

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

Fernanda de Azevedo Saturnino Alves Pereira

**A UTILIZAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE PARA A MELHORIA DA
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE**

**Belo Horizonte,
2011**

Fernanda de Azevedo Saturnino Alves Pereira

**A UTILIZAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE PARA A MELHORIA DA
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Heloisa Carvalho Torres.

**Belo Horizonte,
2011**

Pereira, Fernanda de Azevedo Saturnino Alves
P436u A utilização da política de educação permanente em saúde para a melhoria da
qualidade da assistência pré-natal no município de Belo Horizonte [manuscrito] /
Fernanda de Azevedo Saturnino Alves Pereira. -- 2011.
26 f., enc.: il.

Orientadora: Heloísa Carvalho Torres.

“Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em
Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção
de título de Especialista.”

Bibliografia: f.23-26.

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Saúde da Mulher. 3. Educação em Saúde. 4. Política
de Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Torres, Heloísa Carvalho. I I.
Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.

NLM: WQ175

Ficha elaborada por Marines AMFSaturnino – CRB-6/943

PEREIRA, F.A.S.A..N.A utilização da política de educação permanente em saúde para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal no município de Belo horizonte.2011. 31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstetra). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo expor a Política de Educação Permanente em Saúde na qualificação da assistência pré-natal no município de Belo Horizonte. Trata-se de uma revisão de literatura realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde e outros sites, referente ao período de 2004 a 2011, e os descritores utilizados foram: Saúde da Mulher e pré-natal, e a palavra chave “educação permanente”. A política de Educação Permanente foi instituída em 2004. Esta política possui o objetivo principal de transformar o serviço público em uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Para isso é necessário a mudança do modelo pedagógico atual. O coeficiente de mortalidade materna é um importante indicador para qualificar a assistência prestada à mulher. O Brasil possui um alto índice de mortalidade materna por isso julga-se necessário a melhoria da qualidade da assistência. Uma ferramenta disponibilizada pelo Ministério da Saúde é a Educação Permanente. O que se espera utilizando a educação permanente é buscar nos profissionais a autocrítica, a quebra da rotina alienante e transformação em cidadãos ativos.

DESCRITORES: Saúde da Mulher, Pré-natal

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	1
2 – JUSTIFICATIVA	3
3 – OBJETIVOS	4
3.1 – Objetivo geral	4
3.2 – Objetivos específicos	4
4 – METODOLOGIA	5
5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	6
5.1 – A Política de Educação Permanente em Saúde	6
5.2 – A Saúde da Mulher e Assistência Pré-natal no Brasil	9
5.3 – A Saúde da Mulher e Assistência Pré-natal em Belo Horizonte	13
5.3.1 – A Atuação do Enfermeiro na Assistência Pré-natal no Município de Belo Horizonte	20
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23

1 - INTRODUÇÃO

Em 2004 instituiu-se a política nacional de educação permanente em saúde (PNEP). Esta política coloca que, para qualificar a assistência deve-se trabalhar o profissional na sua realidade, no seu serviço. O processo de aprendizagem é de natureza participativa. Deve haver uma aproximação do serviço e da educação. A política nacional da atenção básica (PNAB), de 2006, coloca a educação permanente como instrumento de valorização do profissional e qualificação da assistência, sendo de responsabilidade das três esferas de governo, de formas diferenciadas. A PNAB estabelece que os serviços deverão adequar-se à integração ensino-aprendizagem, como proposto pela PNEP. A educação permanente tem como eixo norteador a integralidade, um dos princípios do SUS. A integralidade trabalha o ser humano como um ser biopsicossocial (BRASIL 2004, 2006, 2007).

Mas, para se trabalhar a integralidade na saúde, os profissionais devem estar preparados. A lei 8080 de 1990 traz a integralidade como *“conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”* (BRASIL, 1990 p.4). Para que os profissionais consigam alcançar tal feito, devem receber esta preparação na formação acadêmica. Esta é uma das diretrizes mais complexas e mais solicitadas na atenção à mulher.

Com a evolução do papel da mulher na sociedade, surge a necessidade de se trabalhar a saúde da mulher de forma integral e descentralizada. As ações de saúde da mulher que nas décadas de 30, 50 e 70 eram exclusivamente voltadas para a saúde reprodutiva, através dos movimentos de mulheres ganham novos pontos de vista. Com o avanço destes movimentos as desigualdades das condições de vida da mulher e as desigualdades de gênero são expostas e desta forma também se revelam as necessidades das mulheres no âmbito da saúde (BRASIL 2009).

Através desses movimentos e das reivindicações das mulheres foi criado, em 1984, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) que assiste a mulher em todos os ciclos da vida. Com a criação do SUS e a implantação do Programa de Saúde da Família, as ações de saúde da mulher foram incorporadas pela atenção básica, juntamente com outras ações de saúde (BRASIL, 2009).

Em 2003 criou-se a Política de Atenção Integral de Saúde da Mulher, que reforçaria que a assistência a saúde da mulher deveria ser integral para todas as fases da vida (BRASIL, 2009).

O atual protocolo de atenção ao Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde, além de reforçar a integralidade no atendimento a gestante e puérpera, coloca a educação permanente com um instrumento de qualificação da assistência (BRASIL, 2006)

Em Belo Horizonte a assistência pré-natal é realizadas em todas as 147 unidades básicas de saúde, além de centros de referencias e hospitais para as gestantes de alto risco. O atendimento é realizado pelos médicos generalistas e os enfermeiros componentes das equipes, além do ginecologista de apoio e dos obstetras da rede secundária. O protocolo de Pré-natal e Puerpério em vigência no município de Belo Horizonte descreve que as consultas de pré-natal devem ser intercaladas entre os profissionais médico e enfermeiro e, se necessário, encaminhado à rede secundaria. Uma das atribuições do enfermeiro, além da consulta de enfermagem, descrita no protocolo, é o planejamento e coordenação da educação permanente dos componentes da equipe, o qual ainda não está consolidado (PMBH,2009).

Sendo assim ressalta-se a necessidade de se discutir este tema e expor a potencialidade da educação permanente na qualificação da assistência.

