

SUZANNE JACOB SERRUYA

**A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO
NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN) DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE NO BRASIL**

Tese de Doutorado

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI

**UNICAMP
2003**

SUZANNE JACOB SERRUYA

**A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO
NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN) DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE NO BRASIL**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Tocoginecologia

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI

**UNICAMP
2003**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Se68e Serruya, Suzanne Jacob
 A Experiência do programa de humanização no
 pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da
 Saúde no Brasil / Suzanne Jacob Serruya.
 Campinas, SP : [s.n.], 2003.

 Orientador : José Guilherme Cecatti
 Tese (Doutorado) Universidade Estadual de
 Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

 1. Saúde Pública. 2. *Pré-natal. 3. Avaliação.
 4. Saúde materno-infantil. I. José Guilherme
 Cecatti. II. Universidade Estadual de Campinas.
 Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: SUZANNE JACOB SERRUYA

Orientador: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI

Membros:

1.

2.

3.

4.

5.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 08/07/2003

Dedico esta tese ...

O sentido da vida é o amor. Para a realização deste projeto contei com o amor de pessoas cuja dedicação me enternece e emociona.

Embora não seja usual, quero dedicar este trabalho à família Pellizzari Cecatti: Guilherme, Anna, Elisa e Clara. Mais do que ter Guilherme como orientador, tive-o principalmente como amigo, e a oportunidade de conviver com o melhor de sua vida: sua maravilhosa família. A Anna, Elisa e Clara, quero declarar minha alegria em conhecer e tê-las como amigas.

A Esther, cuja presença, constante desafio e renovação, é definitivamente o melhor da minha vida: sua risada é música para meus ouvidos e seu amor é a luz da minha alma.

A Daíla, parceira de todas as horas.

Agradecimentos

Ao terminar uma tese os agradecimentos revelam, em geral, quão dura foi a jornada. De um modo muito privilegiado, quero testemunhar o contrário: estar no doutorado e escrever esta tese foi uma experiência sempre prazerosa e estimulante.

Devo este trabalho a duas pessoas em especial:

A Tânia Di Giácomo do Lago que me convidou para trabalhar no Ministério da Saúde, na Área Técnica de Saúde da Mulher, e me proporcionou uma experiência única em aprendizado e amadurecimento profissional. Sua dedicação irrestrita e sua sólida competência profissional serão exemplos permanentes da militância real em defesa das mulheres e da saúde.

A José Guilherme Cecatti, com quem estabeleci, na primeira tarefa que realizávamos como convidados no Ministério da Saúde, imediata parceria e amizade. Até o momento, em que fomos parceiros em grandes tarefas do Ministério, já devia muito ao Guilherme pela chance de estar continuamente aprendendo com sua experiência e apurado conhecimento. Ser sua aluna e orientanda confirmou sua extremada vocação e generosidade para a causa acadêmica e tornou-me sua admiradora para sempre.

Como todos, no calor da concentração para terminar os trabalhos, contei com várias pessoas sempre muito atenciosas e pacientes, cuja ajuda foi muito bem recebida para este estudo:

À Ana Maria Costa, dedicada amiga, cujo conhecimento e testemunho na história da saúde das mulheres ampliou meu campo de visão com muitas sugestões, apropriadíssimas, de leituras e discussões.

A Isa Paula Hamouche Abreu, Patrícia Paine, Tânia Di Giacomo do Lago e Zélia Amador de Deus, amigas queridas, pela cuidadosa leitura com excelentes e oportunas sugestões.

À Universidade Estadual do Pará pela cessão ao Ministério da Saúde e a possibilidade de realização do doutorado.

Ao Ministério da Saúde e à equipe do PHPN e aos incansáveis Leon e Luiz Camilo que atuam no DATASUS que, com muita paciência e amizade, foram indispensáveis para a obtenção dos dados.

Aos colegas da UNICAMP, professores e amigos, pelo simpático e estimulante convívio. Apesar de estar sempre de passagem, em estadas muito breves, sentirei saudades.

A meus anjos da guarda da informática Hélio, Magda e Cláudia Helena, pela paciência e dedicação.

Aos amigos da UNICAMP atenciosos e prestativos em todas as minhas passagens em Campinas: Conceição, Margarete, Kátia, Klésio, Lúcio, Sueli e Rosário.

Aos membros da Banca de Qualificação: João Luiz Pinto e Silva, José Guilherme Cecatti, Maria José Osís e Mary Ângela Parpinelli, pelas relevantes e cuidadosas contribuições que permitiram melhorar a qualidade deste trabalho.

Aos amigos e a família que são sempre pacientes com minhas repetidas ausências e, apesar disso, estão sempre me estimulando a novas conquistas.

Finalmente, à família Pellizzari Cecatti: Guilherme, Anna, Elisa e Clara pela acolhida amorosa em todas minhas estadas em Campinas. Estar com eles, em casa e em família, foi afetivamente fundamental neste período, onde praticamente “morei” no avião, além de me proporcionar um doce e alegre convívio com minhas “protegidas” Elisa e Clara.

E, last but not least, para Esther e Daíla que suportam com amor e compreensão minha dedicação a outras causas.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	xiii
Lista de Tabelas e Figuras	xv
Resumo	xvii
Summary	xix
1. Introdução	21
2. Objetivos	37
2.1. Objetivo geral	37
2.2. Objetivos específicos	37
3. Material e Método	39
3.1. Desenho do estudo	39
3.2. Tamanho amostral	39
3.3. Critérios e procedimentos para a seleção da casuística	40
3.4. Variáveis e conceitos	40
3.5. Fontes de dados	42
3.6. Coleta de dados	43
3.7. Processamento e análise dos dados	44
3.8. Aspectos éticos	46
4. Resultados	49
4.1. Conjunto de situações e objetivos determinantes para o Programa	49
4.2. O processo de implantação do PHPN	60
4.3. A adesão dos municípios ao Programa	65
4.4. Descrição do sistema criado para o gerenciamento de dados disponíveis pelo programa (SISPRENATAL)	74
4.5. Avaliação preliminar dos indicadores gerados pelo SISPRENATAL em 2001 e 2002... ..	80
5. Discussão	97
6. Conclusões	117
7. Considerações Finais	119
8. Referências Bibliográficas	125
9. Bibliografia de Normatizações	139
10. Anexos	141

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

ABO	Teste para detectar o tipo sangüíneo A, B ou 0.
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ATSM	Área Técnica de Saúde da Mulher
BEMFAM	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
Hb	Hemoglobina
Ht	Hematócrito
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios

PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
SAS	Secretária de Assistência à Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SAI-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIH – SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação sobre Agravos Notificáveis
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de informações do PHPN
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
Rh	Rhesus
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade da Federação
UEPA	Universidade Estadual do Pará
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UI	Unidade de Tratamento Intermediário
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
WHO	World Health Organization

Lista de Tabelas e Figuras

	pg
Figura 1 Razão entre o número de consultas de pré-natal e parto. SUS – Brasil e Regiões, 1995 – 2000.....	30
Figura 2 Municípios brasileiros aderidos ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento até dezembro de 2001.....	47
Figura 3 Municípios brasileiros aderidos ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento até dezembro de 2002.....	47
Figura 4 Número de municípios cadastrando gestantes no SISPRENATAL, Jan/01- Dez/02.....	49
Figura 5 Número de gestantes cadastradas no SISPRENATAL, Jan/01- Dez/02.....	49
Tabela 1 Número de partos, consultas de pré-natal necessárias, realizadas, déficit e crescimento percentual necessário para Brasil e Regiões. SUS, 2000.....	31
Tabela 2 Número de casos confirmados de sífilis congênita* para Brasil e regiões – 1998 e 1999.....	33
Tabela 3 Número de casos confirmados de tétano neonatal para Brasil e regiões – 1995 a 1999.....	34
Tabela 4 Principais causas de mortalidade materna. Brasil, 1995 – 1999.....	35
Tabela 5 Total de consultas puerperais por UF – 2000.....	36
Tabela 6 Histórico cronológico da adesão dos municípios ao PHPN por Unidade da Federação, com percentual de adesão sobre o total de municípios do estado. Brasil, 2000-2002.....	46
Tabela 7 Histórico cronológico da produção acumulada por Unidade da Federação e número de gestantes com cadastro e conclusão no PHPN. Brasil, 2001.....	50
Tabela 8 Histórico cronológico da produção acumulada por Unidade da Federação e número de gestantes com cadastro e conclusão no PHPN. Brasil, 2002.....	51

Tabela 9	Percentual de gestantes que se inscreveram no Programa e realizaram a 1ª consulta, em relação ao nº de nascidos vivos no período por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002.....	60
Tabela 10	Percentual de gestantes cadastradas no programa no período selecionado em relação ao total de gestantes cadastradas no banco nacional, por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002.....	61
Tabela 11	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 por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002.....	62
Tabela 12	Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) ou mais consultas de pré-natal por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002.....	63
Tabela 13	Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) ou mais consultas de pré-natal e a consulta de puerpério por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002.....	64
Tabela 14	Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) ou mais consultas de pré-natal e todos os exames básicos, por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002.....	65
Tabela 15	Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) ou mais consultas de pré-natal, de puerpério e todos os exames básicos por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002.....	66
Tabela 16	Percentual de gestantes inscritas no Programa que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002.....	67
Tabela 17	Percentual de gestantes inscritas no Programa que realizaram 06 (seis) ou mais consultas de pré-natal, a de puerpério, todos os exames básicos, a 2ª dose ou dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002.....	68
Tabela 18	Percentual de gestantes inscritas no Programa que realizaram 06 (seis) ou mais consultas de pré-natal, a de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a de reforço ou a imunizante da vacina antitetânica por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002.....	69
Tabela 19	Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002.....	70
Tabela 20	Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002.....	71
Tabela 21	Indicadores do Processo. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002.....	73

Resumo

O objetivo deste trabalho foi avaliar a experiência da implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde, no Brasil, através de um estudo descritivo, com abordagem populacional, contemplando a totalidade dos municípios que apresentaram dados no SISPRENATAL. O Programa, lançado pelo Ministério da Saúde em junho de 2000, tinha como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamentou-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para adequado acompanhamento, além de estabelecer, no conjunto da assistência, critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto, integrados e com intervenções que tivessem fortes evidências de que são efetivas. O estudo foi realizado a partir da análise documental e dos dados gerados no SISPRENATAL e demais instrumentos de coleta de dados utilizados no Programa em 2001 e 2002. Da instituição do Programa até dezembro de 2002, 3.983 municípios aderiram, com um

percentual representativo de 72% de adesão no país. Até o final de 2002, 71% dos municípios que aderiram ao Programa (3.183) apresentaram produção, constituindo um banco de dados com 720.871 mulheres. A cobertura do Programa teve um incremento importante em 2002, com o cadastramento de 555.979 mulheres, a maioria inscrita com até 120 dias de gestação. Cerca de 20% das mulheres realizaram seis consultas de pré-natal e aproximadamente a metade realizou a consulta puerperal e os exames obrigatórios. Em 2002, 41% das mulheres foram imunizadas com vacina antitetânica. A solicitação de exames para a detecção de HIV foi o dobro em relação à solicitação de exames para a sífilis, nos dois anos em análise, O conjunto das atividades assistenciais foi recebido por um pequeno percentual de mulheres, 2% em 2001 e 5% em 2002. Apesar da comparação dos indicadores de qualidade de assistência, definidos pelo próprio sistema, mostrar crescimento de 2001 para 2002, os baixos percentuais registrados ratificam a necessidade de permanentes avaliações com o objetivo de melhorar a qualidade desta atenção, garantindo, além de melhores resultados maternos e perinatais, o direito inalienável de cada mulher de gestar e parir em segurança e bem-estar.

Summary

The aim of this study was to evaluate the implantation of the Brazilian Ministry of Health's Prenatal and Birth Humanization Program, through a population descriptive study of the universe of program participants from all the municipalities that submitted data to SISPRENATAL. The Program, launched by the Ministry of Health in June 2000, had as its main strategy to guarantee better access, coverage and quality in prenatal care, birth and puerperal care to pregnant women and newborns from a citizen's rights perspective. The Program was based on the right to humanization of obstetric and neonatal care as the first prerequisite for adequate follow-up, besides establishing, within the entirety of care, criteria for classifying consultations and promoting a bond between out-patient care and the birth experience, integrated and with interventions that had strong evidence of being effective. The study was carried out from documental analysis and using data generated in SISPRENATAL and other data from collection instruments used in the Program during 2001 and 2002. From its beginning until December 2002, 3.983 municipalities joined the Program, representing 72% of all Brazilian municipalities. Until the end of 2002, 71% of participating municipalities (3.183) had results,

constituting a data base with 720,871 women. The coverage of the Program had an important increase in 2002, with the registration of 555,979 women, the majority registered before 120 days of pregnancy. Nearly 20% of the women had six prenatal visits and approximately half of these women had the puerperal consultation and the compulsory tests performed. In 2002, 41% of women were vaccinated against tetanus. The number of requests for HIV detection was double the number of requests for syphilis during the two years analyzed. A small percentage of women, 2% in 2001 and 5% in 2002, received the entire set of care activities. In this way, although the comparison of quality of care indicators, defined by the system itself, showed an increase from 2001 to 2002, the low percentages recorded attest to the need for permanent evaluations with the aim of improving quality of care and guaranteeing, besides the best maternal and perinatal results, the inalienable right of every women to security and well-being during pregnancy and delivery.

1. Introdução

Através dos tempos, diferentes significados foram atribuídos à gestação e ao parto. Muitos destes significados trazem aspectos contraditórios e antagônicos: alegria e dor, esperança e medo, renovação e morte. Estas vivências, essencialmente femininas, foram de diversas formas experimentadas ao longo de toda humanidade e inúmeros registros confirmam a importância da gestação como evento social mobilizador (DINIZ, 1996; MURPHY-LAWLEES, 1998). Entretanto, até meados do século XIX, estar grávida e parir eram acontecimentos da esfera privada, partilhados por mulheres em espaços reservados. As mudanças neste cenário são marcadas emblematicamente pelo momento em que novos atores são introduzidos à cena: médicos para as mulheres da nobreza e, nas situações extremas, cirurgiões-barbeiros para as outras mulheres. A partir desta importante mudança, revelou-se a preocupação que as sociedades modernas passaram a ter com os filhos e as mulheres, e ocorreu uma profunda medicalização do parto e da gestação que se transformou, então, em objeto do conhecimento e da prática médica (DONZELOT, 1986; FOUCAULT, 1996; COSTA, 1999b).

As normas médicas vieram regular comportamentos, estabelecer padrões e principalmente afirmar a autoridade médica, em nome da ciência. A medicalização do parto é parte da institucionalização do poder médico que, no corpo feminino, atuou fundamentalmente normatizando a reprodução (DONZELOT, 1986; FOUCAULT, 1996; FOUCAULT, 1998; COSTA, 1999b; FOUCAULT, 2000;). Em consequência desta transformação, muitas questões da esfera privada passaram a ser publicamente discutidas e sofreram forte intervenção normatizadora. Vários estudos têm buscado compreender e discutir estas transformações, resgatando neste trajeto importantes discussões sobre autonomia feminina e gênero (RAGO, 1985; DINIZ, 1996; SERRUYA, 1996; BORDO, 1997; COSTA, 1999b; D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 1999).

Deste modo, mais recentemente, a mudança do local de ocorrência do parto e a participação, cada vez mais como protagonista, dos profissionais de saúde caracterizam de forma marcante a experiência do parto. A razão principal para a ocorrência destas mudanças foi a alta mortalidade materna e perinatal (ROSENFELD e MAINE, 1985; MAHLER, 1987; TANAKA, 1995; WHO, 1996). Sem dúvida, um dos principais aspectos benéficos dela resultante foi a melhora destes resultados. À medida que determinadas técnicas médicas foram sendo incorporadas, a mortalidade de mulheres e recém-nascidos caiu significativamente e hoje, em países desenvolvidos, a ocorrência de óbitos maternos é rara e incomum (MAHLER, 1987; FAÚNDES e CECATTI, 1991; WHO, 1999; SHIFFMAN, 2000; GHOSH, 2001; ALLEYNE et al., 2002).

