



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

FRANK JOSÉ SILVEIRA MIRANDA

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE ARAGUARI-
MINAS GERAIS: ESTUDO DE ALGUNS INDICADORES**

Dissertação apresentada à Universidade
Guarulhos para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Rosa Áurea Quintella Fernandes.

Guarulhos
2008

M672a Miranda, Frank J. S.
Assistência pré-natal no município de Araguari-MG: estudo de
alguns indicadores / Frank J. S. Miranda. Guarulhos, 2008.
85 f.; 31 cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Pós-
Graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade Guarulhos, 2008.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosa Áurea Quintella Fernandes.
Bibliografia: f. 58-65

1. Cuidado pré-natal. 2. Enfermagem. 3. Gravidez I. Título. II.
Universidade Guarulhos.

CDD 21st 610.73

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca Fernando Gay da Fonseca



CEPPE
Centro de Pós-Graduação,
Pesquisa e Extensão

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, intitulada "ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE ARAGUARI- MINAS GERAIS: ESTUDO DE ALGUNS INDICADORES", em sessão pública realizada em 28 de março de 2008, considerou o candidato FRANK JOSÉ SILVEIRA MIRANDA aprovado.

1. Profa. Dra. Rosa Aurea Quintella Fernandes Rosa Aurea Q. Fernandes

2. Profa. Dra. Maria Alice Tsunechiro Maria Alice Tsunechiro

3. Profa. Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo Tamara Iwanow Cianciarullo

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

*“ Ora, o nascimento de Jesus Cristo
foi obra do Espírito Santo.”*

Mateus 1.18

Dedicatória.

Dedico este estudo às gestantes, que concordaram em participar deste trabalho, mesmo que, talvez não entendam a magnitude deste evento para a comunidade acadêmica.

Dedico aos alunos do curso de enfermagem da UNIPAC, que foram, são e serão os maiores beneficiados do meu crescimento científico e dos conhecimentos que adquiri.

Dedico, também aos profissionais que prestam assistência às mulheres gestantes no município de Araguari.

Agradecimentos

Agradeço a Jesus Cristo de Nazaré, autor da minha fé.

À Prof^a. Dr^a. Rosa Áurea Quintella Fernandes, orientadora, educadora e, sobretudo amiga paciente.

À minha mãe Ivonete, mulher exemplar de conduta irrepreensível, pelo apoio incondicional oferecido a mim, em todos os momentos não apenas no desenvolvimento deste estudo, mas por toda a minha vida.

À querida Mariana Souza Castro Miranda, que tem orado a Deus de forma incansável para que Ele pudesse ouvir o seu clamor, em nosso favor.

Aos meus familiares (Jorge, Tina, Sinomar, Glayton, Bianca, Carlinho, Adriana, Nathanael, Soraya, Lucas e Sírio) não tenho palavras para expressar a minha gratidão a vocês.

Aos meus colegas de trabalho no Programa de Saúde da Família do bairro Miranda equipe I e II e em especial a Marislene Pulsena da Cunha Nunes médica exemplar, e a Eliane Aparecida Batista agente comunitária de saúde que é um modelo.

À UNJPAC, campus Araguari pelo incentivo e apoio financeiro.

À Igreja Assembléia de Deus de Central em Araguari (ADCA) na pessoa do pastor Jonas Ramos de Oliveira.

Aos coordenadores do curso de enfermagem Durval Veloso Silva e Efigênia Aparecida Maciel de Freitas

A diretora da Faculdade de Ciências da Saúde (FACISA) Prof^a. Dr^a. Rosana de Cássia Oliveira.

Ao Sr^o Secretário Municipal de Saúde Edilvo Mota e a Sr^o Tara Cristina Borges, coordenadora do Programa de Saúde da Família por acreditarem e confiarem em mim permitindo a elaboração deste trabalho.

Aos colegas de turma do mestrado em Enfermagem da UnG. Em especial a Sandra Regina Ramos da Silva que me acolheu em sua casa.

As professoras do mestrado em Enfermagem da UnG, doutoras por excelência.

À Jane Cleide Galindo da Rocha, secretária do Curso de Mestrado em Enfermagem, pelo apoio constante.

As Professoras Dr^a. Tâmara Iwanow Cianciarullo e Dr^a. Maria Alice Tsunechiro, pelas contribuições e sugestões no exame de qualificação.

Miranda FJ S . Assistência pré-natal no município de Araguari-MG : estudo de alguns indicadores. (Dissertação). Guarulhos (SP) : Universidade Guarulhos; 2008.

Resumo

Estudo descritivo exploratório de campo que foi desenvolvido no município de Araguari-Minas Gerais e que teve como objetivos: avaliar a captação das gestantes para o início da assistência pré-natal; verificar o indicador “primeira consulta realizada até 120 dias da identificação da gravidez”; verificar como ocorreu o encaminhamento da gestantes para o início do pré-natal; comparar os exames básicos, preconizados pelo Ministério da Saúde para o pré-natal, realizados antes e após 120 dias de gestação e verificar o número de consultas realizadas pelas mulheres, durante o pré-natal. A amostra foi constituída pelas 147 mulheres com a data provável do parto até trinta de maio de 2007, identificadas pelos dados do SISPRENATAL. Os resultados revelaram que: a maioria das mulheres (65%) foi atendida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e que 35% foram no Centro de Atendimento e Atenção Materno Infantil (CEAAMI); que 63,9% delas teve acesso ao serviço de saúde para início do pré-natal, por livre demanda e que das gestantes atendidas pela ESF, 47,01% não foram encaminhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em relação ao acesso ao serviço, 74,14% refeririam não ter encontrado dificuldade para marcar a primeira consulta, entretanto para 21,09% obter o acesso foi muito difícil. O indicador primeira consulta realizada até 120 dias da identificação da gravidez foi satisfatório para 91,7% das gestantes atendidas pela ESF e para 88,2% das atendidas no CEAAMI. Na ESF os percentuais de exames realizados pelas gestantes até 120 dias, são maiores que os do CEAAMI, entretanto na comparação entre os dois serviços, houve diferença estatística significativa, apenas para os exames de Glicemia e Toxoplasmose. A média de consulta de pré-natal, realizada pela gestante, foi de 7,76 com uma variação de 1 a 13 consultas. Na ESF 92,7% das gestantes realizaram seis consultas ou mais, enquanto no CEAMMI este percentual caiu para 78,4%. Depreende-se destes resultados que a assistência pré-natal na ESF mostrou-se mais adequada. É necessário que o município, para atender aos princípios de universalidade e equidade do SUS, estenda a área de cobertura da ESF para toda a população.

Descritores: Cuidado Pré-natal, Gravidez, Enfermagem em Saúde Comunitária.

Miranda FJ S. Prenatal care in the city of Araguari -Minas Gerais : study of some indicators (Dissertation). Guarulhos (SP): Guarulhos University, 2008.

Abstract

An exploratory descriptive field study developed in the city of Araguari – state of Minas Gerais, whose objectives were: to assess the identification of pregnant women who begin prenatal care; to verify the indicator “first doctor’s appointment made up to 120 days after identifying pregnancy”; to verify how the pregnant women’s referral took place to start prenatal testing; to compare basic exams, recommended by the Health Department for prenatal care, performed before and after 120 days of pregnancy, and to know often women had doctor’s appointments during the prenatal period. The sample consisted of the 147 women whose probable delivery date was by May 30, 2007, as identified by the SISPRENATAL data. Results showed that most of the women (65%) were assisted by the Family Health Strategy (FHS) - *Estratégia Saúde da Família (ESF)* - and 35% by the Children’s Maternal Care and Assistance Center (CMCAC) - *Centro de Atendimento e Atenção Materno Infantil (CEAAMI)*; that 63.9% of them voluntarily accessed the health service to begin prenatal exams and that, of the pregnant women assisted by the FHS, 47.01% had not been referred by the Community Health Agents (CHA) - *Agentes Comunitários de Saúde (ACS)*. Regarding access to the service, 74.14% reported not having difficulty to schedule the first appointment; nevertheless, for 21.09% the access was very difficult. The indicator “first doctor’s visit made up to 120 days after identifying pregnancy” was satisfactory for 91.7% of the pregnant women assisted by the FHS and for 88.2% of those assisted by the CEAAMI. In the FHS, the percentages of examinations made by the pregnant women up to 120 days are higher than those of the CMAAC; however, comparing both services, a significant statistical difference was found only in Glycemia e Toxoplasmosis tests. The average of doctor’s visits for prenatal care assistance of pregnant women was 7.76, with a variation of 1 to 13 appointments. In the FHS, 92.7% of the pregnant women had six appointments or more, whereas in the CMAAC this percentage dropped to 78.4%. It is inferred by these results that the prenatal care assistance in the FHS revealed to be more adequate. It is necessary that, in order to comply with the principles of universality and equity of the Unified Health System – *SUS (Sistema Único de Saúde)*, the city extend its FHS coverage to the whole population.

Descriptors: Prenatal care, Pregnancy, Nursing in Community Health.

Miranda FJ S. Asistencia prenatal en la ciudad de Araguari-MG: estudio de algunos indicadores. (Disertación). Guarulhos (SP): Universidad Guarulhos; 2008.

Resumen

Estudio descriptivo exploratorio de campo que fue desarrollado en la ciudad de Araguari Minas Gerais y que tuvo como objetivos: evaluar la captación de las gestantes para el inicio de la asistencia prenatal; verificar el indicador “primera consulta realizada hasta 120 días de la identificación del embarazo”; verificar cómo ocurrió el encaminamiento de las gestantes para el inicio del prenatal; comparar los exámenes básicos, preconizados por el Ministerio de la Salud para el prenatal, realizados antes y después de 120 días de gestación y verificar el número de consultas realizadas por las mujeres, durante el prenatal. La muestra fue constituida por las 147 mujeres con la fecha probable del parto hasta treinta de mayo de 2007, identificadas por los datos del SISPRENATAL. Los resultados revelaron que: la mayoría de las mujeres (65%) fue atendida por la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y que 35% fueron en el Centro de Atención y Acompañamiento Materno Infantil (CEAAMI); que 63,9% de ellas obtuvieron acceso al servicio y salud para inicio del prenatal, por libre demanda y que de las gestantes atendidas por la ESF, 47,01% no fueron encaminadas por los Agentes Comunitarios de Salud (ACS). En relación con el acceso al servicio, 74,14% referirían no haber encontrado dificultad para concertar una cita para la primera consulta, sin embargo para 21,09% obtener el acceso fue muy difícil. El indicador de la primera consulta, realizada hasta 120 días de la identificación del embarazo fue satisfactorio para 91,7% de las gestantes atendidas por la ESF y para 88,2% de las atendidas en el CEAAMI. En la ESF los porcentuales de exámenes realizados por las gestantes hasta 120 días, son mayores que los del CEAAMI, sin embargo en la comparación entre los dos servicios, hubo diferencia estadística significativa, tan sólo para los exámenes de Glicemia e Toxoplasmosis. El promedio de consulta de prenatal, realizada por la gestante, fue de 7,76 con una variación de 1 a 13 consultas. En la ESF 92,7% de las gestantes realizaron seis consultas o más, mientras que en el CEAMMI este porcentual bajó para 78,4%. Se depende de estos resultados que la asistencia prenatal en la ESF se mostró más adecuada. Es necesario que la ciudad, para atender a los principios de universalidad y equidad del SUS, extienda el área de cobertura de la ESF para toda la población.

Descriptor: Atención Prenatal, Ebarazo, Enfermería em Salud Comunitária.

Lista de Figuras

Figura 01	Distribuição da amostra segundo a situação empregatícia.	30
Figura 02	Distribuição de freqüência da amostra segundo a renda familiar.	31
Figura 03	Distribuição da amostra segundo o local da assistência pré-natal.	33
Figura 04	Distribuição da amostra segundo encaminhamento ao pré-natal.	34
Figura 05	Distribuição das mulheres atendidas na ESF e sua forma de encaminhamento ao pré-natal.	35
Figura 06	Distribuição da freqüência das mulheres que realizaram a primeira consulta até 120 dias ou após, no PSF e CEAAMI.	40
Figura 07	Distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal no ESF e no CEAAMI.	42
Figura 08	Distribuição do número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes nas unidades da ESF e no CEAAMI.	47

Lista de tabelas

Tabela 01	Distribuição da amostra segundo as variáveis, estado civil, cor, escolaridade.	28
Tabela 02	Apresentação da distribuição, das variáveis quantitativas, idade e número de pessoas no domicílio.	32
Tabela 03	Cruzamento entre as variáveis de encaminhamento efetuado pelo ACS, Livre Demanda e IG na 1ª Consulta.	36
Tabela 04	Distribuição das respostas das mulheres sobre como foi conseguir marcar a 1ª Consulta.	37
Tabela 05	Distribuição dos dados obstétricos da amostra, número de gestação, paridade, aborto e filhos vivos.	38
Tabela 06	Demonstrativo dos exames laboratoriais básicos realizados até 120 dias e após, nas Unidades ESF e CEAAMI.	44
Tabela 07	Estatística descritiva das variáveis da idade gestacional na 1ª consulta, e número de consultas.	48

Lista de Siglas

ACS Agente Comunitário de Saúde.

AIS Ações Integradas de Saúde.

CEAAMI Centro de Atenção e Acompanhamento Materno Infantil

ESF Estratégia de saúde da Família.

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IG Idade Gestacional.

OMS Organização Mundial de Saúde.

ONU Organização das Nações Unidas.

OPAS Organização Pan-americana de Saúde.

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PHPN Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento.

PSF Programa de Saúde da Família.

RNIS Rede Nacional de Informações em Saúde.

RIPSA Rede Interagencial de Informações para a Saúde.

SISPRENATAL Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

SIM Sistema de Informação de Mortalidade.

SINASC Sistema de Informação de Nascidos Vivos.

SINAN Sistema Nacional de Agravos e Notificações.

SIAB Sistema de Informação de Atenção Básica

SISVAN Sistema de Informação e Vigilância Alimentar e Nutricional.

SIH-SUS Sistema de Informação Hospitalar

SUDS Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

SPSS Statistical Package for the Social Science

Sumário

1.0	INTRODUÇÃO	01
1.1	MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO	02
1.2	A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL	03
1.3	O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	07
1.4	A PROBLEMÁTICA DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E SUA IMPORTÂNCIA.	10
1.5	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM MINAS GERAIS	14
2.0	OBJETIVO	19
2.1	OBJETIVO GERAL	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3.0	MÉTODO	21
3.1	TIPO E LOCAL DA PESQUISA	22
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	23
3.3	COLETA DE DADOS	24
3.3.1	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	24
3.3.2	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS	25
3.4	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	25
3.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA	26
4.0	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
4.1	DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	28
4.2	DADOS DA ENTREVISTA	34
4.3	DADOS DO CARTÃO DA GESTANTE	38
5.0	CONCLUSÃO	50
6.0	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
7.0	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
8.0	ANEXOS	64

INTRODUÇÃO

1.1 - MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO.