2 – JUSTIFICATIVA

A necessidade de se trabalhar a assistência à mulher no Brasil é evidente. Os altos índices de mortalidade materna e perinatal demonstram a qualidade da assistência prestada ou a falta dela. Esses índices são utilizados para avaliar o grau de desenvolvimento de um país e o valor que este dá as suas mulheres. Por isso, uma das metas do milênio, um acordo internacional firmado na assembléia geral das Nações Unidas, é a diminuição dessas taxas (OMS, 2010). O Brasil apresentou uma queda importante nesses valores, mas matem-se ainda fora do esperado. Julga-se necessário trabalhar as falhas na assistência e como proposto pelo Ministério da Saúde, utilizar-se de todos os instrumentos ofertados para atingir esses resultados. Um dos instrumentos ainda pouco utilizado é a educação permanente, que além de aproximar a formação da realidade, busca na base os reais problemas. Então faz-se necessário compreender melhor sobre o assunto para avaliar a eficiência e eficácia deste instrumento na melhoria da qualidade da assistência.

3 – OBJETIVOS

3.1 – OBJETIVO GERAL

Discutir a educação permanente como estratégia para a qualificação da assistência pré-natal no município de Belo Horizonte

3.2 – Objetivos específicos

- Compreender a Política de Educação Permanente, seu conceito, funcionalidade e finalidade.
- Compreender a atual situação da assistência pré-natal no Brasil e em Belo Horizonte
- Expor a potencialidade da Educação permanente na qualificação da assistência à mulher e ao recém-nascido.

4 – METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica. A consulta foi realizada nas bases de dados: LILACS e SCIELO, em língua portuguesa, ambas acessadas através da Biblioteca Virtual de Saúde. Os descritores empregados foram: saúde da Mulher e pré-natal. Com estes dois descritores foram encontrados 92 artigos e utilizando a palavra chave “educação permanente” deparou-se com 364 artigos. O ano de corte foi de 2004 e analisando o título e assunto dos artigos resultou-se em 30 artigos e 3 teses. Destes, após leitura, selecionou-se 12 artigos e 3 teses de mestrado que foram utilizados no trabalho. Também foram utilizadas 9 publicações do Ministério da Saúde, 1 publicação da Prefeitura de Belo Horizonte e 1 publicação da Organização Mundial de Saúde.

Foram consultados os sites da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, do Ministério da Saúde, do Fundo de População das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde, para obterem-se dados atualizados.

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 - A Política da Educação Permanente em Saúde

A educação permanente em saúde foi instituída, como política, pelo Ministério da Saúde através da portaria Ministerial 198 de fevereiro de 2004, como “*estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor*” (BRASIL, 2004 p.1). O Ministério da Saúde definiu Educação Permanente em Saúde como:

conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007 P.1).

A semelhança semântica entre os termos continuada e permanente pode levar ao equívoco de que estes tipos de educação são sinônimos, mas conceitualmente são diferentes. A educação continuada, explicitada na 6ª Conferência Nacional de Saúde em 1977, apresentou-se como uma reciclagem permanente dos trabalhadores devendo atender as necessidades especificadas por categoria profissional e área (COSTA, 2006).

Para a Organização Panamericana de Saúde (OPS) educação continuada é: “*Processo dinâmico de ensino aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacidade de pessoas, ou grupos, face a evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais*” (OGUISSO in PASCHOAL, et al. 2007 p.480). A educação continuada permite ao trabalhador a melhoria de suas capacidades e competências individuais para a execução de seu trabalho de forma qualificada e responsável (PASCHOAL, et al.2007).

Neste estudo trabalhou-se o conceito de educação permanente de Cavalcanti e Wanzeler (2009) que a conceituam como:

“Metodologia através da qual se busca atingir, a partir da problematização do próprio cenário de práticas, a qualificação dos processos de trabalho em saúde, com fins a resolutividade, integralidade e humanização da atenção.” (Cavalcanti, et al 2009 p.14)

Desta forma, pode-se diferenciar os tipos de ferramentas a educação permanente e a educação continuada, sendo que a educação permanente trabalha com a problematização, reflexão das situações/problemas, e levantamento das necessidades para superação e transformação em uma situação diferente ou desejada. E a educação continuada aborda mais a capacitação com melhora do conhecimento e habilidades individuais (Marandola et al, 2008). Para Ceccim (2005) é um desafio utilizar a problematização como base para a educação profissional.

Na educação permanente os conceitos são construídos coletivamente, estimulando-se o pensamento crítico e valorizando a “bagagem” do educando. Todos são atores sociais e estes são desafiados a assumirem uma postura de mudança, criando momentos incômodos, para que os mesmos possam refletir sobre suas limitações e insuficiência, porém deve-se prover também elementos para construção de alternativas de mudança (LOPES, et al 2007).

A idéia de uma educação permanente para os profissionais de saúde no Brasil não é nova. Com a expansão do sistema de saúde brasileiro, a partir de 1970, houve um aumento das necessidades de mão-de-obra e conseqüentemente de instituições formadoras (COSTA, 2006). Mas a mudança de conceitos e concepções no âmbito da saúde, que se utilizava da educação continuada, em um modelo biologicista e individualista, onde o ser humano era fragmentado, apresenta-se atualmente como um novo modelo, biopsicossocial, onde se enquadra a educação permanente e sua visão integral (COSTA, 2006).

A proposta do Ministério da Saúde para a Educação Permanente em Saúde, é que os processos de educação tomem como referências as necessidades das pessoas e populações, da gestão e do controle social. E que o ensino e aprendizado se dêem no dia a dia, baseando-se na aprendizagem significativa, de acordo com os problemas levantados, considerando o conhecimento e experiência que as pessoas já possuem (BRASIL, 2007).

A coordenação da política regional se faz através de Colegiados de Gestão Regional, com representantes da gestão municipal e estadual, e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, que são compostas por gestores municipais e estaduais de saúde e educação, trabalhadores do SUS ou entidades representativas, instituições de ensino e movimentos sociais. Sendo assim, fica clara a intenção de mudança pela União, pois deixa a arquitetura de organograma e propõe a dinâmica de rede, já que todos têm autonomia (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde também propõe, através da PNEP, além da atenção integral a saúde, a construção da cadeia de cuidados progressivos, onde não há hierarquização dos níveis de complexidade em saúde e o paciente é o centro da rede, e todas as ações e serviços sejam prestados considerando contextos e histórias de vida (BRASIL, 2007).

A política de educação permanente trabalha juntamente com os princípios e diretrizes do SUS, destacando a integralidade.

A integralidade, um dos princípios do SUS, traz consigo a complexidade do objeto de trabalho em saúde, o ser humano. Para trabalharmos esse princípio é necessário adaptações dos conhecimentos adquiridos na formação profissional. É imperioso que ocorram mudanças no processo de formação e capacitação dos profissionais de saúde. A educação permanente pode ser visto como uma ferramenta para atingir tal objetivo (Marandola et al, 2009). Lopes et al (2007) coloca a integralidade com o eixo norteador da proposta de educação permanente, porque direciona o trabalho em saúde para um trabalho transdisciplinar e multiprofissional.