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, portanto, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito (KASONDE e KAMAL, 1998; PITANGUY, 1999; SULEIMAN et al., 1999; WHO, 2000; GHOSH, 2001; ABOUZARH e WARDLAW, 2001; CAMPBELL, 2001; GOODBURN e CAMPBELL, 2001;). Entretanto, é necessário conjugar a segurança de obter bons resultados com o bem estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se direitos já estabelecidos e constituídos (DONABEDIAN, 1988; WHO, 1996; SILVER, 1999; WHO, 1999; VAUGHAN e ABOUZAHAR, 2000; PITTROF et al., 2002).

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (MENDES, 1984; TANAKA, 1995, DAVIS-FLOYD, 2001).

A assistência à mulher na gravidez, um dos serviços públicos de saúde há mais tempo existente no país, foi, por muitos anos, realizada com enfoque que buscava melhorar principalmente os indicadores da saúde infantil. A chamada assistência materno-infantil era inicialmente representada apenas por consultas no pré-natal e a assistência hospitalar ao parto. No final da década de 70, os grupos de mulheres e os de saúde reivindicavam a ampliação da assistência à mulher a partir de um movimento maior, articulado com a proposta de reforma sanitária e a criação de um sistema único de saúde, público e universal (CORRÊA, 1993; BACHA, 1997; COSTA, 1999a). O movimento sanitário, tomando a saúde

como um direito inalienável, exigia que o Estado reordenasse o sistema de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituição, em 1988, o direito à saúde estaria garantido por lei e um sistema único de saúde deveria ser implantado de forma descentralizada e com instâncias de controle social (MEDICI, 1999).

Foi neste momento, de intenso debate, que em 1983, o Ministério da Saúde lançou as bases programáticas do PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher que representa, até o momento, um paradigma na atenção à saúde da mulher (BRASIL, 1984; CORRÊA, 1993; OSIS, 1998; COSTA, 1999a).

A incorporação das atividades relacionadas à contracepção era, então, o ponto focal de maior discussão. Além do debate internacional entre neomalthusianos e natalistas, capitaneados por setores da Igreja, os movimentos de mulheres postulavam direito à escolha autônoma e individual no número de filhos, não aceitando determinações que atendessem a qualquer política econômica ou demográfica (ÁVILA e CORRÊA, 1999). O Programa também deveria prever ações relacionadas à esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério. Duas questões deveriam ser transversais nestas ações: a da compreensão dos diferentes aspectos psicológicos e sociais relacionados a cada problema e a introdução de práticas educativas (BRASIL, 1984).

As bases filosóficas do Programa introduziam outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao programa. A partir de critérios epidemiológicos, os serviços deveriam ser capacitados para incorporar estas questões e estabelecer novas práticas (BRASIL, 1984). A idéia de um conjunto de atividades que deveriam ser executadas implicava articular às ações já implantadas, como o pré-natal, às outras demandas, ratificando a ampliação na oferta de serviços. Do ponto de vista conceitual, a definição de “conjunto” foi o maior desafio, uma vez que traduzia pragmaticamente a questão maior da integralidade e exigia dos gestores e profissionais postura que extrapolava capacitação técnica tradicional, e pressupunha a incorporação de novas questões ligadas aos direitos do gênero feminino.

O programa também apontava para questões que ainda permanecem atuais: descentralização, hierarquização e regionalização da assistência, compreendendo que estes são fundamentos estruturais da atenção e indispensáveis na sua organização (BRASIL, 1984). O PAISM apresentou um deslocamento de olhar na atenção à saúde da mulher, obrigando os serviços e gestores a pensarem de forma mais ampla sobre a questão. Nestas quase duas décadas já passadas, sua implantação foi bastante diferenciada em todo país, ratificando quão ampla e complexa era a proposta. Inúmeros estudos abordaram os diversos aspectos do programa, enfatizando as questões da saúde reprodutiva, a introdução de conceitos como a integralidade, os desafios ligados à sua implementação, enfim, as diferentes questões que permanecem atuais até o momento (CORRÊA, 1993; D’OLIVEIRA e SENNA, 1996; OSIS, 1998; COSTAa, 1999; COSTA et al., 2000).

Entretanto, mesmo nos serviços em que as atividades são realizadas como preconizadas pelo PAISM, existem questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados. Apesar da assistência pré-natal ter estado sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, até o momento permanecem questões que, entre outras, devem ser discutidas, como o acesso em algumas regiões e áreas do país, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2000b). Exemplifica resumidamente este quadro, o fato de que, apesar dos dados disponíveis (BEMFAM-PNDS, 1997; BRASIL, 2002a) apontarem um aumento considerável, nos últimos anos, no número de consultas por mulher, este incremento não resultou em impacto considerável nos óbitos maternos declarados, mesmo nas regiões Sudeste e Centro-Oeste que têm média maior que quatro consultas há quatro anos (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b).

A questão da falta de vínculo entre a assistência pré-natal e a do parto leva as mulheres, em trabalho de parto, a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais, ferindo um aspecto fundamental dos direitos de cidadania. Além disso, um grande percentual de mortes maternas ocorre nas horas peri-parto, portanto, intervenções que garantam melhor assistência neste momento são indispensáveis (FAÚNDES e CECATTI, 1991; ARKADER, 1993; TANAKA, 1995). Neste panorama da situação obstétrica, a desumanização deste momento tão importante e, principalmente, o direito que toda mulher tem de garantia ao atendimento foram consideradas como questões emblemáticas a serem enfrentadas.

Embora as causas para a manutenção deste quadro na assistência obstétrica sejam diversas, destacam-se a postura mercantilista dos serviços e a falta de compromisso profissional. Dos hospitais que atendem ao parto no Brasil, cerca de 4.700, a maioria, 63%, é conveniada ao SUS, ou seja, apenas “vendem” serviços e com raras exceções têm preocupações, de fato, com os resultados assistenciais. Por outro lado, os profissionais de saúde carecem de capacitação técnica permanente, uma vez que a grande maioria, após a graduação, não volta a se atualizar, além de inúmeras questões que giram em torno do processo de trabalho médico e que fogem do escopo deste trabalho.

Ampliando esta análise do panorama obstétrico chegava-se, necessariamente, à avaliação do modelo assistencial vigente no país, que refletia um determinado paradigma conceitual de atenção. Em torno de um consenso, de que a assistência obstétrica precisava melhorar em todos os aspectos (acesso, acolhimento, qualidade, resolutividade), a questão de fundo era a discussão de uma atenção baseada em princípios tecnocráticos versus o paradigma da assistência humanizada (MENDES, 1984; DAVIS-FLOYD, 2001).

Estes questionamentos, relativos ao modelo praticado na assistência obstétrica, refletiam um debate sobre as práticas clínicas em geral, na qual o ponto de partida era a percepção que as “técnicas” empregadas obedeciam a uma lógica de valores sociais em que a “tecnologia” aparece como o ícone máximo na assistência. Com este pressuposto, a organização dos serviços e a interação entre profissionais de saúde e pacientes desenha-se com princípios mercadológicos e de produtos.

Estas práticas clínicas estavam fortemente embasadas em questões culturais deste modelo normatizador e pouco fundamentadas do ponto de vista científico. O modelo tecnocrático obedecia a uma padronização no cuidado e como os modelos fabris, os “produtos” deveriam seguir uma linha de produção e, portanto, não “atrapalhar” a ordem e higiene médica hospitalar. Embora as resistências às imposições médicas tenham sempre estado presentes, para as mulheres elas se concretizaram no momento do parto, uma vez que é neste cenário que ocorrem as maiores intervenções, no sentido de padronizar, ordenar e obter “bons produtos”. (MENDES, 1984; DINIZ, 1996; MURPHY-LAWLEES, 1998; DAVIS-FLOYD, 2001).

O reconhecimento de que as práticas médicas caminharam na direção da “expropriação da saúde” é bem sinalizado em ILLICH (1975) que, partindo do conceito de doença iatrogênica como a que “*engloba todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos*”, analisa nos acontecimentos deflagrados historicamente a construção de uma prática médica expropriadora. ILLICH (1975) discute, no desenvolvimento desta abordagem, seus diferentes aspectos, clínico, social e estrutural, apontando de que maneira a saúde torna-se um produto de consumo e a medicalização uma constante norma da vida e da morte.

Esta discussão também é realizada por FOUCAULT (1996) que, na análise do nascimento da medicina social, refaz conceitualmente seu percurso histórico e aponta que o controle social sobre os indivíduos começou no corpo, entendido como uma realidade bio-política e a medicina como uma estratégia bio-política. Assim, a possibilidade de interferir concretamente na vida pública e privada da

sociedade foi estabelecida em espaços, tempos e contextos sociais diferentes, cujo ponto de contacto materializa-se através de um poder que pressupõe um saber (MENDES, 1984; SERRUYA, 1996).

Estas reflexões permitem compreender que os modelos atuais de assistência estão fortemente marcados por este paradigma e a retomada de questões, como a autonomia e humanização, pressupõe a discussão de referenciais filosóficos. Não será possível mudar a assistência sem ampliar este olhar e discutir os conceitos aqui em debate (TROSTLE, 2002). Sem um entendimento amplo, por exemplo, da questão da relação profissional de saúde x mulher, a assimetria desta relação é explicada por um olhar reducionista e maniqueísta: os profissionais de saúde não são comprometidos, as pacientes são “coitadinhas”.

A introdução desta discussão na assistência obstétrica é, portanto, historicamente recente no país. Reflete, em primeiro lugar, o questionamento e a negação destas práticas relacionadas ao parto e à assistência à mulher, iniciada nos países desenvolvidos por grupos de mulheres e profissionais de saúde. O mote para o descontentamento com este modelo tinha como questão mobilizadora o excesso de intervenção no parto normal e crescentes taxas de cesárea (WHO, 1996; ABOUZHR, 1998; DAVIS-FLOYD, 2001). Nesta direção, sedimentava-se uma postura do movimento de mulheres, exemplificada, desde a década de 70, na palavra de ordem “*nosso corpo nos pertence*” que enfrentava, entre outras, a problemática da assistência ao parto, sem dúvida a mais exemplar, recolocando questões como: a quem o parto pertence e em que são baseadas as práticas

realizadas neste momento, tão significantes do ponto de vista sócio-cultural (ÁVILA e CORRÊA, 1999; DINIZ, 2000)¹.

Historicamente, esta discussão ganhou grande representatividade quando, em 1985, em Fortaleza, representantes e convidados da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde reuniram-se e fizeram recomendações para um conjunto de práticas consideradas de “rotina”, questionando o papel de tais práticas na assistência ao parto normal. O reconhecimento de que o parto, na grande maioria dos casos, necessita apenas de observação deveria ser permanente e o uso de técnicas e tecnologias que são resultados do progresso da Obstetrícia deveria ser criterioso e não indiscriminado, com base no princípio de que nenhuma técnica ou tecnologia é intrinsecamente boa ou ruim, e sua aplicação não deve ser automaticamente rotina sem as devidas indicações, mesmo para as práticas consideradas mais simples. Uma questão central que aparece é que o excesso de intervenções é responsável por um conjunto de desvantagens que incluem desde os recursos desperdiçados até importantes iatrogenias (GALBA ARAÚJO et al., 1985; PINOTTI e FAÚNDES, 1985a; WHO, 1996; DINIZ e D’OLIVEIRA, 1998; BRASIL, 2001).

Neste momento começa a se concretizar uma postura ainda fragmentada, mas já com grande representatividade, de absoluta negação ao modelo tecnocrático. De maneira antagônica ao “tecnicismo”, várias vozes levantaram-se reclamando a retomada de partos “naturais”, com opiniões diferentes acerca da cena do

¹ No Brasil, duas redes, entre outras entidades do movimento das mulheres, discutem estas questões: a Rehuna – Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento e a RedeSaúde - Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.

parto, atores e cenários (DAVIS-FLOYD, 2001). Entre todos que recusam este modelo, surge um forte e imediato consenso: é necessário “humanizar” o parto e o nascimento.

Deste modo, a proposição da humanização é, acima de tudo, o reconhecimento da autonomia da mulher, enquanto ser humano, e da óbvia necessidade de tratar este momento com práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido, respeitando, sobretudo as suas escolhas (WAGNER, 2001).

Esta movimentação a favor de uma nova prática obstétrica obteve importante reforço, político e técnico, quando, em 1996, a Organização Mundial da Saúde publicou um guia para a assistência ao parto normal, apresentando as recomendações, baseadas em evidências, sobre as práticas relacionadas ao parto normal, classificadas em quatro categorias, de acordo com o nível de evidência científica disponível segundo a classificação de MULROW (1987). As recomendações objetivam garantir os direitos das mulheres e diminuir as intervenções desnecessárias, questionando procedimentos realizados sem nenhum critério científico, apenas por hábito ou rotina (WHO, 1996). Este guia, disponível em inglês e espanhol, posteriormente traduzido ao português, foi bem recebido em todo mundo e, especialmente, na América Latina e no Brasil. Representou ainda a inspiração para a elaboração do respectivo manual técnico pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Na literatura não existe um consenso em torno do conceito de “humanização”. Em 2001, na Conferência Internacional da Humanização do Nascimento, realizada em Fortaleza, houve o anúncio das definições de “humanização” e “cuidado humanizado”, acordadas entre as diversas lideranças presentes que, amplas, objetivam contextualizar sob diferentes aspectos esta questão (UMENAI et al., 2001).

Atualmente, a discussão sobre humanização e seus principais aspectos, como a autonomia e direitos, já foi estabelecida em um grande conjunto de *fora*, dada sua profundidade e capilaridade. Entretanto, para as mulheres, trata-se de uma expropriação mais significativa, que tem marcado o conjunto das vivências femininas, em que a assistência ao parto é simbolicamente o foco de maior medicalização e resistência.

Também na assistência pré-natal ocorre uma expropriação da autonomia feminina e estão presentes todos os pilares do modelo tecnocrático: as mulheres são vistas como um objeto, fora de qualquer contexto, onde a “máquina” é examinada e não se estabelece nenhum vínculo entre profissional e mulher. As ações praticadas no pré-natal são da autoridade e responsabilidade dos profissionais de saúde que supervalorizam as atividades mais técnicas e mantêm, com intervenções determinadas, a hierarquia e padronização das rotinas.

O contraponto a este modelo pressupõe que a mulher é um ser único, complexo, corpo e mente, com sentimentos e autonomia. Os profissionais de saúde devem informar e dividir as decisões e responsabilidades com as mulheres,

equilibrando a tecnologia e o humanismo, abertos a outras práticas e com foco na prevenção (DAVIS-FLOYD, 2001).

Partindo da constatação de que a falta de percepção dos direitos femininos e de aspectos fundamentais da humanização eram o pano de fundo da má assistência, e tendo a compreensão de que era indispensável propor mudanças no modelo assistencial, mesmo conhecendo as limitações de uma medida vertical, o Ministério da Saúde tomou a decisão de lançar uma estratégia onde a questão da humanização e dos direitos aparecesse como o princípio estruturador e instituiu em junho de 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN - (BRASIL, 2000a).

A fundamentação da medida ministerial, na instituição das portarias do Programa, pretende ser um marcador de águas anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção. Na cartilha de apresentação do Programa, a humanização da assistência é ratificada como a principal estratégia, seguida da apresentação dos aspectos conceituais sobre humanização:

“A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro, diz respeito

à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo, se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com freqüência, acarretam maiores riscos para ambos “(BRASIL, 2000a).

O Programa, instituído através das Portarias GM nº 569, GM nº 570, GM nº 571 e GM nº 572 de 1/6/2000, apresentava 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, 2000a).

O PHPN apresentava uma estruturação com três componentes: o primeiro tratava da assistência pré-natal; o segundo componente apresentava as questões relativas à Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal na área hospitalar; e o terceiro componente instituía nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Esta estratégia deveria ser compreendida dentro de um projeto de aprimoramento da assistência obstétrica, com o objetivo de contemplar integralmente as instâncias da gestão indispensáveis para alcançar estes objetivos.

A avaliação proposta neste estudo estará dirigida ao componente I do PHPN, que diz respeito à assistência pré-natal propriamente dita, portanto, as questões em discussão estarão relacionadas a esta temática.

