados notificados no SISPRENATAL, suscitando perda de informações valiosas para a avaliação do Programa.

Ressalta-se que o número de crianças nascidas vivas assistidas pelo programa é superior ao número de gestantes assistidas. Parte desse achado é explicável, por exemplo, pelo nascimento de gêmeos, trigêmeos e outras gestações múltiplas em geral, e ainda os natimortos e os abortos.

Essa objeção era feita com a intenção de melhorar a captação precoce da gestante para o serviço de atenção pré-natal, entretanto, cometia-se um erro não intencional, pois o fato de não se cadastrar uma gestante, afetava a geração de recursos adicionais pelas demais atividades do

Programa como consultas, realização de exames e assistência ao parto. Ademais, comprometeria o acompanhamento dos indicadores.

Para corrigir a situação descrita acima, o Ministério da Saúde em 2003, modificou a forma de cadastramento das gestantes, passando a ser autorizado em qualquer idade gestacional, que a gestante se apresentasse, fosse precoce ou tardiamente.

Entretanto, a geração de recursos financeiros suplementares gerados pelo Programa não aconteceria que era o repasse financeiro pelo cadastro da gestante correspondente a dez reais (R\$ 10,00) e ainda, o recurso de conclusão de todos os pré-requisitos de acompanhamento e conclusão do pré-natal que acontecia com a realização da consulta puerperal, que deveria ser alcançada até no máximo o 42º dia após o parto, que é de quarenta reais (R\$ 40,00).

Contudo, para fins epidemiológicos e de avaliação esta ação corretiva permite que os indicadores de processo se consolidem condizentes com a realidade da assistência pré-natal oferecida no país.

Em linhas gerais, apesar do baixo índice de cadastramento das gestantes, segundo dados do SISPRENATAL, percebe-se que este foi crescente ao longo dos seis anos de programa. Em 2001, apenas 1.461 gestantes foram cadastradas no programa e somente no primeiro semestre deste ano de 2006, esse número chegou a 37.000 cadastros realizados, ou seja, um número mais de 25 vezes superior.

A captação precoce das gestantes, deve ser uma prioridade na atenção ao pré-natal, não pelo recolhimento de recursos apenas, pois segundo o PHPN, para cada cadastro realizado até no máximo o final do quarto mês de gestação, será repassado para o município o valor de R\$ 10,00/ gestante, mas sobretudo, pelo que argumentam Serruya, Cecatti e Lago (2004c) e, ainda, Leão e Marinho (2002). Para estes autores a captação precoce objetiva fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco em tempo hábil, diminuindo, desta forma, agravos evitáveis, reduzindo seqüelas dos não evitáveis e contribuindo para reduzir as

taxas de mortalidade materna e infantil , o que para o PHPN representa um indicador de impacto de uma assistência pré-natal de qualidade.

Do número de gestantes cadastradas citadas, 298.052 (95,37%) cadastraram-se dentro do limite de 120 dias de gestação, o que é considerado fator importante dentro da avaliação do programa. Entretanto, segundo Silveira, Santos e Costa (2001) e Tanaka (1995), os dados de captação precoce que também são positivos no cenário nacional deveriam refletir na melhoria dos indicadores de Razão de Mortalidade Materna (RMM) e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no país, o que vem ocorrendo com maior intensidade de relação a TMI. Enquanto a captação precoce da gestante ainda não é importante sob o ponto de vista da redução da RMM, um fato é certo: a gestante está chegando ao serviço em tempo hábil para que os enfermeiros e médicos possam diagnosticar e controlar precocemente os agravos que porventura venham a surgir.

A mortalidade infantil de um determinado local reflete, de maneira geral, os níveis de saúde, desenvolvimento sócio-econômico e de condições de vida da sua população. A quantidade de óbitos de menores de um ano é medida através da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), considerada um dos mais importantes indicadores de saúde utilizados internacionalmente.

No Brasil a TMI que, em 2000, era de 35,1 por 100.000 NV, atingiu, em 2005 23 por 100.000 NV, uma redução percentual que equivale a mais de 50% em todo o País. De forma semelhante, no Ceará, acontece um alcance de 18,5 / 100.000 NV em 2005, sendo o menor índice alcançado pelo Estado e melhor que a média nacional (BRASIL, 2006e)

As regiões que apresentam reduções significativas em Mortalidade Infantil, como o Estado do Ceará, normalmente são aquelas que investem na Atenção Básica à Saúde, na adesão aos Programas Federais de incentivo a redução da TMI , como o PSF, o PHPN, o HUMANIZASUS e outros, na forma de incentivo a oferta de atendimento no pré- natal às

gestantes, fortalecimento das ações de adoção ao aleitamento materno, alcance de coberturas vacinais significativas, utilização de reidratação oral, tratamento das Infecções Respiratórias Agudas (IRA), , além de outras ações intersetoriais, como acesso a moradia adequada e saneamento básico e aumento da escolarização das mulheres em idade fértil.

O Programa Saúde da Família (PSF) no Ceará, ao aproximar os serviços de saúde à realidade local, busca desenvolver ações programáticas com base nos problemas de um determinado território. Estas ações têm contribuído, de forma decisiva, na redução da Mortalidade Infantil em suas áreas de atuação.

Entretanto, ao se analisar a RMM, observa-se no Brasil, que por cada 100.000 NV, em 2000, obteve-se o índice de 70,91 óbitos, enquanto, em 2005, este número aumentou para 74,5/ 100.000 NV, demonstrando um aumento significativo em um espaço relativamente curto de tempo(BRASIL, 2006e). Todavia,nesse contexto, chama-se atenção para possível incremento da notificação e a investigação pela Vigilância Epidemiológica do óbito materno, procedimento que vem ganhando estímulo e incentivo em todas as regiões do País.

No Ceará nos últimos anos (2001 – 2005), as razões de mortalidade materna (RMM) apresentam-se com uma tendência, às vezes, estacionária e outras, crescente como no ano de 2001 (75,3 por 100.000 NV) e 2002 (85,9 por 100.000 NV), voltando a decrescer em 2003 (75,2 por 100.000 NV) e elevando-se em 2004 (86,9 por 100.000 NV) e decrescendo em 2005 (76,4 por 100.000 NV), semelhante ao que ocorre no Brasil e que pode estar atrelado a melhor ou pior ação de notificação do óbito (CEARÁ, 2006a).

Em todos estes anos, o Ceará apresentou um dado quase quatro vezes superior ao limite considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de até 20 óbitos maternos por 100.000 NV. (BRASIL, 2006c)

O perfil epidemiológico não tem se modificado nos últimos anos, predominando as causas obstétricas diretas, com destaque para as doenças hipertensivas do estado de gravidez e

as síndromes hemorrágicas, seguidas pelas infecções puerperais e o aborto. É importante ressaltar o crescimento, em 2005, das doenças do aparelho circulatório, seguindo a tendência da população geral do Estado e reiterando a prevenção de melhoria dos registros (CEARÁ, 2005).

A razão de mortalidade materna é, certamente, um indicador síntese das condições de vida e de saúde das mulheres por evidenciarem, em sua maioria, mortes precoces que poderiam ser evitadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde, medindo principalmente, a organização dos serviços de saúde e as iniquidades existentes.

Do declarado acima, entende-se que a inexistência de melhoria nos indicadores de mortalidade materna, não depende exclusivamente dos serviços da atenção primária.

Sobretudo, ao somar-se a estes fatos, uma rede de suporte hospitalar hierarquizada, organizada e fortalecida, adequada a atender as urgências e emergências obstétricas, maternas e neonatais conforme pactuados nas PPI's regionais e estaduais, se terá um ambiente capaz de colaborar com a melhoria do quadro atual.

Alguns autores acreditam, ainda, que um ponto importante, para justificar esta dualidade de resultados, de um lado uma melhora na TMI e do outro uma variação da RMM sem ocorrer melhora no indicador, diz respeito a claros sinais de descaso com a qualidade da realização pré-natal, como o número de mulheres com prontuários sem anotações, cartões de acompanhamento não preenchidos, resultados de exames não mensurados, e ainda, o pouco valor que os gestores municipais depositam sobre o PHPN, entre outros. (SERRUYA, CECATTI e LAGO, 2004c)

Outro aspecto da análise de dados, é que para fins de apreciação de indicadores de tendência desta magnitude, o espaço de seis anos, é considerado curto para avaliarmos dados como estes, daí considerar ser cedo para uma comparação mais aprofundada da dualidade citada acima (BRASIL, 2006g).

Somado a todo o exposto , tem-se a necessidade de propiciar um meio de capacitação permanente dos profissionais da área, o que segundo o Ministério da Saúde, venha a ser a proposta de oferecer continuidade a uma assistência que privilegie a promoção e a prevenção de agravos, direcionando a ações individualizadas, sensíveis e em tempo hábil (BRASIL,2002c,d,e).

Um quadro que emergiu nesta pesquisa sugere que o principal ponto crítico na assistência ao pré-natal, o que é observado por outros autores como uma relevante área a ser estudada atualmente (TREVISAN et al 2002), é o método de realização do pré-natal, daí o fato de a partir deste ponto serem apresentados e discutidos os Indicadores de Processo da metodologia do PHPN, numa análise tendencial e bem detalhada.

5.2- Análise Tendencial dos Indicadores de Processo do SISPRENATAL no Ceará

Ao analisar os indicadores do PHPN, é mister que se aproprie de informações geradas em outros Sistemas de Informação em Saúde, uma vez que determinados indicadores podem ser produzidos em sistemas diferentes e sendo comparados concorrem para fortalecer e ampliar a análise e veracidade dos fatos.

É o caso do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e no Sistema de Informação da atenção Básica (SIAB), que geram dentre outros indicadores o número de nascidos vivos, partos, consultas de pré-natal realizadas e outros, todos também presentes no SISPRENATAL, objeto de estudo da pesquisa.

Portanto, nessa análise foram levados em consideração o número de nascidos vivos gerados no SISPRENATAL, no SIAB e no SINASC, estando atento a possíveis discrepâncias dos dados derivados da forma de coleta dos dados de cada um dos sistemas de informação.