A lei 8080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre organização do SUS, traz a integralidade como *“conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”* (Brasil, 1990 p. 4). Junior (2006) descreve a integralidade: “não como um conceito, mas como um ideal regulador, um devir.”

Silva (2005 p.30) coloca que a integralidade é “entre os precipícios e diretrizes do SUS, o menos visível na trajetória dos Sistemas e de suas práticas”. E que para modificar esta situação deve-se trabalhar na formação dos profissionais de saúde (SILVA, 2005). Junior (2006) coloca que indivíduos isolados e até categorias inteiras não são capazes de suprir as reais demandas dos sujeitos, sendo imprescindível o desenvolvimento do trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Para que se efetive a política de educação permanente faz-se necessário a quebra da hegemonia da educação tradicional, no qual os conhecimentos e experiências pré-existentes dos alunos não são valorizados e é centrada na relação isolada professor-aluno, sem a interação com o ambiente, não estimulando a estrutura de equipe de trabalho. Neste modelo o aluno não é estimulado a buscar transformações efetivas da sociedade, representando um processo de aprendizagem adaptativa e alienante (LOPES,2007).

Ceccim (2004, p.1402) destaca a hegemonia do modelo pedagógico de ensino superior centrado em conteúdos, fragmentando os indivíduos em especialidades, “desconhecendo as estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes”. A educação permanente pretende mudar esta realidade, pois tende a aproximar o mundo do trabalho e o do estudo.”...*o ambiente de aprendizagem é o próprio espaço dos serviços de saúde e da gestão do SUS.*” (LOPES, 2007 p.152). Todos são atores e o aprendizado se faz de forma crítica e construtiva. Apesar de entre 2001 e 2002 serem aprovadas as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde, que afirmaram que sua formação deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral a saúde, essas mudanças não são obrigatórias, já que as diretrizes são apenas indicações, pois no Brasil as universidades possuem autonomia (CECCIM,2004). Ceccim (2004) propõe uma política de mudança na formação dos profissionais de saúde onde:

A tarefa da gestão em saúde para a mudança na formação deve ter como objetivo o engendramento de novas relações de compromisso e responsabilidade entre a universidade e o SUS, de modo a possibilitar a compatibilidade de perfis profissionais, de produção de conhecimento e de prestação de serviços, cooperação e assessoramento (CECCIM, 2004, p.1407).

É necessário que se veja o indivíduo/ comunidade e não a doença para atingir a integralidade. Mattos (2006, p.14) coloca que “*a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.*”

5.2 - A Saúde da Mulher e Assistência Pré-natal no Brasil

Ao longo dos anos, com os movimentos feministas, a mulher foi mudando seu papel na sociedade. As políticas de saúde da mulher inicialmente eram voltadas exclusivamente para a saúde reprodutiva da mulher e baseada no seu papel social de mãe e doméstica. Eram programas impostos pela União sem integração com

outros programas e ações propostas pelo governo federal. As metas definidas pelo nível central, sem avaliação das reais necessidades da população, não se cumpriam (Brasil, 2009).

Os movimentos de mulheres tiveram grande importância nas mudanças relacionadas à saúde da mulher, contribuindo para mudança de paradigma, revelando as desigualdades nas condições de vida da mulher e a desigualdade de gênero. Desta forma as mulheres reivindicaram suas necessidades que extrapolavam o período da gestação e parto, e que as assistissem em todos os ciclos da vida (Brasil, 2009).

O Programa de Saúde Materno-infantil, criado na década de 70, ainda mantinha o foco para saúde reprodutiva da mulher, objetivando reduzir as elevadas taxas de morbidade e de mortalidade infantil e materna (FREITAS et al, 2009). Em 1984 o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que incluiria ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência a mulheres em todas as fases da vida (Brasil, 2009).

“O Movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 80, influenciou a implementação do PAISM que se caracterizou pelas propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços” (FREITAS et al, 2009 p 425).

Com a construção do SUS e a reorganização da atenção básica, com a implantação da estratégia de saúde da família, a saúde da mulher passa a integrar o programa, seguindo suas diretrizes (Brasil, 2009).

Com a descentralização os municípios assumem a atenção básica devendo garantir ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e garantir acesso as ações de maior complexidade, com apoio do Estado e da União. *“A delimitação das ações básicas mínimas para o âmbito municipal é resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS, e das lacunas que ainda existem na atenção a saúde da população.”* (Brasil, 2009 p 18). Sendo assim, essas ações não contemplam as previstas nos documentos que norteiam a Política de Atenção Integral de Saúde da Mulher, que passa a contemplar, a partir de 2003, a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizadas e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher (Brasil 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral de Saúde da Mulher, de 2009, elaborada em conjunto com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional e considera todas as reivindicações incluídas nos Planos nacionais de Políticas para as Mulheres da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, traz a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, qualificando a assistência a atenção obstétrica, planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro, combate a violência doméstica e sexual, prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e apoio tecnológico e de insumos para mulheres vivendo com HIV/AIDS e para portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico e de pulmão (Brasil, 2009).

Apesar de toda a evolução das ações voltadas para a saúde da mulher, conserva-se a dificuldade do atendimento de forma integral.

Atualmente o Ministério da Saúde utiliza-se de protocolos para guiar o atendimento nas unidades públicas de saúde. Silva descreve protocolos clínicos como:

ferramentas que orientam os serviços de saúde, que pode ser um hospital, uma unidade de atenção primária ou sistema de saúde, e envolvem aspectos da epidemiologia, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento medicamentoso ou não, do acompanhamento ao paciente e dos problemas decorrentes do tratamento. (SILVA, 2004, p.2).

Os protocolos têm como objetivos qualificar a assistência e otimizar os recursos utilizáveis, baseados em evidências científicas, mas devem ser adequados para cada realidade (SILVA, 2004).