O PHPN instituiu uma série de medidas, como estabelecimento de critérios mínimos e pagamento de incentivos, com o objetivo principal de melhorar a qualidade da assistência. A criação de um sistema informatizado de informação e acompanhamento, o SISPRENATAL, foi considerada como medida fundamental do Programa. Este sistema de informações deveria 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. Até a instituição do Programa, no SUS, os dados referentes à assistência Pré-natal restringiam-se à cobertura e ao número absoluto de consultas, não permitindo avaliações mais detalhadas da qualidade do cuidado pré-natal (GOLDBAUM, 1996; NOVAES, 2000).

Apesar da instituição do Programa há mais de dois anos, ainda não foi realizada uma análise mais ampla, tanto quantitativa como qualitativa, da atenção pré-natal em curso, o que permitiria também uma avaliação desta intervenção e de seu respectivo sistema de informação.

Pesquisas qualitativas sobre assistência pré-natal indicam que a qualidade da assistência é o nó crítico principal e ainda é preciso permanentemente discutir esta questão (BERGSJØ, 2001; SILVEIRA et al., 2001; VICTORA e BARROS, 2001; TREVISAN et al., 2002).

Por outro lado, os modelos de assistência pré-natal têm estado em profícuo debate (VILLAR et al., 1993; VILLAR e KHAN-NEELOFUR, 1997; BERGSJØ e VILLAR, 1997; KHAN-NEELOFUR et al., 1998; VILLAR et al., 1998; BERGSJØ, 2001; VILLAR et al., 2002). Recente revisão sistemática avaliou comparativamente modelos de cuidado pré-natal, analisando um conjunto de variáveis e buscando definir um modelo que otimize recursos, baseado em intervenções com evidências e que não adicione riscos às gestantes que não apresentam complicações (CARROLI et al., 2001).

Na mesma direção, a Organização Mundial da Saúde publicou recentemente, com base em ensaio clínico aleatorizado multicêntrico, os resultados de um novo modelo para a assistência pré-natal que compreendia um menor número de consultas e uma constante avaliação de risco, com resultados primários similares de pré-eclâmpsia, anemia severa pós-parto, infecção do trato urinário e baixo peso ao nascer, em relação ao modelo padrão ocidental de atenção pré-natal (PINOL et al., 1998; VILLAR et al., 2001; WHO, 2002).

Deste modo, a discussão de propostas de assistência pré-natal permanece atual e ainda um campo fértil para estudos e análises (KOTELCHUCK, 1994; LUMBIGANON, 1998; VILLAR et al., 1998; PUCCINI et al., 2003), tanto quantitativas quanto qualitativas, bem como de avaliações operacionais.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar a experiência da implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no território brasileiro.

2.2. Objetivos específicos

- Resgatar o conjunto de situações e objetivos que historicamente motivaram a elaboração do PHPN no contexto da atenção à saúde obstétrica no Brasil.
- Descrever o processo de implantação do PHPN quanto aos aspectos conceitual, formal, estrutural, instrumental, avaliativo e de implementação.
- Avaliar a etapa de adesão dos municípios ao Programa, do ponto de vista formal e de produção de dados.
- Descrever o sistema criado para o gerenciamento de dados disponíveis pelo Programa (SISPRENATAL).
- Avaliar preliminarmente os indicadores gerados pelo sistema comparativamente nos dois anos de funcionamento do Programa (2001 e 2002).

3. Material e Método

3.1. Desenho do estudo

Foi realizado um estudo descritivo da experiência de implantação do PHPN no Brasil, inicialmente resgatando, em uma abordagem qualitativa, os determinantes históricos e sociais para sua elaboração e, posteriormente, uma avaliação quantitativa do processo e resultados preliminares de sua implantação.

3.2. Tamanho amostral

A proposta do presente estudo foi de abordar epidemiologicamente a implantação do PHPN durante o período de dois anos a partir de sua instituição, contemplando a totalidade de municípios aderidos (3983) e de mulheres registradas no Programa (720.871). Portanto, por se tratar de uma avaliação da operacionalização do Programa em todas as unidades da federação, a abordagem é populacional.

3.3. Critérios e procedimentos para a seleção da casuística

Fizeram parte da avaliação do presente estudo, os dados gerados a partir do sistema de informações criado especificamente para o gerenciamento do programa (SISPRENATAL) de todos os municípios aderidos no período de dois anos completos (2001 e 2002) desde o início de seu funcionamento, bem como de todas as gestantes cadastradas no sistema. O sistema foi desenvolvido em ambiente Windows, na linguagem Delphi, permitindo fácil manuseio. O Sistema tem como entrada de dados dois documentos: Ficha de Cadastramento da Gestante (Anexo 1) e a Ficha de Registro Diário dos Atendimentos da Gestante (Anexo 2). Estas informações originadas nas unidades básicas de saúde são digitadas a cada mês, e o SISPRENATAL gera o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA, para importação no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Participaram da presente avaliação os municípios aderidos ao Programa e que também informaram sua produção no sistema. Até dezembro de 2001 eram cadastradas no sistema apenas as gestantes identificadas pelas unidades básicas de saúde (UBS) com até 120 dias de gestação no momento da primeira consulta. A partir de então, passaram a ser cadastradas todas as gestantes identificadas, independentemente da idade gestacional.

3.4. Variáveis e conceitos

1. Unidade da Federação: todos os estados brasileiros e o Distrito Federal.
2. Região: as cinco regiões geográficas brasileiras: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

3. Período: Anos de 2001 e 2002.
4. Consulta pré-natal: consulta realizada durante o período gestacional e registrada no SISPRENATAL.
5. Sífilis congênita: presença de sífilis diagnosticada em crianças até dois anos de vida
6. Tétano neonatal: a ocorrência de tétano diagnosticada em recém-nascidos com até 28 dias de vida
7. Consulta puerperal: consulta realizada durante o período puerperal, até 42 dias após o parto e registrada no SISPRENATAL.
8. Proporção de adesão: porcentagem de municípios aderidos ao Programa, sobre o total de municípios brasileiros.
9. Proporção de produção: porcentagem de municípios aderidos ao Programa e com produção registrada no sistema, sobre o total de municípios aderidos ao Programa.
10. Cobertura: Percentual de gestantes que se inscreveram no Programa e realizaram a primeira consulta, em relação ao número de nascidos vivos no período.
11. Cobertura de captação precoce: Percentual de gestantes que se inscreveram no Programa e realizaram a primeira consulta em até 120 dias, em relação ao número de nascidos vivos no período.
12. Percentual de gestantes cadastradas no Programa no período selecionado, em relação ao total de gestantes cadastradas.
13. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal.

14. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.
15. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e todos os exames básicos.
16. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.
17. Percentual de gestantes inscritas que receberam a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica.
18. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) ou mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica.
19. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) ou mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste para detecção do HIV, a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica.
20. Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste para HIV.
21. Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames de VDRL.

3.5. Fontes de dados

1. Publicações, documentos, relatórios, planilhas e depoimentos de técnicos da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.
2. Portarias relativas ao Programa: GM 569, 570, 571,572 e SPS 9 e 23.

3. Material instrucional elaborado para divulgação do Programa: Cartilha (Anexo 3), Passo a Passo, Manual para Implantação, Informes Saúde Especial.
4. Planilha de controle de adesão.
5. Ficha de Cadastramento da Gestante (Anexo1).
6. Ficha de Registro Diário de Atendimento (Anexo 2).
7. Planilhas de controle de produção.
8. Relatórios emitidos no SISPRENATAL.
9. Dados do Sistema de informação Ambulatorial - SIA –DATASUS.
10. Dados do Sistema de informação Hospitalar - SIH –DATASUS.
11. Dados do Sistema de informação de nascidos vivos – SINASC, CENEPI –MS.

3.6. Coleta de dados

Os dados qualitativos foram coletados a partir de entrevistas, documentos, publicações e relatórios da Área Técnica de Saúde da Mulher, assim como outros documentos oficiais do Ministério, incluindo relatórios de gestão.

Para a adesão dos municípios, foi elaborada uma planilha em EXCEL, com todos os municípios do país e com um conjunto de variáveis para registro da adesão no Programa (data de publicação da portaria, número de nascidos vivos e série numérica de cada município). A tarefa de preenchimento destas

planilhas com as informações pertinentes esteve a cargo de um funcionário de apoio ao Programa a nível central, no Ministério da Saúde.

Para a totalização mensal dos dados relativos à produção de cadastramento e conclusão, foi realizada a tabulação dos códigos referentes a cadastro e conclusão, que são apresentados no SIA/SUS e publicados pelo DATASUS a cada mês na Intranet - rede de informações sobre saúde - disponível para uso interno do Ministério da Saúde, sob responsabilidade do DATASUS.

Os dados do SISPRENATAL foram coletados em cada município, através das Ficha de Cadastramento da Gestante e Ficha de Registro Diário de Atendimento, que foram alimentadas nas unidades básicas de saúde por funcionários administrativos e enviadas para digitação em centrais municipais ou regionais. Após a digitação, foram enviadas, mensalmente e por meio magnético, para o DATASUS através da internet, onde as informações foram conferidas e agregadas ao banco de dados já existente.

Para a obtenção dos dados necessários para este estudo, o banco de dados nacional do Programa foi disponibilizado pelo responsável pelo SISPRENATAL no DATASUS.

3.7. Processamento e análise dos dados

A avaliação qualitativa proposta nos objetivos 1 e 2 buscou descrever e desenvolver uma maior compreensão do Programa a partir dos pressupostos da pesquisa qualitativa em que o pesquisador focaliza a experiência dentro de um

determinado e relativo contexto, sem a pretensão de esgotar todas as possibilidades da questão e reduzi-la a uma única "verdade" (LOCKE, et al., 1987). O pesquisador fala de um espaço privilegiado, uma vez que participou da elaboração, implantação e esteve na coordenação do Programa até abril de 2003. Entretanto, apesar de concordar com o preceito kantiano de que os conhecimentos começam com a experiência, reconhece que a avaliação aqui realizada é particular e parcial e que, compreendendo a "ilusão da transparência" (BORDIEU) como uma limitação circunstancial deste tipo de estudo, dada a proximidade do pesquisador, a análise proposta foi fundamental para o desenvolvimento do presente estudo e a presença de vieses inevitável.

Não tem o pesquisador a intenção de ter retido, dada a magnitude do Programa, todos os aspectos significativos e ter relatado todas as situações. Seguramente, o trabalho realizado deverá sofrer muitas releituras, a depender do lugar e do conhecimento de cada novo autor. O objetivo foi, dentro dos limites e escolhas, fazer um registro ainda inédito do Programa e iluminar algumas questões que pareceram centrais.

Nesta linha, a avaliação dos documentos produzidos para a formalização do Programa buscou, dentro da opção metodológica da análise do discurso, tomar os textos mais importantes, como a portaria que anuncia o programa, "*enquanto unidade significativa e pragmática, ou seja, o TEXTO é portador do contexto*

² BORDIEU apud MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo:Hucitec; Rio de Janeiro:ABRASCO, 1999.

situacional expresso pelo sentido”, tendo como razão fundamental para este olhar a compreensão da linguagem enquanto lugar de debate e conflito (³ORLANDI).

Para a avaliação dos dados quantitativos após a coleta de informações como especificado, o DATASUS foi responsável pelo processamento dos dados gerados no SISPRENATAL em todo país. Após checagem, conferência e correção das informações identificadas como incorretas, o DATASUS atualiza e mantém os bancos contendo as informações por período e fonte.

Foram então solicitadas ao DATASUS as planilhas de produção do país e dos estados dos períodos em estudo, bem como os indicadores do sistema já elaborados e incorporados no sistema de informação.

Juntamente com as informações sobre adesão dos municípios fornecidas pelo Ministério da Saúde, foram feitas comparações simples entre os períodos estudados, bem como entre estados e regiões do país.

3.8. Aspectos éticos

A presente proposta é de descrição e avaliação de um programa implementado pelo Ministério da Saúde há cerca de dois anos e meio, utilizando retrospectivamente informações rotineiramente coletadas no sistema de informação SISPRENATAL e armazenadas em bancos gerenciados pelo DATASUS. Todas as comparações programadas no estudo referem-se aos períodos, regiões e

³ ORLANDI apud MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo:Hucitec; Rio de Janeiro:ABRASCO, 1999.

unidades da federação, sem identificação de indivíduos ou instituições. Mantêm, portanto, a confidencialidade sobre a fonte das informações.

Não houve necessidade, portanto, de um termo de consentimento livre e esclarecido. Os pesquisadores seguiram as determinações da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Os dados utilizados no presente estudo ainda não estão disponíveis para acesso ao público, porque o banco nacional ainda não está finalizado e acessível, como os outros bancos de informações em saúde disponibilizados “*on line*” no endereço eletrônico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a). Portanto, o Ministério da Saúde autorizou a disponibilidade dos dados para a presente análise.

O projeto do presente estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

4. Resultados

Na avaliação da implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, do Ministério da Saúde, os resultados serão apresentados em cinco etapas correspondentes respectivamente aos objetivos do presente estudo.

4.1. Conjunto de situações e objetivos determinantes para o Programa

Esta etapa inicial foge à tradicional forma de apresentação de resultados com dados numéricos, pois tem como finalidade resgatar as situações e objetivos que motivaram a elaboração do Programa no contexto da saúde obstétrica do país. Corresponde, portanto, a uma abordagem qualitativa e de indicadores do contexto de saúde que, sob o juízo dos investigadores, foi determinante para a concepção e implantação do Programa.

No final dos anos 90, após quase duas décadas da instituição do PAISM, a assistência à saúde da mulher no Brasil permanecia com muitas questões a serem enfrentadas. O Ministério da Saúde havia definido a saúde da mulher como prioritária e sistematizou, a partir de três linhas principais de ações, projetos

específicos: para melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b; BRASIL, 2002e).

Para a melhoria da assistência obstétrica, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva, elaborou um plano em três etapas. No primeiro momento, aumentou a remuneração ao parto normal, instituiu um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital (portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998) e incluiu a remuneração aos procedimentos referentes à analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira obstétrica. Na segunda etapa, foi instituído o Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco (Portaria MS/GM 2.817, de 28 de maio de 1998), com a finalidade de organizar e melhorar a assistência às mulheres com maior risco obstétrico. A terceira etapa tratava especificamente da qualidade da atenção no pré-natal e ao parto, onde algumas questões apareciam como fundamentais a serem debatidas: a qualidade da assistência, o acesso, também considerado como um indicador da qualidade da atenção, e a humanização da atenção (SERRUYA e LAGO, 2001; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b; BRASIL, 2002d). Como este estudo trata apenas do componente I, a análise será dirigida à assistência pré-natal.

Estas ações tinham como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbi-mortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, dentro da perspectiva da humanização como grande fio condutor. Tomando o enfoque de gênero e as questões epidemiológicas, entendidas como pontos de referência,

parecia indispensável retomar compromissos da assistência e promover ações para enfrentar os obstáculos já conhecidos, mas ainda não vencidos.

No Brasil, o acesso ao pré-natal como condição primeira para a assistência apresenta ainda importantes diferenciais por região, residência e escolaridade. Na pesquisa BEMFAM-PNDS (1997), 14,3% das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos que antecederam a pesquisa, não haviam recebido nenhuma consulta de pré-natal, sendo 7,6% na cidade e 30,3% no campo. O Rio de Janeiro apresentava a menor taxa de mulheres sem cobertura pré-natal, de 3,8%, em contraste com a falta de consultas para 25,2% das mulheres nordestinas e 17,1% das mulheres na Região Norte. Em relação à escolaridade, 42,6% das mulheres sem pré-natal eram analfabetas e 27% haviam cursado apenas de um a três anos de estudo, totalizando 69,6%. Ou seja, as mulheres que tinham problemas de acesso ao pré-natal estavam nos locais e regiões mais pobres e tinham menos possibilidade de educação formal, convergindo diferentes graus de exclusão social. Por outro lado, 77% das mulheres realizaram mais de quatro consultas e, destas, 47,5% realizaram mais de sete consultas. A mediana do número de consultas em todos os lugares pesquisados esteve sempre acima de seis, mas mantiveram-se também as diferenças encontradas para a cobertura: as menores medianas são as da zona rural e das Regiões Norte e Nordeste (BEMFAM-PNDS, 1997).