O Ministério da Saúde afirma, em suas diretrizes gerais, que a atenção obstétrica deve ter características primordiais, como a qualidade e a humanização¹. Entre as atividades que os municípios devem desenvolver nas redes de serviço, estão os mecanismos estabelecidos de captação precoce da gestante na comunidade, pois o início da atenção pré-natal mostra-se essencial e configura a estrutura e o fortalecimento das ações em atenção básica.

Outro aspecto de grande relevância para a atenção à gestante é a realização dos exames laboratoriais básicos, preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), e a realização de um número mínimo de consultas, seis, itens estes que possuem uma relação estreita com o momento da gestação, no qual a mulher foi captada para o início da assistência pré-natal, uma vez que, quanto mais cedo ela iniciar a assistência, maiores chances ela terá de realizar todos os exames laboratoriais e o número de consultas necessárias para conduzir uma gravidez com o mínimo de intercorrências.

A captação precoce de mulheres para o início do pré-natal é de tamanha importância, que o MS, em seu Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada¹ preconiza que o principal objetivo da atenção pré-natal é: “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal”. Declina, ainda no mesmo manual, que, para atingir esse objetivo, Estado e município devem assegurar a atenção pré-natal dentro de certos parâmetros, destacando, entre eles, a “captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação”¹.

Além disto, o MS destaca outros itens imprescindíveis para garantir o alcance daquele objetivo, dentre eles: realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal e de alguns exames laboratoriais básicos na primeira consulta.

Para mim, enfermeiro atuante na atenção à mulher, os princípios e objetivos que o MS propõe para a assistência pré-natal estão por mim incorporados e assumidos como verdadeiros e, portanto, devem permear o cotidiano do meu trabalho profissional.

Entretanto, quando iniciei minha trajetória profissional no primeiro trimestre, de dois mil e dois, como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF), comecei a perceber que a realidade da atenção pré-natal às gestantes, no município onde

desempenho minhas atividades, era diferente daquela que eu idealizava e que o MS preconizava.

Algumas situações presenciadas me levaram a questionar, por exemplo, o preenchimento de alguns dados do SISPRENATAL, que é o banco de dados que armazena informações sobre a assistência pré-natal. Estas situações dizem respeito a: mulheres com atraso menstrual, mas sem exame de gravidez positivo, cadastradas no sistema como gestantes; mulheres com exame de gravidez positivo, mas que ainda não haviam iniciado as consultas, registradas como se já houvessem iniciado a assistência; exames solicitados e registrados no banco de dados sem, entretanto, haver a certeza de que a gestante os realizaria, sendo estes problemas encontrados no preenchimento da ficha de acompanhamento da gestante.

Embora, nos dados do SISPRENATAL, constem os dados referentes à primeira consulta até 120 dias de gravidez, exames laboratoriais efetuados na primeira consulta e número de consultas realizadas, ou seja, indicadores de qualidade da atenção pré-natal estabelecidos pelo MS, as inadequações no preenchimento desses dados impossibilitam conhecer o real desempenho dos indicadores nos serviços.

Ao me deparar, no dia-a-dia, com esses problemas, uma questão naturalmente emerge: os indicadores do MS, início da assistência pré-natal até 120 dias, captação precoce das gestantes e número de consultas realizadas, estão sendo alcançados nos serviços do município?

Esses indicadores são extremamente importantes na avaliação da qualidade da assistência e o próprio MS indica a auditoria contínua da atenção pré-natal, quando expressa: “o profissional de saúde provedor da atenção pré-natal deverá monitorar continuamente a atenção prestada por meio dos indicadores do processo”¹.

Isso me motivou a realizar este estudo, com a finalidade de oferecer subsídios aos serviços do município, no que tange ao atendimento dos indicadores aqui questionados, e possibilitar a melhoria da qualidade da assistência às mulheres gestantes.

1.2 - A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL

Brienza² aponta que o acesso ao pré-natal e a idéia de seu controle surgiram por volta de 1913, com a criação de uma residência pró-maternidade, com

a finalidade de acompanhar, de forma sistematizada e rotineira, a qualidade da gravidez e facilitar o estudo da fisiologia, e também o controle pré-natal, o que culminou na abertura de clínicas perinatais ao longo de todo o Reino Unido.

No Brasil, a assistência pré-natal emergiu como um ramo da medicina preventiva e incluía a análise física da gestante e a preocupação com aspectos emocionais. Estudos epidemiológicos, nessa época, demonstraram a importância do levantamento das condições sociais como parte do cuidado pré-natal e sua influência sobre a mortalidade e morbidade perinatal, bem como as condições nutricionais e o repouso adequado, enfatizando a importância do grau de instrução das mulheres em relação ao que deveriam esperar no momento do parto e da participação dos parceiros nesta situação².

A assistência ao pré-natal tem merecido, ainda hoje, destaque crescente e especial na atenção à saúde materno infantil, que permanece como um campo de intensa preocupação na Saúde Pública³. Apesar da ampliação da cobertura do pré-natal no Brasil, a qualidade da assistência ainda deixa a desejar, e alguns dados apontam inadequações nessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, e o fato da hipertensão arterial permanecer como a causa mais freqüente de morte materna, e a pré-eclampsia, como a primeira causa de morte materna¹.

Desde a década de 1960, vem ocorrendo queda importante nas taxas de fecundidade da mulher brasileira, o que, presumidamente, deveria ter influenciado também a queda significativa das taxas de mortalidade materna e perinatal, entretanto este coeficiente continua com valores muito elevados. O Ministério da Saúde refere que grande parte das mortes ocorridas no período neonatal está associada à atenção dispensada à gestação, ao parto e ao puerpério¹.

A preocupação com a qualidade da atenção materno-infantil não é recente, e as políticas públicas direcionadas à mulher têm procurado, ao longo das últimas décadas, analisar esta assistência e propor programas para a sua melhoria efetiva, pois a atenção materno infantil tem sido reconhecida como prioritária nas políticas de saúde⁴.

No Brasil, a introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) nas políticas de saúde pública, no ano de 1983, ampliou o elenco de ações de saúde destinadas para a parcela feminina da população, destacando a atenção ao pré-natal, pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal⁴.

No ano de 1985, foi publicada, pelo Ministério da Saúde, a primeira referência para a atenção à mulher, com vista a atendê-la “de modo integral em todas as fases de sua vida: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade”.

Foi o primeiro documento, no Brasil, a registrar a integralidade da proposta, posteriormente, firmado por meio da constituição cidadã^{4,5}.

O documento-base do PAISM é o primeiro documento de saúde a registrar a integralidade, no âmbito da noção de saúde integral ou de assistência integral, como rumo para uma prática de saúde de respeito à dignidade humana, tendo como norte o “cuidado em saúde”.⁴

Trata-se de uma política que incorporou os referenciais da universalidade. O estabelecimento de critérios buscava prover um modelo para a assistência, com as atividades consideradas indispensáveis. O enfoque era que cada mulher realizasse todas as ações, não sendo a assistência pensada como a soma delas, ou seja, a idéia de qualidade da atenção humanizada era centrada individualmente em cada mulher e deveria atender a todos os critérios mínimos previamente determinados⁴.

Apesar de o PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher) ter representado avanços significativos em termos de direitos reprodutivos para as mulheres brasileiras, sua implantação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu, na prática, que o programa se transformasse, de fato, em agente transformador da saúde de todas as mulheres. Respeitando a regionalização, as ações a serem desenvolvidas pelos níveis de atenção municipal, estadual e federal foram devidamente delimitadas, cabendo ao município a prestação de ações básicas mínimas de pré-natal. Ao estado caberia a ação de maior complexidade e ao governo federal, o processo de assessoria e apoio à implantação do PAISM. Segundo a avaliação do programa, houve uma redução da mortalidade materna, mas não foi possível avançar sobre outras áreas. No final dos anos 90, após quase duas décadas da instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a assistência à saúde da mulher no Brasil permanecia com muitas questões a serem enfrentadas.^{4,7}

Em 1983, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto interministerial visando a um novo modelo, que procurava integrar ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo⁸. Embora a AIS tenha contribuído muito para a saúde e o bem estar da comunidade, não se ocupava em estimular a saúde comunitária e apresentar meios de melhorar os serviços de saúde, sendo necessário

que a previdência passasse a comprar e pagar serviços executados por estados e municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

Iniciou-se, então, uma grande mobilização nacional em torno do descontentamento com o sistema de saúde vigente, pois havia premência de uma reestruturação da saúde no país.

A reforma sanitária representou uma manifestação por parte dos professores, pesquisadores e intelectuais da saúde cujos estudos criticavam o sistema de saúde existente, denunciando as precárias condições de saúde de grande parte da população brasileira, e apresentavam alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática.

Esse gesto culminou com a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, que lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Unificado Descentralizado de Saúde). Nesse momento, estiveram presentes os movimentos de mulheres, que foram imprescindíveis para determinar um novo conceito sobre o processo de saúde e doença.⁹

A partir da reforma sanitária, concretizou-se, no plano jurídico e institucional, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A concepção do SUS foi baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para o bem-estar social, principalmente no que se refere à saúde coletiva.

O SUS é concebido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e pelas fundações mantidas pelo Poder Público. Foram definidos como princípios doutrinários do SUS⁵.

- Universalidade
- Eqüidade
- Integralidade
- Hierarquização
- Participação popular
- Descentralização

Assim, a partir da definição desses princípios, foram criados programas voltados para determinados segmentos da população, como: mulher, criança, idoso, entre outros.

Os programas foram, teoricamente, implantados em todo o território nacional, mas seu impacto, nos índices de morbimortalidade materna e perinatal, não atingiu os coeficientes esperados.

1.3 - O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Desde 1994, ano definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como ano internacional da família, houve uma importante mudança de comportamento nos meios acadêmicos e, particularmente, nos gestores das políticas públicas em relação à importância da família nos processos de viver e ser saudável. Nesse mesmo ano, foram formadas as primeiras equipes de saúde da família, com o propósito de novas práticas na atenção à saúde a fim de substituir o modelo tradicional existente até o momento, levando a saúde para mais perto da família, e, com isto, melhorar a qualidade de vida dos cidadãos¹⁰.

A origem da referência à unidade familiar como objetivo de intervenção em saúde antecede o PSF (Programa Saúde da Família). A medicina familiar, no Brasil, foi descrita, entre 1973 e 1979, como esforços realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Fiocruz que se centravam em torno da formação do médico da família¹¹.

A preocupação, naquele momento, era somente com a necessidade de humanização da medicina, em decorrência dos muitos contratos individuais, e em momento algum foram destacadas as questões relacionadas com os determinantes sociais ou acesso ágil da população aos serviços de saúde. Na verdade, a proposta e a prática dessa medicina atendia, tão somente, aos anseios mercadológicos e políticos dos grupos envolvidos com sua concepção, a fim de constituir uma nova especialidade o médico de família. ¹¹.

No início da década de 1980, com as recentes políticas públicas de saúde no Brasil, intensificou-se a pressão sobre os profissionais de saúde, que, naquele momento histórico, optaram por uma “medicina geral comunitária” ou medicina familiar, a fim de atender às necessidades de uma população em seus aspectos gerais. ¹².

Entretanto a atenção à comunidade, na forma do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi iniciada no Brasil em junho de 1991. Surgia então, o Agente Comunitário de Saúde como o primeiro embrião de uma nova modalidade da assistência à saúde da população.

A evolução do PACS demonstrou a necessidade de ampliação das suas competências e da de seus profissionais no atendimento às condições de saúde da família, o que resultou na criação do Programa de Saúde da Saúde (PSF)¹³.

Hoje, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional com atribuições bem definidas no PSF e constitui o elo entre a comunidade e a unidade de saúde, compondo um modelo de estratégia de transição entre os sistemas anteriores, tradicionais, centrados no modelo biomédico¹³.

O Agente Comunitário de Saúde deve ter um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, observando as questões culturais que serão mais bem atendidas, pois o agente comunitário deve viver na comunidade onde atua o que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular⁶.

O ACS desenvolve inúmeras atividades de programação junto à comunidade e seu trabalho cotidiano ocorre nos domicílios de sua área de abrangência. Suas atribuições, específicas, são:

- Realizar o mapeamento de sua área
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente seu cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostas à situação de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando ou até agendando consultas e exames, quando necessário;
- Estar bem informado e informar a ESF sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco;
- Realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob a sua responsabilidade.

Uma das atividades dos profissionais do PSF é a visita domiciliar, realizada por todos os membros da equipe de saúde, em especial, pelo ACS, que detecta as necessidades de saúde dos indivíduos e da família e as encaminha aos demais membros da equipe ou à Unidade de Saúde¹⁴.

Na atenção específica as mulheres, durante a visita as famílias, o ACS deve identificar a mulher gestante, encaminhá-la para a consulta, orientar e acompanhar sua presença nas consultas marcadas. Esta atividade fortalece o vínculo estabelecido entre a gestante e a unidade de saúde. Assim, qualquer alteração ou

identificação de fator de risco para a gestante, ou para outro membro da família, deve ser observada e discutida com a equipe na unidade de saúde.

No acompanhamento das mulheres grávidas, o ACS deve observar alguns aspectos, como:

- Captar a gestante não inscrita no pré-natal.
- Reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco, uma vez que podem surgir complicações;
- Acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação, como número de consultas, situação vacinal, alterações como edema, sangramento entre outros.
- Completar o trabalho educativo com a gestante e o grupo familiar no domicílio^{13,14}.

O ACS é um elemento chave na atenção pré-natal, e o impacto de suas ações deve ser evidenciado nos indicadores de saúde da comunidade.

O PSF é um programa caracterizado pela ação contínua junto às atividades de saúde pública voltadas para a comunidade, e que visa à integração das ações entre os diversos profissionais e suas articulações com as reais demandas e necessidades da comunidade¹⁴.

Em meados do ano dois mil e cinco, a nomenclatura PSF foi substituída por Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que representa um marco importante para demonstrar não apenas um novo programa de governo, mas, sim, a consolidação efetiva de um conjunto de ações destinadas à prevenção, à promoção e à recuperação da saúde das pessoas, da família e da comunidade, de forma integral e contínua.

A implantação dessa nova estratégia, no entanto, exige maior flexibilidade por parte dos serviços que precisam desvincular-se dos procedimentos tradicionais cristalizados, para adotar uma fórmula de interação inovadora, contextualizada e afinada com as crenças e valores das famílias¹⁰.

Na Estratégia Saúde da Família, as equipes são constituídas da mesma maneira que no PSF, e o Agente Comunitário de Saúde continua a desempenhar papel relevante no que diz respeito à captação das gestantes na comunidade, para iniciar a atenção pré-natal¹¹.

1.4 - A PROBLEMÁTICA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E SUA IMPORTÂNCIA.