As informações do SIAB são colhidas pelos agentes comunitários de saúde e pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, sejam em visitas domiciliares ou mesmo nas consultas, tendo sua alimentação em base local de ocorrência. O SINASC pode ser alimentado independente do território de ocorrência, daí existir uma aproximação nos dados e indicadores desses dois sistemas (BRASIL, 2006a,b). As informações do SISPRENATAL são colhidas e notificadas na ocasião da realização da consulta pré-natal, com alimentação do sistema com base local apenas, e feita somente para as gestantes que estão cadastradas no sistema.

Na Tabela 1, apresentada a seguir, observa-se o número de nascidos vivos nos últimos seis anos no Ceará, de acordo com os três sistemas de informação aqui discutidos:

Tabela 1 – Distribuição do número de Nascidos Vivos segundo SISPRENATAL, SIAB e SINASC, CEARÁ- DATASUS, 2001- 2006.

ANO	Nascidos Vivos SISPRENATAL	Nascidos Vivos SIAB	Nascidos Vivos SINASC
2001	107.169	149.393	149.094
2002	124.858	143.242	143.238
2003	130.927	140.083	140.026
2004	130.926	137.083	137.001
2005	113.794	142.125	142.029
2006	83.327	106.057	105.927
TOTAL	691.001	817.983	817.315

Observa-se que existe uma diferença no número de nascidos vivos no período de 2001 a 2006 de cerca de 126 mil nascimentos quando relacionadas às informações do SISPRENATAL com os outros dois sistemas de informação, denotando fragilidade nos sistemas de informações pelas divergências de dados sobre os indicadores.

A explicação para esta ocorrência, se dá principalmente devido à forma de alimentação dos dados, bem como, da adesão gradual dos municípios no decorrer dos anos para qualquer um dos sistemas.

Entretanto, para fins de análise, os dados referentes ao SISPRENATAL, foram alvos dessa pesquisa, comparado-os, com o intuito de fomentar a linha de abordagem do estudo e a comparação com os demais sistemas sugere que na atual situação do Brasil, a qualidade dos

dados seja questionável. Porém, é preciso unificá-los, torná-los acessíveis para gestores, profissionais e a população, no sentido de nortear as decisões e o próprio Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006e,h).

Desta forma, as Políticas de Saúde poderiam ser mais bem direcionadas para alvos específicos, norteados com intenção de solucionar com mais facilidade e embasamento os nós críticos do sistema de saúde, dentro da realidade de cada caso. (BRASIL,2006h)

5.2.1- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo

A tabela a seguir apresenta o número de cadastros realizados e notificados no SISPRENATAL independentemente da idade gestacional (IG) da gestante, comparados ao número de cadastros realizados dentro do prazo estabelecido como requisito de repasse financeiro, bem como cumprimento do primeiro indicador de processo, que é a captação precoce até os 120 primeiros dias de gestação:

TABELA 2 - Distribuição do número de gestantes com cadastros no SISPRENATAL no Ceará, SISPRENATAL , SESA- CE, 2001-2006.

ANO	Cadastros de adesão ao sistema geral	Cadastro de adesão ao sistema com ig< 120 dias.	% de gestantes com cadastro aceito no sistema
2001	1.461	1290	88,3%
2002	23.278	21.821	93,7%
2003	43.691	41.501	94,9%
2004	47.628	45.674	95,8%
2005	54.662	52.434	95,9%
2006	37.808	36.461	96,4%
TOTAL	208.528	199.180	95,5%

Observa-se que há um aumento crescente nos indicadores de cadastramento precoce das gestantes no programa, dentro do prazo pré-determinado pelo o programa (<120 dias), saindo de 88,3%, em 2001, para 96,4%, em 2006, demonstrando incremento na divulgação e ampliação do próprio programa. E ainda, a adoção por parte dos profissionais que realizam o cadastro nas unidades de saúde, de apoio ao programa tendo em vista uma média de captação precoce de 95,5% em todo o Estado.

Esta crescente adesão tem ocorrido também em âmbito nacional, com uma média um pouco mais baixa que a do Ceará, de aproximadamente 90% e, ainda, ressaltam ser um dos pontos de avaliação de qualidade da assistência no pré-natal. (SERRUYA, CECATTI E LAGO, 2004a ;DINIZ, 2004),

Diante deste fato, e ainda concordando com Serruya, Cecatti e Lago (2004b), faz-se necessário e permanente a avaliação do programa com a intenção de se melhorar a qualidade e garantir melhores resultados sob a saúde materna e perinatal.

5.2.2- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal; Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério; Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos; Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos

Na Tabela 3, se apresentam os indicadores de processo de números 2 a 5 que se relacionam ao percentual de gestantes que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal, associadas à consulta de puerpério e aos exames básicos por ano de programa no Ceará.

TABELA 3- Distribuição do percentual de gestantes com 6 consultas ou mais, mesclado com consulta puerperal e exames de laboratório , SISPRENATAL, SESA-CE, segundo ano 2001 -2006

INDICADORES	ANOS						MÉDIA
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Gestantes com 6 consultas ou mais	5,66%	34,63%	32,69%	36,49%	36,55%	22,92%	37,87%
Gestantes com 6 consultas ou mais com consulta puerperal	-----	20,45%	22,47%	24,09%	27,78%	14,89%	19,50%
Gestantes com 6 consultas ou mais com exames de laboratório	1,82%	21,83%	23,90%	26,30%	27,67%	16,03%	27,41%
Gestantes com 6 consultas ou mais com consulta puerperal e exames de laboratório	-----	14,11%	17,60%	19,62%	23,44%	12,47%	15,95%

A Tabela 3 apresenta a variação gradual de outros quatro Indicadores de Processo do SISPRENATAL: gestantes com 6 consultas ou mais de pré-natal; Gestantes com 6 consultas ou mais de pré-natal com consulta puerperal; Gestantes com 6 consultas ou mais de pré-natal e com exames de laboratório; e , gestantes com 6 consultas ou mais de pré-natal, com consulta puerperal e exames de laboratório. Observa-se em todos os indicadores, a evolução em números percentuais dos dados, o que sugere o aumento da adesão e utilização do PHPN , no decorrer dos anos, bem como a melhoria da assistência pré-natal.

Apesar dos dados percentuais numéricos serem consideradas por instituições como OPAS (2002) e WHO (2003) ainda baixos, este aumento gradativo evidencia que a preocupação com áreas específicas da assistência, assim como o seu investimento financeiro, como é no caso da criação de programas públicos de saúde do tipo do PHPN, produzem conseqüências que direcionam a resultados que pretendem satisfazer as necessidades de promoção da saúde materna e perinatal.

Analisando-se o percentual de gestantes com seis consultas de pré-natal ou mais e as consultas puerperais para o ano de 2001, não existe valor informado no período. Esta ausência é

justificada pelo fato do Ceará, como já explicado anteriormente, ter iniciado a implantação do PHPN somente a partir do segundo semestre do referido ano, não existindo, desta forma, para aquele período, gestantes que preenchessem este indicador.

Nos anos de 2002 e 2003 formam o que se pode considerar um binômio de anos importante para a consolidação do programa enquanto Política Pública de Saúde necessária para as gestantes assistidas no pré-natal, pois a assistência de qualidade a mulher na gestação e no parto e a promoção da saúde materna e perinatal, objetivos primordiais do PHPN, possui um conjunto de informações significativas para a avaliação e tomada de decisão.

Ao comparar estes anos iniciais com todo o país, observa-se que a forma como foi desenvolvidas e construídas a estratégia do PHPN no Estado, com a adoção de medidas de propagação das bases conceituais do programa e a preocupação em propor a adesão total de seus municípios, o que aconteceu em outubro de 2003, o indicador “gestantes com 6 consultas ou mais de pré-natal, com realização dos exames de laboratório preconizados e a consulta puerperal”, corresponde a 15% das gestantes, enquanto, no Brasil, a média para este indicador é de 11%.

Segundo Ribeiro et al (2004), Serruya, Cecatti e Lago (2004a) e Brasil (2006c), mesmo com todas as mazelas sociais como fome, violência, pobreza, desnutrição e outras, dos estados pertencentes ao Nordeste do país, o Ceará tem evoluído a respeito destes aspectos, demonstrando indicadores percentuais que podem refletir um aumento da qualidade da assistência ao pré-natal.

Ainda sobre a Tabela 3, outro aspecto a ser citado diz respeito à melhoria circunstancial dos indicadores de mortalidade infantil onde, em 2001, no início do programa, segundo os sistemas SIM e SINASC (CEARÁ, 2006a, b) a taxa de mortalidade infantil era de 26,5%, em 2005 este indicador é de 18,5%. Essa redução que apesar dos dados ainda serem considerados altos pela WHO (2005), o Estado tem superado seus indicadores, o que se deve,

em parte, à melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, proposta pelo PHPN e incorporada pelos municípios.

5.2.3- Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica

A seguir, apresenta-se na Tabela 4, outro Indicador de Processo, que diz respeito à vacina antitetânica em gestantes que receberam a 2º dose ou dose imunizante. Para fins epidemiológicos e de melhor caracterização do quadro que se quer demonstrar, decidiu-se por apresentar outro indicador também que será comparando com o inicial.

Estes dados não estão presentes no PHPN, mas o pesquisador considera importante apresentar a comparação, que no decorrer do estudo, o pesquisador conseguiu levantar a respeito das informações das gestantes com os pré-requisitos iniciais de seis ou mais consultas de pré-natal, realização de exames laboratoriais e a consulta puerperal, mais a 2º dose ou dose imunizante da vacina antitetânica.

TABELA 4 – Distribuição percentual de gestantes com seis consultas pré-natais, exames laboratoriais e consulta puerperal, relacionada com a vacina antitetânica no ceará de 2001 a 2006.

ANO	Gestantes que receberam a 2º dose ou dose imunizante	Gestantes com os pré-requisitos iniciais mais a vacina antitetânica
2001	27,54%	-----
2002	68,34%	13,70%
2003	64,34%	17,21%
2004	65,46%	19,32%
2005	66,97%	23,03%
2006(AGO)	60,86%	12,30%
TOTAL	66,73%	15,67%

A tabela demonstra mais uma vez a progressão gradual dos indicadores com o passar dos anos. Ainda , para o período de 2001, um dos indicadores não possui informação notificada , o que já foi justificado anteriormente.