Os dados coletados na PNDS-96 são semelhantes aos declarados no SINASC nos últimos anos. Em 1997, 49,8% e em 1998, 49,5% das mulheres declararam ter realizado mais de sete consultas de pré-natal. As desigualdades

regionais permanecem: no Sudeste o percentual encontrado é de 58,6%, e de 38,6% na região Norte (OPAS, 2002).

Analisando as informações do Sistema Único de Saúde, encontra-se um incremento considerável do número de consultas realizadas por mulher que realiza o parto no SUS, nos últimos anos. O aumento mais importante ocorreu entre 1997 e 1998, em decorrência da inclusão do acompanhamento pré-natal no conjunto de ações básicas que devem ser desenvolvidas pelos municípios que recebem recursos através do Piso de Atenção Básica. Tomando como base a razão entre o número de consultas no país e o número de mulheres que anualmente realizam o parto no SUS, permanecem as Regiões Norte e Nordeste com os menores números de consultas (Figura 1).

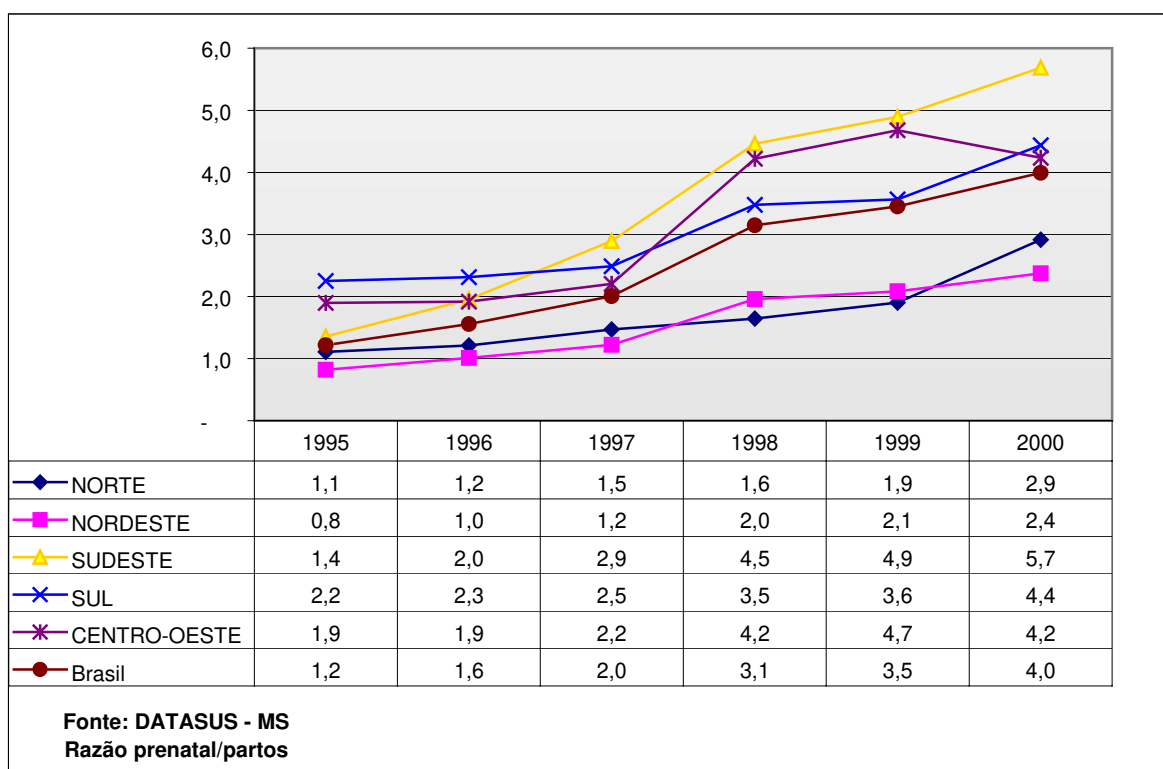


Figura 1. Razão entre o número de consultas de pré-natal e parto. SUS - Brasil e Regiões, 1995 – 2000.

Apesar do número absoluto de consultas ter aumentado, a razão nacional em 2000 era de quatro e, para que todas as mulheres conseguissem realizar seis consultas, seria necessário um incremento de mais de 5 milhões de consultas de pré-natal. Este crescimento, de 50% para o país, deveria representar um aumento de 105% para a Região Norte e de 150% para os estados do Nordeste. Assim, a Tabela 1 apresenta os números de partos realizados, os números de consultas necessárias e realizadas, o déficit e o incremento necessário, por região.

TABELA 1
Número de partos, consultas de pré-natal necessárias, realizadas, déficit e crescimento percentual necessário para Brasil e Regiões. SUS, 2000

Região	Total de partos	Consultas necessárias	Consultas realizadas	Déficit	Crescimento necessário(%)
Norte	243.214	1.459.284	709.330	749.954	105
Nordeste	878.686	5.270.316	2.086.300	3.184.016	152
Sudeste	880.224	5.281.344	5.005.882	275.462	5,5
Sul	329.066	1.974.396	1.460.175	514.221	35
Centro-oeste	174.460	1.046.760	739.098	307.662	41
Brasil	2.505.350	15.032.100	10.000.785	5.031.315	50

Fonte: BRASIL (2003a)

Um estudo recente sobre as desigualdades de saúde no Brasil (VIANNA et al., 2001) apresenta, entre os indicadores de qualidade selecionados, o percentual de mulheres que receberam pelo menos seis consultas pré-natal, mesmo considerando a ausência de informações mais detalhadas. Na correlação entre taxa de pobreza

e cobertura pré-natal, os autores afirmam que esta deve ser inversamente proporcional, embora ocorra interferência de outros fatores. No estudo em questão, a reta de progressão resultante desta correlação apontou que, a maioria dos estados com cobertura de pelo menos seis consultas de pré-natal apresentava um nível econômico compatível com o esperado para a realização destas consultas. O cálculo do índice de efeito (β) mostra que, a cada redução de 10% na taxa de pobreza, haveria o aumento de 7% na cobertura pré-natal, ratificando o vínculo entre assistência e renda.

Deste modo, a questão do acesso aparece como um aspecto fundamental a ser considerado em uma estratégia para qualificar a assistência (DONABEDIAN, 1990), uma vez que os dados em diferentes estudos apontam-no como um locus de vulnerabilidade da assistência, onde a convergência de outras variáveis como renda, região, localização e anos de estudo potencializam a exclusão da mulher.

Na análise da qualidade da assistência prestada propriamente dita, na ausência de informações que detalhem o conteúdo das consultas, consideram-se cinco aspectos representativos da assistência, tomados como indicadores: a taxa de captação precoce, a incidência de sífilis congênita, o registro de casos de tétano neonatal, a distribuição das causas de morte materna no país e o número de consultas de puerpério.

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. Os dados da pesquisa BEMFAM-PNDS (1997) apontam

que 66% das mulheres iniciaram o pré-natal até o terceiro mês. As diferenças em relação às regiões e localização são as mesmas que as encontradas para a questão do acesso: assim, a taxa de captação precoce rural é 45,7%, contra uma taxa de 72,7% na região urbana e a Região Nordeste e Norte apresentam as menores taxas, de 51,9% e 55,7% respectivamente.

Em 1999, 4.086 casos de sífilis congênita foram notificados no país. Como a região Sul notificou quase 50% destes casos (2.184) e a Região Norte apenas 91 casos, a avaliação deve levar em conta a provável grande sub-notificação que ocorre, uma vez que a qualidade do dado está sujeita à capacidade do sistema de vigilância epidemiológica, em cada região, para a realização de todas etapas: detectar, notificar, investigar e confirmar os casos. Estes dados, para os anos recentes e por região, estão na Tabela 2.

TABELA 2
Número de casos confirmados de sífilis congênita*
para Brasil e regiões – 1998 e 1999

Região	1998		1999	
	n	%	n	%
Norte	43	1,2	91	2,2
Nordeste	1.208	32,0	1.034	25,3
Sudeste	303	8,0	212	5,2
Sul	1.856	49,1	2.184	53,5
Centro-oeste	368	9,7	565	13,8
Brasil	3.778	100,0	4.086	100,0

* Casos diagnosticados nos dois primeiros anos de vida.
Fonte: MS/DST/SINAN BRASIL (2003c)

A sífilis é uma condição patológica cujo diagnóstico e tratamento podem ser realizados com baixo custo e nenhuma dificuldade operacional, uma vez que a imensa maioria dos laboratórios dispõe de tecnologia para a realização do exame. Nos dados apresentados pelo SINAN, surpreendentemente o número de casos de sífilis congênita é igual para o grupo que realizou pré-natal e para o que não realizou (BRASIL, 2003c).

Apesar da vacinação antitetânica estar disponível em praticamente todos os serviços de saúde, ainda existem mulheres que não recebem nenhuma dose de vacina e um número importante que não é corretamente imunizado. Em 1996, segundo a pesquisa BEMFAM-PNDS (1997), 36,5% das mulheres não receberam nenhuma dose da vacina e apenas 45% recebeu duas doses. Embora o número de casos de tétano neonatal tenha declinado nos últimos anos, em todas as regiões, principalmente pelo aumento da cobertura hospitalar ao parto e da vacinação sistemática em gestantes e mulheres em idade fértil, ainda assim em 1999 foram contabilizados 66 casos, sendo 27 na Região Nordeste e 16 na Região Norte (Tabela 3). Como a região Norte tem partos domiciliares em maior número, é provável também que ocorra uma maior sub-notificação (BRASIL, 2003c).

TABELA 3

Número de casos confirmados de tétano neonatal para Brasil e regiões – 1995 a 1999

Região	1995	1996	1997	1998	1999
Norte	29	14	15	15	16
Nordeste	65	54	54	39	27
Sudeste	25	15	14	10	10
Sul	5	4	7	3	7
Centro-oeste	7	6	12	4	6
Brasil	131	93	102	71	66

Fonte: MS/DST/SINAN BRASIL (2003c)

No Brasil, a hipertensão na gravidez corresponde à principal causa de morte materna obstétrica direta nos últimos anos, seguida pelas demais causas diretas (Tabela 4). O diagnóstico da hipertensão, principalmente da crônica, também é importante na prevenção de quadros como os de descolamento prematuro da placenta, causa importante de óbitos maternos e fetais. Como doença oligo ou assintomática, sua detecção torna indispensável o uso de uma técnica muito simples e de baixíssimo custo, a aferição da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal. O diagnóstico, com a realização deste procedimento e condutas corretas, permitiria salvar muitas mulheres. É por esta razão que, em países desenvolvidos, as baixas taxas de mortalidade materna contabilizam predominantemente causas indiretas, demonstrando a eficácia de se prevenir estas mortes.

TABELA 4
Principais causas de mortalidade materna. Brasil, 1995 – 1999

Causas	1995		1996		1997		1998		1999	
	Óbitos (n)	Razão	Óbitos (n)	Razão	Óbitos (n)	Razão	Óbitos (n)	Razão	Óbitos (n)	Razão
Hipertensão	442	12,8	332	9,6	383	11,0	426	12,1	459	13,1
Hemorragia	310	9,0	270	7,8	248	7,1	236	6,7	319	9,1
Infecção Puerperal	101	2,9	126	3,6	139	4,0	138	3,9	113	3,2
Aborto	127	3,7	97	2,8	118	3,4	77	2,2	105	3,0
D.Ap.Circ.Compl.GPP	79	2,3	90	2,6	171	4,9	201	5,7	136	3,9
Outras	576	16,7	605	17,5	792	22,8	964	27,6	657	18,7
Total	1.635	47,7	1.520	44,1	1.851	53,4	2.039	58,5	1.789	51,0

Fonte: SIM / GENEPI / FUNASA / MS
Estimativa de Nascidos Vivos IBGE
Razão por 100.000 NV

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. Os registros no SIA/SUS apresentam um número muito baixo de consultas puerperais. Provavelmente, mais mulheres retornam para esta avaliação e o registro deste procedimento não é realizado (Tabela 5). Entretanto, a cobertura vacinal realizada no primeiro mês de vida (BCG) é de 100% há pelo menos seis anos em todo país, confirmando que a mulher volta ao serviço de saúde, mas apenas para o cuidado com o recém-nascido, espelhando a falta de articulação das ações básicas e o viés de gênero (OPAS, 2002).

TABELA 5
Total de consultas puerperais por UF – 2000

ESTADOS	ANO 2000
Acre	0
Amapá	0
Amazonas	0
Pará	8
Rondônia	0
Roraima	0
Tocantins	2
Alagoas	95
Bahia	2
Ceará	0
Maranhão	200
Paraíba	0
Pernambuco	0
Piauí	56
Rio Grande do Norte	271
Sergipe	0
Distrito Federal	0
Goiás	6
Mato Grosso	79
Mato Grosso do Sul	0
Espírito Santo	0
Minas Gerais	280
Rio de Janeiro	0
São Paulo	130
Paraná	116
Santa Catarina	5
Rio Grande do Sul	0
TOTAL	1250

Fonte: SIA/SUS – BRASIL (2003a)

Além destas questões, mais objetivas e quantificáveis, mostrando o quadro crítico da atenção ao pré-natal no país no ano de 2000, a má qualidade do pré-natal é principalmente relacionada à falta de práticas humanizadas, como já foi discutido anteriormente. Exemplo desta questão é a chamada “alta” do pré-natal. A falta de atendimento ambulatorial no final da gestação, no momento que é maior a probabilidade de intercorrências obstétricas, inclusive a pré-eclâmpsia, é fator importante na determinação dos resultados maternos e perinatais. O serviço ambulatorial de pré-natal, com algumas exceções, dava alta à mulher e apenas a orientava a procurar o hospital no momento do parto ou se aparecesse alguma complicação, deixando sob sua responsabilidade conseguir a internação (FAÚNDES e CECATTI, 1991; TANAKA, 1995). A falta de acolhimento nas unidades e a “alta do pré-natal” são emblemáticas da desumanização dos serviços e, em conjunto com os demais indicadores que apontavam para um pré-natal ainda insuficiente e com sérias restrições de qualidade, representavam, de maneira inequívoca, a necessidade de mudança.

Resumidamente, foram estas as razões principais que levaram à necessidade de se pensar em uma estratégia que sensibilizasse gestores e profissionais para discutir no país a assistência obstétrica com uma visão ampla e crítica. No conjunto de medidas tomadas pelo Ministério da Saúde, dentro de um plano com distintas etapas, como foi descrito, o Programa deveria somar-se a outras importantes estratégias já em andamento para a melhoria da assistência obstétrica.

4.2. O processo de implantação do PHPN

A proposta de lançar uma estratégia tinha como objetivo, em primeiro lugar, a rediscussão propriamente dita da atenção pré-natal na assistência básica. Para esta reflexão, era indispensável remeter às questões aqui expostas e, dentro de um contexto de direitos e resultados, propor um novo modelo. Do ponto de vista conceitual, esta estratégia deveria contemplar, a partir de um olhar de gênero, as questões da humanização e as chamadas “técnicas”, entendendo que o processo de assistência, complexo, não separa estas instâncias. Isto implicava em reconhecer que, para que a assistência pudesse efetivamente melhorar, não deveriam ser operadas ações separadas e que a idéia do todo não poderia ser perdida.

A partir deste marco conceitual, a portaria GM n.º 569 que instituiu o Programa traz, em seu primeiro “considerando”, o seguinte texto:

“Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis de cidadania;...”

Este primeiro pressuposto registra a questão dos direitos das mulheres e dos deveres constituídos pelo Estado em um instrumento normativo cujo teor, em geral técnico, restringe-se a instruções programáticas ou de regulação do sistema. O estabelecimento em um documento oficial deste referencial tinha como principal objetivo, *a priori*, demarcar o princípio do direito como marco conceitual do programa. O descaso com a gestação e suas intercorrências se dá em um contexto de “naturalização” do óbito materno como destino inevitável e a percepção

da reprodução apenas como evento biológico “feminino”, descolado de qualquer conotação social e política. Deste modo, o reconhecimento do dever e do direito, busca estabelecer um campo político para esta questão, antes de anunciar as medidas chamadas de “técnicas”.

