

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Curso de Especialização em Saúde Coletiva
Área de Concentração: Epidemiologia

A COBERTURA NOS INDICADORES DO SISPRENATAL NO
MUNICÍPIO DE PIRANGA-MG: ENTRE A REALIDADE E A
SUBNOTIFICAÇÃO.

Aluna: Ariadne de Fátima Cardoso

Belo Horizonte - MG

2010

ARIADNE DE FÁTIMA CARDOSO

A COBERTURA NOS INDICADORES DO SISPRENATAL NO
MUNICÍPIO DE PIRANGA-MG: ENTRE A REALIDADE E A
SUBNOTIFICAÇÃO

Monografia apresentada ao Curso Especialização em Saúde Coletiva – Área de Concentração Epidemiologia da Escola de Enfermagem da UFMG, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof^ª Dra. Marília Rezende da Silveira

Belo Horizonte

Escola de Enfermagem da UFMG

2010

SUMÁRIO

1 Introdução	06
2 Objetivos	12
3 Metodologia.....	13
4 Resultados	14
5 Considerações finais.....	20
Referência	22
Anexos	25

RESUMO

Este estudo objetiva descrever, a partir da série histórica 2001 a 2009, a evolução da assistência ao pré-natal do município de Piranga/MG. Neste sentido foi utilizado o software desenvolvido pelo DATASUS, que tem como propósito permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde: o SISPRENATAL. Este software define o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada o que permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério. A análise de dados secundários foi o método escolhido para esse estudo que considerou a base de dados disponíveis no SISPRENATAL no período referido. Os resultados apontam que a partir da análise dos indicadores gerados por esse banco de dados houve melhora nos indicadores ao longo dos anos, mas, ainda abaixo do preconizado entre o Ministério da Saúde e o Estado de Minas Gerais. Podemos inferir que além da assistência as gestantes também é necessário a melhora da alimentação do SISPRENATAL com uma avaliação sistemática dessa base de dados. Apesar das dificuldades identificadas como pontos críticos, avanços consideráveis podem ser apontados, dentre eles a incorporação de tecnologias no planejamento e na programação das equipes de saúde da família. Conclui-se que o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, poderá contribuir com a redução das taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, além da assistência neonatal.

Palavras-chaves: Saúde da Mulher. Parto humanizado. Saúde materna. Avaliação de processos e resultados. Políticas de saúde.

ABSTRACT

This report describes, from the historical series from 2001 to 2009, the evolution of pre-natal assistance in the town of Piranga, in the state of Minas Gerais. In order to do this we used the software developed by DATASUS, which aims to enable proper tracking of pregnant women included in the Program for Humanization of Pre-Natal and Childbirth (PHPN) of the National Health System, which is called SISPRENATAL. This software sets the minimum list of procedures for adequate pre-natal care, which allows the monitoring of pregnant women since the beginning of pregnancy until puerperium consultation. Secondary data analysis was the methodology chosen for this study, and it considered the available database in SISPRENATAL in the referred period. From the analysis of the main indicators generated by this database the results show that there was improvement in the indicators over the years, but it was still below the pre-defined targets settled by the Ministry of Health and the State of Minas Gerais. We can infer that in addition to assistance to pregnant women it is also necessary to improve data input to SISPRENATAL with a systematic evaluation of this information. Despite the difficulties identified as critical points, considerable progress can be highlighted, including the incorporation of technology in planning and programming family health teams. We can conclude that the development of health promotion, prevention and care for the health of pregnant women and newborns may contribute to the reduction of maternal, perinatal and neonatal morbidity and mortality rates, improving the access to the assistance and quality of pre-natal monitoring, and to childbirth, puerperium and neonatal care.

Key-words: Women's Health; Humanized childbirth; Maternal health; assessment processes and results, policies health..

1 INTRODUÇÃO

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. Para a humanização e qualificação da assistência faz-se necessário construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade, corpo/mente, e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive. É importante também estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde - profissionais de saúde, usuários e gestores construindo uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos (BRASIL, 2006).