Apesar de existirem estudos como os de Mattos et al (2003) e UNICEF (2005), que indicam que em todo o mundo, apesar de ser uma doença de fácil prevenção, por ano morrem cerca de 300.000 crianças de tétano neonatal, sendo o principal motivo o baixo índice de vacinação antitetânica , que não chegam a 40% das gestantes dos países que possuem notificação da doença elevada. No Brasil, durante os últimos 10 anos foram notificados cerca de 500 casos de tétano neonatal, sendo que nos seis primeiros anos deste século, apenas pouco mais de 100 casos foram notificados em todo o país (MARTINS, PEREIRA e CASTNEIRAS, 2006 ; BRASIL,2000b).

Daí, corrobora-se os estudos citados, uma vez que a prevenção do tétano é possível com medidas que estão no nível básico da atenção. Somente a vacinação é suficiente e a mesma no Brasil é oferecida gratuitamente nas unidades de saúde na ocasião das consultas de pré-natal e na rotina das salas de vacina. Ademais campanhas nacionais são realizadas com o intuito de vacinar a população feminina de 12 a 49 anos, antecipando, inclusive, a resposta a esta responsabilidade.

No Ceará, os casos notificados de tétano neonatal, são muito baixos. No período de 2000 a 2005, houver cinco casos, com dois óbitos. Uma mulher fez duas das oito consultas de pré-natal e apenas uma dose da vacina antitetânica, insuficiente para passar proteção ao bebê. Outra fez duas consulta, porém sem nenhuma dose de vacina. As demais não fizeram o pré-natal e nem tinham nenhuma dose da vacina antitetânica. Em 2006, segundo o SINAN- CE (2006d), ocorreu uma notificação de caso, contudo, o mesmo foi encerrado por exclusão laboratorial negativa para o agravo.

Apesar da baixa cobertura interrelacionada com os outros indicadores do PHPN, como o da Tabela 4; entende-se que um índice aceitável de doses imunizantes, confirma o baixo índice de notificação desta doença no Estado e no País tendo em vista que das gestantes cadastradas no programa, em média quase cerca de 80%, estão imunizadas para esta doença. Sem levar em conta as sub-notificações e os erros de notificação que são tão comuns na alimentação dos sistemas de informação

5.2.4 Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica.

Neste capítulo, avalia-se, o último e conclusivo Indicador de Processo: Percentual de gestantes cadastradas no PHPN que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, todos os exames básicos de rotina, teste de Anti-HIV, a 2º dose ou dose imunizante da vacina antitetânica e a consulta de puerpério; quer dizer, o percentual de gestantes que alcançaram a conclusão de todos os pré-requisitos delineados pelo PHPN com informação notificada no SISPRENATAL. Na Tabela 5, apresenta-se o percentual de gestantes cadastradas no Programa as quais foram beneficiadas por todas as condições estabelecidas no PHPN:

TABELA 5- Distribuição das gestantes que aderiram por cadastro ao programa e concluíram todos os pré-requisitos do PHPN, SISPRENATAL, SESA-CE, 2001-2006

ANO	Gestantes com conclusão do pré-natal segundo o PHPN
2001	-----
2002	13,00%
2003	17,21%

2004	19,32%
2005	23,03%
2006(AGO)	12,30%
TOTAL	15,67%

A partir do exposto acima, observa-se um quantitativo percentual baixo no que se refere à conclusão de toda a assistência ao pré-natal no Estado. Contudo, ao ser comparado com a notificação do PHPN que é informado no SISPRENATAL de todo o País, estes valores se destacam em quase 50%, tendo em vista que a conclusão do referido indicador em nível nacional é de cerca de 10,12% para o mesmo período. (BRASIL,2006a)

Entretanto, é conhecido que a conclusão do pré-natal sob as condições propostas pelo Programa, necessariamente não deve ficar atrelada exclusivamente ao alcance de metas preconizadas para o pré-natal. Outros fatores devem ser colocados em discussão como os relacionados com a gestante: a adesão por parte da própria gestante e familiares, a situação sócio-econômico-cultural, local de residência em relação à unidade de saúde, acesso aos exames e barreiras geográficas.

Ainda, podemos considerar os fatores ligados aos gestores e profissionais como: rotatividade de profissionais e gestores em cada município, o que diminui vínculo com o paciente e continuidade da atenção, inadequação do próprio ato da consulta pré-natal, falta de capacitação permanente relacionada à temática, vícios de trabalho que reproduzem erros nas notificações dos dados, falta de apoio por parte do gestor, baixo índice de conhecimento sobre o Programa, falhas na alimentação do Sistema de Informação e outros. (GIFFIN, 1999; COSTA, 2000; PUCCINI et al, 2003)

Diante do apresentado, infere-se que o objetivo de alcançar a qualidade da assistência pré-natal em sua magnitude, quando se planeja, constrói e implementa uma Política Pública de Saúde do nível técnico do PHPN, requer que os esforços sejam realizados em condição Tripartite de Gestão, onde as ações e responsabilidades sejam adequadas e compartilhadas por grau de condição de resolubilidade de cada esfera de gestão, atentando-se para as necessidades locais e guiadas pelos princípios da legislação vigente no País, que atualmente refere-se o Pacto de Gestão, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto Pela Vida, ainda a Portaria do MS nº 648/2006 que trata da regulamentação da atenção Básica no Brasil, (BRASIL, 2006e,h,i).

Estão delineadas nas próximas duas Tabelas outros dois dados importantes que também não se encontram no PHPN, entretanto, pelo fato do SISPRENATAL disponibilizar a possibilidade de perceber estes dados, decidimos por apresentar os indicadores que fazem referência as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), pesquisadas através dos exames de VDRL e teste de Anti- HIV, durante a assistência do pré-natal na rede pública para as doenças Sífilis e a AIDS, respectivamente.

5.3 Doenças Sexualmente Transmissíveis e Gestação : Análise de realização de exames segundo o PHPN

Na Tabela 6, observa-se o percentual de gestantes que realizaram os dois exames de VDRL, sendo o primeiro solicitado logo na terceira consulta e o segundo solicitado e realizado no terceiro trimestre de gestação.

TABELA 6- Distribuição do percentual de gestantes que realizaram dois exames de VDRL , SISPRENATAL, SESA- CE, jun/ 2001 – ago/ 2006.

ANO	Gestantes que realizaram dois exames de VDRL
2001	10,89%
2002	7,57%
2003	9,58%
2004	8,54%
2005	8,94%
2006(AGO)	5,29%
TOTAL	5,26%

Conforme a Tabela 6, observa-se que há uma irregularidade nos resultados, uma assimetria nas informações ano a ano. Preocupa pois, o fato da variabilidade dos valores não possuírem justificativas palpáveis.

Na Tabela 3, foi demonstrada crescente proporção de gestantes que fizeram seus exames laboratoriais ao longo dos anos estudados, o que invariavelmente deveria ter ocorrido com o exame de VDRL, já que o primeiro exame é realizado junto com os demais exames iniciais de rotina (Glicemia em jejum, Hemograma Completo ou somente Hemoglobina e Hematócrito, Tipagem Sanguínea –ABO, Fator Rh e Sumário de Urina e em alguns casos Teste Anti-HIV), logo na primeira consulta.

Entretanto, deve-se levar em consideração que o PHPN no Estado teve seu início em 2001, com a adesão por parte dos municípios de médio e grande porte, que possuíam estrutura laboratorial eficiente oportunizando desta forma a ampliação do percentual de exames realizados em relação ao número de gestantes cadastradas e, ainda, a maioria da população residindo na área urbana das cidades, o que facilita o acesso e realização dos exames. Isto exposto, justifica o percentual elevado de exames realizados em 2001, ao se comparar com os outros anos. Apesar de que numericamente as quantidades de exames nos anos seguintes são bem superiores a 2001, chegando a dez vezes maior em 2005 (CEARÁ,2006e).

Outro aspecto inquietante nessa avaliação, é que a Tabela 6 esboça índices muito baixos para o alcance dos objetivos da Programação Pactuada e Integrada- PPI (CEARÁ, 2006c) do Estado do Ceará, que é de 100% de gestantes com dois exames de VDRL de rotina. O pacto vai ao encontro do proposto pela WHO (2005), que objetiva que só exista 1 caso de sífilis congênita /1000 nascidos vivos no mundo até 2010, o que será um desafio para os dados atuais de exames realizados.

No Estado do Ceará, segundo dados notificados no SINAN (2006d) com relação à sífilis congênita, ocorreram entre os anos de 1998 e 2004 um total de 476 casos. A taxa de incidência (por mil nascidos vivos) de sífilis congênita no ano de 2004 foi de 1,1 casos. Até 2004 foram registrados 15 óbitos por sífilis congênita no Estado.

Estes resultados reforçam a necessidade de se investigar a história pregressa de DST, um importante marcador de vulnerabilidade. Foram associados a maior risco de VDRL positivo o relato de sífilis e outras DST anteriormente à gravidez atual, assim como o resultado positivo. Ainda , mostram a importância de organizar melhor os serviços de saúde para captar e acolher as gestantes precocemente, assim como de oferecer oportunidades de detecção e tratamento correto e oportuno da sífilis para as gestantes e seus parceiros sexuais.

Este dado descortina a perda de oportunidades, por parte dos serviços de saúde, de adotar medidas de prevenção e de intervenção, pois a ausência de diagnóstico e tratamento precoces da sífilis durante a gestação pode levar a perda fetal, a um parto prematuro e ao nascimento de crianças com sífilis congênita, muitas vezes assintomática, com sérias repercussões futuras (BRANDEN,2000).

Torna-se evidente que os esforços desenvolvidos nas três esferas de governo para o controle da sífilis e, sobretudo, da sífilis congênita, ainda não foram efetivos, mesmo em centros especialmente capacitados para este fim.

É preciso desta forma ,avançar na organização dos serviços de saúde, ampliando o acesso da população de gestantes aos exames preconizados pelo PHPN e garantir o tratamento oportuno e adequado da gestante e de seu parceiro na presença de exame positivo para sífilis.