A seguir, os dois outros considerandos da mesma portaria referem-se à redução das taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, às questões de acesso, cobertura e qualidade, reunindo os três principais temas do programa. Os outros considerandos pontuam as questões da assistência à gestação, a partir das medidas já implantadas, destacando que o objetivo principal é “*garantir a integralidade assistencial*”, por meio do aprimoramento em todos os níveis de atenção.

No corpo da portaria, o artigo 2º, que traz os princípios e diretrizes, explicita a questão do direito enunciada no primeiro considerando:

“Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

a – toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

b – toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

c – toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura”

Na finalização dos princípios, ratifica que:

“– as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.”

A presença de formulações não usuais em portarias ministeriais, como estas, foi a tônica do Programa em um primeiro momento, mobilizando as discussões para o resgate de uma assistência mais comprometida com os princípios aqui anunciados.

Como o Programa estava compreendido dentro de um projeto de aprimoramento da assistência obstétrica integralmente, no seu desenho institucional estão contempladas outras instâncias da gestão indispensáveis para a consecução dos objetivos anunciados. Deste modo, a Portaria GM Nº 569 apresentava a estrutura do programa com três componentes:

- 1. Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, que objetiva a assistência pré-natal adequada, com critérios mínimos recomendados pelo Programa, instituindo, para tanto, incentivos financeiros a serem transferidos aos municípios que aderirem ao Programa.*
- 2. Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, que objetiva o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, através da estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares e financiamento a hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde.*
- 3. Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto - buscando a melhoria do custeio da assistência ao parto realizado nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, elevando o valor e a forma de remuneração dos procedimentos da tabela relativos ao parto.*

A análise do desenvolvimento do Componente II e III, assim como das outras medidas ministeriais para a assistência obstétrica, foge do escopo da presente avaliação. Embora tangencialmente façam referência ao PHPN, a apresentação destas medidas foi realizada apenas para contextualizar o programa como parte das ações propostas pela Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

No Programa estavam definidas as atribuições nos três níveis de gestão para a sua devida implantação no país. Ao governo federal cabia articular com Estados, Municípios e Distrito Federal, a sua implantação e estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo, definindo normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa, com a devida alocação de recursos. A tarefa de elaborar, em articulação com os municípios, os sistemas de assistência obstétrica e neonatal que contemplassem todos os níveis de atenção, era de responsabilidade do estado. Ao município caberia garantir o atendimento pré-natal e do puerpério, realizando o cadastramento e acompanhamento de suas gestantes (Art. 5º).

A Portaria nº 569 apresentava, nos “*Princípios Gerais e Condições para o Adequado Acompanhamento no Pré-natal e Parto*” (Anexo 1 e 2 da Portaria), os critérios mínimos desenhados para o Programa. O estabelecimento de critérios buscava municiar os municípios de um modelo básico para a assistência, com as atividades consideradas indispensáveis. A questão em foco era que cada mulher realizasse todas as ações e não que a assistência fosse pensada como uma soma delas: tantas consultas, tantas vacinas, tantos exames. A mudança desta lógica foi fundamental, uma vez que até o momento a questão era de produção de serviços, sem discussão de qual impacto deveria ter. Como os dados produzidos nos sistemas de informações reportavam-se a uma lógica quantitativa, estavam comprometidas sistematicamente as avaliações qualitativas. A compreensão de que somente o conjunto das ações pode produzir algum impacto, refletindo

integralidade, e que seria necessário, conseqüentemente, garantir a realização destas atividades com qualidade, fundamentam esta estratégia.

Deste modo, foram estabelecidos para o cuidado pré-natal os seguintes critérios:

“1. Realizar a primeira consulta até o 4º mês de gestação;

2. Garantir a realização dos seguintes procedimentos:

2.1. No mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

2.2. Uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.

2.3. Exames laboratoriais: a) ABO-Rh, na primeira consulta; b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; c) urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; e) Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta.

2.4. Oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes.

2.5. Aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado, ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.

2.6. Atividades educativas.

2.7. Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subseqüentes.

2.8. Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco”

4.3. A adesão dos municípios ao Programa

Após a instituição do Programa, com o objetivo de iniciar o processo de implantação do mesmo, foi convocada uma reunião nacional com os coordenadores estaduais. O processo de adesão dos municípios deveria ocorrer através do cumprimento da Portaria SPS nº 9 que estabelecia os critérios necessários para adesão (BRASIL, 2003a). Segundo o Art. 1º §1º, para que o município fizesse a adesão ao Programa, o mesmo deveria dispor de capacidade assistencial com a devida cobertura populacional. O município deveria preencher o Termo de Adesão (Anexo 4), assinalando o sistema para assistência pré-natal, parto, puerpério e neonatal devidamente organizado, com definição de unidades de referência para diagnóstico, assistência ambulatorial e hospitalar à gestante, inclusive as de alto risco, estabelecendo mecanismos de vinculação pré-natal/parto e de captação precoce, com o cadastramento das gestantes até o quarto mês de gravidez. Os serviços poderiam ser oferecidos no território do município ou referenciados em outro município, exceto para as consultas de pré-natal de baixo risco.

O processo para a adesão dos municípios envolveu uma grande atividade nas três esferas de governo. Foram realizadas, em todos os estados, oficinas de trabalho para a preparação dos termos. O termo de adesão pressupunha que houvesse total conhecimento da capacidade instalada e um planejamento do

conjunto da assistência, atividade até então pouco comum nos municípios e estados. Além da falta de experiência em planejar e ter um diagnóstico situacional dos recursos necessários, existia a dificuldade concreta da falta de serviços. A questão mais grave localizava-se na insuficiência de recursos de média e alta complexidade, notadamente em leitos de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e de Adulto.

Além do número insuficiente de recursos de maior complexidade, existia falta de gestão nestes serviços, o que na prática é traduzido por um sistema de referência e contra-referência frágil, sem interfaces entre os diferentes níveis de complexidade, e desarticulação entre a assistência ambulatorial e hospitalar. Apesar do Ministério da Saúde ter instituído, em 1998, um conjunto de portarias para implantar Sistemas de Gestão de Alto Risco (Portarias GM nº 3016, 3477 e 3482), com recursos previstos na ordem de cem milhões de reais, principalmente para equipamentos e capacitação, objetivando melhorar o atendimento às gestações de maior risco, na prática parte importante dos recursos não havia sido ainda concretizada (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002e).

No primeiro semestre do Programa, o segundo do ano 2000, apenas quatro estados encaminharam termos de adesão, totalizando 55 municípios: Alagoas (1), Paraná (1), Pernambuco (1) e São Paulo (52). A razão mais provável para o baixo número de adesões conjugava a falta de conhecimento do Programa, as dificuldades para o preenchimento dos termos e, principalmente, o calendário eleitoral com eleições municipais, o que em muitos municípios foi a principal razão para o adiamento da adesão. No início do ano de 2001, a fim de apresentar o programa para os novos gestores e ampliar a divulgação do mesmo, foi publicada

uma cartilha sobre o PHPN explicando os passos para a adesão (Anexo 3). De janeiro a junho de 2001, 586 municípios aderiram ao Programa com destaque para três estados: Paraná (362), Sergipe (75) e São Paulo (71). Em Sergipe, a coordenação estadual da saúde da mulher realizou a adesão de todos os municípios conjuntamente e foi, portanto, o primeiro estado a ter 100% de adesão ao Programa.

No segundo semestre de 2001, a adesão cresceu com rapidez e, ao final de 2001, 2.523 municípios já haviam aderido ao Programa. Neste momento, apenas uma capital não havia aderido, e as regiões Norte e Centro-Oeste tinham os menores percentuais, 4,4% e 14,6% respectivamente. Ceará, Paraíba, Goiás, Minas Gerais, Santa Catarina e São Paulo tinham um grande número de municípios incorporados e Sergipe, Paraná e Distrito Federal já haviam concluído a inclusão de todos os municípios. A adesão continuou agregando municípios e no final de 2002, também Goiás, Santa Catarina e Ceará tinham 100% dos municípios e onze estados tinham percentual de adesão acima de 80%: Rondônia, Roraima, Tocantins, Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo. Os estados com baixo percentual, menos de 25%, eram Espírito Santo, Maranhão e Rio Grande do Sul. Em dezembro de 2002, 3.983 municípios estavam aderidos representando 71% dos municípios brasileiros, como está apresentado na Tabela 6. As Figuras 2 e 3 mostram, respectivamente, a cobertura territorial dos municípios até o final de 2001 e 2002 (BRASIL, 2002d).

TABELA 6

**Histórico cronológico da adesão dos municípios ao PHPN
por Unidade da Federação, com percentual de adesão
sobre o total de municípios do estado. Brasil, 2000-2002**

ESTADOS	2000		2001		2002		Total Adesão	Total Munic. Estado	Adesão (%)
	2ºsem	1ºsem	2ºsem	1ºsem	2ºsem				
Acre			11	3	2	16	22	72,7	
Amapá			1	3	8	12	16	75,0	
Amazonas			3	9	18	30	62	48,4	
Pará		1	3	1	49	54	143	37,8	
Rondônia		16	18	8	6	48	52	92,3	
Roraima		1		12		13	15	86,7	
Tocantins		14	16	53	39	122	139	87,8	
REGIÃO NORTE	0	32	52	89	122	295	449	65,7	
Alagoas	1	16	44	19	9	89	102	87,3	
Bahia			75	50	67	192	417	46,0	
Ceará			144	27	12	183	184	99,5	
Maranhão			10	2	33	45	217	20,7	
Paraíba			124	21	40	185	223	83,0	
Pernambuco	1	1	30	82	46	160	185	86,5	
Piauí			47	19	29	95	222	42,8	
Rio Grande do Norte			60	58	29	147	167	88,0	
Sergipe		75				75	75	100,0	
REGIÃO NORDESTE	2	92	534	278	265	1171	1792	65,3	
Distrito Federal		1				1	1	100,0	
Goiás		59	170	13	4	246	246	100,0	
Mato Grosso		2	27	62	24	115	139	82,7	
Mato Grosso do Sul			16	17	31	64	77	83,1	
REGIÃO CENTRO-OESTE	0	62	213	92	59	426	463	92,0	
Espírito Santo			1	5	6	12	78	15,4	
Minas Gerais		1	327	63	195	586	853	68,7	
Rio de Janeiro			54	11	16	81	92	88,0	
São Paulo	52	71	382	87	16	608	645	94,3	
REGIÃO SUDESTE	52	72	764	166	233	1287	1668	77,2	
Paraná	1	326	72			399	399	100,0	
Santa Catarina		2	245	23	23	293	293	100,0	
Rio Grande do Sul			2	10	100	112	497	22,5	
REGIÃO SUL	1	328	319	33	123	804	1189	67,6	
TOTAL - BRASIL	55	586	1882	658	802				
ACUMULADO BRASIL	55	641	2523	3181	3983	3983	5561	71,6	

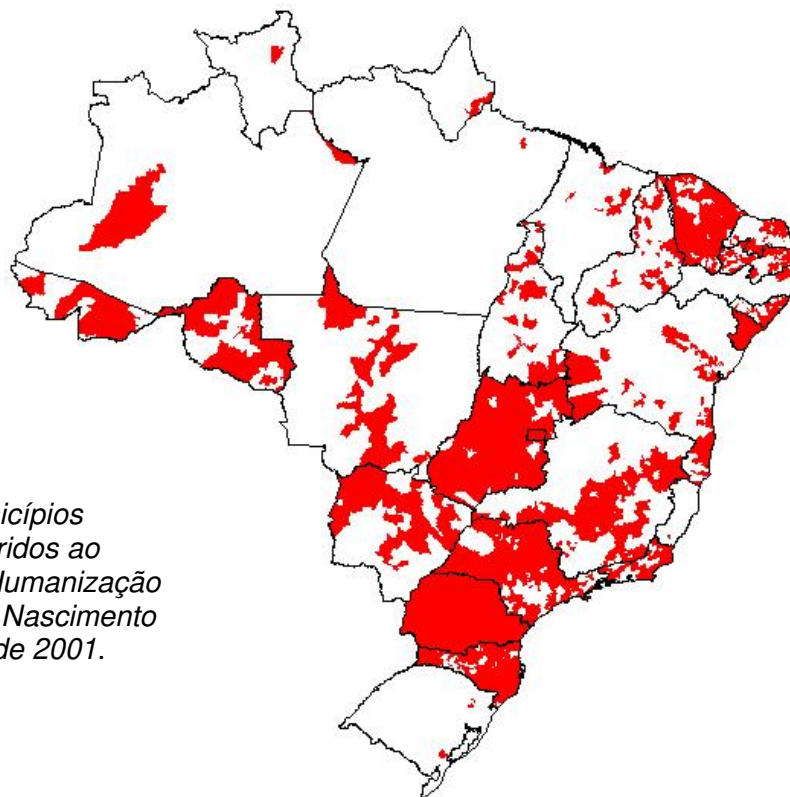


Figura 2. Municípios brasileiros aderidos ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento até dezembro de 2001.

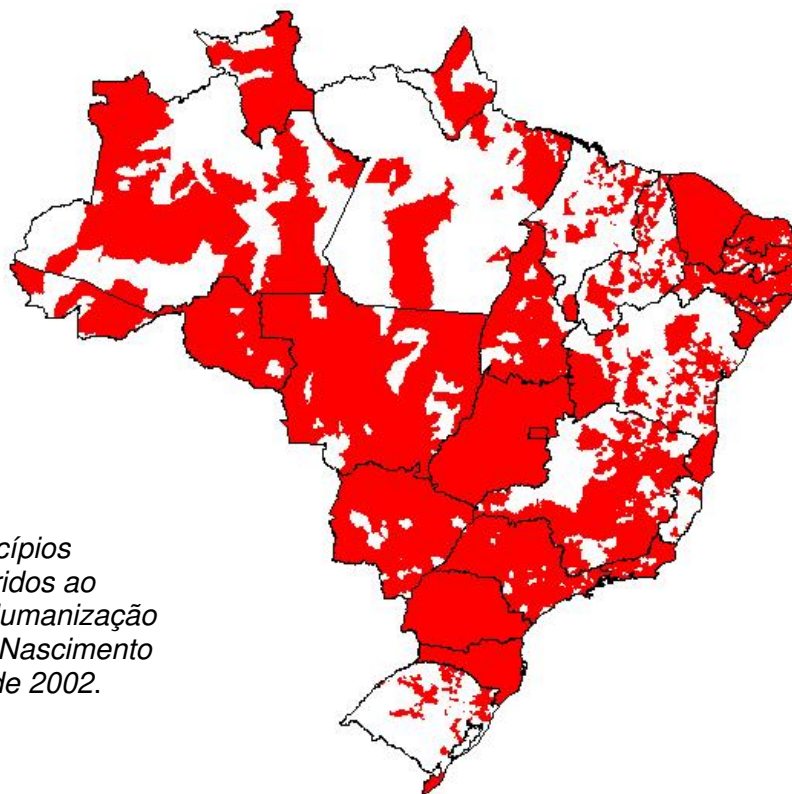


Figura 3. Municípios brasileiros aderidos ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento até dezembro de 2002.

A análise da real implementação do Programa iniciou-se a partir de outubro de 2000, quando os primeiros cadastramentos de gestantes foram realizados. A evolução da entrada de dados dependeu de um conjunto de fatores, como a finalização do sistema de informação, a capacidade para instalação e manejo local e a capacitação dos técnicos de cada estado. Em junho de 2001, apenas 425 municípios conseguiam alimentar mensalmente o SISPRENATAL. Em junho de 2002, 2.263 das Secretarias de Saúde já produziam dados regularmente, representando 71% do total de municípios aderidos até aquele momento.

A avaliação do número de municípios apresentando informações no SISPRENATAL aponta alguns diferenciais: o número de municípios com cadastramento é sempre muito maior do que o número que apresenta o procedimento de conclusão da assistência. A razão natural é que, para que um município possa apresentar conclusão, tem que estar informando há pelo menos seis meses, tempo aproximado para o término das gestações após o cadastramento (Tabela 7 e 8).