O último protocolo produzido pelo Ministério da Saúde relacionado à assistência pré-natal é o “Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada – Manual técnico”. Este manual também faz parte do programa de humanização do Ministério da Saúde. Nele é descrito a necessidade de melhorar a qualidade da assistência pré-natal, pois apesar de ter se ampliado a cobertura do pré-natal a análise de dados disponíveis nos sistemas de informação demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção. Tem como principal objetivo na atenção pré-natal: *“acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar*

materno e neonatal.” (BRASIL, 2006 p.10). Para isso, devem ser assegurados à mulher serviços de qualidade e humanizados, com estrutura mínima para realização das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde, incluindo profissionais qualificados (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde também recomenda que para uma boa assistência é importante que a mesma seja realizada por profissionais qualificados; e que se trabalhe com uma equipe multiprofissional, com uma visão integral, onde o centro é a família e suas necessidades e não só um cuidado biológico. As ações devem levar em conta as diferenças culturais e a tomada de decisão das mulheres (OMS, 2011). Ressalva-se que, trabalhar a interação entre profissionais e utilizar-se da realidade como base para o planejamento das ações, são alguns dos objetivos da educação permanente.

Para monitoramento da efetividade e eficiência da assistência pré-natal o Ministério da Saúde utiliza-se de alguns indicadores de saúde.

Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (BRASIL, 2002, p11).

Para que seja realizado este monitoramento o Ministério da Saúde disponibilizou um sistema informatizado, o SISPRENATAL, que é de uso obrigatório nas unidades de saúde. De forma que os dados informados no sistema servem para avaliar a qualidade da assistência prestada e a cobertura das unidades de saúde (BRASIL,2006).

O manual técnico Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada descreve três tipos de indicadores para avaliação e monitoramento da atenção pré-natal: os indicadores de processo, que acompanham a qualidade da assistência e serviços prestados e sua cobertura; os indicadores de resultado, que avaliam a eficácia das ações; e os indicadores de impacto, que avaliam se os resultados foram impactantes para aquela população. Desta forma o município poderá acompanhar seus indicadores pelo SISPRENATAL, que disponibilizará estes dados por localidade e período, e utilizá-los para aprimorar a assistência prestada (BRASIL,2006).

O Ministério da Saúde disponibiliza alguns indicadores nacionais para acompanhamento de sua gestão.

5.3 - A Saúde da Mulher e Assistência Pré-Natal no município de Belo Horizonte

Belo Horizonte possui uma população estimada de 2.452.612 habitantes, segundo o caderno de informações de saúde de 2009, e cerca de 62,6% dessa população são mulheres em idade fértil, por volta de 813.421 mulheres (PBH, 2011).

A cidade conta com 147 unidades básicas de saúde e 545 equipes de saúde da família. Possui uma cobertura do programa de saúde da família de 77% da população (PBH,2011).

Há uma queda do número de nascidos vivos em Belo Horizonte, no ano de 1994 foram 41.400 nascimentos e em 2009 foram 29.030 nascidos (PBH, 2011). Estima-se em 24.213 o número de gestantes usuárias do SUS/ano (PERILLO,2010).

Em 2009 Belo Horizonte apresentou o novo protocolo de Pré-natal e Puerpério, o qual entrou em vigência em 2010. O protocolo coloca como objetivo *“orientar os profissionais da Atenção Básica no seu dia-a-dia, na assistência qualificada e humanizada às gestantes e puérperas”* (SMSBH, 2009. p.8). O mesmo apresenta um cronograma de atividades de rotina do pré-natal que inclui a anamnese, exame físico e ginecológico e a solicitação dos exames básicos. Descreve também o fluxo do atendimento onde as gestantes devem ser captadas precocemente pela unidade básica de saúde, onde as de risco habitual receberão assistência pré-natal e encaminhadas a unidade de referencia secundaria em caso de identificação de riscos (SMSBH,2009).

Para qualificar a assistência pré-natal, o protocolo descreve algumas práticas, como ações de promoção e vigilância à saúde que enquadram os indicadores, e outras ações como educação continuada, que engloba apenas a capacitação profissional, com pouca integração profissional entre os profissionais, instituições de ensino, gestores e comunidade (SMSBH, 2009).

Os dados apresentados por Belo Horizonte em 2010:

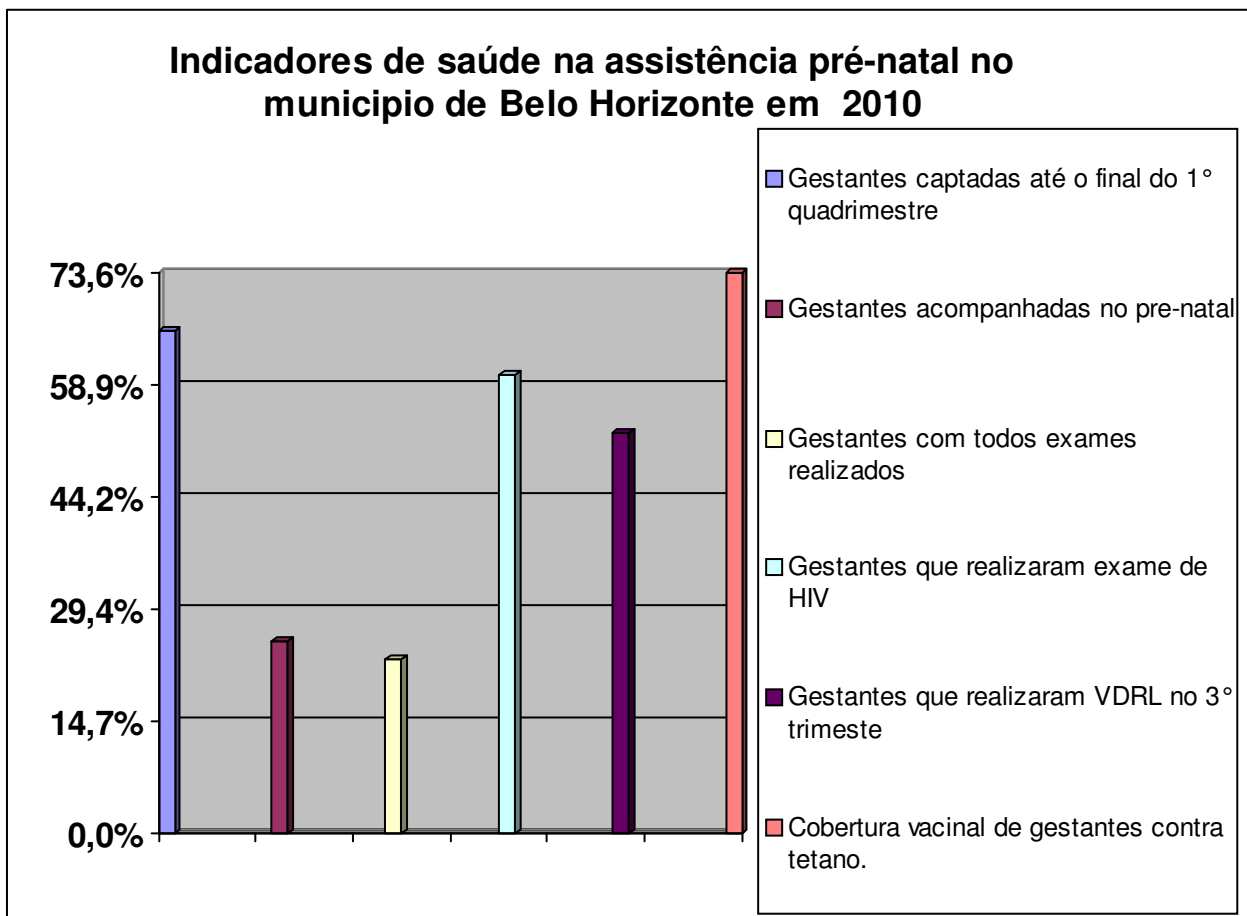


Gráfico 1 – Indicadores de saúde da assistência pré-natal no município de Belo Horizonte.

FONTES: SMSBH

Observa-se pelo gráfico que Belo Horizonte não apresentou bons indicadores de processo no ano de 2010. O índice de captação precoce, de até 120 dias, foi de 65,9% sendo que o desejado pelo Ministério da Saúde é de 100%. Apesar desta porcentagem de captação precoce o acompanhamento de pré-natal com 7 ou mais consultas pouco ultrapassou os 25%, nem mesmo a metade das gestantes captadas precocemente realizaram o mínimo de consultas preconizados pelo Ministério da Saúde. Segundo os indicadores do Ministério da Saúde (2011) em 2004 a média brasileira de gestantes com realização do número mínimo de consultas foi de 49,8%, bem acima da média de Belo Horizonte.

Apesar de os exames básicos serem realizados no próprio centro de saúde onde a gestante efetua o pré-natal, apenas 23% realizaram todos os exames básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, a fonte não diferencia se os exames não realizados foram ou não solicitados à gestante. Pelo menos 60,18% realizaram um exame de HIV durante o pré-natal, o preconizado pelo Ministério da Saúde é um

na primeira consulta e outro por volta da trigésima semana de gestação, a fonte não diferenciou a época da realização do exame. Em relação ao exame de VDRL, de grande importância para controle e eliminação da sífilis congênita, sendo que o índice de sífilis congênita é considerado um indicador de impacto, o gráfico mostrou que apenas 52,8% das gestantes realizaram pelo menos um exame de VDRL no 3º trimestre de gravidez, a fonte não diferenciou a porcentagem de mulheres que estavam realizando o 2º exame, já que o preconizado pelo Ministério da Saúde são dois exames durante a gestação. O ideal seriam que 100% das gestantes realizassem os exames na primeira consulta e por volta da trigésima semana, pois os índices de doenças como a sífilis congênita, toxoplasmose congênita e a síndrome da rubéola congênita poderiam ser reduzidos ao mínimo ou até mesmo eliminados. No que diz respeito à cobertura vacinal contra tétano, 73,6% das gestantes estavam imunizadas, ou por terem tomado a vacina durante a gravidez ou por estarem com o cartão de vacinas em dia.

Estes dados refletem a qualidade da assistência prestada e nos mostra a necessidade de se discutir esta assistência entre os profissionais, gestores e comunidade. A educação permanente pode ser considerada como uma estratégia para esta mudança. Buscando nas unidades de saúde as reais causas ou dificuldades e trabalhando em conjunto para formulação de ações que atinjam os resultados idealizados.

Outro Indicador que reflete bem a assistência prestada à mulher é a índice de mortalidade materna. De acordo com a Organização Mundial de Saúde defini-se mortalidade materna como:

o óbito de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela condição gestacional ou ainda por medidas relativas a esta, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (OMS, 2010 p.4).

De acordo com a OMS (2011), as taxas de mortalidade materna representam um indicador de desenvolvimento de um país e de como estes valorizam suas mulheres. Sendo assim, a tendência da mortalidade materna em um determinado local indica a qualidade da assistência prestada e a posição da mulher naquela comunidade.

De acordo com o Manual de Comitê de Mortalidade Materna de 2003, 92% dos casos são óbitos evitáveis, o que caracteriza uma violação dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2007).

Em 2000, na Assembléia Geral das Nações Unidas, 189 chefes de Estado aprovaram a Declaração do Milênio das Nações Unidas. O plano era para que os países atuassem em conjunto para reduzir a pobreza e a fome, combater os problemas de saúde, desigualdade de gênero, a falta de educação, falta de acesso à água potável e a degradação ambiental. Foram estabelecidas 8 Metas de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com metas fixadas para 2015, sendo uma delas a redução em 75% da taxa de mortalidade materna mundial. De acordo com a OMS, para atingir tal meta dever-se-ia diminuir em 5,5% ao ano o índice de mortalidade materna e até 2008 esta queda ficou em 2,3% ao ano (OMS 2010).