Na Tabela 7, encontra-se o percentual de gestantes inscritas no programa que realizaram o teste anti-HIV no decorrer de sua gestação:

TABELA 7- Distribuição do percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-hiv , SISPRENATAL, SESA-CE, jun/ 2001- ago/2006

ANO	Gestantes com teste ANTI-HIV
2001	4,63%
2002	10,02%
2003	15,38%
2004	16,42%
2005	24,80%
2006	23,28%
TOTAL	23,01%

O teste anti-HIV possui peculiaridade singular no PHPN, por ser considerado um exame relativamente de alto custo para o sistema de saúde, principalmente de municípios considerados de pequeno e médio porte. As portarias que regulamentam o PHPN propõem que a obrigatoriedade de oferta do exame na rede pública de saúde seja atendida apenas por municípios com população superior a 50 mil habitantes, apesar de já existir um número razoável de municípios com população inferior ao preconizado pela portaria que oferece o exame às gestantes. A perspectiva estadual é que a oferta de Anti- HIV se transforme, nos próximos anos, em rotina, como os demais exames.

Na Tabela 7, mesmo levando-se em consideração o explicitado acima, visualiza-se que esse indicador apresenta tendência crescente, chegando a atingir uma média até o mês de agosto de 2006 de 23,01% de gestantes inscritas no programa que realizaram o teste de Anti-HIV, durante a gestação.

No Estado do Ceará, até o final de 2005, foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN (2006d) cerca de 144 casos de transmissão vertical de HIV o que representa sensível redução de notificação de 2002 a 2006

Desta forma, ao se levar em conta à tendência apresentada pelos dados da tabela e o exposto acima, percebe-se que estes indicadores melhoraram de uma forma geral. Por outro lado, é sabido que os cuidados com gestante e o recém nascido logo após diagnóstico pós-teste Anti-HIV, reduziram ainda mais a transmissão vertical por HIV, consecutivamente, conclui-se que oferecer Teste Anti –HIV, além de promover oportunidades de diagnóstico precoce, minimiza a pressão social e financeira sobre o sistema de saúde do Estado por um agravo desta natureza (COUTINHO et al, 2003).

5.4 Aspectos da atuação do Enfermeiro na assistência pré-natal disponibilizado no SISPRENATAL

Um dado que chama a atenção é o de que os Enfermeiros atuam amplamente na assistência pré-natal nas unidades básicas de saúde do Estado, tendo em vista que segundo o SISPRENATAL cerca de 95% dos cadastros de adesão de gestantes realizados no Ceará foram notificados pelos enfermeiros. A consulta puerperal também apresentou um percentual de 88% realizado e notificado por este profissional.

Essa atividade apareceu muito mais como eventual, e passou a ser rotina estabelecida para as Unidades Básicas de Saúde, principalmente com o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, onde o Enfermeiro deve realizar a primeira consulta pré-natal, fazendo o cadastro da mulher no PHPN e solicitar os exames laboratoriais preconizados, continuar o acompanhamento da assistência em se tratando de um pré-natal de baixo risco.

Geralmente, as consultas seguintes deveriam ser agendadas, alternadamente, para o enfermeiro e para o médico, mesmo tratando-se de uma gravidez de baixo risco. Contudo, tem-

se percebido que esta orientação não vem sendo rigorosamente seguida, como já concluído por Moura et al (2003b) em estudo anterior, onde percebeu que as gestantes eram assistidas quase que 100% pelo profissional Enfermeiro, sobre o que os autores discordam.

Tem-se a opinião de que a gestação de baixo risco poderia ser inteiramente acompanhada pelo Enfermeiro (BRASIL, 2002f,g), porém devem ser mantidas as duas consultas com o médico no sentido de investigar e diagnosticar agravos no campo da Medicina. A consulta de enfermagem no pré-natal, investiga fenômenos de Enfermagem, através de uma prática sistematizada que conduz ao diagnóstico e prescrição de enfermagem, consolidando um plano de cuidado de enfermagem. Portanto, a consulta de Enfermagem não substitui a consulta do médico e vice-versa.

Não obstante, seria desejável, a possibilidade da criação do cargo de Enfermeira Obstétrica, dentro da área da atenção básica, permitindo que essa profissional pudesse se dedicar, exclusivamente, ao programa de Saúde da Mulher ou Materno-Infantil.

Destarte, não se pode negar a ampla possibilidade de atuação do Enfermeiro no cuidado pré-natal, sendo naturalmente reconhecido como profissional de destaque para o acompanhamento de gestações de baixo risco, uma vez que preparado para lidar com a promoção do aleitamento materno, preparação da gestante para o parto normal e os cuidados com o puerpério e o recém-nascido. Observa-se pelo exposto, que a responsabilidade da assistência pré-natal tem recaído sobre esta categoria profissional de forma mais insidiosa, o por consequência tem levado o Enfermeiro a um maior desempenho profissional e compromisso técnico com a Atenção ao Pré-Natal (MOURA e RODRIGUES, 2000).

Portanto, é oportuno e necessário que seja oferecido aos enfermeiros do SUS a possibilidade de atualizarem, aprimorarem conhecimentos e habilidades para assumirem a

assistência ao pré-natal de baixo risco nas Unidades Básicas de Saúde- UBS, promovendo, desta forma, a qualidade da assistência proposta pelo Programa.

Torna-se necessária também, uma reestruturação das ações do enfermeiro nas UBS, tendo em vista que um dos problemas de relevância, que impossibilitam oferecer assistência de maior qualidade por parte do Enfermeiro, é o acúmulo de funções desse profissional nas instituições de saúde.

Considerando a prioridade da área materno-infantil, e as razões que dificultam a atuação do enfermeiro no pré-natal, que é o acúmulo de funções citado anteriormente, destaca-se que, o enfermeiro tem sob seu encargo, atender nos vários programas, como: voltados à saúde da mulher (Prevenção de Colo de Útero e de Mama e Planejamento Familiar), Saúde da criança (Imunização, Acompanhamento em Puericultura), Saúde do Adulto e do idoso (Hipertensão, Diabéticos, Tuberculose e Hanseníase). Além das funções assistenciais, somam as funções burocráticas relacionadas ao funcionamento diário da UBS e a coordenação da equipe, ficando desta forma, evidente que o Enfermeiro que tem a seu cargo múltiplas atribuições e que se estas não forem bem planejadas, poderá comprometer o seu desempenho e a sua competência.

5.5 Recursos financeiros gerados pelo PHPN

Atualmente, segundo estudiosos financeiros do SUS, como os membros das diretorias do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS), o principal problema do Processo de Gestão e execução das Políticas Públicas de Saúde, centram-se nos aspectos de recursos financeiros escassos e cada vez mais reduzidos diante das responsabilidades dos gestores e dos profissionais frente às necessidades da população usuária do mesmo. É notório que a responsabilidade de financiamento do Sistema de

Saúde deve ser entendida como Tripartite, com a divisão dos gastos proporcionais ao potencial de cada esfera, dentro de um espaço livre para negociação, onde o objetivo primordial seja a manutenção e fortalecimento do SUS. (CONASS,2003; CONASEMS,2006 e COSEMS, 2006)

Como já foi exposta em apresentação anterior, a Portaria que regulamentou o PHPN apresenta em seu Componente I, as três formas de repasse de recursos financeiros, feito do MS para os estados e municípios, sendo que dois destes dizem respeito ao Pré-natal : o cadastramento precoce da gestante em tempo inferior a 120 dias do último dia de menstruação (R\$ 10,00/ cadastro) e a conclusão da assistência Pré-natal (R\$ 40,00/ conclusão de Pré-natal). A outra forma é referente ao Parto Humanizado, onde o hospital ou a maternidade receberá o valor de R\$ 40,00 por parto feito e mensuração do número de série da gestante cadastrada previamente no SISPRENATAL a ser cobrado na AIH.

Na Tabela 8 a seguir encontra-se o que foi informado pelos municípios como realizado em seus Boletins de Procedimentos Ambulatoriais- BPA com relação à adesão da gestante ao programa e a conclusão da assistência ao pré-natal, e o que legitimamente foi aprovado e pago pelo Estado do Ceará aos municípios, após ter sido realizada a crítica adequada dos BPA's, nos anos de 2001 até 2006.

A palavra “crítica” é aqui citada, fazendo referência à análise que o programa informatizado da COVAC- SESA- CE, órgão responsável pela avaliação dos dados que geram os recursos financeiros do PHPN , realiza com os dados informados nos BPA's dos municípios, produzindo valores aprovados ou reprovados segundo os procedimentos do Programa. Os dados aqui apresentados fazem parte de todo o corpo de dados do sisprenatal, sendo apresentado num documento chamado de Relatório de Descrição de Procedimentos.

TABELA 8 – Distribuição dos procedimentos informados e aprovados e o total de recursos financeiros pelo SISPRENATAL, SESA-CE, COVAC/ SAI, 2001 a 2006

ANO	Procedimento	Quantidade	Quantidade	Valor	Valor
-----	--------------	------------	------------	-------	-------

		informada	Aprovado	informado	Aprovado
2001	07.071.02-7*	1.461	1.290	14.610,00	12.900,00
	07.071.03-5**	0000	0000	00.000,00	00.000,00
2002	07.071.02-7*	23.278	21.821	232.780,00	218.210,00
	07.071.03-5**	1.878	1.739	75.120,00	69.560,00
2003	07.071.02-7*	43.691	41.501	436.910,00	415.010,00
	07.071.03-5**	7.590	6.917	303.600,00	276.680,00
2004	07.071.02-7*	47.628	43.674	476.280,00	436.740,00
	07.071.03-5**	12.421	10.667	496.840,00	426.680,00
2005	07.071.02-7*	54.662	52.234	546.620,00	524.340,00
	07.071.03-5**	16.157	14.431	646.280,00	577.240,00
2006	07.071.02-7*	37.808	36.461	378.080,00	364.610,00
	07.071.03-5**	13.418	12.434	536.720,00	497.360,00
TOTAL	07.071.02-7*	208.181	196.981	2.085.270,00	1.971.200,00
	07.071.03-5**	51464	46.188	2.058.360,00	1.847.720,00

***07.071.02-7- Adesão ao Componente I – Incentivo a Assistência Pré-Natal (R\$ 10,00 / cadastro)**

****07.071.03-5- Conclusão da Assistência Pré-Natal (R\$ 40,00/ conclusão)**

Existem para todos os procedimentos discrepâncias de valores informados e aprovados. Este fato se dá por uma cadeia de ocorrências variadas que vão desde a informação com erro simples de digitação até o não cadastramento da Unidade de Saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES ou mesmo de profissional que realizou o procedimento. Entretanto é fato, dos problemas que geram a não autorização de pagamento conforme o produzido, a sua grande maioria tem relação de responsabilidade com os próprios municípios.