No Brasil, apesar da ampliação nas redes básicas de saúde, assim como do Programa de Saúde da Família, persistem desigualdades entre as diferentes regiões do país, no que tange à atenção pré-natal, pois, em algumas delas, é apontada uma inadequação nos estratos de menor renda, em que as gestantes são classificadas como de maior risco, e há uma proporção maior de cuidados considerados como inadequados, fortalecendo a evidência da morte materna.¹⁴

O próprio Ministério da Saúde aponta como questões críticas na atenção à gestante, o fato de muitas mulheres com exame de HIV positivo no pré-natal não terem cobertura de tratamento; o fato de que 52% das mortes de crianças acontecem no período neonatal, e que grande parte destas mortes pode estar ligada à qualidade da assistência pré-natal que as mulheres recebem.^{1,15,16}

A morte materna e neonatal continua sendo um problema relevante, apesar da evidência e da comprovação de que 98% dos casos de morte associados ao período gravídico puerperal poderiam ter sido evitados com uma atenção pré-natal adequada, sendo que os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal.¹⁷

A mortalidade materna é um indicador da realidade social de um país e de seu povo, bem como da determinação política de realizar ou não ações de saúde comunitária. Dessa forma, a assistência pré-natal é reconhecida, pelo seu impacto e transcendência, como um dos componentes que contribuem para a redução significativa dos coeficientes de mortalidade materna.¹⁸

Durante muito tempo, o óbito materno foi considerado um fato natural e inerente à condição feminina. No entanto óbitos seriam evitáveis caso fossem asseguradas condições dignas de vida e de saúde à população. Ao se comparar os coeficientes de mortalidade materna, tanto oficial, como os estimados, com os coeficientes de países desenvolvidos, há de se constatar quão alta é a nossa mortalidade materna.¹⁹

Os níveis de mortalidade durante a gravidez, partos e puerpério demonstram a necessidade de ampliação dos serviços à população. Por outro lado, torna-se por demais onerosos ao hospital, atender a complicações obstétricas que poderiam ter sido controladas durante a gestação.²⁰

A assistência pré-natal permite o diagnóstico e o tratamento de diversas complicações durante a gestação, e a redução ou eliminação de fatores e

comportamentos de risco passíveis de serem atingidos. No Brasil, a mortalidade neonatal, a prevalência de baixo peso ao nascer e a prematuridade estão relacionadas com a carência de procedimentos básicos na assistência à gestante.²⁰

Apesar de os princípios de equidade e cobertura fazerem parte do SUS, estes não estão abrangendo todas as mulheres, como pode ser constatado pelas dificuldades encontradas pelas gestantes para acompanhamento da gravidez e assistência ao parto.

Algumas das dificuldades encontradas pelas mulheres, para efetivar um pré-natal adequado, são: não comparecimento à consulta, porque não possuem o dinheiro para a condução; não terem com quem deixar seus filhos; dificuldade para agendar a primeira consulta e mesmo realizar os exames básicos, preconizados pelo MS para serem efetivados na primeira consulta, que são: ABO - Rh, Glicemia de jejum, VDRL, Urina tipo 1 Testagem anti-HIV, sorologia para toxoplasmose.^{1,21}

O acesso ao pré-natal é um indicador - chave para a avaliação do grau em que a saúde, como “direito de todos e dever do Estado”, encontra-se numa determinada sociedade, sendo um exemplo simbólico de como a sociedade considera a mulher e a criança, ou seja, o “novo” que está por nascer.²²

As formas de acesso ao serviço de pré-natal podem ser identificadas por meio da livre demanda, quando a usuário procura por esse serviço ou por meio da busca ativa junto à comunidade, concretizada por meio de visitas domiciliares.

A acessibilidade é definida como a relação funcional entre o conjunto de obstáculos à busca e à obtenção da atenção e a capacidade correspondente da população para superar tais obstáculos.²³

A acessibilidade aos serviços de saúde compreende as dimensões geográficas, financeiras, culturais e funcionais ao alcance da comunidade; serviços adequados no que se refere ao volume e à estrutura, ao tamanho e à composição da população e a seus problemas de saúde; à aceitação e à utilização, por parte da comunidade, dos serviços oferecidos.²³

Entretanto, a literatura específica da área demonstra que ainda existem inúmeros problemas ligados à atenção à mulher no ciclo gravídico, inclusive, a dificuldade de acesso e registro de informações, o que impede o início precoce da atenção pré-natal, estas dificuldades aqui apresentadas motivaram a construção de uma política pública de saúde, para a mulher, que culminou na implantação do Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL).²⁴

Estudo realizado em hospital-escola, referência para gestação de alto risco, aponta que 52,05% de mulheres iniciaram o pré-natal no segundo trimestre da gestação, e os motivos alegados foram à demora para agendamento da primeira consulta ou a falta de vaga, que originaram a procura em duas ou três unidades básicas de saúde. Estes dados revelam a dificuldade de acesso da mulher à assistência pré-natal oportuna, nas unidades básicas de saúde, próximas de sua residência. O estudo aponta, ainda, uma forte associação entre a época de início do pré-natal com as condições do sistema de saúde e as próprias condições socioeconômicas da mulher.²⁵

A atenção ao pré-natal tem como objetivo a precocidade do ingresso da mulher na assistência e o número adequado de atendimentos. Para que isto ocorra, é importante a captação da gestante e o momento da primeira consulta, pois estes dois aspectos são usualmente referidos como elemento contribuinte na diminuição das taxas de mortalidade materna e perinatal, sendo o número de consultas inversamente proporcional às complicações dos recém nascidos, tais como incidência de pré-termo e feto de baixo peso.²²

A avaliação no 1º trimestre permite melhor acompanhamento da idade gestacional, detecção precoce de gestações gemelares e de fetos portadores de anomalias e nas situações em que a mulher gestante está exposta ao risco de adoecer e morrer. Portanto, a importância da identificação precoce dessas mulheres poderá melhorar os indicadores de processo da atenção ao pré-natal e, em consequência, a redução dos índices de morbimortalidade no país, assim como a redução de gastos com outros níveis de complexidade que não a atenção básica, não apenas para as mulheres, mas também para seus filhos.

A captação precoce da mulher se faz pertinente, pois propicia investigar situação ou condição de risco para referenciar esta mulher a outros serviços, afirmando a possibilidade do acesso, também a serviços de média e alta complexidade.²⁶

O início da assistência pré-natal, nas primeiras semanas de gravidez, é tão importante que constitui um indicador de qualidade para o Ministério da Saúde.¹

Entretanto não é apenas a dificuldade de acesso aos serviços que embarça o início ao pré-natal, a gestante defronta-se com outros obstáculos, como a ausência dos profissionais que atendem ao pré-natal, o que acarreta descontinuidade da assistência, o que obriga a gestante a reiniciar a busca por

cuidado pré-natal durante a gestação em outros serviços e a impede de realizar o número mínimo de consultas preconizado.²

A idade gestacional em que a paciente inicia seu atendimento e o número de consultas subseqüentes recebidas cria uma possibilidade maior de ter suas complicações diagnosticadas e controladas. As matriculas tardias, mesmo tendo consultas freqüentes, apenas atuam sobre processos que, por sua gravidade, são evidentes. Contudo os desvios da normalidade que demandam mais tempo para serem identificados e corrigidos, não encontram possibilidade de correção, tais como a sífilis e o HIV, citados pelo Ministério da Saúde.¹⁵

A AIDS e a Sífilis podem ser transmitidas da mãe para o bebê na gravidez, durante o parto ou amamentação, entretanto, quando estas patologias são identificadas precocemente, há baixa infectividade da criança, daí a importância da realização desses exames em tempo adequado.¹⁵

O início precoce do pré-natal, assim como a realização do número mínimo de consultas (6) são essenciais para a adequada assistência pré-natal, tanto que são considerados pelo MS indicadores de processo que traduzem uma melhor qualidade da atenção à mulher.^{1,21}

A oferta de consultas pré-natais pelo SUS apresenta uma tendência de aumento progressivo. Em 1998, foi registrado um crescimento de 75% em relação ao ano de 1997, com a realização de 7,6 milhões de consultas. No entanto nem todas as gestantes conseguem fazer as seis consultas preconizadas.²⁷

O Ministério da Saúde, no ano de 2004, avaliou o número de consultas que as gestantes realizaram, e identificou um decréscimo em todas as regiões, em especial nas regiões norte e nordeste, das mulheres que não compareceram a nenhuma consulta. Nessas regiões, também houve um acréscimo do número de consultas, efetivadas pelas gestantes, atingindo quase um terço dos casos, estes números não são motivo para comemoração, pois as gestantes sem nenhuma consulta ainda representam um índice de, aproximadamente, 3% do total de gestantes, e apenas 52 % delas fizeram sete ou mais consultas.²⁷

Outro aspecto que interfere no início do pré-natal é a motivação das grávidas para a procura da assistência. Em um estudo realizado, no ano de 2005, apontou para os fatores sócio-econômico-culturais como influenciadores do momento em que a mulher decide matricular-se, para o início do pré-natal, estes fatores identificados anteriormente, também determinam com que freqüência a mulher grávida comparece ao serviço²⁸.

Outro problema da assistência à gestante está relacionado com a qualidade da atenção pré-natal, as principais falhas apontados em estudo realizado em 2007 referem-se ao não cumprimento das normas e rotinas básicas por parte dos profissionais, ao não preenchimento de registros e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades das clientes.²⁹

Tanaka³⁰ salienta que os profissionais ligados ao pré-natal transformam em rotina e simplificam esta atenção além do desejável, o que compromete sua qualidade e efetividade. As novas orientações e rotinas introduzidas pelos programas não são colocadas em prática, o que resulta na continuidade de uma atenção inadequada.

O Ministério da Saúde¹ reconhece a situação de não adequação dos esforços empreendidos até o momento na melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal e puerpério no país e declara a necessidade de um esforço coletivo neste sentido.

Dentre os esforços indicados para a melhoria da atenção à gestante, está a avaliação contínua dos serviços de pré-natal, de forma a aperfeiçoar e transformar a realidade da assistência à mulher, no Brasil.³¹

1.5 - ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM MINAS GERAIS

A assistência à saúde da mulher no estado de Minas Gerais foi construída com base em um contexto nacional, portanto, está descentralizada e hierarquizada, cabendo tanto ao estado, quanto ao município o desenvolvimento das ações de saúde, de acordo com sua área de abrangência.

No que tange à saúde da mulher e da criança, os Programas desenvolvidos no estado de Minas Gerais são: o Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento (PHPN), implantado a partir de junho de 2000, e o Programa Viva Vida.^{24,32.}

O PHPN foi instituído pelo Ministério da Saúde, pela portaria nº. 569 de 01/06/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específicas às gestantes, ao recém nascido e à mãe no período do pós-parto, considerando como prioridades: reduzir a mortalidade materna infantil, adotar e ampliar medidas que assegurem um melhor acesso à cobertura e em qualidade, durante o

acompanhamento ao pré-natal, e avaliar as ações já adotadas pelo ministério da saúde na área de atenção à gestante.²⁴

Assegurar o acesso ao serviço de saúde e a cobertura numa perspectiva fundamentada no direito à cidadania, da qual todo cidadão brasileiro deve ser beneficiário, são aspectos humanísticos sobretudo evidenciados nestes programas.^{21, 22, 24.}

O objetivo primordial do PHPN fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende aspectos fundamentais, como a convicção de que é dever da unidade de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e ou recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária, por parte do profissional de saúde, e a organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor e instituir rotinas no serviço de saúde que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O PNPH está estruturado, devendo atender a todas as gestantes, garantindo-lhes o acesso ao atendimento.²⁴

O PHPN estabelece parâmetros para a assistência pré-natal, tais como: a realização da primeira consulta até 120 dias da data da última menstruação; garantia à mulher de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre, e uma consulta no puerpério, até, no máximo, quarenta e dois dias após o nascimento. Além disto, preconiza a anamnese geral e obstétrica na primeira consulta, com a solicitação de exames laboratoriais básicos, como: tipagem sanguínea e fator Rh, hemoglobina e hematócrito, VDRL, glicemia de jejum, urina tipo I, HBsAg e sorologia para toxoplasmose, assim como assume o dever de ofertar à mulher o exame anti-HIV^{1, 24}.

O Ministério da Saúde recomenda que se inicie o acompanhamento ao pré-natal o mais precoce possível, a fim de identificar fatores de risco e ou condições que afetem a saúde da gestante e ou do feto. Reduzindo, assim, as situações que contribuam para as mortes maternas e ou fetais¹.

Os cuidados oferecidos durante o pré-natal são fundamentais para o preparo da maternidade e não devem ser encarados como uma simples assistência e, sim, como trabalho de prevenção de intercorrências clínicas obstétricas e assistência emocional, observando os princípios do sistema único de saúde e suas interfaces da integralidade e equidade³³. O profissional que presta assistência pré-

natal deve conhecer a fisiologia da gravidez, a fisiopatologia das intercorrências e as modificações do ciclo gravídico puerperal³⁴. Dentre esses aspectos que foram observados como a existência de falhas no teste de HIV durante o pré-natal, a avaliação minuciosa desses exames, permite-se adotar condutas adequadas e oportunas, para que a gestação culmine com a chegada de um recém nascido saudável e uma mãe livre de complicações.³⁵

Para Silveira³⁶, a avaliação da atenção dispensada às mulheres deve observar não apenas os aspectos biológicos trazidos no planejamento da assistência, mas deve também, considerar os aspectos socioeconômicos, ambientais e os educacionais, pois se sabe que, as mulheres com baixos indicadores nestas áreas estão mais vulneráveis, conduzindo para o aumento da mortalidade materna.

O governo do estado de Minas Gerais vem implantado gradualmente em todo o estado, o Programa Viva Vida, baseado no princípio de equidade, engajado na lei 8.080/90, oferece suporte nas regiões com maior taxa de mortalidade infantil e materna, e as atividades identificadas como prioritárias são: o planejamento familiar, o pré-natal, o parto e o puerpério.^{32.37}

Dentre as atividades desenvolvidas, estão diversas ações que buscam o atendimento humanizado e a garantia de acesso à rede de saúde, atendimento de qualidade e humanizado, sendo estes definidos em três grandes áreas: estruturação e qualificação da rede assistencial, melhoria da qualidade das informações e mobilização social.

Visando à melhoria da geração de novos dados, estão sendo criados, em todo o estado, os Comitês de Investigação de Prevenção da Mortalidade Materna.

Além disto, destaca-se a importância da mobilização social, que se baseia na apresentação dessa estratégia a todos os setores da sociedade, provendo a co-responsabilidade da comunidade na questão saúde.³²

Até o presente momento, foram capacitados, no estado, 8.500 profissionais para integrar Os Comitês de Morte Materna, por meio de protocolos clínicos, que são os instrumentos didático-pedagógicos que reordenam as diretrizes e as recomendações, com base em evidências científicas, para que os profissionais de saúde possam concretizar a atenção à mulher.³²

Observa-se, em Minas Gerais, um crescente número de gestantes que obtiveram consultas durante o pré-natal. Em 2002, 49,96% das mulheres gestantes haviam realizado sete ou mais consultas de pré-natal, e, em 2004, este valor

aumentou para 56,17%. Estes indicadores apontam o aumento de cobertura das mulheres durante a gravidez.³⁸

Os indicadores epidemiológicos que demonstram as informações sobre a mortalidade das mulheres em idade fértil, o número de nascidos vivos em associação ao tipo de parto, número de consultas realizadas durante o pré-natal, número de mulheres que obtiveram resultado positivo para HIV durante a gestação, a incidência de sífilis congênita, a imunização de mulheres contra difteria e tétano durante a gravidez, avaliação do estado nutricional das gestantes e das nutrizes, e também as intercorrências de internações por complicações da gravidez parto e puerpério, são marcantes no estado de Minas Gerais, pois, na comparação com os mesmos indicadores de outros estados da Federação, estatísticos e epidemiologistas os avaliam como excelentes.³⁸

No que se refere aos programas de saúde implantados no município, foco deste estudo, tem-se o Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento (PHPN), que ocorreu no ano de 2004, cuja efetivação consolidou-se apenas em julho 2006. Esse evento foi considerado um marco na atenção à saúde da mulher no município, pois representou a oportunidade de melhorar os indicadores epidemiológicos da assistência ao pré-natal.