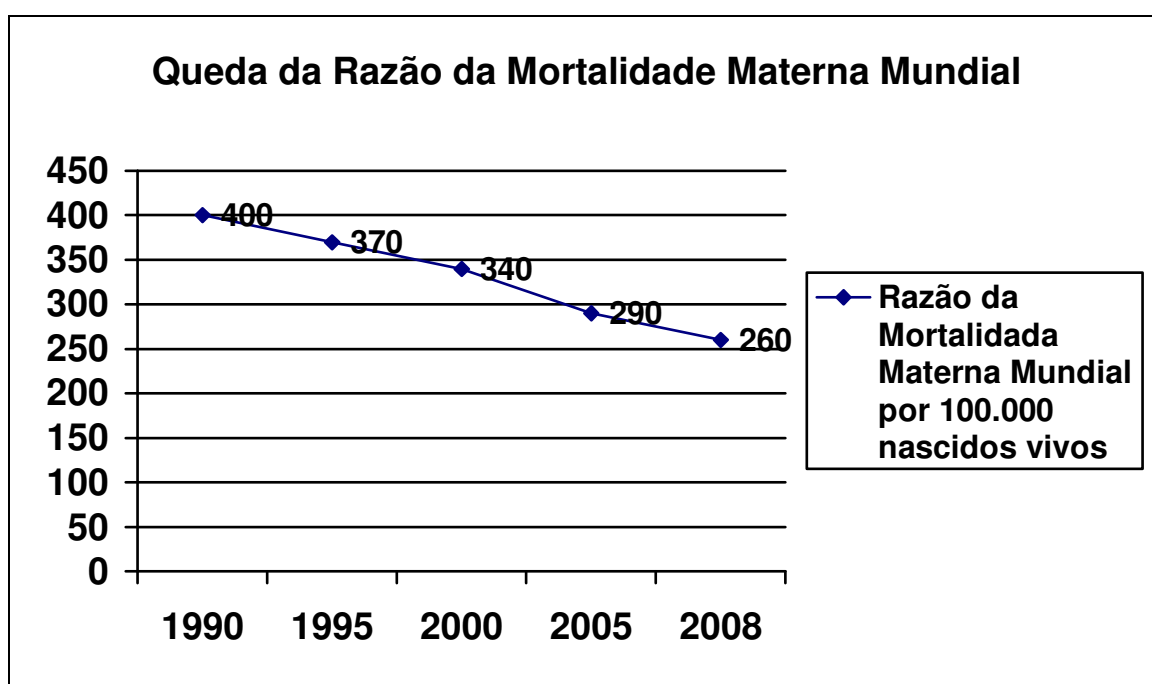


Gráfico 2: Queda da razão de mortalidade materna mundial
FONTE: OMS, 2011

As principais causas de mortalidade materna são: hemorragia severa após o parto, infecções, distúrbios hipertensivos e abortos inseguros. Estima-se 1000 óbitos de mulheres diariamente no mundo devido a complicações da gravidez no ano de 2008 (UNFPA, 2011).

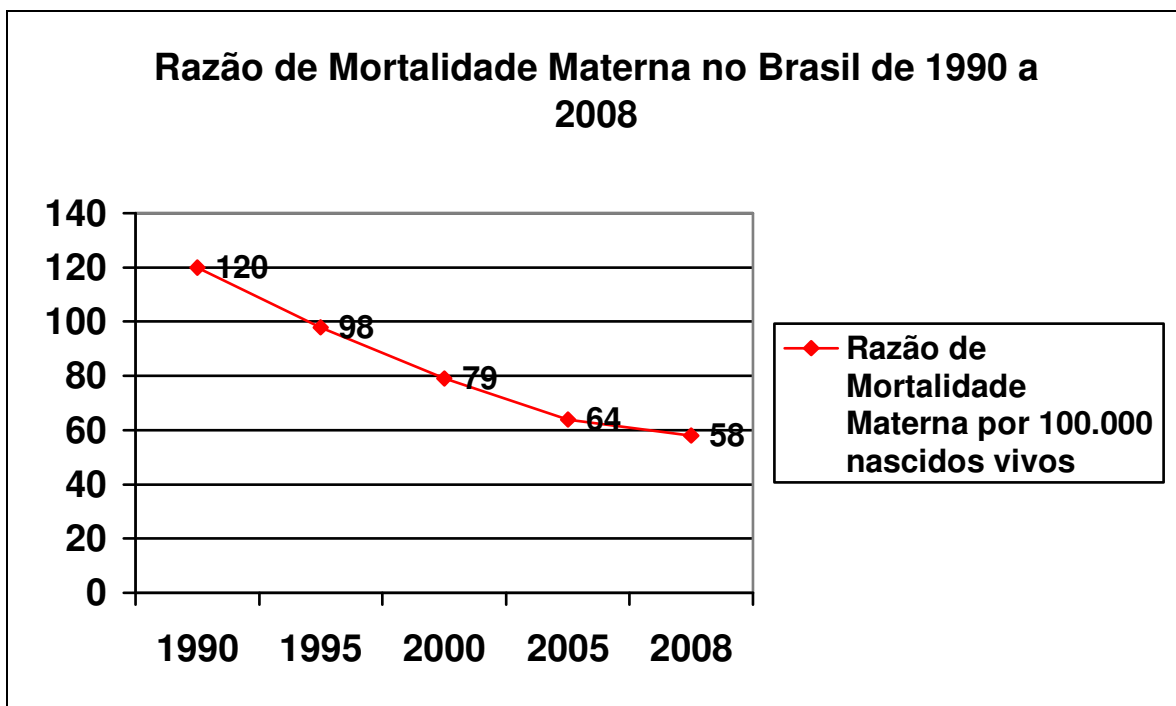


Gráfico 3: Razão da mortalidade materna no Brasil de 1990 a 2008
 FONTE: OMS, 2010

Houve uma queda considerável na RMM no Brasil de 1990 a 2008. Com a criação do SUS e da Estratégia de Saúde da Família aumentou-se o acesso da população aos serviços básicos de saúde, incluindo a assistência pré-natal e acesso ao planejamento familiar. De acordo com OMS o Brasil apresentou uma queda de 52% da RMM de 1990 a 2008, uma média de 4% ao ano, perto da meta estabelecida pela Assembléia Geral das Nações Unidas de 5,5% ao ano.

A Comissão Nacional de Mortalidade Materna considera que as altas taxas de mortalidade materna estão ligadas a baixa qualidade da assistência obstétrica e do planejamento familiar, além da falta de reconhecimento da morte materna como um problema social e político. Com a mobilização deste e outros diversos atores envolvidos, levando em consideração os acordos internacionais, principalmente a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, do Cairo (1994) e a IV Conferência Mundial sobre a mulher, Beijing (1995), onde se consolidou a concepção de que *“os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são direitos humanos e que a morte materna é uma violação de direitos”*, foi lançado o Pacto Nacional de Redução de Morte Materna, em 2004 (VIOLA, 2008 p.92). O pacto tem como objetivo: *“articular ações do governo e da sociedade civil, envolvendo diferentes atores sociais na expansão e/ ou qualificação da atenção às mulheres e aos recém-nascidos, visando à redução da mortalidade materna e neonatal.”*

(VIOLA, 2008 p.93). A Educação permanente dos profissionais envolvidos com a atenção obstétrica e Neonatal é uma das ações propostas pelo pacto (BRASIL, 2004).

Em 2006 foi firmado outro pacto entre os gestores do SUS, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, no campo da gestão do sistema e da atenção a saúde.

A implantação deste Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006 p.7).

O pacto pela Vida é o compromisso em torno de prioridades, estabelecidas por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, que apresentam impacto sobre a saúde da população brasileira. São seis prioridades pactuadas, entre elas, a redução da mortalidade materna e infantil, sendo meta a redução de 5% na razão da mortalidade materna no ano de 2006. O pacto coloca como diretriz para a educação em saúde: considerar a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores da saúde tendo como orientação os princípios da educação permanente, além de considerá-la essencial para a qualificação do SUS (BRASIL,2006).