Esta ultima afirmação, é fomentada com base na consulta da Tabela de Ocorrências que o Relatório de Descrição de Procedimentos oferece, e pode constatar através de um código

de letras e números. Nesta tabela, estão delineados por códigos os possíveis erros que acontecem ao se alimentar os procedimentos na base municipal, gerando, desta forma, a não autorização de pagamentos de alguns dos procedimentos informados.

Como o programa teve início apenas no começo do segundo semestre de 2001 no Ceará, existe um dos procedimentos para o referido ano que não houve repasse financeiro. Trata-se do ano de 2001 para o procedimento de conclusão da assistência pré-natal, que segundo esclarecido anteriormente, o programa só veio a ter seu início no segundo semestre de 2001, impossibilitando de existirem conclusões para gestantes cadastradas no programa.

Na Tabela 8, como discutido antes observa-se que para o procedimento de número de registro 07.071.02-7-Adesão ao Componente I-Incentivo a Assistência Pré-Natal (R\$ 10,00/cadastro), existe a maior diferença numérica, donde 11.200 cadastros ao PHPN o sistema não aprovou, o que significou no período para, o Estado, uma perda de recursos financeiros no valor de R\$ 112.000, 00 (cento e doze mil reais), que deixaram de ser investidos na assistência ao pré-natal, já tão escassa de investimentos.

Ao se analisar o outro procedimento do BPA, o que está sob o registro 07.071.03-5-Conclusão da Assistência Pré-Natal (R\$ 40,00 / conclusão), observa-se uma diferença numérica bem menor, de 5276 procedimentos reprovados, entretanto como o recurso destinado é quatro vezes maior que o procedimento anterior, o valor perdido é da ordem de R\$ 211.040 (duzentos e onze mil e quarenta reais), quase o dobro do recurso do procedimento anterior.

Ao considerar a necessidade de melhorar continuamente a assistência ao pré-natal, entende-se ser necessário à implementação de ações de capacitação e formação dos profissionais envolvidos na área; reformar, adequar e aprimorar as condições dos equipamentos e das unidades de saúde em todo o Estado, cujos recursos não captados poderiam estar sendo

injetados. A melhoria do financiamento e a redução das perdas promoveriam maiores facilidades para o alcance dessas mudanças.

Efetuando-se a soma dos valores dos dois procedimentos que foram realizados e informados no BPA dos municípios, temos um valor total Estadual não aprovado pelo o sistema de informação de R\$ 323.040,00 (trezentos e vinte e três mil e quarenta reais), tendo em vista que, ocorreu nos municípios a assistência, com gasto de material e recursos humanos, sem retorno financeiro. O que se percebe, é a falta interesse ou até mesmo o desconhecimento por parte dos gestores, em resolver problemas que geram a desaprovação das informações e obstruem a aprovação total de recursos, diminuindo, desta forma, a possibilidade de maiores avanços nesta área.

A orientação é que instituições como o CONASEMS,(2006) e COSEMS (2006), que são os conselhos nacionais e estaduais que regulam e orientam as ações dos secretários, criem condições para que os gestores municipais de saúde se apropriem de suas receitas, assumam as responsabilidades técnicas e financeiras de suas secretarias, tendo em vista a possibilidade de visualização de perdas financeiras como estas, o que reduz a capacidade de receita do Sistema Local de Saúde.

Essas mesmas instituições acrescentam, que o apoio de uma assessoria técnica capacitada somada a uma equipe interna compromissada e envolvida com o processo, possibilitam que falhas como estas se reduzam ou até sejam eliminados, permitindo, deste modo, à utilização de um recurso, antes dado como perdido, para se implementar a melhoria das condições de trabalho e a qualidade da assistência ao pré-natal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 PHPN: o Passado e o Presente

No contexto da saúde da mulher, em especial a direcionada para a fase da gestação, parto e puerpério, diante de todas as deficiências e limitações da assistência no Brasil, era imperativo a existência de ações para a efetivação de uma política que estabelecesse critérios e indicadores capazes de monitorar processos e resultados, a fim de melhorar os resultados maternos e perinatais.

O Ministério da Saúde, através da Coordenação de Área técnica de Saúde da Mulher, em 2000, considerando o exposto acima promoveu a instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento- PHPN, definiram uma estratégia de melhoria da qualidade da atenção obstétrica e perinatal, considerada inadequada, na qual o paradigma conceitual foi a Humanização, na perspectiva dos direitos da mulher (BRASIL,2002b)

A elaboração e instalação do sistema de informações sobre o pré-natal, o SISPRENATAL, disponibiliza relatórios e indicadores que permitem um controle, regulação e monitoramento da assistência obstétrica oferecida. Este permite, como foi verificado, identificar um retrato da assistência, caracterizado na pesquisa como ainda preocupante e desafiador, mas com ganhos incorporados ano a ano na maioria dos indicadores.

Uma das discussões fundamentais, e ainda incipientes, é sobre os aspectos da humanização propriamente dita que nomeou o Programa e que podem ser diferentemente percebidos no percurso da sua implantação, seja pelo aspecto conceitual que cada um (paciente, familiar, profissional e gestor) pode ter do tema ou, seja pela natureza da abordagem realizada ao se buscar a humanização. É tanto, que nenhum dos indicadores de processo avaliados trazem à tona aspectos da humanização, mas tão somente parâmetros clínicos e laboratoriais.

De qualquer forma, deve-se levar em consideração que tanto a concepção que orientou a criação do Programa, quanto à análise realizada neste estudo, partiu do pressuposto que a humanização da assistência pré-natal requer antes de tudo, o cumprimento deste conjunto de procedimentos básicos a fim de prevenir agravos na gestação e garantir o direito fundamental de toda mulher à experiência da maternidade de maneira segura, o que sem dúvida é a ferramenta no alcance da qualidade e humanização da assistência.

Apesar das limitações desta estratégia, como as dificuldades de notificação do sistema, inadequação de ações no pré-natal, baixo índice de compromisso dos gestores com o PHPN, entre outros, é importante reconhecer que a possibilidade de ampliar o leque de informações

sobre uma atenção tão fundamental, possibilitará que cada gestor, no seu nível de competência, possa tomar as medidas, mais prontamente, na direção de garantir uma assistência com dignidade, pautada por intervenções efetivas, a cada mulher.

A implantação do Programa, em nível de Ceará, enquanto processo de organização da atenção obstétrica, foi realizada com mecanismos ainda imaturos de gestão, marcadamente a descentralização e a regionalização, gerando conflitos de atribuições, nos três níveis de governo.

A estratégia manteve uma perspectiva burocrática, mas proporcionou a discussão do panorama de atenção à gestação e ao parto em cada município, revelando fragilidades quanto a capacidade de cada gestor em gerir os recursos financeiros, na capacidade instalada das unidades de saúde e na distribuição de recursos de média e alta complexidade.

Na saúde pública dos municípios do Ceará, de uma maneira geral, ainda existe um longo caminho a ser seguido e construído, no sentido de incluir na rotina do dia a dia a avaliação de maneira sistemática das ações.

Outra interface é que a maioria dos gestores ainda não incorporou o SISPRENATAL enquanto instrumento de gestão. Neste sentido, o Programa deverá necessariamente demandar esforços para que o SISPRENATAL seja utilizado como ferramenta de monitoramento das ações e a incorporação da avaliação como atividade regular, possibilitando aos executores da política, na ponta do sistema, melhorar a arrecadação de recursos financeiros e, ainda, intervir e corrigir rumos.

Os pontos de estrangulamento detectados na atenção, como a adesão ao programa, a realização de exames laboratoriais e a consulta puerperal, sinalizam para a necessidade de rever os mecanismos atuais e propor novas medidas, inclusive dentro do contexto de formação dos profissionais envolvidos no processo, além das necessárias mudanças baseadas em novas evidências.

Os percentuais da realização dos dois exames de VDRL e da vacinação antitetânica com a dose imunizante, apontam para a necessidade de reavaliar questões consideradas da “rotina” assistencial na Estratégia de Saúde da Família, uma vez que o consenso técnico acerca de sua importância não foi traduzido por sua sistemática realização, mesmo diante do quadro epidemiológico do Estado apresentar em analogia ao País um bom nível de resultados.

Embora praticamente todos os países ofereçam a assistência pré-natal, a avaliação indireta mais comumente realizada é o monitoramento da taxa de mortalidade materna, em que o referido estudo constatou que ainda há muito que melhorar. Acredita-se que isto se dará com o fortalecimento do PHPN, que levará a concretizar a evolução positiva dos dados, a exemplo da TMI (BRASIL, 2002h; BRASIL, 2003c; BRASIL, 2006d; RIBEIRO et al 2004).

No cenário de intervenções de saúde pública, voltadas para a saúde da mulher, o PHPN apresenta-se como uma estratégia singular. A maioria dos programas voltada para a saúde de mulheres gestantes foi elaborada em países desenvolvidos, mesmo quando o seu formato visava atender as necessidades de países em desenvolvimento e em geral, foram iniciativas internacionais baseadas em metas para a redução da morte materna. Daí o autor considerar, ser uma das principais relevâncias do PHPN, o caráter nacional de seus conceitos e objetivos.

O PHPN foi planejado e discutido como uma política nacional em atenção aos direitos das mulheres, buscando efetivar uma ação fundamental para a melhoria da qualidade obstétrica e a redução da mortalidade materna e perinatal, em conjunto com outras medidas adotadas para alcançar este objetivo como o limite percentual no pagamento das cesáreas e a implantação de um sistema de atenção à gestação de alto risco.

Embora seja temerário escolher um destes aspectos para apontar a importância desta iniciativa na saúde pública e para as mulheres, o SISPRENATAL mostrou-se mais que um

instrumento de gestão para ser, uma importante medida de mudança uma vez que ampliou diagnósticos e os fez concretos em relatórios e indicadores da assistência pré-natal.

Desta forma, este estudo, também pode ser caracterizado como singular, tendo em vista que uma análise de instância estadual deste segmento de saúde, ainda não foi catalogado pelas autoridades competentes da área, o que nos leva a comparar o estudo com o próprio PHPN em seu aspecto relevante e valor científico.