Nesse contexto o Ministério da Saúde (MS) implantou por meio das Portarias GM nº. 569, GM nº. 570, GM nº. 571 e GM nº. 572 de 01/06/2000, o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento (PHPN) que objetiva o resgate da atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada. Essa portaria pontua que a principal estratégia do referido programa é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, além da assistência ao parto e puerpério às mulheres e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

O PHPN fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Para BRASIL, (2000), a humanização diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, bem como a organização do serviço de modo a criar um ambiente acolhedor para essas mulheres e condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento tão comum nas instituições que recebem essas mulheres durante o parto.

Destaca ainda, a importância de adoção de medidas e procedimentos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

O PHPN apresenta como objetivo principal concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, com enfoque na necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas, promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (BRASIL, 2000^a).

O PHPN está estruturado nos princípios que garantem a gestante o acesso a um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, bem como, o direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto, o direito à assistência ao parto e ao puerpério e que este ocorra de forma humanizada e segura, além de estender ao recém-nascido o direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura. (BRASIL, 2000)

Para a inclusão do município no PHPN, o MS (BRASIL, 2000) preconiza que o gestor municipal deverá participar da elaboração dos Planos Regionais em conjunto com a Secretaria Estadual com vistas a garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, responsabilizando-se também pelo funcionamento do sistema móvel de atendimento. Ao lado disso, é de sua competência garantir o atendimento do pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastramento e acompanhamento das gestantes; estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco; alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento e monitoramento do desempenho do Programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal.

O PHPN apresenta três componentes orientados por normas técnicas, que estabelecem os critérios de elegibilidade para inclusão no programa além de orientar quanto aos procedimentos necessários para obtenção dos recursos financeiros tanto em nível estadual, quanto municipal. São eles:

1. Incentivo à Assistência pré-natal com o objetivo de garantir uma assistência adequada, com critérios mínimos recomendados pelo PHPN, instituindo, para tanto, incentivos financeiros a serem transferidos aos municípios que optaram pela adesão.

2. Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal para o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, com estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento.

3. Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto com vistas a garantir a melhoria do custeio da assistência ao parto realizado nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), elevando o valor e alterando a forma de remuneração dos procedimentos da tabela relativos ao parto (BRASIL, 2000).

Todos os municípios habilitados no SUS podem aderir ao PHPN que instituiu uma série de medidas, para efetivar a assistência a essa clientela como o estabelecimento de critérios mínimos e pagamento de incentivos. Para o acompanhamento efetivo do PHPN foi criado um sistema informatizado de informação e acompanhamento, o SISPRENATAL, considerado como medida fundamental do Programa, e se caracteriza como um banco de dados dinâmico onde permanentemente estão sendo digitados o cadastro, as consultas e exames de usuárias em acompanhamento de Pré-Natal. Este sistema de informações deve se constituir em um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar esta atenção e melhorar a gestão dos serviços (SERRUYA; LAGO; CECATTI; 2004).

O SISPRENATAL apresenta-se como um importante instrumento em favor da melhoria da atenção. O sistema possibilitou a informatização e a produção de relatórios municipais que permitem, sinteticamente a qualquer gestor, uma aproximação indispensável da assistência prestada às gestantes em seu território (SERRUYA; LAGO; CECATTI; 2004).

Segundo NASCIMENTO; PAIVA; RODRIGUES (2007) o SISPRENATAL constitui-se em um software desenvolvido pelo Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), possuindo interface com o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e o sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o que possibilita o cadastramento e acompanhamento das gestantes inscritas no Programa. A alimentação do referido sistema é realizada através de duas fontes de dados: a Ficha de Cadastramento da Gestante (Anexo I) e a Ficha de Registro Diário de Atendimento (Anexo II), que são preenchidas, em geral, por profissionais que realizaram a primeira consulta e as consultas subsequentes, gerando mensalmente os Boletins de Produção Ambulatorial (BPA), o de cadastro e o de conclusão.