Essa nova abordagem de assistência às gestantes estabelece os critérios técnicos para a intervenção com as mulheres grávidas e determina que as gestantes devam ser cadastradas no Sistema de informação do Pré-natal (SISPRENATAL)²⁴, que permite um melhor acompanhamento das mulheres, não só pela equipe técnica, mas também pelo gestor.

O Programa Viva Vida também está implantado no município, sendo que seu principal objetivo é a investigação e prevenção das mortes maternas. Apesar disto, ainda ocorrem mortes relacionadas à maternidade que não são devidamente notificadas.

No Brasil, no ano de 2005, ocorreram 1.620 mortes relacionadas à maternidade, sendo que 5,49% aconteceram no estado de Minas Gerais. Destas, mortes algumas ocorreram no município de Araguari, entretanto nenhuma delas foi notificada, segundo dados do Ministério de Saúde.³⁸

Este contexto corrobora para uma inadequação nas notificações dos óbitos maternos ocorridos no Brasil e no município.

As deficiências da atenção pré-natal no município relacionam-se, ainda, com a falta de políticas públicas que garantam a equidade da assistência nas

diversas regiões, pois problemas como falta de cotas de exames laboratoriais para as gestantes, falta de vagas para a assistência pré-natal, falta de substituição de profissionais em casos de férias, licenças e demissões, são vivenciados por quem integra as equipes de saúde. Estas dificuldades estão presentes tanto nas áreas de abrangência das Unidades Estratégia Saúde da Família, como nas Unidades Básicas de Saúde.

OBJETIVO

2.1- Objetivo Geral

Avaliar a captação das gestantes para o início da assistência pré-natal, no município de Araguari-MG.

2.2- Objetivos específicos

- Verificar o indicador “primeira consulta realizada até 120 dias da identificação da gravidez”, no município.
- Verificar como ocorreu o encaminhamento da gestante para o início do pré-natal.
- Comparar os exames básicos, preconizados pelo Ministério da Saúde para o pré-natal, realizados antes e após 120 dias de gestação.
- Verificar o número de consultas realizadas durante o pré-natal.
- Comparar a assistência obstétrica entre o PSF e o CEAAMI.

MÉTODOS

3.1 - TIPO E LOCAL DA PESQUISA

Estudo descritivo, exploratório, de campo, com abordagem quantitativa, que foi desenvolvido em um município do interior do estado de Minas Gerais, localizado no Triângulo Mineiro, com, aproximadamente, 104.196 habitantes³⁹.



A rede básica de saúde do município está constituída por doze (12) equipes do Programa Saúde da Família (PSF), que passou a denominar-se Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essas equipes atendem 42.383 pessoas⁴⁰ da população do município, distribuídas por diversos bairros, inclusive, a área rural. Os 62 mil habitantes restantes, que correspondem a, cerca, 60% da população são atendidos em cinco (5) Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que o atendimento pré-natal das mulheres incluídas nessa população é realizado, apenas no Centro de Atendimento e Atenção Materno Infantil (CEAAMI).

O município conta, ainda, com uma Santa Casa de Misericórdia e um serviço de urgência e emergência que presta assistência contínua e ininterrupta durante as vinte e quatro horas por sete dias da semana.

A assistência pré-natal é realizada tanto pelas equipes da Estratégia Saúde da Família como pelo CEAAMI, entretanto, é importante ressaltar que há diferenças substanciais na forma de atendimento.

A ESF disponibiliza uma linha de atendimento diferenciado para as gestantes e que envolve a identificação, pelos ACS, das mulheres com atraso menstrual na comunidade, para um provável diagnóstico de gravidez. Ao ser detectada uma mulher com atraso menstrual, o ACS agenda imediatamente a primeira consulta pré-natal.

As mulheres que não residem na área de abrangência das equipes de ESF, para agendar uma primeira consulta devem encaminhar-se ao CEAAMI e obter uma das 24 guias distribuídas diariamente para consulta, entre todos os usuários que freqüentam o Centro. Esse procedimento, muitas vezes, retarda o início da assistência pré-natal, pois não é dada prioridade à mulher, possivelmente, grávida, na obtenção da senha.

Ressalta-se que todas as gestantes de risco, mesmo as atendidas no ESF, são encaminhadas para realizar o acompanhamento pré-natal no Centro de Atendimento e Atenção Materno Infantil (CEAAMI), e todos os partos do município, de risco ou de baixo risco, são realizados na Santa Casa de Misericórdia.

3.2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fizeram parte deste estudo todas as gestantes cadastradas no SISPRENATAL (Sistema de Informação de Pré-Natal) (Anexo E) do município de Araguari, no período de 1 de julho a 31 de dezembro de 2006, o que representou uma população de 475 mulheres. Sendo que, destas, 199 estavam inscritas nas Unidades Básicas de saúde da Família, e 276, no (CEAAMI).

Esse período foi determinado em virtude do início do cadastramento das gestantes no SISPRENATAL (Sistema de Informação de Pré-Natal) ter ocorrido a partir de julho de 2006, nesse município.

A amostra foi por conveniência, e abrangeu as 147 gestantes que preencheram os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos no momento da entrevista;

-
- Estar cadastrada no SISPRENATAL;
 - Ter realizado o pré-natal no município;
 - Ter a data provável do parto até o dia 30 de maio de 2007;
 - Ser localizada na comunidade;
 - Ter em mãos o cartão da gestante;
 - Aceitar fazer parte do estudo assinando o Termo de Consentimento.

Livre e Esclarecido. (Anexo A)

Ressalta-se que, no período determinado para a coleta dos dados, foram cadastradas 475 mulheres no SISPRENATAL, entretanto não puderam integrar a amostra 328 gestantes que não preencheram os critérios de inclusão. Destas, 75 tinham data provável do parto após trinta de maio; 91 eram menores de 18 anos; e 32 haviam abortado. Duas não foram incluídas na amostra por duplicidades de cadastro, e quatro não estavam com o cartão da gestante em mãos no momento da entrevista. Além dessas, outras 124 não foram localizadas por motivos diversos, como: endereço incompleto, mudança de endereço, entre outros.

3.3 - COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nos meses de julho e agosto de dois mil e sete, pelo próprio pesquisador.

3.3.1 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, foi criado um instrumento (Anexo B), que constou de três partes: a primeira possibilitou a coleta dos dados sociodemográficos das mulheres que participaram da amostra da pesquisa e incluiu: idade, local onde realizou o pré-natal, estado civil, cor referida, escolaridade, renda familiar, ocupação, dados de emprego e desemprego e número de pessoas no domicílio. A segunda parte do instrumento referiu-se à entrevista com as mulheres e constou de duas

perguntas: quem a encaminhou para a primeira consulta de pré-natal e como ela agendou a primeira consulta.

A terceira parte do instrumento constou de dados transcritos do cartão da gestante, a saber: número de gestações, paridade, aborto, filhos vivos; data da última menstruação (DUM); data provável do parto (DPP); idade gestacional na primeira consulta de pré-natal; data dos resultados dos exames básicos (Hemograma, Urina, ABO-RH, Glicemia, Anti-HIV, VDRL, Toxoplasmose); idade gestacional em semanas na data do último exame; e o número de consultas realizadas durante o pré-natal.

3.3.2 - PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

As mulheres com a data provável do parto até o dia 30 de maio de 2007 foram identificadas por meio de seu endereço, pelas informações contidas no SISPRENATAL²⁴, pois todas as gestantes, quando iniciam a assistência pré-natal, são cadastradas, nessa base de dados.

Após essa identificação, o pesquisador localizou o endereço da gestante, na mesma base de dados, e realizou a visita domiciliar. Nesse momento, explicou à gestante os objetivos do estudo, sua finalidade, a importância de sua participação e que não haveria riscos pessoais para ela em fazer parte da pesquisa. Após as explicações, as mulheres que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido. (Anexo A). Ressalta-se que nenhuma mulher recusou-se a participar.

3.4 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Em observação ao Decreto 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre a pesquisa com seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos - UnG e aprovado. (Anexo C). Houve também a solicitação e autorização formal do Secretário de Saúde do município onde o estudo foi realizado (Anexo D), e todas as gestantes que aceitaram fazer

parte da amostra assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

3.5 - ANÁLISE ESTATÍSTICA.

Na elaboração do relatório técnico, foram utilizados os softwares: MSOffice Excel, versão 2000, para o gerenciamento do banco de dados; SPSS for Windows versão 12.0 - Statistical Package for the Social Science, para a execução dos cálculos estatísticos, elaboração e edição de gráficos e na composição das tabelas e redação o MSOffice Word, versão 2000.

Para as comparações, foi aplicado o teste Exato de Fisher, com o objetivo de verificar se existiu diferença entre os dados coletados. Abaixo de cada tabela de cruzamento das variáveis, estão expostos os resultados da significância do teste p-valor, sendo que, para valores menores do que 0,05 ($p\text{-valor} < 0,05$), considerou-se que existe diferença estatisticamente significativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, foram entrevistadas 147 mulheres e analisados alguns registros do cartão destas gestantes. A amostra deveria ter sido de 271 mulheres, entretanto, como já referido, 124 (45,7%) não puderam integrar a amostra por motivos diversos, como: endereço incompleto, mudança de endereço, entre outros. Em estudo desenvolvido no Paraná, os autores apontam uma perda amostral de 30% das gestantes cadastradas no SUS, por motivos semelhantes aos desta pesquisa⁴¹.

Os resultados deste estudo estão apresentados como se segue:

Dados Sócio-demográficos

Dados da Entrevista

Dados do Cartão da Gestante.

4.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo as variáveis, estado civil, cor, escolaridade. Araguari. 2007

Variáveis	N	%
Estado Civil		
Solteira	34	23,1
Casada	61	41,5
União estável	46	31,3
Viúva	4	2,07
Separada	2	1,04
Cor (referida)		
Branca	76	51,7
Negra	17	11,6
Amarela	2	1,04
Parda	44	29,9
Mulata	8	5,04
Escolaridade		
Analfabeta	3	2
Fundamental Incompleto	38	25,9
Fundamental Completo	18	12,2
Médio Incompleto	32	21,8
Médio Completo	48	32,7
Superior Incompleto	3	2
Superior Completo	5	3,04

Base: 147 gestantes

A Tabela 1 possibilitou caracterizar a amostra quanto ao estado civil, cor referida e escolaridade. No que tange ao estado civil, 72,8% das mulheres tinham companheiro fixo, sendo que 41,5% eram casadas e 31,3% viviam em união estável. Esta variável é importante para o início precoce do acompanhamento do pré-natal, visto que as mulheres que não têm um companheiro fixo tendem a enfrentar maiores dificuldades na aceitação da gestação, o que pode constituir-se em uma busca mais tardia da assistência.^{29.}

A presença de companheiro pode contribuir positivamente para o acompanhamento da mulher durante o seu ciclo gravídico-puerperal, pois representa uma forma de apoio importante. O fato de a mulher viver com o pai do bebê que está gestando podem estar associados à adequação da utilização do serviço de pré-natal.^{42.}

Os profissionais que atendem essas mulheres devem valorizar respeitar e, sobretudo, oferecer condições para que os seus companheiros sejam co-participantes dessa etapa da vida, que é singular para quem a vivencia.

Neste estudo, a questão da cor foi auto declarada, e a maioria das mulheres (51,7%) informou ser branca; 29,9% pardas; e 11,6% negras. Neste contexto, a principal limitação encontrada referiu-se ao padrão classificatório de cor, pois houve dissenso, entre a cor da pele auto atribuída e a opinião do pesquisador.

Estudo realizado com gestantes, em Juiz de Fora - Minas Gerais, encontrou também predominância da cor branca entre as mulheres que compuseram a amostra (64,9%)^{3.}

No que tange à escolaridade, o maior percentual encontrado foi o de ensino médio completo (32,7%), ou seja, onze anos de estudo. Entretanto havia 2% de mulheres analfabetas, e 25,9% não concluíram o ensino fundamental.

A baixa escolaridade pode ser um fator que dificulta a assistência pré-natal, pois interfere na compreensão das informações, no acesso ao serviço de saúde, no desconhecimento da mulher quanto aos seus direitos como cidadã, o que pode acarretar em um início tardio da assistência e agravar riscos de morbidade materna.

Estudo realizado sobre a assistência pré-natal concluiu haver uma associação entre as variáveis, escolaridade, renda familiar e o fato da mulher não ter

companheiro fixo, com a inadequação da assistência ao pré-natal, ou seja, essas variáveis podem influir negativamente na busca e na manutenção da assiduidade da mulher ao pré-natal.⁴³

Outra pesquisa realizada no estado de São Paulo aponta que as variáveis anos de estudo, não estar casada, e a renda familiar per capita determinaram diferença significativa no número menor de consultas realizadas pela gestante.⁴⁴

O estudo que aplicou índices observando as desigualdades sociais a fim de avaliar a adequação da atenção pré-natal e associou as variáveis: cor, local de residência, viver com o pai da criança e escolaridade, verificando que: as mulheres negras e pardas, as que residiam em favela, com menor número de anos de escolaridade e que não viviam com o pai do bebê tiveram maior percentual de inadequação na utilização do serviço de pré-natal. Assim, fica demonstrado o peso dessas variáveis na atenção à gestante⁴².

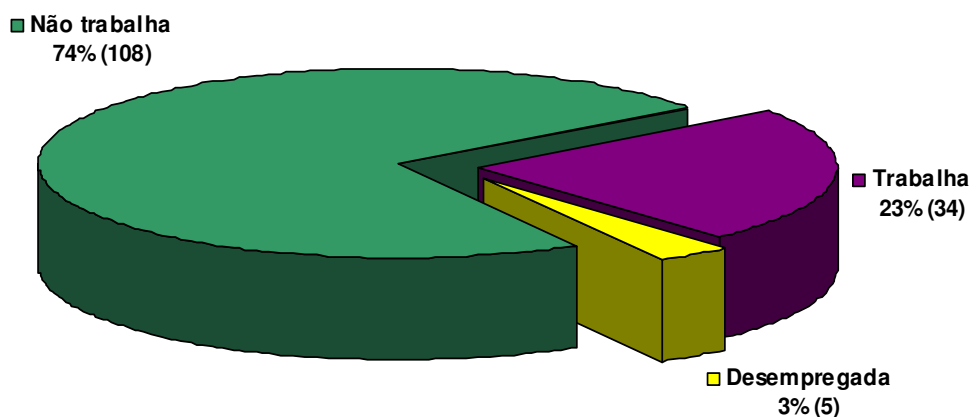


Figura 1. Distribuição da amostra segundo a situação empregatícia.