6.2 Assistência Pré-Natal: desafios para o futuro

Face os resultados obtidos, observa-se que esforços devem ser feitos para melhorar a qualidade da atenção oferecida pelos serviços do pré-natal no Estado do Ceará. É necessário motivar os profissionais para a prática da saúde coletiva, bem como garantir aos profissionais possibilidades de capacitação e boas condições de trabalho; as gestantes, a realização dos procedimentos da consulta pré-natal e o tratamento das intercorrências comuns na gravidez; e aos gestores, organizar o sistema de atenção entre os níveis à saúde, se valendo ainda do apoio financeiro .

Neste estudo, pode-se perceber que se faz necessário uma intensificação nas discussões entre profissionais e gestores, levantando os pontos negativos e positivos encontrados por cada um, a fim de promover uma integralização dos diversos problemas, buscando uma solução viável, uma vez que outros autores afirmam haver insatisfação em várias instâncias: dos enfermeiros, a reclamação da sobrecarga com a assistência e com a gerência da unidade e a falta de apoio quanto ao processo de capacitação permanente; as pacientes, eram comuns à falta de medicamentos, espaço físico fora dos padrões estabelecidos pela legislação vigente e demora na marcação e realização de exames, e ainda, as condições próprias de cada um.

Num futuro próximo, para se alcançar uma provisão (resolubilidade, eficiência e qualidade) na assistência de saúde para a maioria da população brasileira, as políticas de saúde devem estar direcionadas para uma assistência integral, enfocando o nível primário de saúde, atendendo as reais necessidades dos serviços e da população, alocando e preparando seus profissionais para assistir à população conforme estabelece as políticas públicas, respeitando-se os princípios do SUS e sobretudo, resgatando os valores do ser humano.

Ciente da importância da atenção pré-natal como fator que interfere na qualidade de saúde perinatal e na redução das taxas de morbimortalidade materna, faz necessário motivar os gestores de saúde a resolverem ou minimizarem as principais insatisfações decorrentes neste processo para obter-se uma melhor qualidade na assistência.

A avaliação realizada neste estudo esteve limitada aos aspectos mensuráveis dos Relatórios dos Indicadores de Processo dentro da metodologia da assistência e registrados pelo conjunto de 184 municípios que perfazem a Unidade Federativa do Ceará. Constituí-se no primeiro estudo sobre esta estratégia no Estado, tendo, além de seus objetivos técnicos, a oportunidade de registrar o histórico da iniciativa.

Certamente, pode-se concordar com uma das principais estudiosas desta temática pela qualidade de suas publicações, a Dra. Suzane Jacob Serruya, idealizadora, organizadora e principal colaboradora do PHPN, ao se referir que releituras deste processo poderão ser mais enriquecedoras à medida que estejam mais perto dos atores envolvidos e permita maior proximidade da problemática, em contextos bem determinados e locais. Dada a posição espacial do pesquisador, a versão aqui construída foi determinada por uma visão macro, onde só foi possível trabalhar com dados agregados em âmbito estadual, gerando generalizações que devem ser localmente reavaliadas.

Embora ainda não tenha sido realizada nenhuma aferição do seu impacto na saúde das mulheres, programa da OMS, com muitos aspectos semelhantes ao PHPN, mostrou que com

este formato é possível ter resultados similares comparativamente a programas com um padrão de pré-natal sem limites de consultas e exames.

Em outras palavras, é possível com a correta implementação do Programa avançar em resultados maternos e perinatais. Para o conhecimento deste impacto, além dos tradicionais indicadores de mortalidade materna e perinatal, será de fundamental importância desenhar indicadores de morbidade e de satisfação das gestantes, uma vez que estes resultados fornecerão elementos relevantes para a pronta correção da estratégia.

7 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ÁVILA, M. B. de M, CORRÊA, S. **O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos.** In: DÍAZ, J., GALVÃO, L. (org.) Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo: ed. HUCITEC, POPULATION COUNCIL, 1999. 70-103.

BANDEIRA, L. **Relações de gênero, corpo e sexualidade.** São Paulo: Ed. Hucitec, 1999.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materna Infantil.** Rio de Janeiro: Ed. Reichmann & Affonso, 2000.

BRASIL, República Federativa do. **Constituição Federal do Brasil.** Brasília: 1988a.

BRASIL, República Federativa do. **Lei nº 8080- Lei Orgânica da Saúde.** Brasília: 1988b.

BRASIL, República Federativa do. **Lei nº 8142- Lei do Controle Social.** Brasília: 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 01/88 de 13 de junho de 1988. Dispõe sobre a aprovação das normas de pesquisa em saúde.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, ano CXXVI, n.110, p.10713, 14 jun. 1988. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS 196/96.** Bioética, 1996; 4 Sup. 1:15-25.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília: MS, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Urgências e emergências-maternas Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna.** Brasília, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **RELATÓRIO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA MULHER.** Centro Nacional de Epidemiologia. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de parto, aborto e puerpério: Assistência Humanizada a Mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher.** Brasília, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001d.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Humanização no Parto: humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília: MS, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O desafio de construir e implementar políticas de saúde.** Relatório de Gestão 2000-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde. Saúde da mulher brasileira.** Revista Promoção da Saúde – ano 3 – nº 6 – outubro. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O desafio de construir e implementar políticas de saúde: relatório de gestão 2000-2002.** Brasília, DF: O Ministério, 2002d.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção às mulheres em situação de violência: Relatório da área técnica de Saúde da Mulher no período de 1998 – 2002.** Brasília: 2002e.

_____. Ministério da Saúde. **Área técnica saúde da mulher. Informativo.** Brasília, 2002f.

_____. Ministério da Saúde Programa Saúde Da Mulher. **Relatório de gestão.** Brasília: 2002g.

_____. Ministério da Saúde **Redução da Mortalidade Materna: Subsídios para a Ação. Relatório geral das reuniões macrorregionais.** SES/ SMS/ COSEMS/ Sociedade Civil. Brasília. 2002h.

_____. Ministério da Saúde. **PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PACTO: Textos elaborados pela área técnica de Saúde da Mulher.** Brasília, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Plano de ação para o período de 2004 a 2007.** Brasília: [DAPE], 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **1º Seminário Interno.** Brasília: DAPC, 2003c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: MS, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS/ SINAN.** 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **CENEPI –Séries históricas.** Acessado em outubro de 2005c. Disponível no site www.funasa.gov.br

_____. Ministério da Saúde. **SISPRENATAL.** Acessado em setembro de 2006a. Disponível no site www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm

_____. Ministério da Saúde. **COPOS/ DATASUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores da assistência à saúde**. Acessado em agosto de 2006c. Disponível no site www.saude.gov.br

_____. Ministério da Saúde. **SIA – Sistema de informação ambulatorial**. Acessado em agosto de 2006d. Disponível no site www.datasus.gov.br

_____. Ministério da Saúde. **Regulamento dos Pactos Pela Vida e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim da Atenção Básica nº37**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006g.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006h.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto em Defesa do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006i.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado, **II Análise Situacional da Saúde Reprodutiva no Ceará. Avaliação de Impacto 1993 – 1997**. Fortaleza: Population Council/ Usaid, 1998, 43p.

_____. Secretaria da Saúde. **Saúde reprodutiva e sexual: um manual para atenção primária e secundária (nível ambulatorial)**. Fortaleza: SESA-CE, 2002, cap. 2, 7, 10.

_____. Secretaria da Saúde. **Boletim Informativo: Saúde Sexual e Reprodutiva**. Fortaleza: SESA-CE, 2005.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenação dos Sistemas de Informação. **Sistema de Informação de Mortalidade- SIM**. Fortaleza: SESA. 2006a.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenação dos Sistemas de Informação. **Sistema de Informação de Nascidos vivos - SINASC**. Fortaleza: SESA. 2006b.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenadoria em políticas de Saúde. **Programação Pactuada e Integrada- PPI – CE**. Fortaleza: SESA. 2006c.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **SINAN – CE**. Fortaleza: SESA. 2006d.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **SISPRENATAL-CE**. Fortaleza: SESA. 2006e.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE- CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE- COSEMS. **O jeito Cearense de fazer SUS**. Fortaleza. 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE- CONASEMS. **SUS: Permanente Evolução**. Rio de Janeiro. 2006.

COUTINHO T, TEIXEIRA MTB, DAIN S, SAYD JD, COUTINHO LM. **Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003;25(10):717-24.

CAMPOS, F.C.C. **Gestão Intergovernamental no Financiamento do SUS: A programação pactuada e integrada (PPI) do SUS, 1997 – 1998**. Dissertação de Mestrado em Administração. Belo Horizonte: CEPEAD / UFMG, 2000.

COSTA, A.M.; MERCHÁN-HAMANN, E.; TAJER, D. (org). **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000.

DÍAZ, M, DÍAZ, J. **Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudanças.** In: DÍAZ, J.; GALVÃO, L. (org). Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo: ed. HUCITEC POPULATION COUNCIL, 1999. 209-233.

DINIZ ,C.S.G. **Maternidade Voluntária, Prazerosa e Socialmente Amparada – Breve História de uma luta.** São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2004.

FAÚNDES A, PINOTTI JA, CECATTI JG. **Atendimento pré-natal: assistência obstétrica primária; quais as necessidades no Brasil?** J Bras Med. 1987;52(3):38-54.

FERREIRA, D. P. **Indicadores em Saúde: construção e uso.** In: CIANCIARULLO, T.I; CORNETA, V. K. (org.). Saúde, Desenvolvimento e Globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone editora LTDA, 2002. 259-270.

FORMIGA FILHO, J. F. N. **Políticas de Saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM** In: DÍAZ, J.; GALVÃO, L. (org.) Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo: ed. HUCITEC POPULATION COUNCIL, 1999. 151-162.

GALVÃO, L. **Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil.** In: DÍAZ, J.; GALVÃO, L. (org.) Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo: ed. HUCITEC POPULATION COUNCIL, 1999. 165-179.

GIFFIN, K.; COSTA, S.H. **Questões da saúde reprodutiva.** FIOCRUZ: Rio de Janeiro; 1999.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da População para o Brasil em 2006.** Brasília: Ministério da Saúde; DATASUS, 2006.