O MS (BRASIL, 2000) orienta que para ser efetivado o pagamento do incentivo relativo ao cadastramento (R\$10,00 reais por gestante cadastrada), o município deverá realizar a primeira consulta com até 120 dias de idade gestacional, preencher a Ficha de Cadastro da Gestante e digitar os dados na produção mensal para gerar o BPA, através do código 07.070.00.4, conforme o Art. 8º, inciso 5 da Portaria nº. 570 de 1 de junho de 2000.

Acrescenta que para a efetivação do pagamento do incentivo relativo à conclusão (R\$40.00 reais por gestante cadastrada), o município deverá cumprir todos os critérios estabelecidos, (realizar seis ou mais consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios, a

imunização antitetânica e a consulta puerperal) e alimentar o sistema através da entrada mensal de dados com as informações do Boletim de Registro Diário.

No término do pré-natal (pós parto e consulta do puerpério) o SISPRENATAL, se devidamente lançado, irá gerar um BPA específico sinalizando a conclusão do procedimento lançando então o código 07.071.03.5 conforme o Art. 8º, inciso 7 da Portaria nº. 570 de 1 de junho de 2000 que passa a integrar a tabela do SIA/SUS(BRASIL, 2000a).

Para o MS (BRASIL, 2000) esse sistema gera indicadores de processo que incluem:

- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta até o 4º mês de gestação, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimadas pelo número de nascidos vivos do município);
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e os exames laboratoriais preconizados;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e os exames laboratoriais;
- Percentual de gestantes inscritas que receberam dose imunizante da vacina antitetânica, no mínimo duas doses, durante o pré-natal;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas no pré-natal, a consulta de puerpério e os exames básicos, o teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica e outros indicadores de resultado e de impacto.

Em concordância com o preconizado acima pelo MS o Estado de Minas Gerais lançou o projeto estruturador “Saúde em Casa” com o objetivo de universalizar a oferta para a população SUS dependente e ampliar a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase em ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da família. (ESTADO DE MINAS GERAIS, 2007).

Um dos objetivos do “Saúde em Casa” é melhorar a qualidade da Atenção Primária a Saúde (APS), com ampliação do acesso (nº de ESF e cobertura de PSF) e incremento qualitativo (infra-estrutura, equipamentos, processo de trabalho) por isso o governo de Minas Gerais, o entende como o pilar de sustentação para melhoria da saúde.

A envergadura do “Saúde em Casa” está voltada essencialmente para a melhoria da qualidade da atenção primária a saúde, com ênfase na redução da taxa de mortalidade infantil

e do índice de mortalidade materna conforme o preconizado pelo PHPN. O “Saúde em Casa” congrega, três grandes atividades: melhoria da qualidade da atenção primária a saúde ofertada a população (educação permanente dos profissionais); ampliação, reforma e construção de Unidades Básicas de Saúde e incentivo financeiro por equipe de PSF.

Nesse cenário, o Estado de Minas Gerais implantou nova metodologia de alocação de recursos financeiros próprios, tendo a equidade como princípio ordenador das políticas públicas de saúde, visando, assim, a distribuição de recursos de acordo com as necessidades de cada município. Essa nova metodologia é uma combinação de dois índices, o Índice de Necessidades de Saúde (INS) e o Índice de Porte Econômico (IPE), formando o Fator de Alocação (FA). O INS é composto por seis variáveis epidemiológicas e socioeconômicas:

- Mortalidade de crianças menores que cinco anos;
- Taxa de fecundidade;
- Proporção e óbitos por causas mal definidas;
- Taxa de alfabetização;
- Percentual de indivíduos com renda domiciliar menor que meio salário mínimo;
- Percentual de indivíduos que vivem em domicílios com coleta de lixo.

O IPE corresponde ao logaritmo do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) per capita de cada município em 2002, escalonado de modo a assumir valores entre 1 e 2. Esse índice expressa a capacidade do município de financiar com recursos próprios os cuidados com a saúde e seus cidadãos. (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2005).

O FA é a média aritmética dos indicadores INS e IPE. Municípios com FA próximos de 1 demonstram menor necessidade relativa de recursos, enquanto municípios com FA próximos de 2 apresentam maior necessidade relativa. (SES-MG, 2005).