Araguari, 2007.

Na figura 1, observa-se que a maioria das mulheres que compuseram a amostra (74%) referiu não possuir trabalho, 23% declararam que estavam trabalhando e apenas (3%) informaram estar desempregadas no momento da entrevista.

Esses dados são compatíveis com os apresentados em outro trabalho realizado com mulheres de baixa renda e que apontam altos percentuais de mulheres que não desempenham atividade remunerada.⁴⁵

Ao analisar a ocupação das gestantes que compuseram a amostra, observou-se que as que exercem função remunerada (23%) ocupam postos de trabalho, como o serviço de doméstica, diarista, serviços gerais e garçomete, situação comum em todo o país, onde a mulher, na maioria das vezes, está subempregada.

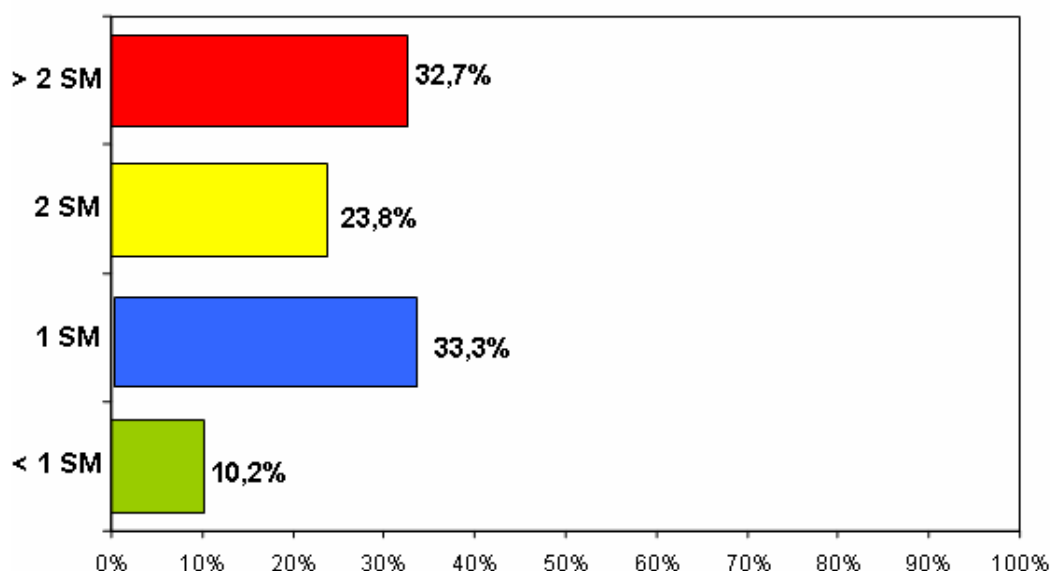


Figura 2. Distribuição de freqüência da amostra segundo a renda familiar. Araguari, 2007.

Na Figura 2, nota-se que a renda familiar das gestantes que compuseram a amostra ficou em sua maioria (57,1%) entre 1 e 2 salários mínimos, sendo que 10,2% das famílias sobrevivem com menos de 1 salário, e 32,7%, com renda superior a dois salários mínimos.

Em estudos realizados em diferentes anos encontrou-se uma relação desfavorável entre baixa renda, qualidade e adequação da assistência pré-natal estão descritas, em diferentes publicações.^{46,47,48.} Estes estudos fazem uma correlação entre condições socioeconômicas desfavoráveis e problemas na gestação, como prevalência de anemia, busca tardia para início do pré-natal e elevação do risco de morbimortalidade.

Tabela 2. Apresentação da distribuição, das variáveis quantitativas, idade e número de pessoas no domicílio. Araguari, 2007.

	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	147	25,70	25,00	6,21	18	45
Nº. de pessoas no domicílio	147	4,39	4,00	1,71	02	13

A idade média das mulheres que compuseram a amostra foi de 25,7 anos, com uma variação de 18 a 45 anos. Portanto, pode-se considerar como uma população jovem. Dado semelhante foi encontrado em outros estudos que encontraram como idade média das gestantes 26,0 24,7 e 25,1 anos, respectivamente.^{29, 49, 50, 51.}

O fato das mulheres serem adultas e jovens pode influenciar na maturidade para tomada de decisões, pois as gestantes adolescentes em geral apresentam piores indicadores de assistência pré-natal.^{52.} Estudo que analisou a adequação da assistência pré-natal, utilizando o Índice de Kotelchuck, evidenciou que as gestantes acima de 35 anos, obtiveram maior percentual de adequado do que as de faixa etária entre 20 e 34 anos, e as adolescentes foram as que tiveram os maiores percentuais de inadequação.^{53.}

Por outro lado, a idade é fator importante para ser observado durante a gestação, pois são evidenciados riscos para mulheres que se encontram na faixa etária de 35 anos ou mais.^{54.}

Quanto ao número de pessoas que residem no mesmo domicílio encontrou-se uma média de 4,39 sujeitos, com uma variação de 2 a 13 indivíduos. Resultados semelhantes são apontados em outros estudos que referem médias de 4,9 e 4,0 pessoas por domicílio.^{29, 50,}

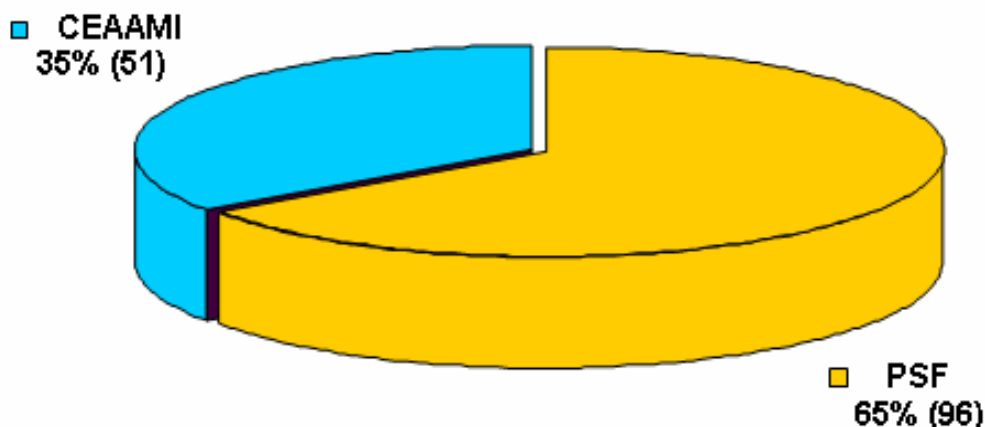


Figura 3. Distribuição da amostra segundo o local da assistência pré-natal.
Araguari, 2007.

No que se refere ao local onde as mulheres foram atendidas, encontrou-se que a maioria (65%) foi atendida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e apenas 35% foram atendidas no Centro de Atenção e Acompanhamento Materno Infantil (CEAAMI), que presta assistência à mulher gestante e crianças que não residem na área de abrangência do ESF.

Pelo cadastramento do SISPRENATAL, ²⁴ estes dados, deveriam estar com resultados inversos, pois houve um maior número de mulheres cadastradas, no período determinado para a coleta de dados, no CEAAMI (276). Isto pode ser explicado pelo fato, no qual o Agente Comunitário de Saúde (ACS) conhece a comunidade e informarem ao pesquisador algumas alterações nos cadastros das gestantes do PSF, como há mudança de endereço ou endereço incompleto. A informação possibilitou a localização de maior número de gestantes no PSF.

Neste contexto a participação dos ACS foi decisiva na busca dos sujeitos para a entrevista. Além disto, mostrou que, eles, em termos de conhecer a comunidade, estão cumprindo o papel que lhes é atribuído.

4.2 DADOS DA ENTREVISTA

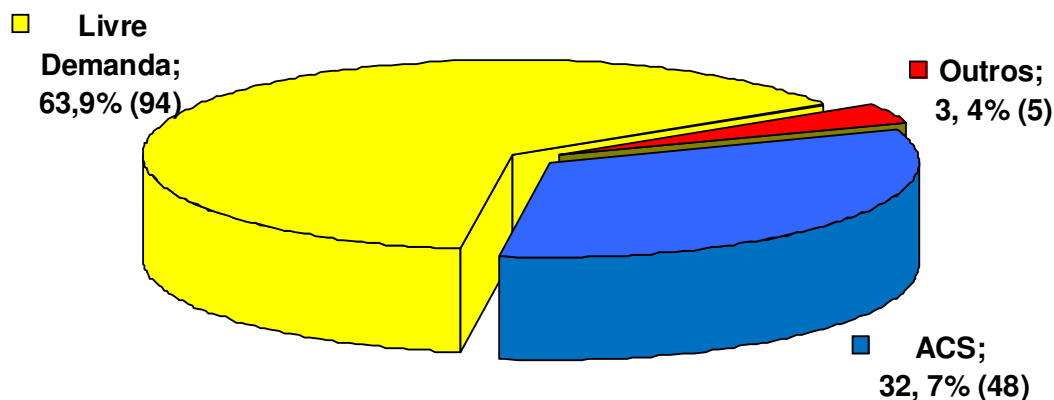


Figura 4. Distribuição da amostra segundo encaminhamento ao pré-natal. Araguari, 2007.

Verifica-se, na Figura 4, que a maioria das mulheres (63,9%) compareceu ao serviço de saúde para a primeira consulta por livre demanda, ou seja, procuraram espontaneamente o serviço, 32,7% foram encaminhadas por Agente Comunitário de Saúde (ACS), enquanto 3,4% foram encaminhadas por outros profissionais ou parentes.

Esse dado é surpreendente, pois a maioria das mulheres (65%), segundo os dados da Figura 3, foi atendida em Unidades da ESF, portanto, deveriam ter sido identificadas, na comunidade, na visita domiciliária, realizada pelo ACS. Entretanto apenas 32,7% foram encaminhadas pelo agente, ou seja, está havendo uma falha no desempenho do papel do ACS no município.

O Ministério da Saúde⁰¹ estabelece, como uma das atribuições do Agente Comunitário de Saúde, a captação de gestante na comunidade para inscrição no pré-natal.

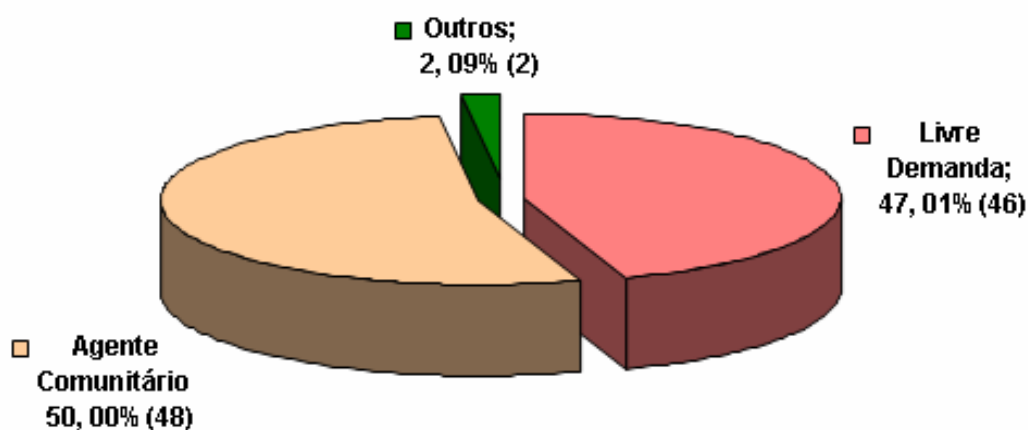


Figura 5 Distribuição das mulheres atendidas na ESF e sua forma de encaminhamento ao pré-natal , Araguari,2007.

Na Figura 5, está apresentada a distribuição das mulheres assistidas na ESF e sua forma de encaminhamento para o início do pré-natal. As mulheres que buscam espontaneamente o serviço, mesmo estando na área de cobertura da ESF, representaram um percentual de 47,1% ,enquanto os encaminhamentos realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde foram de 50,%, e 2,9% das mulheres relataram outra forma de encaminhamento para o pré-natal.

O Ministério da Saúde é enfático, quando descreve que são atribuições específicas dos agentes comunitários de saúde que é orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando ou até agendando consultas e exames, quando necessário.

Pelos dados apresentados acima, fica mais evidentemente caracterizada a falha na captação precoce de gestantes pelos ACS junto à comunidade. Fato que pode denotar desconhecimento dos agentes comunitários em relação a sua comunidade, ou falha na educação permanente deles quanto à busca ativa de mulheres com atraso menstrual.

A portaria ministerial nº 1.886, datada de 18 de dezembro de 1997, explicita que o agente comunitário de saúde deve realizar a identificação e o encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência; realizar visitas domiciliares periódicas para o monitoramento das gestantes, priorizando a atenção nos aspectos de desenvolvimento da gestação;

acompanhar o seguimento do pré-natal; identificar sinais e sintomas de risco na gestação.⁶

Há que se considerar, entretanto, outras possibilidades para o déficit de captação da gestante pelo ACS, quais sejam: situações peculiares na organização administrativa dos recursos humanos, no município. É comum que os ACS não sejam substituídos quando há licenças, férias ou outras ocorrências de absenteísmo, o que, além de sobrecarregar os que estão trabalhando, prejudica a qualidade da assistência pré-natal.

Tabela 3. Cruzamento entre as variáveis de encaminhamento efetuado pelo ACS, Livre Demanda e IG na 1ª Consulta. Araguari. 2007

		Encaminhamento pré-natal			
		ACS	Livre demanda	Total	
IG primeira consulta	<= 6 semanas	N	9	13	22
		%	18,8%	13,8%	15,5%
	7 a 10 semanas	N	18	47	65
		%	37,5%	50,0%	45,8%
	11 a 14 semanas	N	12	24	38
		%	25,0%	25,5%	25,4%
	15 – 18 semanas	N	5	8	13
		%	10,4%	8,5%	9,2%
	>= 19 semanas	N	4	2	6
		%	8,3%	2,1%	4,2%
Total		N	48	94	142
		%	100,00%	100,00%	100,00%

p-valor = 0,329 (teste Exato de Fisher)

Pela Tabela 3, verifica-se que não houve diferença estatisticamente significativa no cruzamento das variáveis, encaminhamento realizado pelo ACS e livre demanda com a idade gestacional na primeira consulta.

Uma inferência que pode ser feita, observando-se os dados da Tabela 3, é que os ACS encaminham um percentual maior de mulheres apenas quando estas já se encontram com idade gestacional igual ou maior que 19 semanas. Possivelmente, os ACS não estão questionando as pessoas sobre as condições de

saúde das mulheres e só as encaminham para a primeira consulta, quando a gravidez se evidencia pela proeminência do abdome.

Tabela 4. Distribuição das respostas das mulheres sobre como foi conseguir marcar a 1ª Consulta. Araguari, 2007.