Em Belo Horizonte houve uma queda na RMM. Para Sonia Lansky um dos motivos da queda foi estruturação da Comissão Perinatal em 1994, como um “*fórum interinstitucional e interdepartamental permanente deliberativo e gestor das políticas relativas à assistência de saúde da gestante e do Recém-nascido (RN)*”. A Comissão participa do planejamento das ações de saúde relacionadas à gestante e RN seguindo a linha do cuidado integral que vai desde o planejamento familiar, no caso de saúde da mulher, passando pelo pré-natal de baixo e alto risco, até a intervenção na rede hospitalar, segundo as necessidades da população (LANSKY,2006 p.1)

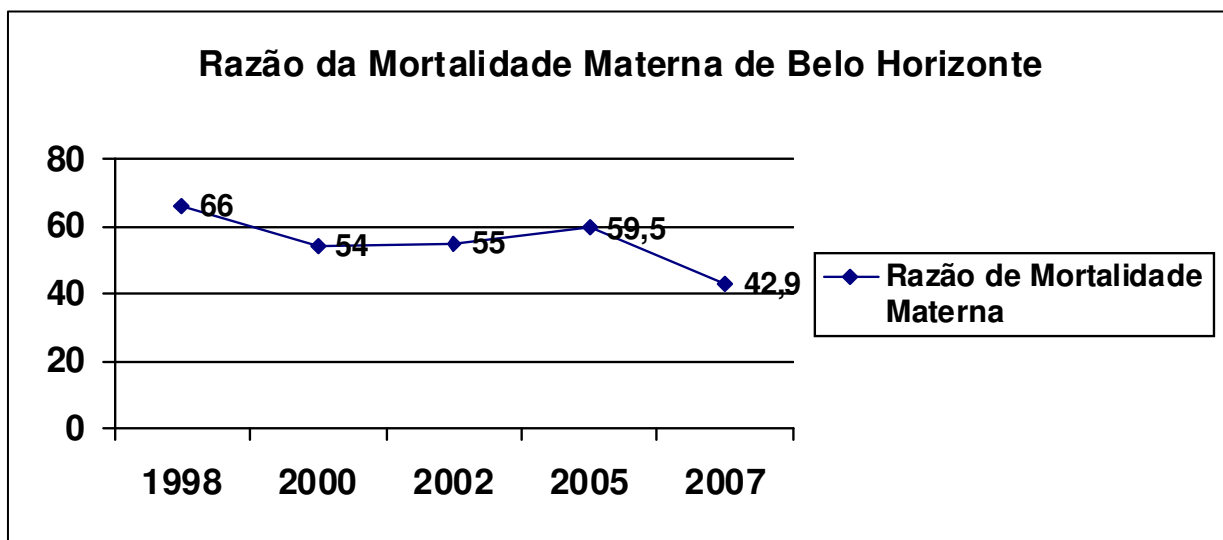


Gráfico 4: Razão da Mortalidade Materna de Belo Horizonte
 FONTE: SMSBH

As principais causas de mortalidade materna em Belo Horizonte são as doenças hipertensivas e as hemorragias. E as principais falhas na assistência pré-natal, em Belo Horizonte, são: as dificuldades da UBS em acolher adequadamente, se responsabilizar e vincular à paciente, com falha na busca ativa; pré-natal de início tardio, com número inadequado de consultas e falhas no cumprimento dos protocolos de pré-natal; incapacidade de identificar gestante de risco, resultando em acompanhamento de gestante de risco na UBS e encaminhando gestante de risco habitual para serviços de alto risco; falta de registro de informações e não valorização das queixas (Perillo,2008).

A Comissão Perinatal, da secretaria municipal de saúde, descreve que dentre outras ações para redução da mortalidade materna, estão a capacitação das equipes de saúde da atenção primária e hospitalar e a implementação das ações de humanização do pré-natal, parto e nascimento (SMSBH,2009)

Em 2011 o Ministério da Saúde lança em Belo Horizonte a Rede Cegonha.

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito a: ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade pré-natal; transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto; vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção; acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e acesso ao planejamento reprodutivo (MINISTERIO DA SAÚDE,2011 p.1)

Esta estratégia tem como objetivo: reduzir a mortalidade materna e neonatal, criar uma rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade, um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

5.3.1 - A Atuação do enfermeiro na assistência pré-natal no município de Belo Horizonte.

De acordo com a lei 7.498/86 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências, o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe entre outras: assistência de enfermagem a gestante, parturiente e puérpera (BRASIL, 1986).

E segundo o Manual Técnico de Pré-Natal e Puerério: atenção qualificada e humanizada, de 2006, do Ministério da Saúde é função do enfermeiro na assistência pré-natal entre outras:

- Realizar ações educativas para as mulheres e suas famílias;
- Realizar consulta de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Realizar atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera etc.

Conforme o Protocolo de Pré-natal e Puerpério de Belo Horizonte é atribuição do enfermeiro, dentre outros: realizar consulta de pré-natal às gestantes de baixo risco, intercalando com médico generalista ou especialista de acordo com a realidade da organização da ESF; planejar e coordenar a capacitação e educação permanente da equipe de enfermagem e dos ACS, executando-as com participação dos demais membros da equipe; planejar, coordenar, executar e avaliar as ações de assistência de enfermagem integral em todas as fases do ciclo da vida do indivíduo, tendo como estratégia o contexto sociocultural e familiar (PMBH,2009).

Desta forma observa-se que o enfermeiro especialista ou não, está inserido totalmente e legalmente na assistência pré-natal, tendo a responsabilidade de lutar pela queda da morbimortalidade materna e perinatal. E também tem descrito em suas atribuições a educação permanente, mas o que se vê na realidade são profissionais despreparados para lidar com educação em saúde.

TABELA 1: Número de atendimentos de pré-natal realizados no município de Belo Horizonte no ano de 2010 por categoria profissional.

Profissional	Número de atendimento em 2010	Porcentagem
Ginecologista	43.533	40%
Médico do PSF	36.779	33%
Enfermeiro do PSF	28.283	27%
TOTAL	108.595	100%

FONTE: SMSBH,2010

Observa-se que ainda há uma concentração das consultas de pré-natal no profissional médico (73%) e apenas 27% das consultas foram realizadas pelos enfermeiros.