Para efeito de distribuição de recursos financeiros no âmbito do PSF, os municípios mineiros foram divididos em quatro grupos (quartis) de com a classificação crescente do FA, conforme apresentado no quadro a seguir:

GRUPO	FATOR DE ALOCAÇÃO	INCENTIVO(R\$/ EQUIPE)
1° Quartil	1,0805 a 1,3364	1.000,00
2° Quartil	1,3364 a 1,4392	1.250,00
3° Quartil	1,4392 a 1,5893	1.750,00
4° Quartil	1,5893 a 2	2.000,00

QUADRO 1. Classificação fator de alocação. SES-MG, 2005.

O município de Piranga encontra-se no grupo do 4° quartil, ou seja, recebe R\$ 2.000,00 por equipe de PSF, perfazendo um total de R\$ 12.000,00 mensais.

O repasse desse recurso fica condicionado ao cumprimento das metas: cobertura de 95% da vacina tetravalente em crianças menores de 01 ano, cobertura de 100% do PSF, realização de exame cêrvico-uterino nas mulheres na faixa etária de 25 a 49 anos e a realização de 6 consultas de pré-natal e 01 de puerpério, sendo esta última meta avaliada através dos indicadores do SISPRENATAL.

De acordo com a Resolução SES/MG nº 1.935/09 a partir de 2010 o município que não cumprir as metas estabelecidas no “Saúde em Casa” será penalizado com a perda proporcional do recurso. Ou seja, cada meta não cumprida ocorre à perda de 25% do valor total do recurso.

Como coordenadora da vigilância epidemiológica do município de Piranga, sendo responsável pela avaliação periódica do SISPRENATAL, percebi a importância de investigar o porquê da baixa cobertura dos indicadores, já que o município conta com cobertura de 100% da população pelo PSF o que indica acesso aos serviços de saúde para todas as gestantes, além de assistência hospitalar municipal. Essa baixa cobertura dos indicadores do SISPRENATAL pode ser reflexo da sub notificação levando o município à perda de recursos financeiros tanto do PHPN como o da “Saúde em Casa”.

2 OBJETIVO

Descrever, a partir da série histórica 2001 a 2009, a evolução da assistência ao pré-natal do município de Piranga - MG.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo para análise de dados secundários na base de dados disponíveis no SISPRENATAL na série histórica dos anos de 2001 a 2009.

O estudo foi realizado no município de Piranga – MG, localizado na Zona da Mata, tendo 657 km² de extensão territorial, com limites territoriais com as cidades: Senhora de Oliveira, Catas Altas da Noruega, Presidente Bernardes, Ouro Preto, Mariana Diogo de Vasconcelos Guaraciaba e Lamim.

Possui uma população de 17836 (IBGE 2010), sendo que 2/3 reside na zona rural, fato que dificulta algumas ações, como a captação precoce da gestante.

Foram analisados todos os indicadores do SISPRENATAL. Porém, nesse estudo, serão discutidos os indicadores do percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério e o percentual de gestantes que realizaram 6 consultas de pré-natal, a consulta puerperal, a realização de todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica que são avaliados no “Saúde em Casa” e no PHPN respectivamente.

4 RESULTADOS

Na análise do banco de dados do SISPRENATAL foi possível observar que os indicadores avaliados melhoraram ao longo dos anos, principalmente após o ano de 2006 quando houve implantação de mais uma equipe de PSF no município o que contribuiu para uma cobertura de 100% da população adscrita no território.

No que se refere ao grupo de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta, em relação ao nº de nascidos vivos no período observa-se, por meio da tabela I, que desde a implantação do PHPN ocorrida em 2001, no município de Piranga, as mulheres têm tido um maior acesso ao serviço de saúde municipal revelando a organização mais efetiva do serviço para o atendimento a essa clientela.

Tabela 1 - Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta, em relação ao nº. de nascidos vivos no período.