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. **Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde.** Revista Promoção da Saúde, 2002; 3:31-6.

MARTINS , F. S. V.; PEREIRA, .M. P.P.;CASTIÑEIRAS,P.P. **Secretaria de Vigilância em Saúde- IMUNIZAÇÃO,** 2006.

MATTOS ,L.M.B.B.DE; CAIAFFA, W.T.; BASTOSR. R. e TONELLI, E. **Oportunidades perdidas de imunização antitetânica de gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.**

Rev Pan-americana de Saúde Pública /Pan Am J Public Health/ OPAS: Washington- USA 14(5), 2003.

MOURA, E.R.F, RODRIGUES, M.S.P. **Desempenho profissional de enfermeiras na assistência pré-natal.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste- RENE, vol.3, n.1. Fortaleza(CE): Ed. A Rede, 2000.

MOURA, E.R.F. **Assistência ao planejamento familiar na perspectiva de usuárias e enfermeiros do programa saúde da família.** Tese de Doutorado. Fortaleza, 2003a,133f.

MOURA, E.R.F. **Avaliação da Assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública. MS,vol. 09, n.06. Fortaleza, 2003b

NOB, **Normas Operacionais Básicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996

NOAS, **Norma Operacional da Assistência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004. 487p.

PUCCINI, R.F.; PEDROSO, G.C.; SILVA, E.M.; ARAÚJO, N.S.; SILVA, N.N. **Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996.** *Cad. Saúde Publ*,1935-45, 2003.

RIBEIRO, J.M.; COSTA,N.R.; PINTO,L.F.S.; SILVA,P.L.B.; **A atenção ao Pré-Natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo.** Cadernos de Saúde Pública, 20: 534-45. 2004.

ROCHA, R. **Minidicionário.** 10^a. ed. São Paulo: Scipione, 2001.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. **O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.** Cadernos de Saúde Pública, v. 20 n.5 Rio de Janeiro, setembro/outubro 2004a.

SERRUYA SJ, LAGO TG, CECATTI JG. **Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2004b; 26(7):517-24

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTO, J. G. **O Panorama da Atenção Pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.** Recife: Revista Brasileira de Saúde Materna, July, sept, 2004c.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G. **A mortalidade materna no Brasil.** *Jornal da Febrasgo*, 2001a. n. 8, p. 6-8. Serruya, Suzanne Jacob. A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil. Tese de Doutorado Campinas, SP : [s.n.], 2003.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo.** *Cadernos de Saúde Pública*, 17:131-9, 2001.

SILVA, M. R. S.; SANTOS, C.S.C. **A Saúde no contexto do desenvolvimento sustentável.** In: CIANCIARULLO, T.I.; CORNETTA, V.K. (org.) *Saúde, Desenvolvimento e Globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio.* São Paulo: Ícone Editora LTDA, 2002. 13-35.

TANAKA, A.C.d'A. **Maternidade dilema entre nascimento e morte.** Hucitec /ABRASCO - São Paulo - Rio de Janeiro, 1995.

TANAKA, A. C. A. **Maternidade: nascimento e morte.** São Paulo: Ed. HUCITEC, 2001.

TREVISAN, M.R; DELORENZI, D.R; ARAÚJO, N.M; ÊSBER K. **Perfil da assistência pré-natal entre usuários do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul.** *Rev. Bras. GINECOL. OBSTET.*, 2002; 24: 293-299.

OPAS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2002. 299p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Programme to map best reproductive health practice.** WHO Antenatal Care Randomized Trial: manual for the implementation of the new model. Geneva: World Health Organization. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model.** Geneva: WHO. 2003.

UNICEF/ WHO/ UNFPA/ WOLD BANK STATEMENT- WBS. Reduction of maternal mortality: a joint UNICEF,WHO,UNFPA AND WBS. Geenva: WHO.2005.

8 ANEXOS

6.1 ANEXO – A

FICHA DE CADASTRO DA GESTANTE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I – ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Anexo 1. FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

1. Nome da Unidade de Saúde	2. Código da Unidade no SIASUS
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. N.º da Gestante no SISPRENATAL		8. Gestante acompanhada pelo PSF	
		Código da Área	Microárea
9. Nome da Gestante		10. Data Nascimento	
		/ /	
11. Nome da Mãe da Gestante			
12. Endereço Residencial			Número
Complemento	Bairro	Município	CEP

PREENCHER COM APENAS UM DOS SEGUINTE DOCUMENTOS

13. N.º do Cartão SUS		14. N.º do CPF	
15. Certidão de Nascimento ou Casamento			
Nome do Cartório		Livro	Folha
16. Identidade			
Número		Órgão Emissor	
17. Carteira de Trabalho			
Número		Série	UF
18. Data da 1ª Consulta Pré-Natal		19. Data da última menstruação	
/		/	
primeira de Consulta Pré-Natal		21. Atividade profissional do responsável pela primeira Consulta de Pré-natal	

Preencher o campo 21 com o código da atividade profissional do responsável pela primeira Consulta Pré-natal, conforme tabela:
01 – Enfermeira; 22 – Ginecologia; 29 – Obstetrícia; 59 – Médico do PSF; 60 – Enfermeira do PSF; 73 – Ginecologia/Obstetrícia;
74 – Medicina Geral Comunitária; 76 – Enfermeira do PACS; 79 – Enfermeira Obstetra; 84 – Médico (qualquer especialidade).

6.2 ANEXO – B

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I – ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Anexo 2

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

1. Nome da Unidade de Saúde		2. Código da Unidade no SIASUS		3. Nome do Município		4. Código do Município no IBGE		5. UF		6. Código da UF no IBGE		DATA	
												DIAS	MESES
N.º	Número da gestante no SISPRENATAL	Consulta Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	HIV	Vacina anti-tetânica		Consulta Puerperal	
										1ª dose	2ª dose	Reforço	Imune
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

Preencher as quadrículas "Consulta Pré-natal e Consulta Puerperal" com o código da atividade do profissional, conforme tabela: 01 – Enfermeira; 22 – Ginecologia; 29 – Obstetrícia; 59 – Médico do PSF; 60 – Enfermeira do PSF; 73 – Ginecologia/Obstetrícia; 74 – Medicina Geral Comunitária; 76 – Enfermeira do PACS; 79 – Enfermeira Obstetra; 84 – Médico (qualquer especialidade). No caso dos exames, assinalar com "X" quando o resultado do exame for analisado pelo médico ou enfermeira que realizou a consulta naquele dia. No caso da vacina antitetânica, assinalar com "X" de acordo com o Cartão da Gestante.

6.3 ANEXO – C

TERMO DE CONSENTIMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 581/06

Fortaleza, 06 de outubro de 2006

Protocolo COMEPE n° 205/06

Pesquisador responsável: Anderson Aguiar Passos

Dept°./Serviço: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

Título do Projeto: "Assistência Pré-natal no Ceará na Perspectiva do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento/ PHPN"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 05 de outubro de 2006.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório parcial e final do referido projeto.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. Frota Bezerra', written over a horizontal line.

Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

6.4 ANEXO – D

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

Cartilha de Informações para Gestores e Técnicos

O que é o programa?

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da saúde, através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, e baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, busca: concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade 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, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

Quais os princípios fundamentais do programa?

Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento está estruturado nos seguintes princípios: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico; e todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Quais as estratégias do programa?

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

Responsabilidades dos Três Níveis de Governo

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 de 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.

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 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;

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 morbi-mortalidade 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, no endereço Esplanada dos Ministérios - Bloco G - 7º andar - Gabinete do Secretário - CEP: 70058-900 - Brasília/DF.

O Programa e seus 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. **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. **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.

Incentivos Financeiros do Componente I

R\$ 10,00 (dez reais) no registro do cadastramento da gestante no Programa, através da alimentação do Sisprenatal, transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. R\$ 40,00 (quarenta reais) por gestante na conclusão do pré-natal, desde que cumprido o elenco mínimo de procedimentos estabelecidos pelo Programa e alimentado o Sisprenatal, transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. R\$ 40,00 (quarenta reais) pagos ao hospital que realizar o parto da gestante acompanhada pelo Programa, desde que o hospital integre a rede de referência para atendimento ao parto, contida nos Termos de Adesão dos municípios e informe o número da gestante no Sisprenatal na AIH, através da digitação no SISAIH- 01. Estes incentivos serão pagos com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação do Ministério da Saúde - FAEC.

Recomendações do Programa

Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; 2. Garantir a realização dos seguintes procedimentos: 2.1. No mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. 2.2. Uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento. 2.3. Exames laboratoriais: a) ABO-Rh, na primeira consulta; b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; c) Urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; e) Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta. 2.4. Oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes. 2.5. Aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas. 2.6. Atividades educativas. 2.7. Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subseqüentes. 2.8. Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco. Para o adequado acompanhamento pré-natal e assistência à puérpera, o que o município deve assegurar?

Adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento Quem pode aderir ao Programa?

Apenas os municípios habilitados em alguma forma de gestão da NOB 01/96. O município deverá dispor de sistema para assistência pré-natal, parto, puerpério e neonatal devidamente organizado, com definição de unidades de referência para diagnóstico, assistência ambulatorial e hospitalar à gestante, inclusive as de alto risco, estabelecendo mecanismos de vinculação pré-natal/ parto e de captação precoce, com o cadastramento das gestantes até o quarto mês de gravidez. Os serviços podem ser oferecidos no território do município ou referenciados em outro município, exceto para as consultas de pré-natal de baixo risco.

As unidades públicas sob gestão estadual poderão integrar o Termo de Adesão dos municípios onde se localizam e fazer jus aos incentivos. O que o município deve fazer para aderir ao Programa? O gestor municipal deverá preencher e assinar o Termo de Adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, responsabilizando-se pelas informações e pelo cumprimento do fluxo de atendimento informado. Deverão ser estabelecidos planos regionais para a assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido, coordenados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, em articulação com os municípios. Estes planos regionais terão por objetivo explicitar a rede ambulatorial, os laboratórios e os leitos obstétricos, definindo a programação das referências.