Como foi para a mulher marcar a primeira consulta	N	%
Fácil	63	42,08
Foi agendada pelo ACS	48	32,06
Dormiu na fila	20	13,61
Difícil	11	7,48
Agendado por profissional.	05	4,77
TOTAL	147	100,00

Na análise da Tabela 4, pode-se verificar que, para 42,08% das mulheres entrevistadas, a marcação da primeira consulta foi considerada tarefa simples, e, para 32,06%, o agente comunitário de saúde realizou o agendamento. A relevância do momento inicial do vínculo da gestante com serviço de saúde e sua forma de acesso são fatores decisivos, no início do pré-natal. Neste estudo a maioria das mulheres (74,14%) julgou o acesso fácil, se considerar a somatória daquelas que asseguraram ser fácil, com aquelas que tiveram o agendamento efetuado pelo ACS. Entretanto 21,09% delas obtiveram com dificuldade o agendamento da primeira consulta. Seria recomendável que se procedesse à verificação dos motivos que impedem o agendamento, assim como sobre quais são as Unidades onde existem obstáculos para as mulheres iniciarem a assistência pré-natal.

Sabe-se que a dificuldade de acesso, bem como o fato de terem que dormir na fila para agendar sua primeira consulta prejudicam ou mesmo retardam a assistência ao pré-natal.⁴¹

Comparando os dados da presente pesquisa a de outro estudo, observa-se que os percentuais estão próximos, pois 26,67% das mulheres entrevistadas

também citaram a dificuldade no acesso ao serviço de saúde, para agendar sua primeira consulta.⁴⁹

Tal situação caracteriza descaso e falta de respeito do serviço para com as usuárias que têm o direito a uma assistência digna, sendo uma forma de exclusão social da mulher. “A falta de condições econômicas afeta diretamente a saúde das mulheres, pois aumenta suas demandas sociais e dificulta seu acesso aos direitos e serviços”.⁵⁴

4.3 - DADOS DO CARTÃO DA GESTANTE

Tabela 5. Distribuição dos dados obstétricos da amostra, número de gestação, paridade, aborto e filhos vivos. Araguari, 2007.

Variáveis	N	%
Gestação		
Primeira	50	34,0
Segunda	54	36,7
Terceira ou mais	43	29,3
Paridade		
Nulípara	62	42,2
Uma	52	35,4
Duas ou mais	33	22,4
Aborto		
Nenhum	118	80,3
Um	27	18,4
Dois	2	1,4
Filhos Vivos		
Nenhum	62	42,2
Um	53	36,0
Dois ou mais	32	21,8

Base: 147 gestantes

Os dados obstétricos revelaram que 36,7% das mulheres estavam na segunda gestação, 34 % eram primíparas, e 29,3% estavam na sua terceira gestação, ou mais.

A importância da identificação da história reprodutiva anterior⁰¹ como número de gestações, paridade, aborto e o número de filhos vivos, bem como a sua

anotação no cartão da gestante, deve ser conduta permanente entre os profissionais de saúde que prestam assistência à gestante, pois essas informações são fundamentais na classificação e identificação da gestação de risco.

A literatura médica mostra risco obstétrico aumentado na primeira gravidez, talvez pela maior incidência de complicações diagnosticadas durante o pré-natal. Porém há uma melhora nas gestações subseqüentes, agravando-se após a quinta gravidez. Observa-se nas mulheres com múltiplas gestações, há existência em uma freqüência maior de intercorrências como: diabetes, hipertensão, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta.⁵⁶ Portanto, a abordagem inicial da gestante, independentemente do número de gestações, deve ser tratada de forma singular com a gestante, com a finalidade de garantir a vitalidade da mãe e do feto.

Quando as mulheres foram inquiridas sobre seus dados obstétricos 42,2% revelaram ser nulíparas, 80,3% nunca sofreram aborto, 42,2% não possuíam filhos e 36% revelaram ter apenas um filho.

Em relação à paridade, em um estudo desenvolvido por Filho⁵⁷, apresentou a associação estatisticamente significativa, entre o número de gestações e o peso da criança ao nascer, com prevalência maior quando a mãe era primípara ou tinha três filhos ou mais. Isto evidencia que a atenção dispensada às mulheres nessas condições, deve levar em consideração itens que pareçam, inicialmente, banais, mas que são fundamentais, pois podem levar a um desfecho desfavorável para gestante e ou seu concepto, caso não sejam observados de forma criteriosa.⁵⁸

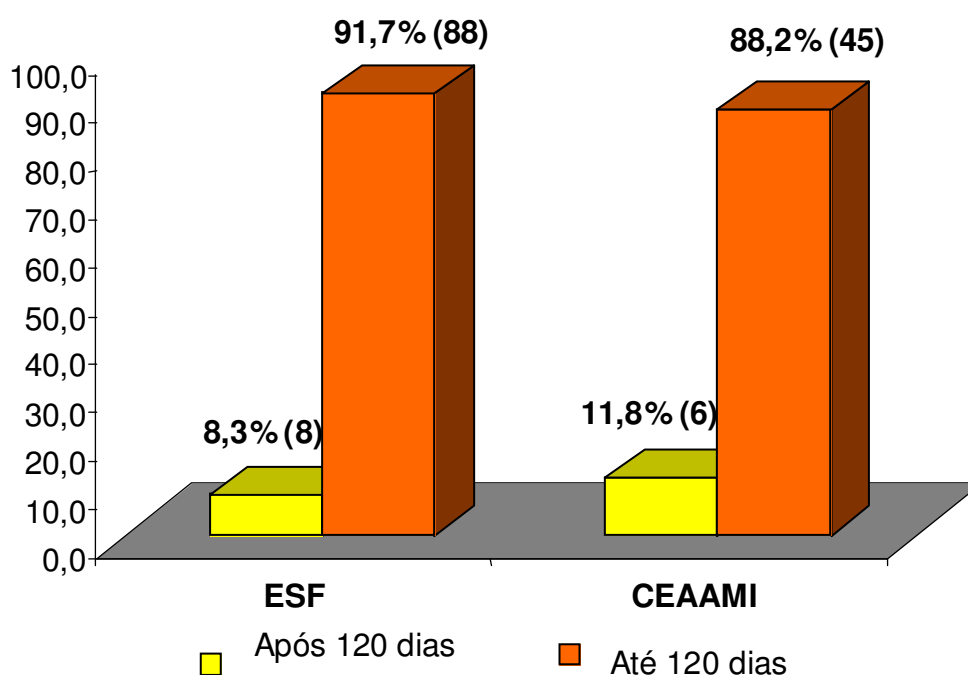


Figura 6. Distribuição da freqüência das mulheres que realizaram a primeira consulta até 120 dias ou após, no ESF e CEAAMI. Araguari, 2007.

A Figura 6 apresenta a distribuição da freqüência das mulheres que realizaram a primeira consulta até 120 dias de gestação, ou após, nas Unidades Estratégia Saúde da Família e CEAAMI.

Levando-se em conta o indicador de processo do Ministério da Saúde (MS), “primeira consulta realizada até 120 dias ou quarto mês de gravidez”, como parâmetro, os percentuais atingidos tanto pelo ESF (91,7%) como pelo CEAAMI (88,2%) são considerados adequados. O resultado da ESF mostrou-se superior ao do CEAAMI. Neste sentido, pode-se afirmar que houve captação precoce da maioria das mulheres que compuseram a amostra, independentemente, do serviço onde foram atendidas no município.

Sabe-se que a idade gestacional em que a mulher inicia o pré-natal é fator condicionante para a ocorrência de desfecho favorável do processo gestacional. É evidente que tal atitude pode ser resultante de uma estreita e complexa interação entre fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos, demográficos e de assistência à saúde. Entretanto o início precoce do pré-natal é considerado um indicador sensível da adequação do impacto dos programas de intervenção nessa área, pela relação estreita que guarda com a assistência prestada à gestante.

No Brasil, a maioria dos óbitos neonatais e perinatais estão vinculadas a causas preveníveis, relacionadas com o acesso e a utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.⁵⁸

Outra crescente forma de avaliação da assistência pré-natal, que tem merecido destaque, é o índice de adequação da utilização do cuidado pré-natal (*Adequacy of Prenatal Care Utilization*, APNCU) proposto por Kotelchuck, em 1994. Esses índices levam em conta o mês de início do pré-natal, e corroboram que mulheres que iniciam sua assistência em até 120 dias de gestação apresentam menores complicações, assim como seus filhos.^{53.}

O momento da primeira consulta pré-natal, segundo estudo de Moraes⁶⁰ refletiu-se na frequência de nascimentos pré-termo, isto é, quanto mais precoce a primeira consulta, menor o número de nascimentos de bebês prematuros. Quando a mulher realizou a primeira consulta antes da 12ª semana, menos de 6% dos fetos nasceram antes da 37ª semana de gestação. Quando a primeira visita ocorreu após a 20ª semana, 37 %, dos nascimentos foi de fetos pré-termo.

Em um estudo que avaliou a assistência pré-natal no Brasil, registrados, que identificam um incremento, no Estado de Minas Gerais, no número de mulheres que tiveram a primeira consulta até 120 dias.⁶¹

Pelos resultados da Figura 6 a ESF apresenta desempenho melhor, no que se refere ao número de consultas realizadas pelas gestantes, do que o CEAAMI.

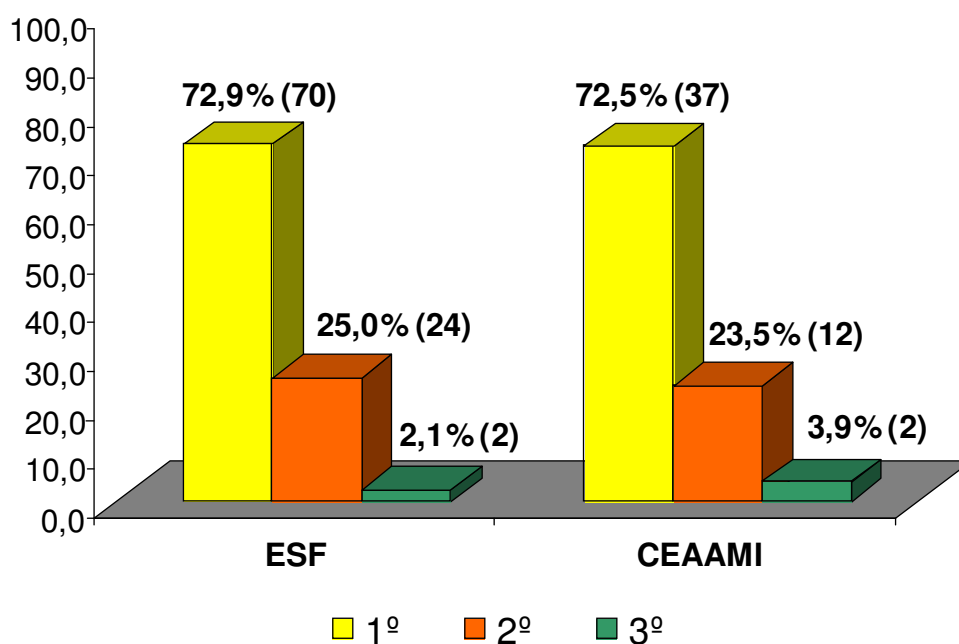


Figura 7. Distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal na ESF e no CEAAMI. Araguari, 2007.

A Figura 7 expõe a distribuição das gestantes de acordo com o trimestre de início da assistência pré-natal, tanto nas Unidades da ESF, quanto no CEAAMI.

Optou-se por apresentar os resultados obtidos para o início do pré-natal, também por trimestre de gestação, para facilitar comparações, uma vez que diversos autores utilizam esta forma de agrupamento.

Quando se distribuem as mulheres por trimestre de início do pré-natal (primeira consulta), os resultados mostram-se diferentes dos obtidos com a divisão das mulheres até 120 dias e após. Por trimestre, o desempenho dos dois serviços analisados, comparando-se as mulheres atendidas na ESF e CEAAMI, ficou muito semelhante, pois os percentuais obtidos por eles foram 72,9% e 72,5%, respectivamente. Assim, cai o nível de adequação da captação e início do pré-natal.

No entanto os resultados desta pesquisa mostram-se com melhores indicadores do que os apresentados em outro estudo, onde somente 29,7% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre.³

No entanto os resultados mostram-se melhores que outro estudo, onde apontam apenas 33,8% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre.²⁹

Noutro estudo realizado em uma instituição filantrópica na cidade de São Paulo, revelou que 57,2% das gestantes tiveram o início de sua assistência ao pré-natal no segundo trimestre de gestação, sendo este indicador muito ruim para a assistência da mulher durante este período, não atendendo as recomendações do Ministério da Saúde.⁶¹

O desempenho encontrado em outro estudo é semelhante ao achado da pesquisa, pois 72,7% das mulheres adolescentes assistidas em na unidade de saúde da família iniciaram o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre.⁶²

Na análise por dias e considerando o parâmetro estabelecido no Manual Técnico para a Assistência Pré-natal, mais recentemente, parece ter havido um afrouxamento do rigor da avaliação da adequação pelo MS. A análise por trimestre parece ser um indicador mais rigoroso.

No entender de alguns autores, os serviços que oferecem pré-natal devem garantir a precocidade do ingresso da mulher na assistência, a continuidade e média de consultas e a captação das gestantes na comunidade.^{1,63,64.}

Dias e outros autores revelam um dado interessante, quando referem que o Ministério da Saúde preconiza que a captação de gestante alcance 60%.^{65.}

Nesse contexto, há que se destacar um aspecto controverso nos anseios de melhoria do pré-natal do MS, pois, por um lado, pode-se dizer que houve um afrouxamento do indicador, pelo Ministério, que, entretanto, tem, em suas avaliações da qualidade da assistência pré-natal, reconhecido a existência de problemas, pelo percentual de gestantes com sífilis e que não realizaram o exame Anti-HIV, durante o pré-natal.^{42, 66,67.}

No município em questão, os dados da Figura 7 demonstram a inadequação do desempenho dos ACS no que se refere ao encaminhamento das mulheres gestantes para o início da assistência pré-natal.

Tabela 6. Demonstrativo dos exames laboratoriais básicos realizados até 120 dias e após, nas Unidades ESF e CEAAMI. Araguari, 2007.

Exames	PSF N=96 N (%)				CEAAMI N= 51 N (%)				p-valor
	Até 120 dias	Após 120 dias	Não realizou	Sem Data	Até 120 dias	Após 120 dias	Não realizou	Sem Data	
Hemograma	85 (88,5)	7 (7,3)	0 (0,0)	4 (4,2)	38 (74,5)	8 (15,7)	2 (3,9)	3 (5,9)	0,053
Glicemia	81 (84,4)	7 (7,3)	0 (0,0)	8 (8,3)	34 (66,7)	9 (17,6)	4 (7,8)	4 (7,8)	0,007*
VDRL	81 (84,4)	11 (11,4)	0 (0,0)	4 (4,2)	38 (74,5)	8 (15,7)	2 (3,9)	3 (5,9)	0,195
Urina I	81 (84,4)	9 (9,3)	4 (4,2)	2 (2,1)	35 (68,6)	11 (21,6)	2 (3,9)	3 (5,9)	0,086
Anti HIV	76 (79,2)	10 (10,4)	10 (10,4)	0 (0,0)	36 (70,6)	9 (17,6)	3 (5,9)	3 (5,9)	0,057
Toxoplasmose	78 (81,2)	6 (6,3)	5 (5,2)	7 (7,3)	32 (62,7)	10 (19,6)	5 (9,8)	4 (7,8)	0,043*
ABO-Rh	74 (77,1)	10 (10,5)	5 (5,2)	7 (7,3)	31 (60,8)	9 (17,6)	7 (13,7)	4 (7,8)	0,131

*Teste de Fisher (significativamente).