Ano	Nº. de nascidos vivos no período	Nº. de gestantes inscritas no SISPRENATAL	Percentual
2001	199	26	13,07 %
2002	243	42	17,28 %
2003	243	47	19,34 %
2004	243	113	46,50 %
2005	243	100	41,15 %
2006	243	241	99,18 %
2007	243	238	97,94 %
2008	243	205	84,36 %
2009	243	217	89,30 %

Fonte: SISPRENATAL 2010

O desejável é a procura da gestante aos serviços ocorra até 120 dias pós confirmação de gravidez. Na tabela abaixo observa-se que no município referido isso não vem ocorrendo de forma sistemática.

Tabela 2 – Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até 120 dias, em relação ao nº. de nascidos vivos no período.

Ano	Nº. de nascidos vivos no período	Nº. de gestantes inscritas e que realizaram a 1ª consulta até 120 dias	Percentual
2001	199	26	13,07 %
2002	243	41	16,87 %
2003	243	44	18,11 %
2004	243	65	26,75 %
2005	243	66	27,16 %
2006	243	167	68,72 %
2007	243	184	75,72 %
2008	243	159	65,43 %
2009	243	165	67,90 %

Fonte: SISPRENATAL 2010

Pode-se inferir que as mulheres têm iniciado o pré-natal tardiamente, ou seja, após 120 dias de gestação, o que pode ocasionar uma demora em detecção e solução de problemas maternos e fetais. A recomendação de se iniciar o pré-natal, assim que a gestação seja diagnosticada, objetiva fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco (SERRUYA; LAGO; CECATTI; 2004).

Para NASCIMENTO; PAIVA; RODRIGUES (2007) a captação precoce das grávidas no pré-natal é um fator de extrema importância para a saúde das mulheres e de recém-nascidos, pois possibilita a identificação antecipada das gestações de risco, bem como as intervenções necessárias.

SERRUYA; LAGO; CECATTI (2004) pontuam em seu trabalho que a captação dessa clientela pelos serviços públicos de saúde é deficitária em vários municípios. Comentam que em Juiz de Fora, Minas Gerais, COUTINHO *et al.* (2003), ao pesquisarem a assistência pré-natal oferecido às usuárias do SUS, verificaram que somente 29,7% das gestantes iniciaram o

pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Citam também uma pesquisa elaborada por TREVISAN *et al*, (2002), no município de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, quando foi observado que somente 34,7% das grávidas submeteram-se à primeira consulta de pré-natal até a 14ª semana de gestação o que confirma a realidade do município de Piranga.

Outra questão a ser pontuada refere-se ao número de gestantes que realizaram 6 consultas de pré-natal. Apesar de preconizado pelo MS que toda gestante realize no mínimo 06 consultas durante a gravidez observa-se, no cenário estudado, que este resultado não é alcançado, conforme evidencia a tabela 3.

Tabela 3 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas de pré-natal.

Ano	Nº. de gestantes inscritas no período*	Nº. de gestantes que realizaram 6 consultas de pré-natal	Percentual
2001	24	12	50,00 %
2002	22	1	4,55 %
2003	23	0	0,00 %
2004	77	0	0,00 %
2005	47	0	0,00 %
2006	174	27	15,52 %
2007	174	68	39,08 %
2008	182	141	77,47 %
2009	138	70	50,72 %

Fonte: SISPRENATAL 2010 *Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e que possuam pelo menos 240 dias de idade gestacional.

Este estudo evidenciou que em 2009 mais de 50,72% das gestantes fizeram seis ou mais consultas de pré-natal. Segundo RASIA ; ALBERNAZ (2008), o número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado à melhores indicadores de saúde materno-infantil, apresentando menos doenças e seus filhos têm um melhor crescimento intra-uterino, menor mortalidade perinatal e infantil.

No que se refere aos resultados dos indicadores vinculados ao repasse dos recursos financeiros pode-se inferir que apesar dos recursos financeiros serem destinados para o aumento da cobertura para essa clientela o município não vem alcançando essa meta desejável como mostra a tabela 4 abaixo:

Tabela 4 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06(seis) consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios, a imunização antitetânica e consulta do puerpério.