A avaliação da entrada de dados no sistema mostra que, a partir de junho de 2001 ocorreu um rápido acréscimo de municípios a cada mês. Entre junho de 2001 e fevereiro de 2002, ocorreu um aumento de quase 300%, com a entrada de mais de 200 municípios a cada nova produção. A partir de março até dezembro de 2002, o incremento foi mantido, mas em menor velocidade, conforme mostra a Figura 4. O aumento no número de cadastramentos de gestantes acompanhou o crescimento do número de municípios, com algumas flutuações mensais, mas sempre com uma tendência crescente, conforme mostra a Figura 5 (dados completos no Anexo 6).

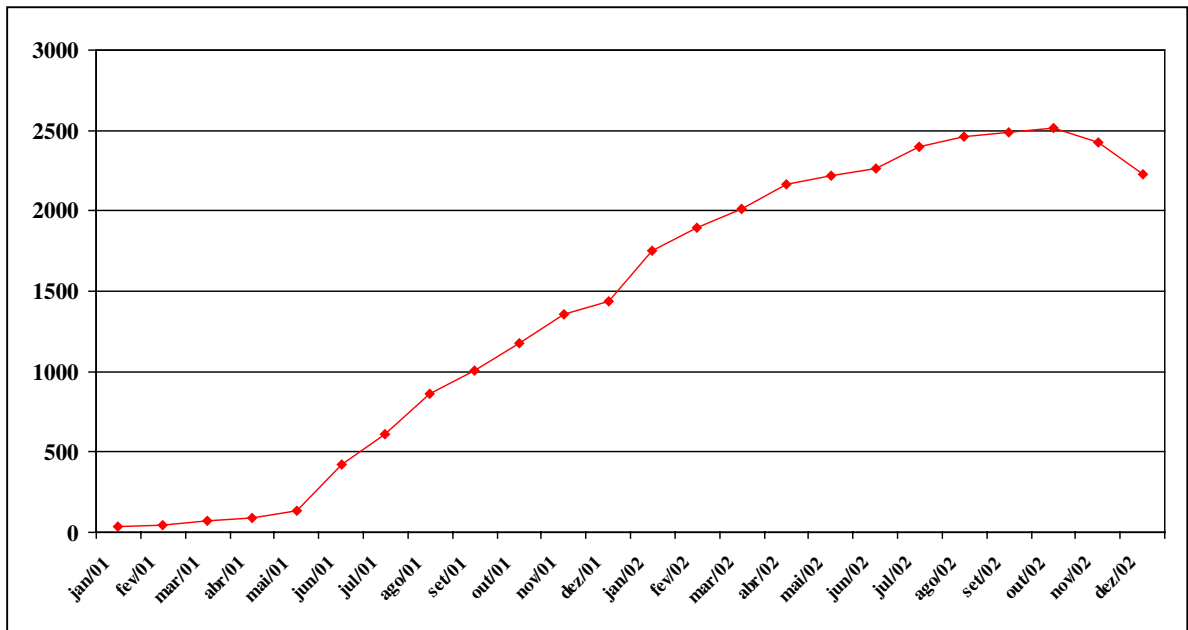


Figura 4. Número de Municípios Cadastrados. SISPRENATAL, Jan/2001-Dez/2002.

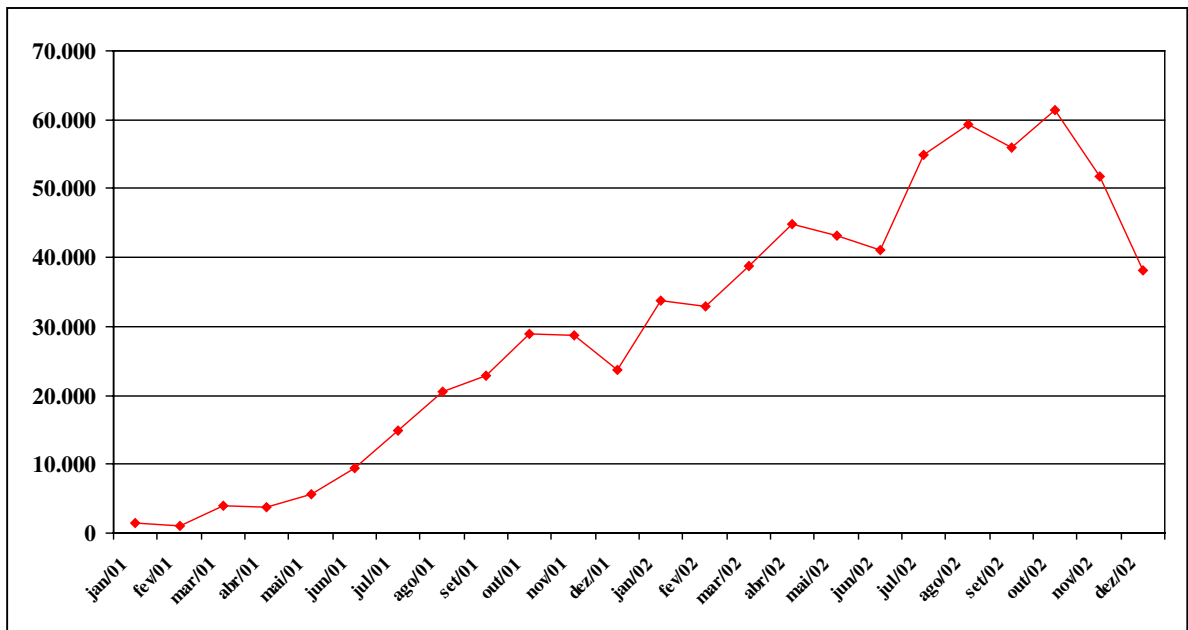


Figura 5. Número de Gestantes apresentado cadastramento. SISPRENATAL, Jan/2001-Dez/2002.

TABELA 7**Histórico cronológico da produção acumulada por Unidade da Federação e número de gestantes com cadastro e conclusão no PHPN. Brasil, 2001**

ESTADOS	Nº de municípios apresentando		Nº apresentado de gestantes cadastradas	Nº apresentado de gestantes com conclusão na assistência pré-natal
	Cadastramento	Conclusão		
Acre	1	0	10	0
Amapá	1	0	416	0
Amazonas	0	0	0	0
Pará	4	0	671	0
Rondônia	16	0	1.367	0
Roraima	1	0	6	0
Tocantins	13	0	337	0
REGIÃO NORTE	36	0	2.807	0
Alagoas	49	0	6.460	0
Bahia	53	0	2.489	0
Ceará	120	0	9.279	0
Maranhão	7	0	178	0
Paraíba	92	0	3.258	0
Pernambuco	20	0	2.534	0
Piauí	10	0	165	0
Rio Grande do Norte	28	0	541	0
Sergipe	53	1	4.498	1
REGIÃO NORDESTE	432	1	29.402	1
Distrito Federal	1	0	2.825	0
Goiás	58	0	5.931	0
Mato Grosso	13	0	91	0
Mato Grosso do Sul	11	0	124	0
REGIÃO CENTRO-OESTE	83	0	8.971	0
Espírito Santo	0	0	0	0
Minas Gerais	111	0	13.777	0
Rio de Janeiro	42	0	2.845	0
São Paulo	387	29	56.466	192
REGIÃO SUDESTE	540	29	73.088	192
Paraná	388	25	44.770	39
Santa Catarina	117	0	5.879	0
Rio Grande do Sul	2	0	45	0
REGIÃO SUL	507	25	50.694	39
TOTAL - BRASIL	1.598	55	164.962	232

TABELA 8

Histórico cronológico da produção acumulada por Unidade da Federação e número de gestantes com cadastro e conclusão no PHPN. Brasil, 2002

ESTADOS	Nº de municípios apresentando		Nº apresentado de gestantes cadastradas	Nº apresentado de gestantes com conclusão na assistência pré-natal
	Cadastramento	Conclusão		
Acre	7	3	986	18
Amapá	3	1	1.534	1
Amazonas	13	0	994	0
Pará	13	3	4.768	57
Rondônia	27	10	5.385	109
Roraima	5	0	1.762	0
Tocantins	104	12	7.421	65
REGIÃO NORTE	172	29	22.850	250
Alagoas	73	38	12.561	374
Bahia	161	7	25.574	7
Ceará	167	83	33.817	908
Maranhão	16	3	6.834	147
Paraíba	157	66	16.499	507
Pernambuco	98	7	12.956	14
Piauí	39	11	6.586	107
Rio Grande do Norte	87	11	6.757	61
Sergipe	56	24	9.333	140
REGIÃO NORDESTE	854	250	130.917	2.265
Distrito Federal	1	1	8.202	32
Goiás	136	26	17.982	339
Mato Grosso	93	14	8.249	54
Mato Grosso do Sul	45	1	8.282	1
REGIÃO CENTRO-OESTE	275	42	42.715	426
Espírito Santo	6	0	1.309	0
Minas Gerais	398	72	54.994	585
Rio de Janeiro	62	25	16.996	333
São Paulo	544	279	164.457	5.040
REGIÃO SUDESTE	1010	376	237.756	5.958
Paraná	392	305	85.154	8.691
Santa Catarina	258	10	26.484	13
Rio Grande do Sul	55	4	10.103	150
REGIÃO SUL	705	319	121.741	8.854
TOTAL - BRASIL	3.016	1.016	555.979	17.753

4.4. Descrição do sistema criado para o gerenciamento de dados disponíveis pelo programa (SISPRENATAL)

Para acompanhar as gestantes foi elaborado, pela equipe técnica do Programa e pelo DATASUS, um sistema informatizado, o SISPRENATAL, de uso obrigatório para os municípios aderidos. O sistema foi desenvolvido em ambiente Windows e é disponibilizado para *download* no site do DATASUS (BRASIL, 2003d). O SISPRENATAL tem dois objetivos principais: possibilitar o monitoramento do Programa pelos gestores do SUS e acompanhar o cumprimento dos critérios para pagamento dos incentivos.

Para pagamento do incentivo relativo ao cadastramento (R\$10,00 reais por gestante cadastrada), o município deveria realizar a primeira consulta com até 120 dias de idade gestacional, preencher a “Ficha de Cadastro da Gestante” (Anexo 1) e digitar os dados na produção mensal para gerar o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA, através do código 07.070.00.4, conforme o Art. 8º, inciso 5 da Portaria nº. 570 de 1 de junho de 2000 (BRASIL, 2000a).

Para pagamento do incentivo relativo à conclusão (R\$40.00 reais por gestante cadastrada), o município deveria cumprir todos os critérios estabelecidos, (considerando executado o procedimento quando realizadas seis ou mais consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios, a imunização anti-tetânica e a consulta puerperal) e alimentar o sistema através da entrada mensal de dados com as informações do “Boletim de Registro Diário” (Anexo 2). O SISPRENATAL lança então o código 07.071.03.5 conforme o Art. 8º, inciso 7 da Portaria nº. 570 de 1 de junho de 2000 (BRASIL, 2000a).

Em relação ao monitoramento do Programa, o SISPRENATAL foi pensado como um sistema gerencial capaz de informar em qualquer nível - na unidade, no município, nas instâncias regionais, estaduais e nacional - as questões relevantes da gestão, induzindo as intervenções no processo de atenção. Para este acompanhamento da assistência, o sistema fornece um conjunto de relatórios e indicadores de resultados e de processo.

A escolha dos indicadores de processo e resultados que deveriam ser monitorados foi pensada a partir dos critérios estabelecidos para o programa: seis consultas, consulta de puerpério, vacina antitetânica e exames, uma vez que estes dados são os possíveis de acompanhar com as duas fichas de entrada de dados já definidas. Embora outras questões relevantes para o programa, como o cumprimento do vínculo, ou seja, a mulher ter o parto no hospital para a qual foi encaminhada, tenham sido pensadas como indicadores, sua operacionalização mostrou-se, naquele momento, impossível, com a necessidade de cruzar bancos de informações que não “conversam” entre si, como o banco de AIH e o do SISPRENATAL. As variáveis selecionadas para a construção dos indicadores, apesar de ampliarem a análise da assistência também apresentam como limitação o fato de ser apenas parte efetiva de uma avaliação de qualidade, uma vez que dados mais subjetivos seriam de difícil coleta e implicariam na implantação e preenchimento de mais uma ficha para sua realização.

Assim, o SISPRENATAL gera três tipos de relatórios: de gestantes, auxiliares e gerenciais. Os relatórios de gestantes relacionam-se ao cadastro, à falta de documentação, à movimentação da gestante, e às gestantes que são atendidas ou

que são residentes fora do município. Os relatórios auxiliares fornecem informações cadastrais das unidades prestadoras de serviço, das fichas de registro de atendimento, de gestantes cadastradas em outra unidade e exibem relatórios previamente salvos.

Por sua vez, os relatórios gerenciais são em maior número e foram planejados para que o gestor obtivesse informações do processo da atenção, aumentando a capacidade de intervenção na assistência. A seguir são apresentados os relatórios e o seu conteúdo:

1. Ficha dos Acompanhamentos. Este relatório exhibe todas as consultas efetuadas, por gestante, independente das unidades onde foram feitas.
2. Ficha Consolidada. Relatório consolidado que exhibe todas as consultas válidas e procedimentos que foram efetuados por todas as gestantes, independente da unidade onde o atendimento foi realizado. Nele existem outras informações que são geradas em um campo de observação, com mensagens sobre faturamento, documentação e cadastro com mais de 120 dias.
3. Ficha Consolidada - Finalizadas. Relatório equivalente ao anterior, listando somente as gestantes com conclusão do atendimento, incluindo as observações de que estas gestantes podem ou não gerar faturamento.
4. Ficha Consolidada - Não Finalizadas. Relatório equivalente ao anterior, listando as gestantes que já tiverem feito seis consultas e a consulta de puerpério. Foi elaborado com o intuito de mostrar ao usuário do sistema quais são os exames e/ou vacinas que faltam para as gestantes, incluindo as observações de que estas gestantes podem gerar faturamento ou não.

5. Totais de Gestantes – Mês de Gestação. Relatório que contem o resumo das idades gestacionais (em meses) das gestantes, no momento em que é gerado.
6. Totais de Gestantes – Idades Gestacionais na 1ª Consulta. Relatório que contem o resumo das idades gestacionais (em meses) das gestantes na data em que fizeram a 1ª consulta (cadastramento).
7. Totais de Gestantes – Faixa Etária. Relatório que contem o resumo das faixas etárias das gestantes no momento em que o relatório é gerado.
8. Relatório de Municípios aderidos ao Programa. Este relatório lista resumidamente as seguintes informações por município:
 - Código do município.
 - Nome do município.
 - Data de publicação da portaria de adesão do município ao PHPN, de acordo com as informações fornecidas pelo usuário na data do cadastramento.

Para cada Unidade de Saúde, tem-se:

- Código da unidade
- Nome da unidade.
- Total de gestantes cadastradas na unidade.

Ao final do relatório, têm-se os seguintes totais:

- Totais por unidades de saúde.
- Unidades Ativas, isto é, que possuem pelo menos uma gestante cadastrada.

- Unidades Inativas, isto é, que não possuem gestantes cadastradas.
 - Totais de unidades no cadastro examinado.
 - Totais por municípios.
 - Municípios Ativos, isto é, que possuem pelo menos uma gestante cadastrada.
 - Municípios Inativos, isto é, que não possuem gestantes cadastradas.
 - Totais de municípios no cadastro examinado.
9. Relatório de Municípios PAB e PSM. Este relatório acrescenta a variável **forma de gestão do município**, para todas as possibilidades descritas para o relatório anterior.
10. Relatório de Último Mês de Gestação. Relatório distribuído aos hospitais, a fim de prepararem leitos, salas de parto, etc. Contem as gestantes que estão entre a 38^a e a 42^a semana de gestação, com as seguintes informações:
- Número da gestante.
 - Nome da gestante.
 - Documento da gestante (indicando qual o documento).
 - Semana de gestação, na época em que é emitido o relatório.
 - Data Provável do Parto (DPP).
11. Relatório de Totais por Competência. Totalização das gestantes, por mês de gestação, mostrando na linha de detalhe o Total por Unidade de Serviço.