O Ministério da Saúde, em seu último manual técnico, em que normatiza a assistência pré-natal e puerpério, ¹ determina como exames básicos a serem solicitados na primeira consulta : ABO-RH ; Hemograma; Glicemia de jejum; VDRL; Urina tipo I; Anti-HIV e Toxoplasmose.

Na Tabela 5, estão os resultados dos exames laboratoriais realizados pelas gestantes até 120 dias, após 120 dias, os não realizados e os sem registro no cartão da gestante, atendidas no ESF e no CEAAMI.

Para a comparação do PSF com o CEAAMI, em relação aos exames, foi aplicado o teste Exato de Fisher, com o objetivo de verificar se existiu diferença entre os dois locais. Para valores menores do que 0,05 (p-valor<0,05) considerou-se que existe diferença estatisticamente significativa entre as localidades (PSF X CEAAMI).

Houve diferença em dois resultados, na Glicemia (valor p-0,007) e na Toxoplasmose (valor p-0,043), exames estes imprescindíveis na detecção de doenças que podem resultar em problemas para a mãe e para o conceito.

A Toxoplasmose representa uma infecção especialmente importante pela gravidade das lesões produzidas, muitas vezes, definitivas. O risco para transmissão vertical e gravidade das seqüelas estão relacionados a idade gestacional, em que a soro conversão materna ocorre daí a importância dos teste sorológicos ocorrem o mais precoce possível ⁶⁸.

A glicemia também é fundamental, pois algumas mulheres com níveis glicemicos normais, anteriores à gravidez, podem desenvolver o diabetes gestacional responsável, quando não tratado, por elevado índice de morbimortalidade perinatal, sobretudo, a macrosomia fetal. ¹

Na ESF, os percentuais de exames, com resultados até 120 dias, são maiores do que no CEAAMI. O que pode denotar maior empenho das equipes que atendem as gestantes na ESF, uma vez que não existe número de cota de exames maior para a ESF, ao contrário, as cotas de exames de laboratório destinadas ao CEAAMI são exclusivas para as gestantes, enquanto a cota da ESF é para todos os usuários atendidos pelas equipes, independentemente da especialidade médica, portanto, há uma cota menor destinada às gestantes na ESF.

Da mesma forma, os percentuais dos exames solicitados após 120 dias na ESF são menores do que os do CEAAMI, assim como os resultados de exames não realizados.

Quanto aos percentuais de exames sem registro no cartão da gestante, nos dois locais de atendimento, existe deficiência nas anotações. Outros estudos apontam o mesmo problema de sub-registro e inadequação dos registros no cartão das gestantes, no que se refere aos exames laboratoriais.^{3,29.}

A solicitação dos exames básicos é fundamental para a classificação do risco gestacional, detecção precoce de problemas e transmissão vertical de doenças, que influencia diretamente a morbi-mortalidade materna e perinatal.

No CEAAMI, em todos os exames básicos, houve mulheres que não os realizaram, enquanto, na ESF, quatro dos sete exames não foram realizados por alguma mulher.

Mesmo na ESF, 10,4% das gestantes não fizeram o exame Anti-HIV, o que não é justificável, pois a detecção de mulheres soro positiva é extremamente importante na transmissão vertical da doença. Das mulheres atendidas na ESF, 70,2% realizaram o teste Anti-HIV, dado superior foi verificado em um estudo realizado na região do Paraná, havendo uma cobertura 89,6% das gestantes em relação ao teste.⁶⁹

Em um estudo efetuado, em Salvador-Bahia, os percentuais são ainda mais desalentadores, pois apenas 17,6% das gestantes inscritas no Programa de Humanização do Parto realizaram o exame Anti-HIV. Estes resultados caem assustadoramente nas regiões norte e nordeste do país, chegando a 4,7% no estado do Amazonas.⁷⁰

As principais falhas, no processo de detecção da infecção pelo HIV em mulheres grávidas, são; início tardio da assistência pré-natal, que implica a não obtenção do resultado a tempo de intervenção adequada, não solicitação do exame, solicitação do exame, mas resultado tardio ou extravio do resultado.⁷¹

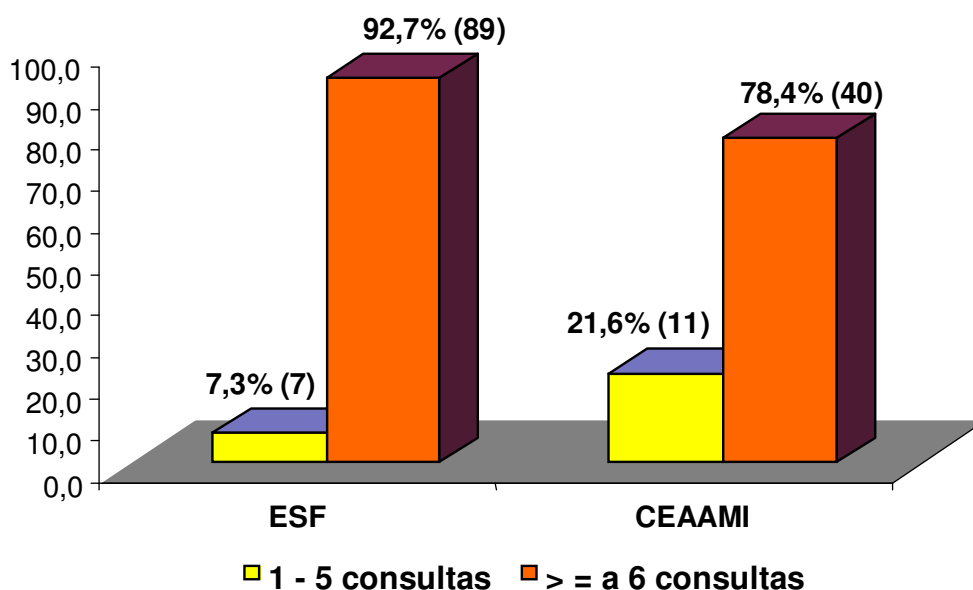


Figura 8. Distribuição do número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes nas Unidades da ESF e no CEAAMI. Araguari, 2007.

A Figura 8 assinala o percentual do número de consultas efetivadas pelas gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família e no CEAAMI.

Na ESF, houve maior percentual de mulheres que compareceram a seis consultas ou mais (92,7%), enquanto o percentual no CEAAMI foi de 78,4%. Os resultados encontrados neste estudo, na ESF, são superiores aos encontrados em outras pesquisas, que apontam percentuais inferiores no que se refere ao número de consultas. Em um deles, o percentual de mulheres que realizou mais de seis consultas foi de apenas 55,8%, enquanto, em outro, chegou a 77%.^{29, 35.}

No estudo de Barbosa²⁹, que avaliou a qualidade da assistência pré-natal em Unidades Básicas de Saúde e PSF, as Unidades de PSF obtiveram melhores escores no que tange ao número de consultas, sendo que em apenas uma Unidade de PSF 75% das mulheres realizaram menos de seis consultas, enquanto que, nas demais Unidades de PSF, o percentual de mulheres que fizeram seis ou mais consultas foi superior a 80%, em todas elas. Em contrapartida, nas Unidades Básicas de Saúde, os resultados foram inversos, ou seja, apenas em uma Unidade 86,7% das mulheres efetuaram seis ou mais consultas, enquanto, nas demais, o maior percentual de mulheres que compareceram a mais de seis consultas variou de 59,6% a 70,8%.

A melhora da assistência durante o pré-natal pode ser medida através do número de consultas que é ofertada para a mulher conforme Feliciano, à medida que aumenta o número, de consultas ao pré-natal, uma proporção significativa maior de mulheres tem acesso a informações importantes durante este período.⁷²

Em outro estudo, que avaliou a adequação da assistência pré-natal, apenas 62,9% das mulheres realizaram cinco consultas ou mais, sendo que a média foi de 6,6 consultas.⁴³

Na cidade de Criciúma, no estado de Santa Catarina verificou-se, que 77,5% das mulheres que participaram de um estudo sobre a qualidade e equidade da atenção ao pré-natal obtiveram seis ou mais consultas, valores estes que são semelhantes ao encontrado nas mulheres que realizaram o pré-natal no CEAAMI.⁷³

Os resultados das Unidades ESF têm se mostrado melhores e, portanto, dentro das expectativas e dos princípios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. É necessário, portanto, que haja empenho dos governantes para aumentar a abrangência da população atendida pelo PSF, pois, no município pesquisado, Araguari MG, por exemplo, apenas 40% têm cobertura da ESF.

Tabela 7. Estatística descritiva das variáveis da idade gestacional na 1ª consulta, e número de consultas. Araguari. 2007

	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
IG primeira consulta em semanas	147	10,16	10,00	4,07	03	26
Nº. consulta	147	7,76	8,00	2,05	01	13

A média de consultas por mulher foi de 7,78, com mediana de 8 e uma variação de 1 a 13 consultas, como pode ser observado na Tabela 7.

A média de consultas deste estudo é inferior ao encontrado em estudo semelhante efetuado no Paraná, que encontrou média de 8,6 consultas registradas no prontuário das gestantes.⁴¹ Por outro lado, o resultado é melhor do que o encontrado em Caxias do Sul, onde a média de consultas foi de 6,2.⁷⁴

O número de consultas influencia o cuidado de muitas maneiras, podendo representar, quando o número de consultas é inadequado, menos de 6, agravos e desfecho desfavorável da gestação tanto para a mãe como para a criança.⁷⁵

A associação do número de consultas que a gestante realiza durante a assistência ao pré-natal revela a qualidade do trabalho dos profissionais, sobretudo, em serviços públicos, que devem manter um esquema de busca ativa para as gestantes faltosas.⁷⁶

Em um estudo que avaliou a qualidade da assistência pré-natal de baixo risco, nenhuma Unidade de Saúde, mesmo nas de PSF, foi encontrado registro de busca ativa das gestantes que não compareciam à consulta.⁷⁶

A distribuição das consultas de pré-natal quanto à frequência e à idade gestacional pode refletir a importância do acompanhamento adequado e sua possível relação com a existência ou não de óbitos maternos. Em um estudo realizado na cidade de Uberlândia Minas Geras, observou-se a relação direta entre o início tardio do pré-natal em relação à idade gestacional, sendo assim confirmando com a morte da gestante.^{17.}

Embora os resultados deste estudo não sejam muito inferiores a outros estudos, há muito que ser melhorado no município, no que diz respeito à assistência pré-natal.

CONCLUSÃO

5 – CONCLUSÕES.

Neste estudo, foram entrevistadas 147 puérperas, que realizaram o Pré-natal nas Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Centro de Atendimento Materno Infantil do município de Araguari – Minas Gerais. Os resultados encontrados permitiram concluir que:

- A maioria das mulheres (65%) que compuseram a amostra foi atendida pela Estratégia Saúde da Família.
- 63,9% teve acesso à primeira consulta de pré-natal por livre demanda, ou seja, procuraram espontaneamente o serviço.
- Das gestantes atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), 50% foram encaminhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para o início do pré-natal e 47,01% não o foram.
- Para 74,14% das mulheres que compuseram a amostra, não houve dificuldade em marcar a primeira consulta.
- Para 21,09% delas, entretanto, houve dificuldade no acesso ao serviço, sendo que 13,61% referiram ter que dormir na fila para conseguir uma senha de atendimento.
- O indicador, primeira consulta realizada até 120 dias da identificação da gravidez, foi satisfatório para 91,7% das mulheres atendidas na ESF e por 88,2% das atendidas no Centro de Atendimento Materno Infantil (CEAAMI).
- Na ESF, os percentuais de exames solicitados e com resultados até 120 dias são maiores que no CEAAMI.
- Na comparação entre a ESF e o CEAAMI, no que diz respeito aos exames laboratoriais básicos preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), para que sejam realizados até 120 dias, houve diferença estatisticamente significativa, apenas para a Glicemia e a Toxoplasmose.
- A média de consultas realizadas pelas gestantes que compuseram a amostra foi de 7,76, com uma variação de 1 a 13 consultas.

-
- Ao que se refere ao número de consultas realizadas no pré-natal, as mulheres atendidas na ESF e que tiveram seis consultas ou mais corresponderam a 92,7% enquanto as atendidas no CEAAMI a 78,4%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

De um universo de 475 gestantes inscritas no pré-natal no município de Araguari, no período compreendido entre primeiro de julho de 2005 e 31 de dezembro de 2006, foram entrevistadas 147 mulheres, o que correspondeu a 30% do total. Embora a amostra não seja de um tamanho expressivo em decorrência das limitações do estudo, foi possível apreender dos resultados obtidos alguns aspectos e características da assistência pré-natal, dessa localidade, que merecem comentários.

Os princípios da Universalidade, Integralidade e Eqüidade, que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS), não estão sendo atendidos no município em sua totalidade, uma vez que uma parcela da população encontra, ainda, um nível de dificuldade considerável na obtenção da assistência, pelo menos no que diz respeito à atenção pré-natal.

Essa dificuldade está retratada na referência de algumas mulheres, que, para ter acesso ao serviço, tiveram que pernoitar na fila e no fato de não haver disponibilidade de exames laboratoriais básicos em número suficiente, para que todas as mulheres tenham garantido o direito de realizá-los até os 120 dias. O município dispõe de cotas limitadas de exames, que não atendem à necessidade da demanda.

Os princípios do SUS devem garantir à mulher o direito a um atendimento digno que atenda às suas necessidades de saúde, sem restrições e sem constrangimentos.

Os profissionais de saúde envolvidos com a resolutividade dos problemas, da população que atende, e comprometidos com a qualidade da assistência que prestam, devem empenhar-se na divulgação da problemática enfrentada pelos serviços e na luta pela conquista do direito que o cidadão tem à saúde.

Caracteriza-se, também como responsabilidade dos gestores, a educação permanente de toda a equipe de saúde de modo a garantir uma atenção de qualidade.

O município devera procurar ampliar sua cobertura pela ESF uma vez que as políticas públicas devem ser igualitárias para todos os cidadãos.

Este estudo poderá ter impacto na melhoria da qualidade da assistência pré-natal, se os resultados encontrados forem analisados e considerados no estabelecimento de ações corretivas e educativas para os desvios apontados, na atenção básica das gestantes, no município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. (série direitos sexuais e direitos reprodutivos. caderno, 5). Brasília; 2005.
2. Brienza AM. Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
3. Coutinho T, Teixeira BMT, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora. Rev Bras Ginecologia Obstetrícia. 2003;25(10):717-724.
4. Castilhos.C.C.Paism 20 anos depois encarte: atenção integral à saúde da mulher. Jornal da Rede Feminista de Saúde. 2005 Set;25:22.
5. Brasil. Constituição 1988. Emenda constitucional n. 9, de 9 de novembro de 1995. Lex: legislação federal e marginalia. 1995 out./dez.;59:1966. 110p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e do programa de saúde da família. Brasília, dezembro de 1997.10p.
7. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [periódico na internet]. 2004: Acesso em: 02 de novembro. 4(3):269-279. Disponível em WWW.scholar.google.com.br
8. Kawamoto . Enfermagem comunitária. São Paulo: EPU; 1987.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Departamento de ações programáticas estratégicas: Política nacional de atenção integral à Saúde da mulher, princípios e diretrizes. (série c. projetos, programas e relatórios). Brasília; 2004.
10. Cianciarullo TI, Gualda DMR, Silva GTR, Cunha ICKO. Saúde na família e na comunidade. São Paulo: Robe; 2002.
11. Junior KF. Programa Saúde da Família (PSF) comentado. Goiânia: AB; 2003.
12. Benigna MJC, Nascimento WG, Martins JL. Pré-natal no programa de saúde da família (PSF): com a palavra os enfermeiros. Cogitare Enfermagem. 2004;9(2):23-31.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. A implantação da unidade de saúde da família. Brasília; 2000.