Ano	Nº. gestantes inscritas	Nº. de gestantes inscritas que geraram BPA de conclusão *	Percentual
2001	8	1	12,50 %
2002	3	0	0,00 %
2003	9	0	0,00 %
2004	17	0	0,00 %
2005	8	0	0,00 %
2006	57	4	7,02 %
2007	53	7	13,21 %
2008	44	22	50,00 %
2009	52	18	34,62 %

Fonte: SISPRENATAL 2010

* Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, a 2ª dose ou dose de reforço ou dose imunizante da vacina antitetânica e que possuam mais de 294 dias e menos de 1 ano de idade gestacional.

O Ministério da Saúde só repassa o valor financeiro de R\$ 40,00 para cada gestante que gerar Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) de conclusão. O BPA só é gerado quando são realizadas as seis consultas de pré-natal, a imunização antitetânica, a realização do parto e da consulta do puerpério e todos os exames obrigatórios. É fundamental ressaltar a importância da realização desses exames para o tratamento e a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita.

É possível observar na tabela 4 que o município apresenta uma baixa cobertura nesse indicador que gera o BPA de conclusão. Segundo SERRUYA; LAGO; CECATTI (2004) para esta análise, é preciso levar em conta, em primeiro lugar, que existe um sub-registro das informações referentes ao seguimento das gestantes cadastradas. Isso remete à resistência que o profissional de saúde tem para incorporar, na rotina de atendimento, mais um formulário, sem estar sensibilizado e conhecer a razão de estar preenchendo mais um papel.

Ao fazermos uma média do percentual das gestantes no período de 2001 a 2009 observamos que somente 12.11% das gestantes, geraram o BPA de conclusão. Se considerarmos então que para cada BPA de conclusão o município recebe R\$ 40,00 inferimos que ao longo desses anos a perda de recurso financeiro girou em torno de R\$8.000,00.

Por outro lado se considerarmos todas as gestantes que se inscreveram no programa precocemente, até 120 dias, o prejuízo é ainda maior, pois o município poderia ter recebido R\$ 36.680,00. E se todas as mulheres piranguenses que estiveram grávidas (de acordo com o número de nascidos vivos) neste período tivessem sido acompanhadas sistematicamente receberíamos o montante de R\$ 85.720,00.

Outro achado desse estudo refere-se ao percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. Para Serruya *et al* a assistência à mulher na gestação só deveria ser considerada como concluída após a consulta puerperal. O seguimento clínico após a gestação é imperativo por diferentes razões, como o estabelecimento de condutas para garantir o adequado intervalo interpartal, que protege a mulher e melhora os resultados perinatais, com a orientação para a introdução de método contraceptivo, assim como, avaliação que permita detectar importantes alterações como a anemia e os estados depressivos.

Porém, quando observamos a tabela 05 percebemos que “perdemos” a gestante nesse período tão importante, já que em média apenas 24,52% das mulheres escritas no SISPRENATAL realizaram as 6 consultas de pré-natal e a consulta puerperal. Serruya; Lago; Cecatti (2004) apontam em seu estudo que a consulta puerperal é pouco realizada nas UBS, confirmando com que o que foi encontrado em Piranga.

Tabela 5 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.

Ano	Nº. de gestantes inscritas*	Nº. de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas de pré-natal e a puerperal	Percentual
2001	8	6	75,00 %
2002	3	0	0,00 %
2003	9	0	0,00 %
2004	17	0	0,00 %
2005	8	0	0,00 %
2006	57	8	14,04 %
2007	53	9	16,98 %
2008	31	25	70,45 %
2009	52	23	44,23 %

Fonte: SISPRENATAL 2010

*Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério e que possuam mais de 294 dias e menos de 1 ano de idade gestacional.

Foi possível perceber que apesar a melhora da assistência as mulheres do município de Piranga - MG, ainda há muito há muito a ser realizado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados e tem como principal objetivo oferecer assistência à mulher, desde o início de sua gravidez, onde ocorrem mudanças físicas e emocionais importantes e que cada gestante vivencia de forma distinta. É uma fase mágica na vida das mulheres, mas que requer cuidados especiais, cuidados esses que o PHPN preconiza.