12. Relatório de Indicadores. Este relatório seleciona os indicadores de processo e resultados do programa:

- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta, em relação ao número de nascidos vivos no período.
- Percentual de gestantes cadastradas no programa no período selecionado em relação ao total de gestantes cadastradas no banco nacional.
- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta até 120 dias, em relação ao número de nascidos vivos no período.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e todos os exames básicos.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, e todos os exames básicos.
- Percentual de gestantes inscritas que receberam a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica.

- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste para detecção do HIV, a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste para HIV.

13. Procedimentos Realizados. Neste relatório é listada a distribuição da frequência dos procedimentos já realizados pelas mulheres cadastradas, segundo a idade gestacional.

Para melhor compreensão do SISPRENATAL, foi disponibilizado pelo DATASUS um site com informações sobre o funcionamento do sistema, contendo passo a passo para seu uso, com as atualizações que são realizadas e as dúvidas mais comuns (BRASIL,2003d).

4.5. Avaliação preliminar dos indicadores gerados pelo SISPRENATAL em 2001 e 2002

A criação e o desenvolvimento de um sistema de informações sobre a assistência pré-natal tinha como objetivo primeiro e circunstancial monitorar o cumprimento dos critérios estabelecidos no PHPN. O objetivo central, no entanto, era disponibilizar, definitivamente, um instrumento que permitisse ao gestor acompanhar, pari passo, a assistência prestada nos diferentes níveis de gestão e obter indicadores de processo e resultados sobre a atenção pré-natal. No tópico anterior foram apresentadas, sinteticamente, as informações que estão atualmente

disponíveis no SISPRENATAL. Como foi visto, existe um relatório que disponibiliza um conjunto de indicadores que, para esta análise, foram agregados por Unidade da Federação e em nível nacional (Anexo 5). O período escolhido para o estudo contempla os dois anos iniciais do Programa: 2001 e 2002.

O primeiro indicador gerado neste relatório é o de cobertura, referente ao percentual de gestantes que se inscreveram no Programa e realizaram a primeira consulta, em relação ao número de nascidos vivos no período. Em 2001, o cadastramento de mulheres no Programa foi baixo (9,25%) por diversas razões: o número de municípios que cadastravam mulheres era pequeno, somente mulheres até 120 dias eram cadastradas, as unidades não estavam suficientemente treinadas para o preenchimento das novas fichas e para o encaminhamento correto, nem todos municípios tinham pessoas capacitadas para a digitação das fichas e as primeiras versões do SISPRENATAL apresentavam problemas operacionais.

Em 2001, dois estados não apresentaram nenhum cadastro de gestantes: Amazonas e Espírito Santo. Os estados que alcançaram maior cobertura foram: Paraná, Sergipe e Paraíba (Tabela 9). Em 2002, todos os estados produziram dados e houve um aumento considerável no número de mulheres cadastradas em vários estados, apesar da cobertura estar muito aquém do esperado. Os estados com maior cobertura foram Paraná, Paraíba, Tocantins, Minas Gerais e Santa Catarina. Os estados com menor cobertura foram Acre, Rio de Janeiro e Pernambuco.

TABELA 9

Percentual de gestantes que se inscreveram no Programa e realizaram a 1ª consulta, em relação ao nº de nascidos vivos no período por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002

ESTADOS	ANO 2001	ANO 2002
REGIÃO NORTE		
Acre	0,44	9,13
Amapá	16,02	17,87
Amazonas	0,00	23,80
Pará	8,61	11,39
Rondônia	17,19	25,36
Roraima	0,57	26,40
Tocantins	3,42	37,87
REGIÃO NORDESTE		
Alagoas	14,88	24,67
Bahia	4,13	21,64
Ceará	10,15	28,23
Maranhão	1,92	24,13
Paraíba	20,24	38,83
Pernambuco	2,93	13,79
Piauí	6,75	29,71
Rio Grande do Norte	4,95	19,93
Sergipe	20,49	27,04
REGIÃO CENTRO-OESTE		
Distrito Federal	11,45	18,13
Goiás	12,44	30,88
Mato Grosso	3,09	31,04
Mato Grosso do Sul	4,18	30,85
REGIÃO SUDESTE		
Espírito Santo	0,00	20,66
Minas Gerais	9,17	33,39
Rio de Janeiro	2,61	11,56
São Paulo	10,99	28,90
REGIÃO SUL		
Paraná	38,76	56,38
Santa Catarina	8,48	33,35
Rio Grande do Sul	0,59	27,65
BRASIL	9,25	27,92

O indicador apresentado na Tabela 10 aponta, em termos percentuais, o número de gestantes que foram selecionadas no período solicitado, em relação ao total de cadastradas no banco. Do total de mulheres cadastradas (792.609), 164.892 (20,80%) o foram em 2001 e 555.979 (70,14%) em 2002. Como o banco apresenta um pequeno número de mulheres (2.272) que foram cadastradas em

2000 e já apresenta cadastramentos relativos a 2003 (69.466), a totalização de 2001 e 2002 é de 90,9%.

TABELA 10

Percentual de gestantes cadastradas no Programa no período selecionado em relação ao total de gestantes cadastradas no banco nacional, por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002

ESTADOS	ANO 2001	ANO 2002
REGIÃO NORTE		
Acre	0,84	82,93
Amapá	21,33	78,51
Amazonas	0,00	83,74
Pará	11,39	80,92
Rondônia	16,91	66,63
Roraima	0,26	76,94
Tocantins	3,30	72,58
REGIÃO NORDESTE		
Alagoas	29,46	57,28
Bahia	7,78	79,98
Ceará	19,16	69,85
Maranhão	2,11	81,61
Paraíba	13,41	67,91
Pernambuco	13,68	69,93
Piauí	1,89	75,49
Rio Grande do Norte	7,41	92,35
Sergipe	28,79	59,74
REGIÃO CENTRO-OESTE		
Distrito Federal	25,62	74,38
Goiás	23,13	70,13
Mato Grosso	0,94	85,61
Mato Grosso do Sul	1,34	89,60
REGIÃO SUDESTE		
Espírito Santo	0,00	92,05
Minas Gerais	17,71	70,69
Rio de Janeiro	13,79	82,41
São Paulo	24,43	71,10
REGIÃO SUL		
Paraná	37,59	64,55
Santa Catarina	17,35	78,14
Rio Grande do Sul	0,38	85,16
BRASIL	20,80	70,14

No primeiro ano do Programa, praticamente a totalidade de mulheres cadastradas tinha até 120 dias de gestação, sendo o resultado do percentual de

cobertura igual ao da captação precoce. Em 2002, apesar da permissão de cadastramento da mulher em qualquer idade gestacional, o percentual encontrado, de 24,59%, foi muito próximo do percentual de cobertura, 27,92%. Assim, a análise realizada em relação à Tabela 9 está mantida para a Tabela 11, que apresenta o percentual de captação precoce.

TABELA 11

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 por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002

ESTADOS	ANO 2001	ANO 2002
REGIÃO NORTE		
Acre	0,40	6,21
Amapá	16,02	15,85
Amazonas	00,0	22,74
Pará	8,61	9,40
Rondônia	17,19	24,09
Roraima	0,57	19,35
Tocantins	3,34	29,34
REGIÃO NORDESTE		
Alagoas	14,88	22,27
Bahia	4,11	17,56
Ceará	10,14	26,73
Maranhão	1,82	16,61
Paraíba	20,24	36,01
Pernambuco	2,93	10,80
Piauí	6,75	26,48
Rio Grande do Norte	4,95	16,33
Sergipe	20,49	24,88
REGIÃO CENTRO-OESTE		
Distrito Federal	11,45	17,47
Goiás	12,37	25,01
Mato Grosso	3,05	26,99
Mato Grosso do Sul	4,18	23,26
REGIÃO SUDESTE		
Espírito Santo	0,00	16,38
Minas Gerais	9,16	28,71
Rio de Janeiro	2,60	10,48
São Paulo	10,57	26,02
REGIÃO SUL		
Paraná	38,76	51,08
Santa Catarina	8,47	31,08
Rio Grande do Sul	0,59	23,55
BRASIL	9,12	24,59

A realização de seis ou mais consultas no pré-natal foi concretizada por cerca de 20% das mulheres cadastradas nos dois anos do Programa. Em 2001, apenas seis estados apresentaram percentuais neste indicador: São Paulo, Paraná, Sergipe, Distrito Federal, Goiás e Ceará. Em 2002, os percentuais acima do percentual nacional estiveram presentes no Paraná, São Paulo e Paraíba. Neste ano, não apresentaram resultados: Amazonas, Espírito Santo e Rio Grande do Sul (Tabela 12).

TABELA 12

Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002

ESTADOS	ANO 2001	ANO 2002
REGIÃO NORTE		
Acre	0,00	9,97
Amapá	0,00	5,36
Amazonas	0,00	0,00
Pará	0,00	10,21
Rondônia	0,00	21,94
Roraima	0,00	13,35
Tocantins	0,00	13,20
REGIÃO NORDESTE		
Alagoas	0,00	16,53
Bahia	0,00	2,79
Ceará	0,85	22,54
Maranhão	0,00	8,35
Paraíba	0,00	22,65
Pernambuco	0,00	3,47
Piauí	0,00	21,76
Rio Grande do Norte	0,00	9,97
Sergipe	4,44	12,71
REGIÃO CENTRO-OESTE		
Distrito Federal	3,28	5,97
Goiás	0,95	11,26
Mato Grosso	0,00	12,31
Mato Grosso do Sul	0,00	3,21
REGIÃO SUDESTE		
Espírito Santo	0,00	0,00
Minas Gerais	0,00	13,26
Rio de Janeiro	0,00	19,11
São Paulo	24,18	28,04
REGIÃO SUL		
Paraná	16,55	38,39
Santa Catarina	0,00	5,25
Rio Grande do Sul	0,00	0,00
BRASIL	19,65	22,63

A combinação dos critérios: seis ou mais consultas de pré-natal e consulta puerperal revelou baixos percentuais para todos os estados, nos dois períodos em análise. Em 2001, apenas quatro estados apresentaram percentuais: São Paulo, Paraná, Goiás e Sergipe. No ano seguinte, a melhora deste indicador foi modesta e apenas seis estados tiveram percentuais acima de 10%: Rondônia, Paraná, Piauí, Ceará, Paraíba e São Paulo (Tabela 13).

TABELA 13

Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e a consulta de puerpério por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002

ESTADOS	ANO 2001	ANO 2002
REGIÃO NORTE		
Acre	0,00	5,12
Amapá	0,00	0,82
Amazonas	0,00	0,00
Pará	0,00	3,83
Rondônia	0,00	14,47
Roraima	0,00	0,00
Tocantins	0,00	6,27
REGIÃO NORDESTE		
Alagoas	0,00	6,52
Bahia	0,00	0,38
Ceará	0,00	10,98
Maranhão	0,00	3,37
Paraíba	0,00	10,59
Pernambuco	0,00	0,66
Piauí	0,00	12,19
Rio Grande do Norte	0,00	3,81
Sergipe	0,26	3,71
REGIÃO CENTRO-OESTE		
Distrito Federal	0,00	1,02
Goiás	0,45	5,38
Mato Grosso	0,00	3,78
Mato Grosso do Sul	0,00	0,07
REGIÃO SUDESTE		
Espírito Santo	0,00	0,00
Minas Gerais	0,00	4,98
Rio de Janeiro	0,00	4,79
São Paulo	8,13	10,24
REGIÃO SUL		
Paraná	1,64	12,32
Santa Catarina	0,00	0,64
Rio Grande do Sul	0,00	0,00
BRASIL	6,47	9,43

A realização de exames laboratoriais combinada às seis ou mais consultas de pré-natal apresentou baixos percentuais, mas um desempenho melhor que o indicador anterior, consultas de pré-natal com consulta puerperal. Os percentuais relativos a 2001 foram também apresentados por São Paulo, Paraná, Sergipe e Goiás. Em 2002, somente quatro estados tiveram resultados melhores que o percentual nacional: Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e Paraíba (Tabela 14).

TABELA 14

Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e todos os exames básicos, por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002

ESTADOS		ANO 2001	ANO 2002
REGIÃO NORTE			
	Acre	0,00	7,39
	Amapá	0,00	2,45
	Amazonas	0,00	0,00
	Pará	0,00	5,51
	Rondônia	0,00	10,34
	Roraima	0,00	4,55
	Tocantins	0,00	6,52
REGIÃO NORDESTE			
	Alagoas	0,00	9,18
	Bahia	0,00	1,20
	Ceará	0,00	11,06
	Maranhão	0,00	7,13
	Paraíba	0,00	12,66
	Pernambuco	0,00	1,63
	Piauí	0,00	9,63
	Rio Grande do Norte	0,00	4,51
	Sergipe	1,85	7,79
REGIÃO CENTRO-OESTE			
	Distrito Federal	0,00	3,05
	Goiás	0,52	6,81
	Mato Grosso	0,00	5,10
	Mato Grosso do Sul	0,00	1,93
REGIÃO SUDESTE			
	Espírito Santo	0,00	0,00
	Minas Gerais	0,00	6,67
	Rio de Janeiro	0,00	13,30
	São Paulo	8,96	13,21
REGIÃO SUL			
	Paraná	4,45	19,18
	Santa Catarina	0,00	2,65
	Rio Grande do Sul	0,00	0,00
BRASIL		7,02	11,35

Na Tabela 15, apresenta-se o percentual de gestantes que atingiu os seguintes critérios: seis ou mais consultas de pré-natal, os exames básicos e a consulta de puerpério. Este percentual apresentou-se ainda mais reduzido, apenas 2,78% das mulheres em 2001 em somente três estados: São Paulo, Paraná e Sergipe. Em 2002, três estados apresentaram percentuais acima do percentual nacional, 5,59%: Paraná, Paraíba e Rondônia. Em cinco estados o percentual foi igual a zero: Amazonas, Amapá, Roraima, Espírito Santo e Rio Grande do Sul.

TABELA 15

Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, de puerpério e todos os exames básicos por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002

ESTADOS	ANO 2001	ANO 2002
REGIÃO NORTE		
Acre	0,00	4,65
Amapá	0,00	0,00
Amazonas	0,00	0,00
Pará	0,00	2,55
Rondônia	0,00	5,99
Roraima	0,00	0,00
Tocantins	0,00	3,10
REGIÃO NORDESTE		
Alagoas	0,00	4,47
Bahia	0,00	0,15
Ceará	0,00	5,34
Maranhão	0,00	2,99
Paraíba	0,00	6,17
Pernambuco	0,00	0,36
Piauí	0,00	4,72
Rio Grande do Norte	0,00	2,02
Sergipe	0,26	2,37
REGIÃO CENTRO-OESTE		
Distrito Federal	0,00	0,73
Goiás	0,00	3,72
Mato Grosso	0,00	2,20
Mato Grosso do Sul	0,00	0,07
REGIÃO SUDESTE		
Espírito Santo	0,00	0,00
Minas Gerais	0,00	2,65
Rio de Janeiro	0,00	3,59
São Paulo	3,40	5,47
REGIÃO SUL		
Paraná	0,69	8,83
Santa Catarina	0,00	0,24
Rio Grande do Sul	0,00	0,00
BRASIL	2,78	5,59

Para a avaliação da correta imunização da gestante, é necessário o registro de imunidade anterior à gestação atual, ou o fornecimento de dose de reforço ou de duas doses. Os percentuais apresentaram grande crescimento no ano de 2002, mas permanecem aquém do esperado. Em 2001, destacou-se o Distrito Federal, com praticamente 70% das mulheres corretamente imunizadas e Sergipe, com 46,04%. O percentual encontrado em 2002 para o Brasil foi de 41,01% e 16 estados apresentaram melhores resultados.