14. Osís MJMD. Páism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Caderno de Saúde Pública. 1998;14 Suppl 1:25-32.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional de DST/AIDS. Recomendações para a profilaxia da transmissão anti-retro viral em gestantes. Brasília; 2004.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto para o desenvolvimento de saúde. Manual de condutas médicas. Universidade de São Paulo; 2002.
17. Rezende CHA, Rezende D, Irina MAA. Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997. Rev Saúde Pública. 2000 Ago;34(4):323-8.
18. Oliveira VM. Um lugar no cuidado pré-natal: possibilidades e opções das gestantes [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
19. Bittar RE, Zugaib MF. Quadro clínico e epidemiológico do pré-natal. 2001. Acesso, em 09 abr. 2008. Disponível em: <http://ids-saude.uol.com.br/psf/medicina/tema>.
20. Naganhama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação. Caderno de saúde pública. 2006 Jan;22(1): 173-179.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Implantação do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN). Área técnica de saúde da mulher. Brasília-DF; 2000.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília: Secretaria de políticas de saúde; 2000.
23. Frenk J. El concepto y la medicion de acessibilidad. Salud Publi. 1985 Fev;99(1):438-53.
24. Brasil. Ministério da Saúde. SISPRENATAL - Sistema de informação ao pré-natal e nascimento (PHPN). Brasília; 2000.
25. Tase TH. Caracterização das mulheres atendidas em um hospital escola referência para gestação de alto risco [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
26. Cianciarullo TI, Silva GTR, Cunha ICKO. Uma nova estratégia em foco: o programa de saúde da família: identificando as suas características no cenário do SUS. São Paulo: Ícone; 2005.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Disponível em: www.tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 10 de agosto. 2007.

28. Almeida SDM, Barros MBA. Eqüidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP) Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública*. 2005 Jan;17(1):15-25.
29. Barbosa MA. Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato [dissertação]. Guarulhos: Universidade Guarulhos; 2007.
30. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp; 2001.
31. Alencar Jr. CA. Projeto diretrizes. Associação médica brasileira e conselho federal de medicina. Assistência pré-natal. Federação brasileira das sociedades de ginecologia e obstetrícia; 2001. Caderno informativo, Brasília.
32. Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Programa Viva Vida-Construção dos comitês de investigação e mortalidade materna fetal e infantil. Minas Gerais; 2004.
33. Ciari JC, Santos JLF, Almeida PAM. Avaliação quantitativa de serviços de pré-natal. *Rev. Saúde Pública*. 1972 Dez; 6(4):361-370.
34. Ciari, JC. Almeida PAM. Elementos de avaliação do risco gravídico. *Rev. Saúde Pública*. 1972;6(1):57-78.
35. Marquesa HHS, Latorre MRDO, DelaNegra, M, Pluciennikd, AMA, Salomão, MLM. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, 1998. *Rev. Saúde Pública*. 2002 Ago;36(4):385-92.
36. Silveira DS, Santos IS, Dias da Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Caderno de Saúde Pública*. 2001 jan/fev;17(01):131-139.
37. Brasil. Lei n. 8080/90. Dispõe sobre princípios e diretrizes do SUS: promulgada em 19/09/1990.
38. Brasil. Ministério da Saúde. SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica). Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>> Acesso em: 10 de janeiro. 2008.
39. Brasil. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e estatística). Disponível em:< www.ibge.org.br>. Acesso em: 10 de janeiro. 2008.

40. Brasil. Ministério da Saúde. SIAB(Sistema de Informação de Atenção Básica). Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>> Acesso em:10 de janeiro de 2008.
41. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em corte de primigestas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20. Suppl.2,S220-S230.
42. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades sócio demográficas e suas conseqüências sobre o peso do recém-nascido. *Rev Saúde Pública*. 2006 jun;40(3):66-473.
43. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Fragão VMF, et al. Fatores associados e inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(04):456-462.
44. Kilsztajn S, Rossbach AC, Carmo MSN, Sugahara GT. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Publica*. 2003 Jun;37(3):303-10.
45. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Gomes MMF, Queiroz ML, Higasa DN. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. *Ver. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2005 jan/mar;5(1):87-92.
46. Rodrigues F, Costa W, Leno GML. Determinantes de utilização do cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no estado da Paraíba, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: FAPESP. 1994;28(4):284-9.
47. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1998; 14:487-92.
48. Buchabqui JA, Capp E, Ferreira J. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na Rede Básica de Atenção á Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006 jan/mar;6(1):23-9.
49. Scochi MJ. Uma proposta para avaliação da qualidade do atendimento pré-natal. *Revista Acta Scientiarum Maringá*. 2002;24(3):803-9.
50. Forte EGS, Valencia OEJ, Machado EG, CAO IM, Nunes RT, Sousa LSA, et al. Satisfação quanto e consulta pré-natal após a implantação do programa de interiorização do trabalho em saúde. *Revista da UFG*. 2004 Dez;6(n.º esp.):11-7.

-
51. Goldbaum M, Gianini RJN, Hillegonda MD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 2005;39(1):90-99.
 52. Costa MCO, Queiroz SS, Santos CAT. Condições de gestão, parto e nascimento em adolescentes e adultas jovens: Santa Casa. *Adolesc Latino am*. 1999;1(4):242-251.
 53. Leal MC, Gama SGN, Ratto KNM, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência ao pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém nascido no município do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Publica*. 2004;20 Suppl 1:S63-72.
 54. Serruya SJ. A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil. [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.
 55. Fernandes RAQ, Narchi NZ. Enfermagem e saúde da mulher. (Série enfermagem). São Paulo: Manole; 2007.236-256.
 56. Filho S, Maia MCG. Determinantes de natimortalidade em um serviço municipal de assistência hospitalar. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2007; 17:187-192.
 57. Nascimento LFC, GOTLIEB S, Davidson L. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da declaração de nascido vivo em Guaratinguetá SP, no ano de 1998. *Inf Epidemiol Sus*. 2001 set.;10(3):113-120.
 58. Alves AS. Recém-nascido de risco: fatores que contribuem para a precisão de cuidados intensivos neonatais. [dissertação]. Rio Grande: Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Programa de pós-graduação em Enfermagem; 2005.
 59. Morais EN, Afllen TL, Spara P, Beitune PE. Momento e freqüência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 1998;20(1):25-32.
 60. Koffmam MD, Bonadio IS. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2005;5 Suppl 1:S23-32.

-
61. Pinto IF, Malafaia MF, Borges JA. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. *Revista Ciências Saúde Coletiva*. 2005 jan/mar;10(1):205-213.
62. Nascimento LFC, GOTLIEB S, Davidson L. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da Declaração de Nascido Vivo em Guaratinguetá, SP, no ano de 1998. *Inf. Epidemiol. SUS*. 2001 Set;10(3):113-120.
63. Alves, AS. Recém-nascido de risco: fatores que contribuem para a precisão de cuidados intensivos neonatais. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande. 2005.
64. Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad. Saúde Pública*. 2006 Dez;22(12):2647-2655.
65. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS. Brasil CLP, et al. Fatores associados a morbidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad de Saude Publica*. 2004; 20.Suppl 1:S20-33.
66. Lansky S, Franca E, Leal MC. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad. Saúde Pública*. 2002 Set/Out;18(5):1389-1400.
67. Reis MM, Tessaro MM, D'azevedo PA. Perfil sorológico para toxoplasmose em gestantes de um hospital público de Porto Alegre. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [periódico na internet]. 2006; Acesso em: 10 de agosto. 2007 28(3):158-164. Disponível em: WWW.scholar.google.com.br
68. Misuta NM, Soares DA, Souza RKT, Matsou T, Andrade SM. Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré teste em gestante na região noroeste do Paraná. *Rev. Brás. Saúde Mater. Infant*. 2008 Abr/Jun;8(2):197-205.
69. Nascimento ER, Paiva MS, Rodrigues QP. Avaliação da cobertura e indicadores do programa de humanização do pré-natal e nascimento no município de Salvador. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [periódico na internet]. 2007; Acesso em: 02 de novembro. 2007 (2):191-197. Disponível em :WWW.scholar.google.com.br

-
70. Sousa PRBS, Szwarcwald CL, Junior AB, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-sentimela parturiente. 2002. Rev. Saúde Pública. [periódico na internet]. 2004; Acesso em: 10 de agosto. 2007 38(6):764-772. Disponível em: WWW.scholar.google.com.br
71. Feliciano KVO, Kovacs MH. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS. Rev.Bras.Saúde Mater. Infant. [periódico na internet]. 2002, Acesso em: 10 de agosto. 2007;2(2,):157-165. Disponível em: WWW.scholar.google.com.br
72. Neumann NA, Tanaka OU, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. Rev. Bras. Epidemiol. [periódico na internet]. 2003; Acesso em: 10 de agosto. 2007 6(4):307-318. Disponível em: WWW.scholar.google.com.br
73. Trevisan MR, De Lorenzi Dino RS, Araujo NM, Esber K. Perfil da Assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev.Ginecol.Obstet. 2002;24(5):293-299.
74. Mendonza SRA, César JA, Ulmi EF, Mano OS, DallAgnol MM. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco e gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2007;23(9):2157-2166.
75. Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de Saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. Revista de Saúde Publica. 2000 Dez;34(6):603-609.

ANEXOS



(Anexo A)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que eu _____ portadora do RG. Número _____ e, abaixo assinada concorda em participar da pesquisa “Captação da gestante para o pré-natal no município de Araguari-MG” **A Captação precoce da gestante, para o início do pré-natal.** ”Que tem por objetivo verificar como as gestantes são captadas na comunidade para iniciar o pré-natal. Recebi informações sobre a justificativa do estudo que é melhorar a qualidade da assistência prestada às mulheres. Declaro ainda que recebi todas as informações sobre minha participação nesse estudo, que se limitará em responder um questionário, foi-me garantido que receberei novos esclarecimentos que julgar necessário. Esclareço também, que fui verbalmente informada que não haverá riscos para minha pessoa em participar do estudo. Tomei conhecimento de que não terei custos extras e que tenho plena liberdade para recusar a participação do estudo a qualquer momento, sem penalidade alguma. Autorizo, para os devidos fins, o uso, a divulgação e a publicação dos dados e resultados obtidos do relatório final da pesquisa e em outras publicações decorrentes, com a qual estou em concordância. Recebi a garantia do sigilo que assegura a privacidade dos participantes do estudo, uma vez que os dados obtidos são confidenciais. Por estar de pleno acordo com o presente termo, assino abaixo o mesmo.

Araguari, ____/____/____. _____

Assinatura da mulher ou polegar (se analfabeta)

Certifico que informei e li textualmente o termo de consentimento informado à pessoa nomeada acima.

Araguari, ____/____/____.

Frank José Miranda Silveira
Pesquisador Responsável
COREN-MG 104607

Telefone para contato (011) 6464-11785
R. Nilo Peçanha, 81 Prédio U 6º andar.
CEP: 07011-040

(Anexo B)

Instrumento de coleta de dados

1. Dados sócios demográficos.

Iniciais do nome _____ Data da entrevista ___/___/____.

Endereço _____

Data Nascimento ___/___/____ **Estado Civil:** () Solteira () Casada () União
() Viúva () Separada

Cor : () Branca () Negra () Amarela () Parda () Mulata

Escolaridade: () Analfabeta () Fundamental Incompleto () Fundamental
Completo () Médio Incompleto () Médio Completo () Superior Incompleto
() Superior Completo.

Trabalho : () Empregada () Desempregada

Ocupação: _____

Renda Familiar: () < um salário () um salário () dois salários () > que dois
salários

Número de pessoas no domicílio _____.

2. Entrevista.

Quem encaminhou a senhora para o pré-natal? () ACS () Livre demanda
Outros _____

Como foi para a senhora conseguir marcar a primeira consulta?

3. Dados Transcritos do Cartão da Gestante

Gestação _____ Paridade _____ Aborto _____ Filhos Vivos _____.

DUM _____ DPP _____ Data 1ª consulta _____.

Idade gestacional em dias na 1ª consulta _____.

Data dos resultados: da primeira amostra dos exames básicos

Hemograma _____ Urina _____ ABO-RH _____

Glicemia _____ Anti HIV _____ VDRL _____ Toxo _____

Idade gestacional (em semanas) data do último exame _____

Número de consultas durante o pré-natal. _____.

Anexo C

	<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUARI Secretaria de Saúde Rua Cel. Lindolfo França, 310 - (34) 3690-3048 saude@araguari.mg.gov.br 38.440-018 - Araguari - Minas Gerais</p>	 <p>ARAGUARI TRANSFORMANDO POTENCIALIDADE EM REALIDADE</p>
---	--	--

Araguari-MG, quinta-feira, 5 de abril de 2007
14:59:30

OFÍCIO Nº : 0361/2007
ASSUNTO : Autorização para pesquisa

Prezado Senhor

Em atenção à sua solicitação para realização de pesquisa "A captação precoce da gestante, para o início do pré-natal", visando a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, pela Universidade Guarulhos, manifestamos nosso **parecer favorável**.

Parabenizamos sua iniciativa e desejamos pleno êxito no empreendimento.

Atenciosamente,



Edilvo Mota
Secretário de Saúde
Gestor Municipal do SUS

Ilmo. Sr.
Frank José Silveira Miranda
Enfermeiro – Coren 104607-MG
Nesta

Anexo D



Guarulhos, 03 de julho de 2007.

Exmo. Sr.
Frank José da Silva

PARECER Nº 78/2007

Referência: **Aprovação de Projeto**
SISNEP/245 - "Captação precoce da gestante para início do pré-natal"

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos analisou o Projeto de Pesquisa de sua autoria "Captação precoce da gestante para início do pré-natal" - SISNEP/245, na reunião de 29.06.2007, e no uso das competências definidas na Res. CNS 196/96, considerou o Projeto acima **aprovado**.

As orientações abaixo devem ser consideradas pelo Pesquisador Responsável durante a realização da pesquisa, visando que a mesma se desenvolva respeitando os padrões éticos:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- Eventuais modificações ou emendas e eventos adversos ao protocolo, devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Esclarecemos a necessidade da apresentação de relatório final até **03.03.08**.

Luciene Cristina de Figueiredo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

(Anexo E)**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

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	
20. Responsável pela primeira Consulta Pré-Natal				