Ao longo da realização desse trabalho foi constatado que, no cenário desse estudo, as gestantes têm sido acompanhadas de forma satisfatória, mas ainda há muito que fazer, pois, temos mulheres iniciando o pré-natal tardiamente, mulheres que não realizam o mínimo de procedimentos preconizados pelo MS, para garantir uma assistência de pré-natal com qualidade.

Nesse trabalho os resultados apontam que, a partir da análise dos indicadores gerados pelo SISPRENATAL, houve melhora nos indicadores ao longo dos anos mas, ainda, abaixo do pactuado com o MS e o Estado de Minas Gerais.

Outra constatação refere-se ao profissional responsável em preencher as fichas de cadastro e acompanhamento. O lançamento desse dado não tem ocorrido de forma correta no banco de dados, principalmente as consultas de puerpério. Essa subnotificação tem gerado perda de recursos financeiros para o município comprometendo as necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto.

Nesse sentido, foi possível detectar erros de lançamento do SISPRENATAL e corrigi-los. E mais, foi acordado com os profissionais de saúde que mensalmente os dados serão conferidos e caso detectado algum erro ou alguma dúvida será feito um investimento por parte da gestão para sanar as dúvidas o que certamente, envolvera a capacitação técnica continuada das equipes de saúde na resolução dos problemas mais prevalentes. Nesse contexto, vale ressaltar a importância da captação precoce das grávidas e da busca ativa das pacientes faltosas.

Podemos inferir que é necessário um investimento na educação continuada dos profissionais dos serviços básicos de saúde que carecem de capacitação técnica permanente, pois são eles os responsáveis pela realização do pré-natal de risco habitual, tanto da consulta clínica quanto do preenchimento das fichas de cadastro e acompanhamento da gestante. Ao lado dessa questão também é necessário que a equipe de saúde se sensibilize para a melhora da alimentação do SISPRENATAL com uma avaliação sistemática dessa base de dados.

É possível observar que todo o esforço da gestão municipal, no que diz respeito à saúde da mulher, tem sido realizado, porém enquanto não houver uma avaliação sistemática e periódica deste sistema de informação, não será possível dizer que estamos no caminho certo.

A despeito das dificuldades identificadas como pontos críticos, avanços consideráveis podem ser apontados, dentre eles a incorporação de tecnologias no planejamento e na programação das equipes de saúde da família. Conclui-se que o desenvolvimento de ações de Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde de Gestantes e Recém-Nascidos, poderá contribuir com a redução das taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal.

Espera-se que com essas medidas o município arrecade mais recursos financeiros para operacionalizar o PHPN, conforme sua concepção e que este seja implantado em sua plenitude ofertando uma assistência equitativa, otimizando dessa forma o acesso e um atendimento digno e de qualidade para todas as gestantes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria GM – 569 de 01/06/2000 Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=0401>. Acesso em 14 set 2010.

BRASIL. Portaria GM – 570 de 01/06/2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-Natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=0402>. Acesso em 14 set 2010.

BRASIL. Portaria GM – 571 de 01/06/2000. Instituir o Componente II do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em : <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=0403>. Acesso em 14 set.2010.

BRASIL. Portaria GM – 572 de 01/06/2000. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. Disponível em: <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=0404>. Acesso em 14 set.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. v.2 no.1 Recife Jan./Apr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada. Brasília DF, 2006.

ESTADO DE MINAS GERAIS. Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado- Estratégia Desenvolvimento Estado para Resultados. 2007-2023. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/eventos/pmdi/pmdi.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2010.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; PAIVA, Mirian Santos; RODRIGUES, Quessia Paz. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 7, n. 2, Apr. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Aug. 2010.