Para a busca da maternidade segura deve-se trabalhar e qualificar a assistência à gestante e recém-nascido, aperfeiçoando a formação e capacitação de todos os profissionais envolvidos nessa assistência. Estes devem apresentar habilidades e competência para prover uma assistência adequada e fazerem parte de um programa de educação que incentive o pensamento crítico e o desenvolvimento de habilidades e competências clínicas (NARCHI, 2010).

Dotto, et al (2006) coloca que quanto maior o número de profissionais qualificados prestando assistência a gestante, menor os índices de mortalidade.

Assim reforça-se a necessidade da multiprofissionalidade na assistência e da presença de um programa de educação permanente de qualidade.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação Permanente já foi instituída como política em 2004, tem respaldo do Ministério da Saúde e está presente em todas as políticas e programas desde então, mas sua efetivação ainda é baixa. Os profissionais e gestores ainda não estão familiarizados com esta metodologia. Existem recursos, inclusive financeiros, disponíveis para a implementação da educação permanente, mas esta não acontece. Está claro que a educação permanente pode aprimorar a qualidade da assistência. O que precisamos é retirar os profissionais da rotina que os aprisiona e convidá-los a assumirem papéis ativos na sociedade, trabalhar as equipes e a multidisciplinaridade. Buscar a auto-crítica e a motivação para conseguir mudanças reais. Mas para isso deve-se também trabalhar com os gestores para que possam oferecer estruturas para que essas modificações aconteçam.

Em relação à saúde da mulher, os dados apresentados mostram a necessidade de uma mudança. Apesar de se ter aumentado a acessibilidade ao atendimento básico, os indicadores se mantêm desfavoráveis. Deve-se então buscar nas unidades, juntamente com os profissionais, gestores e população as reais demandas para melhorar a qualidade da assistência. Procurar uma interação sólida com as instituições formadoras para que as mesmas possam trazer seus alunos para participarem dos planejamentos locais, onde a realidade é o que permeia a discussão, e para que além de contribuírem com seus conhecimentos, formam-se mais preparados para atuarem de forma integral.

Sendo assim a educação permanente precisa estar na pauta das discussões entre os profissionais, gestores e professores para que sua difusão aconteça e com isso melhore a satisfação e qualidade dos profissionais e conseqüentemente da assistência a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 198/GM/MS** de 13 de fevereiro de 2004. Acessado em 01/05/2011. Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria198.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1996**, de 20 de agosto de 2007. Acessado em 01/05/2011 Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1996-%5B2968-120110-SES-MT%5D.pdf>>

BRASIL. Lei 8080 de 18 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acesso em 20/05/2011 Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada – Manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. Organização Pan-Americana de Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores Básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2002. Acesso em 01/05/2011 Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília: Ministério da Saúde. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Acesso em 21/04/2011 Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Série Pactos pela Vida. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS, e de Gestão**. Diretrizes operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76p. Acesso em 20/04/2011 Disponível em: <<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/volume1.pdf>>

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 26/06/1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm> Acesso em: 01/06/2011

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil,1997. Acesso em 01/05/2011 Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=inquerito_populacional_pnds>

CAVALCANTI, Y.W.; WANZELER, M.C.C. Educação Permanente em Saúde na Qualificação de Processos de Trabalho em Saúde Coletiva. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. V.13 n.1 p.13-20.2009. Acesso em 11/05/2011 Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/3241/3632>>

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.10 n.4 p.975-986. 2005. Acesso em: 02/03/2011 Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>>

COSTA, P. P. **Dos Projetos à Política Pública: Reconstruindo a História da Educação Permanente em Saúde**.2006. 103f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arauca, Rio de Janeiro.

DOTTO, L.M.G.; MOULIN, N.M.; MAMEDE, M.V. Assistência Pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. V.14 n.5,2006. Acesso em: 01/06/2011 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a07.pdf>

FREITAS, et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**.V.11 n.2 p.424-428. 2009. Acesso em 15/03/2011 Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. UNFPA. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/novo/>> Acesso em: 01/05/2011

JUNIOR, K.R.C. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO; 2006. 180p.

LANSKY, S. **Direito à vida a gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: A experiência da comissão perinatal**. Belo Horizonte. Acesso em: 10/05/2011 Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SONIA%20LANSKY.pdf>>

LOPES, S.R.S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**. V.18 n.2 p. 147-155. 2007. Acesso em 13/05/2011. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_2art06.pdf>

MARANDOLA, T.R. et al. Educação Permanente em Saúde : Conhecer para compreender. **Revista Espaço para a Saúde**. V.10 n.2 p.53-60. 2009. Acesso em 01/05/2011. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo8.pdf>>

MATTOS, R.A. **Os Sentidos da Integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p. Acesso em 11/08/2011 Disponível em: http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>> Acesso em: 01/04/2011

NARCHI, N.Z. Análise do exercício de competências dos não médicos para a atenção a maternidade. **Saúde e Soc.** São Paulo, v.19 n.1 p.147-158, 2010. Acesso em 01/06/2011 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/12.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. WHO. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>> Acesso em: 01/05/2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Trends in Maternal Mortality**: 1990 a 2008. Genebra: Organização Mundial de Saúde. 2010.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 41(3) p.478-484. 2007. Acessado em: 10/06/2011 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/19.pdf>>

PERILLO, R.D. Morte Materna – Experiência do Comitê Municipal de Prevenção de Óbitos BH Vida. In: Seminário BH pelo Parto Normal. 2008, Belo Horizonte. **Anais**. Belo Horizonte: Associação Médica de Minas Gerais, 2008 p.156

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/>> Acesso em 10/03/2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte: Belo Horizonte, 2009.

SILVA, F.J. **Protocolo Clínico para a Atenção Básica do SUS**: Análise dos conflitos e harmonias na percepção dos profissionais médicos. 2004. 67f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Assistência Farmacêutica) Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande de Sul. Porto Alegre.

SILVA, K.L. **Movimento de mudança da educação de enfermagem**: construindo a integralidade do cuidado na saúde. 2005. 132f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

VASCONCELOS,C.M.;PASCHE,D.F. O Sistema Único de Saúde. In:
CAMPOS,G.W.S et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec,
Fiocruz, 2006 p.531-562.

VIOLA, R. Pacto Nacional de Redução da Morte Materna e Neonatal. In: Seminário
BH pelo Parto Normal, 2008. Belo Horizonte.**Anais**. Belo Horizonte: Associação
Médica de Minas Gerais, 2008. p.156.