Preenchido o Termo de Adesão pelo município, o gestor estadual deverá analisá-lo e homologá-lo, sendo imprescindível a assinatura do responsável designado pelo secretário

estadual de saúde, com o respectivo carimbo. Após, o termo deverá ser enviado à Secretaria de Políticas da Saúde/MS (no endereço Esplanada dos Ministérios - Bloco G - 7º andar - Gabinete do Secretário - CEP: 70058-900 - Brasília/DF), que após a análise técnica e aprovação, providenciará a publicação da Portaria de Adesão. O município só integrará o Programa após a publicação da Portaria de Adesão.

Como se dará o cadastramento da gestante no Programa?

Para cada município que aderir ao Programa será definida a série numérica correspondente para identificação das suas gestantes. A série numérica de cada município é definida pelo Ministério da Saúde e publicada em portaria quando da adesão ao Programa. Cada número dessa série é formado pelo código do estado no IBGE, seguido dos dois últimos algarismos correspondentes ao ano vigente, acrescido da respectiva ordem numérica crescente. Exemplo: 12 01 000001 Ordem numérica crescente Estado Ano baseada no número de nascidos do Acre 2001 vivos por estado em 1999 + 10% O município, por sua vez, deverá definir a série numérica destinada a cada unidade básica de saúde, de acordo com a média anual de gestantes atendidas nesta unidade. No ano seguinte deverá ser usada a mesma ordem numérica, mudando apenas os dígitos referentes ao ano. Cada gestante cadastrada no Programa receberá um número desta série numérica, através do qual será identificada pelo Programa no decorrer do pré-natal, parto e puerpério.

Este número de identificação permitirá o acompanhamento da gestante, mesmo que as consultas sejam feitas em unidades de saúde diferentes ou ainda em outro município, desde que as portarias de adesão já estejam publicadas e o Sisprenatal seja alimentado a cada mês. Cada gestante será cadastrada por ocasião da 1ª consulta, que deve ocorrer até o quarto mês de gravidez, através do preenchimento da Ficha de Cadastramento da Gestante. Somente as unidades públicas estaduais e municipais poderão constar do Termo de Adesão para cadastramento das gestantes, no campo referente às unidades básicas. As unidades de referência ambulatoriais e hospitalares poderão ser da rede complementar do SUS. O cadastramento da gestante no programa corresponde, na Tabela SIA/SUS, ao código de procedimento 07.071.02.7 - adesão ao componente i - incentivo à assistência pré-natal.

O que é o Sisprenatal?

O Sisprenatal é um sistema informatizado, disponibilizado pelo DATASUS para os municípios que aderirem ao Programa, sendo de uso obrigatório para estes municípios. O Sisprenatal possibilita o monitoramento do Programa pelos gestores do SUS, a partir do acompanhamento de cada gestante.

Como obter e alimentar o Sisprenatal?

O Sisprenatal poderá ser copiado, ou seja, fazer o download através do MS-BBS do Ministério da Saúde - Conferência 38 - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento ou ainda pelo site do Datasus no endereço <ftp://ftp.datasus.gov.br/sistemas/sisprenatal/>, e todos os municípios integrantes do Programa deverão utilizá-lo. O sistema foi desenvolvido em Windows, na linguagem Delphi, permitindo fácil manuseio. O Sisprenatal tem como entrada de dados dois documentos: Ficha de Cadastramento da Gestante no Sisprenatal e Ficha de Registro Diário dos Atendimentos da Gestante no Sisprenatal. O Sisprenatal permite a digitação das fichas na própria unidade de saúde que atender a gestante, no distrito sanitário, no nível central da SMS, na regional ou no nível central da SES, de acordo com o grau de informatização disponível. Ou seja, é possível a importação de dados de um nível para o outro e a consolidação final.

Qual a rotina a ser adotada pelo município após a adesão?

A partir da publicação da Portaria de Adesão, o município deve começar o cadastramento das gestantes no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento utilizando o sistema informatizado - Sisprenatal. As informações das Fichas de Cadastramento da Gestante e das Fichas de Registro Diário de Acompanhamento da Gestante devem ser digitadas no Sisprenatal. A cada mês, o Sisprenatal gerará o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA , para importação no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Este BPA possibilitará o faturamento do incentivo de R\$ 10,00 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.

Para tanto, é preciso que a programação físico-orçamentária do procedimento tenha sido feita na Ficha de Programação Orçamentária - FPO, da unidade que cadastra a gestante, para o mês de competência. Este procedimento, que parece complicado, faz parte da rotina de trabalho do profissional do município que programa e processa o SIA/SUS. 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, e a devida alimentação do Sisprenatal, gerará automaticamente o BPA para o SIA/SUS, com o código 07.071.03.5, permitindo o pagamento de R\$ 40,00 por gestante, a conclusão da assistência pré-natal. A não alimentação do Sisprenatal implicará a impossibilidade do faturamento do incentivo, mesmo que toda assistência tenha sido prestada às gestantes, uma vez que o sistema é o veículo para pagamento.

Quem deve preencher as Fichas de Cadastramento da Gestante no Sisprenatal e de Registro Diário de Atendimento da Gestante no Sisprenatal?

A Ficha de Cadastramento da Gestante no Sisprenatal deve ser preenchida na 1ª consulta do pré-natal pelo médico ou pela enfermeira que realiza o atendimento. Deve ser indicada a atividade profissional do responsável pela consulta, conforme consta da observação no rodapé da ficha. Estes profissionais também são os responsáveis pelo preenchimento da Ficha de Registro Diário de Atendimento da Gestante, em todas as consultas subsequentes da gestante integrante do Programa.

Quando será considerada a conclusão da assistência pré-natal?

Será considerado realizado o procedimento CONCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL quando forem realizadas e registradas no Sisprenatal as 6 consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios (1 ABO-Rh, 2 VDRL, 2 urina, 2 glicemia de jejum, 1 hemoglobina e 1 hematócrito), a imunização antitetânica, a realização do parto e a consulta de puerpério. A atenção à gestante terminará após o parto e a consulta de puerpério.

Como deve proceder o hospital que realizou o parto da gestante acompanhada pelo Programa, para receber o incentivo correspondente?

Para o pagamento do incentivo relativo ao parto, será necessário o lançamento, nos campos específicos da Autorização de Internação Hospitalar - AIH, pelas unidades hospitalares integradas ao Programa, o número da Ficha de Cadastramento da Gestante e o código de procedimento 95.002.01.4 - Incentivo ao Parto do Componente I. Será então realizado o pagamento dos R\$ 40,00, através do SIH/SUS, quando da conclusão da assistência pré-natal. Quais os mecanismos de avaliação do Programa - Componente I? Os municípios que aderirem ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento serão avaliados, anualmente, pelo Ministério da Saúde, estando a continuidade no Programa vinculada à apresentação do procedimento Conclusão da Assistência Pré-natal para, no mínimo, 30% das gestantes nele cadastradas no primeiro ano de adesão e 50% no segundo. A primeira avaliação será realizada

dezoito meses após o cadastramento da primeira gestante do município, em função da conclusão do ciclo das gestantes inscritas no primeiro ano de adesão ao Programa. Para avaliar a efetividade da assistência pré-natal oferecida, a partir dos dados disponíveis nos sistemas nacionais de informações em saúde, os municípios e os estados devem utilizar os indicadores de processo e de resultado que serão disponibilizados pelo Sisprenatal.

Incentivos Financeiros dos Componentes II e III

Como os recursos destinados ao Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal - serão repassados?

Os recursos serão repassados, mediante convênios específicos, aos municípios que cumprirem os critérios de elegibilidade e que se encontrarem na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal. Os municípios que estiverem em Gestão Plena da Atenção Básica receberão os recursos repassados pela Secretaria Estadual de Saúde correspondente. As Secretarias Estaduais de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde e os hospitais deverão elaborar o projeto de investimento específico, o plano de trabalho e o cronograma de execução, encaminhando-os à Secretaria de Assistência à Saúde - SAS. Após análise e aprovação, os mesmos serão enviados à Secretaria Executiva - SE para celebração dos convênios. A Portaria SAS/MS 356/00, de 22/09/00, discrimina os valores de cada estado. Para esclarecimentos adicionais, os gestores estaduais e municipais devem procurar a SAS, através dos telefones: 0XX- 61-315 2739, 0XX-61-315 2732, 0XX-61-315 2162, 0XX-61-315 2596 ou pelo e-mail: karla@saude.gov.br

O que visa o Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto?

Visa melhorar as condições do custeio da assistência ao parto nos hospitais cadastrados no SIH/SUS, através do aumento do valor e alteração da forma de remuneração da assistência ao parto. Estes valores contemplam todos os hospitais do SIH/SUS e estão em vigor desde julho de 2000. Foi publicada a Portaria Conjunta SAS/SE nº 27, de 3/10/00, destinando recursos por estado, devendo sua alocação ser negociada na Comissão Intergestores Bipartite Estadual. O impacto financeiro, decorrente da alteração de valores dos procedimentos instituídos, será financiado com recursos do FAEC, assim como os procedimentos relativos aos desmembramentos dos honorários dos profissionais médicos.

Legislação

Portaria GM/MS nº 569, de 1/06/00, republicada em 18/08/00 - Institui o Programa Portaria GM/MS nº 570, de 1/06/00, republicada em 18/08/00 - Estabelece incentivos Componente I Portaria GM/MS nº 571, de 1/06/00 - Define o Componente II Portaria GM/MS nº 572, de 1/06/00, republicada em 14/11/00 - Pagamento do Parto Portaria SPS/MS nº 9, de 5/07/00, republicada em 1/09/00 - Define o Termo de Adesão Portaria SAS/MS nº 356, de 22/09/00 - Define o Sistema Regulatório e Destinação de Recursos para investimento na rede hospitalar Portaria Conjunta SAS/SE nº 27, de 3/10/00 - Fixa os limites, por Unidade da Federação, para financiamento pelo FAEC, dos adicionais relativos aos procedimentos da Portaria GM/MS nº 572/00 O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é um importante instrumento para a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde. Assegura a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania.

Saiba mais sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no site www.saude.gov.br - Programas e Projetos - Saúde da Mulher ou através do prenatal@saude.gov.br ou pelo endereço: • Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde Esplanada dos Ministérios - Bloco G - 6º Andar - Sala 619 CEP 70058-900 - Fones: 0 XX 61 315-3091 / 315-3092 • Sobre o Sisprenatal os contatos podem ser feitos pelo e-mail sisprenatal@datasus.gov.br