RASIA, Isabel Cristina Rosa Barros; ALBERNAZ, Elaine. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.8,n.4,Oct/Dec.2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400005. Acesso em 20 de set.2010.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DE MINAS GERAIS. Saúde em Casa e o Programa Saúde da Família. Oficina de Trabalho. Guia do Participante, Minas Gerais. 2005. págs. 43-45.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DE MINAS GERAIS. Resolução SES Nº 1935, de 08 de julho de 2009. Aprova as normas gerais de adesão e execução ao Projeto Estruturador Saúde em Casa. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/resolucao2009.php>. Acesso em 14 de setembro de 2010.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia de Giácomo do; CECATTI, José Guilherme. O programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Sept./Oct. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/22.pdf> - Acesso em 23 Aug. 2010.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia de Giácomo do; CECATTI, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.4, n.3, July/Sept.2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a07v04n3.pdf> - Acesso em 20 de set.2010.

Anexo I – Ficha de Cadastramento da Gestante



MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

1. Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde	2. Código do Estabelec. no CNES
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. Número da Gestação no SISPRENATAL		8. Gestante acompanhada pelo PSF	
		Código da Área	Microárea
9. Nome da Gestante		10. Data de nascimento	
11. Nome da Mãe da Gestante			12. Raça/Cor
13. Endereço Residencial			
Número	Complemento	Bairro	
Município		CEP	Telefone

Preencher com apenas um dos seguintes documentos

14. Nº do Cartão SUS		15. Nº do CPF	
16. Certidão de Nascimento ou Casamento			
Nome do Cartório		Livro	Folha
17. Identidade			
Número		Órgão Emissor	
18. Carteira de Trabalho			
Número		Série	UF
19. Data da 1ª Consulta de Pré-natal		20. Data da Última Menstruação	
21. Assinatura e Carimbo do responsável pela primeira consulta de Pré-natal		22. Código Brasileiro Ocupacional (CBO) do responsável pela primeira consulta de Pré-natal	

● Preencher no campo 22 o CBO do profissional do responsável pela primeira consulta, conforme tabela:
 223 50 5 - Enfermeira; 223116 - Médico do PSF/Comunitário; 223545 - Enfermeira Obstetra;
 223115 - Clínica Geral; 2235C1 - Enfermeira do PSF;
 223132 - Ginecologia/Obstetria; 2235C2 - Enfermeira do PACS;

● No campo 12 a raça/cor, conforme tabela:
 1 - Branca; 4 - Parda;
 2 - Preta; 5 - Indígena;
 3 - Amarela;

Anexo II - Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes no SISPRENATAL



MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

DATA	

1. Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde		2. Código do Estabelecimento no CNES	
3. Nome do Município		4. Código do Município no IBGE	5. Sigla da UF
		6. Código da UF no IBGE	

Nº	Número da Gestação no Sisprenatal	Nome da Gestante	Consulta Pré-natal	ASO/Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	Hiv	Hba Ag	TgH	Vacina Anti-tetânica			GG	Consulta Puerperal	TP
													1º Dose	2º Dose	Reforço			
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		
09																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Nome e matrícula do responsável pelo preenchimento: _____

<p>• Preencher as quadriculas "Consulta Pré-natal" e "Consulta Puerperal" com o código brasileiro que trata o CID-9:</p> <p>221042 - G. Pré-natal; 221116 - Maternidade P. SFC. Consultório; 221045 - G. Pré-natal Obstétrica;</p> <p>221118 - Clínica Obstétrica; 221301 - Colheimento P.S.F.; 221046 - G. Pré-natal Obstétrica;</p> <p>221132 - Ginecologia/Obstetrícia; 221302 - Colheimento PACS;</p>	<p>• No caso das amostras, assinalar com "X" quando e sua frequência de coleta for:</p> <p>análises de urina: assinalar com "X" quando a amostra for coletada a cada 2 dias;</p> <p>• No caso da vacina anti-tetânica, assinalar com "X" de acordo com o Código de letra na célula da gestante.</p>	<p>• Fazer Gestante atendida em a Saúde:</p> <p>BE - Via Saúde;</p> <p>AR - Via Saúde;</p>	<p>• Tipo de Fato:</p> <p>BE - Via de Saúde;</p> <p>AR - Via de Saúde;</p> <p>PD - Via de Saúde;</p>
--	---	--	--