TABELA 16

Percentual de gestantes inscritas no Programa que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002

ESTADOS	ANO 2001	ANO 2002
REGIÃO NORTE		
Acre	0,00	42,39
Amapá	0,00	28,68
Amazonas	0,00	1,40
Pará	0,00	44,07
Rondônia	0,00	52,72
Roraima	0,00	53,50
Tocantins	0,00	52,63
REGIÃO NORDESTE		
Alagoas	3,94	57,56
Bahia	0,00	21,41
Ceará	6,15	56,19
Maranhão	0,00	46,65
Paraíba	0,00	58,91
Pernambuco	0,00	44,67
Piauí	0,00	58,93
Rio Grande do Norte	0,00	40,59
Sergipe	46,04	54,25
REGIÃO CENTRO-OESTE		
Distrito Federal	69,70	36,08
Goiás	16,83	42,08
Mato Grosso	0,00	40,58
Mato Grosso do Sul	0,00	26,98
REGIÃO SUDESTE		
Espírito Santo	0,00	6,28
Minas Gerais	1,36	37,36
Rio de Janeiro	0,00	42,03
São Paulo	28,70	33,46
REGIÃO SUL		
Paraná	20,59	49,72
Santa Catarina	0,00	16,48
Rio Grande do Sul	0,00	1,05
BRASIL	21,79	41,01

O indicador apresentado na Tabela 17, que contabiliza os principais critérios da assistência, aponta percentuais muito baixos. São Paulo, Paraná e Sergipe foram os estados que apresentaram percentuais em 2001, totalizando cerca de 2%. Em 2002, apenas Paraná, Rondônia e Paraíba tiveram percentuais acima de 5%, a média nacional para este ano.

TABELA 17

Percentual de gestantes inscritas no Programa que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, a de puerpério, todos os exames básicos, a 2ª dose ou dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002

ESTADOS	ANO 2001	ANO 2002
REGIÃO NORTE		
Acre	0,00	4,65
Amapá	0,00	0,00
Amazonas	0,00	0,00
Pará	0,00	2,41
Rondônia	0,00	5,99
Roraima	0,00	0,00
Tocantins	0,00	2,87
REGIÃO NORDESTE		
Alagoas	0,00	4,43
Bahia	0,00	0,13
Ceará	0,00	5,15
Maranhão	0,00	2,99
Paraíba	0,00	5,77
Pernambuco	0,00	0,36
Piauí	0,00	4,55
Rio Grande do Norte	0,00	2,02
Sergipe	0,26	2,19
REGIÃO CENTRO-OESTE		
	0,0	6,00
Distrito Federal	0,00	0,73
Goiás	0,00	3,00
Mato Grosso	0,00	2,20
Mato Grosso do Sul	0,00	0,07
REGIÃO SUDESTE		
Espírito Santo	0,00	0,00
Minas Gerais	0,00	2,33
Rio de Janeiro	0,00	3,26
São Paulo	2,35	4,50
REGIÃO SUL		
Paraná	0,63	8,34
Santa Catarina	0,00	0,16
Rio Grande do Sul	0,00	0,00
BRASIL	2,08	5,03

Ao indicador apresentado na Tabela 18, está agregada a realização do exame anti-HIV, com todos os outros critérios. Como a realização deste exame necessita de consentimento informado, este percentual poderia apresentar menores resultados. A diferença em relação ao anterior é pequena em 2002, cerca de 10%, e em 2001 praticamente não ocorreu.

TABELA 18

Percentual de gestantes inscritas no Programa que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, a de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a de reforço ou a imunizante da vacina antitetânica por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002

ESTADOS	ANO 2001	ANO 2002
REGIÃO NORTE		9,34
Acre	0,00	0,47
Amapá	0,00	0,00
Amazonas	0,00	0,00
Pará	0,00	1,56
Rondônia	0,00	5,53
Roraima	0,00	0,00
Tocantins	0,00	1,78
REGIÃO NORDESTE		
Alagoas	0,00	1,67
Bahia	0,00	0,06
Ceará	0,00	1,26
Maranhão	0,00	0,56
Paraíba	0,00	1,01
Pernambuco	0,00	0,07
Piauí	0,00	0,77
Rio Grande do Norte	0,00	1,01
Sergipe	0,00	0,43
REGIÃO CENTRO-OESTE		
Distrito Federal	0,00	0,73
Goiás	0,00	1,21
Mato Grosso	0,00	2,02
Mato Grosso do Sul	0,00	0,00
REGIÃO SUDESTE		
Espírito Santo	0,00	0,00
Minas Gerais	0,00	1,65
Rio de Janeiro	0,00	3,14
São Paulo	2,26	4,40
REGIÃO SUL		
Paraná	0,58	7,98
Santa Catarina	0,00	0,16
Rio Grande do Sul	0,00	0,00
BRASIL	2,00	4,07

Na Tabela 19 são apresentados os percentuais relativos ao teste do anti-HIV que mostram que a região Sul e Sudeste apresentaram a maior média nacional. Em 2001 o percentual foi maior que em 2002, mas o número de estados foi menor, apenas 15 estados produziram dados. Em 2002 todos os estados apresentaram resultados, com destaque para quatro deles: Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rondônia.

TABELA 19
Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002

ESTADOS	ANO 2001	ANO 2002
REGIÃO NORTE		
Acre	0,00	13,15
Amapá	0,00	8,37
Amazonas	0,00	4,73
Pará	8,49	6,20
Rondônia	0,62	37,78
Roraima	0,00	20,72
Tocantins	0,00	15,36
REGIÃO NORDESTE		
Alagoas	3,19	11,56
Bahia	0,00	12,49
Ceará	1,58	10,04
Maranhão	2,27	20,88
Paraíba	2,00	8,44
Pernambuco	0,00	9,66
Piauí	0,00	12,32
Rio Grande do Norte	12,38	14,92
Sergipe	2,80	9,36
REGIÃO CENTRO-OESTE		
Distrito Federal	18,03	18,65
Goiás	19,95	21,55
Mato Grosso	4,40	28,72
Mato Grosso do Sul	0,00	32,34
REGIÃO SUDESTE		
Espírito Santo	0,00	15,08
Minas Gerais	10,19	29,96
Rio de Janeiro	21,87	30,21
São Paulo	45,12	41,02
REGIÃO SUL		
Paraná	42,65	43,58
Santa Catarina	0,00	44,78
Rio Grande do Sul	0,00	8,90
BRASIL	41,10	35,38

Considerando a importância deste exame para o diagnóstico e prevenção da sífilis congênita, a realização de dois exames de VDRL é considerada separadamente neste indicador. Em 2001, 13 estados produziram dados relativos a ele, com um percentual de 23,1%. Em 2002, apesar da participação de todos os estados, o percentual caiu para 12,11%, destacando-se os estados de Rondônia, Rio de Janeiro e Santa Catarina.

TABELA 20

Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL por UF. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002

ESTADOS		ANO 2001	ANO 2002
REGIÃO NORTE			
	Acre	0,00	4,44
	Amapá	0,00	5,22
	Amazonas	0,00	1,87
	Pará	5,82	4,99
	Rondônia	0,00	11,01
	Roraima	0,00	4,70
	Tocantins	0,00	5,30
REGIÃO NORDESTE			
	Alagoas	0,82	6,94
	Bahia	0,00	6,39
	Ceará	1,53	6,70
	Maranhão	2,61	5,08
	Paraíba	1,53	7,14
	Pernambuco	0,00	1,94
	Piauí	0,00	7,46
	Rio Grande do Norte	7,17	6,33
	Sergipe	8,97	7,45
REGIÃO CENTRO-OESTE			
	Distrito Federal	5,30	4,47
	Goiás	2,70	5,17
	Mato Grosso	0,00	5,90
	Mato Grosso do Sul	0,00	8,32
REGIÃO SUDESTE			
	Espírito Santo	0,00	3,25
	Minas Gerais	0,92	7,75
	Rio de Janeiro	5,78	9,67
	São Paulo	6,73	7,00
REGIÃO SUL			
	Paraná	10,92	7,16
	Santa Catarina	0,00	8,99
	Rio Grande do Sul	0,00	0,81
BRASIL		23,10	12,11

Avaliando o conjunto dos indicadores selecionados do Programa, no período em questão, é possível perceber que houve um aumento em todos indicadores, com exceção dos particularizados para o exame de VDRL e o teste anti-HIV que sofreram um pequeno decréscimo.

A cobertura do Programa cresceu significativamente de 9% para 28%, ratificado pelo indicador percentual de 70% de mulheres cadastradas em 2002. Entretanto, os percentuais relativos às consultas de pré-natal e puerpério e a realização de exames apresentaram incrementos menores, entre 15% e 50%, enquanto que a vacinação antitetânica apresentou um acréscimo de cerca de 100%. Apesar dos indicadores que reúnem os critérios assistenciais terem um aumento significativo, de mais de 100% entre 2001 e 2002, o percentual apresentado no dois anos foi muito baixo. A realização do teste anti-HIV sofreu decréscimo pequeno, mas a queda no exame de detecção de sífilis foi muito significativa, de 23,1% em 2001 para 12,1% em 2002.

Uma leitura vertical dos indicadores, nos dois anos em estudo, aponta que à medida que são agregados os critérios assistenciais, os percentuais diminuem, indicando que é a realização do conjunto das atividades o maior desafio na atenção pré-natal.

TABELA 21
Indicadores do Processo. SISPRENATAL, Brasil, 2001 e 2002

INDICADORES DO PROCESSO	2001 (%)	2002 (%)
1. Percentual de gestantes que se inscreveram no Programa e realizaram a consulta, em relação ao nº de nascidos vivos no período.	9,25	27,92
1.1b. Percentual de gestantes cadastradas no Programa no período selecionado em relação ao total de gestantes cadastradas no banco nacional Gestantes cadastradas nesta Base: 792.636	20,80	70,14
1.c. Percentual de gestantes que se inscreveram no Programa e realizaram a consulta até 120 dias, em relação ao nº de nascidos vivos no período.	9,12	24,59
2. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) ou mais consultas de pré-natal.	19,65	22,63
3. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) ou mais consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.	6,47	9,43
4. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) ou mais consultas de pré-natal e todos os exames básicos.	7,02	11,35
5. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) ou mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.	2,78	5,59
6. Percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica.	21,79	41,01
7 a . Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) ou mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, a 2ª dose ou dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica.	2,08	5,03
7. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) ou mais consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica.	2,00	4,07
8. Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV	41,10	35,38
9. Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL	23,10	12,11

5. Discussão

A mortalidade materna configura-se, entre os indicadores socioeconômicos, como aquele capaz de melhor traduzir o *status* da condição feminina. A atenção à saúde materna tem sido uma constante na assistência prestada nos serviços públicos na maioria dos países. Deste modo, a avaliação das estratégias usadas para diminuir a morbi-mortalidade materna e otimizar recursos é tema recorrente na análise da saúde materna (YUNES et al., 1985; FAÚNDES e CECATTI, 1991; CAMPBELL et al., 1995; LUMBIGANON, 1998; FENTON e TADESSE, 2000; WHO, 2000; CAMPBELL, 2001; RONSMANS et al., 2002).

O objetivo deste estudo foi avaliar a experiência da implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde, no Brasil, cujo estabelecimento, enquanto estratégia para a melhoria de acesso e qualidade da assistência, teve como fio condutor a questão da humanização da atenção e o respeito aos direitos reprodutivos. O olhar de gênero permitiu desatrelar da situação materna o caráter de destino inevitável e pensar em estratégias que empoderassem as mulheres, revendo, dentro de uma perspectiva de humanização, o seu papel de

protagonista na gestação e no parto. A humanização necessariamente compreende o resgate da autonomia e relações simétricas entre profissionais e mulheres.

O Programa instituiu critérios para qualificar a assistência e um sistema de informações, o SISPRENATAL, para monitorar o cumprimento dos mesmos e acompanhar indicadores de qualidade definidos pelo PHPN. Até dezembro de 2002, 72% dos municípios do país aderiram ao Programa e, em junho de 2002, 3.183 destes municípios apresentaram produção, constituindo um banco de dados com 720.871 mulheres. O indicador de cobertura do programa mostrou um incremento importante entre 2001 (9,25%) e 2002 (27,92%), com o cadastramento de 555.979 mulheres no segundo ano, a maioria inscrita com até 120 dias de gestação. O percentual de mulheres que realizou seis ou mais consultas de pré-natal foi próximo de 20% e a conjugação deste critério com a consulta puerperal e/ ou os exames obrigatórios, reduziu este percentual para a metade. O registro da vacina antitetânica cresceu 100% de 2001 para 2002, enquanto o percentual de solicitações de exames para a detecção de sífilis foi a metade em relação a solicitações de exames para o HIV nestes dois anos. Apenas 2% das mulheres cadastradas em 2001 e 5% em 2002 realizaram o conjunto de todos os critérios assistenciais estabelecidos. Apesar dos baixos percentuais registrados, a comparação dos indicadores de qualidade de assistência, apontados pelo SISPRENATAL, revelaram crescimento de 2001 para 2002. É permanente a necessidade de avaliações, com o objetivo de melhorar a qualidade desta atenção, garantindo melhores resultados maternos e perinatais.

No percurso da avaliação proposta neste estudo, é preciso reconhecer as limitações impostas pela magnitude do Programa e as escolhas, deliberadas, dos pesquisadores. Ao eleger o processo da elaboração e da implantação do Programa como ponto focal de análise, o estudo procura resgatar, dentro da lógica estabelecida, o “porquê” desta intervenção e, ao centrar a discussão na análise preliminar dos resultados do SISPRENATAL, o objetivo maior é determinar o “para quê”. Tomando estes dois marcadores como os principais neste estudo, é também preciso reconhecer que questões marcantes do Programa, como o desdobramento desta política no campo da Humanização, necessita ainda ser pesquisada. Entretanto, a realização de um estudo que dê conta das transformações ocorridas, a partir da instituição do Programa, em relação às questões mais subjetivas da humanização, devido a complexidade conceitual e a necessidade de ampla pesquisa de campo, é tarefa que ultrapassa as possibilidades de um estudo individual.

Nesta direção, a coordenação nacional do Programa, entendendo a necessidade de iniciar um diagnóstico da implantação do PHPN, realizou um estudo piloto em três municípios brasileiros, no segundo semestre de 2001, cujos resultados não foram publicados. A partir deste estudo foi elaborado um termo de referência para uma ampla pesquisa nacional, contratada em edital público, que foi iniciada em abril de 2003 e que deverá responder várias questões operacionais acerca da implantação do Programa.

A análise da portaria que instituiu o Programa permite contextualizar a retomada de uma discussão que parecia, em tese, superada. A questão inicial – discutir o pré-natal - parecia anacrônica. Embora seja uma assistência sobre

a qual ninguém discorda da importância, e oficialmente o número de consultas seja um constante indicador para análise ou para o estabelecimento de pactos entre as diferentes esferas do governo, de fato é uma assistência sobre a qual não existia definição clara e precisa sobre o que é indispensável fazer. Na ausência de outros parâmetros objetivos, a análise esteve sempre restrita ao número de consultas e à cobertura (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b; OPAS, 2002; BRASIL, 2003a).

Por outro lado, como a idéia, no senso comum, de “fazer pré-natal” é ter um certo número de consultas, mesmo a permanência de determinados dados epidemiológicos, como a alta taxa de sífilis congênita, não parecia sensibilizar a maioria dos gestores. No Brasil, onde teoricamente quase 90% das mulheres fazem pré-natal com profissionais de saúde qualificados, enfermeiros ou médicos, e onde a média de consultas, no SUS, está acima de quatro consultas por mulher, deveriam ser esperados melhores indicadores. Além disso, alguns estudos sobre a assistência materna apresentam outros claros sinais de descaso, como o número de mulheres com prontuários sem anotações, cartões de acompanhamento não preenchidos, etc., (TANAKA, 1995; SILVEIRA et al., 2001; PUCCINI et al., 2003).

Entretanto, cabe ressaltar que alguns municípios já faziam esta discussão sobre o pré-natal “necessário” e postulavam outras práticas, algumas delas também inspiradoras do Programa. Como exemplo de estratégias municipais, destacava-se o programa denominado “Mãe Curitibana”, estabelecido em 1999, cujos objetivos principais eram a maior segurança e qualidade do atendimento, a vinculação das mulheres aos serviços de saúde e a humanização do atendimento (DUCCI et al., 2001).

A discussão da assistência pré-natal também foi fortalecida por um conjunto de importantes conferências internacionais ocorridas nas duas últimas décadas, que estabeleceram metas em vários campos, com prioridade para a saúde. Como a ocorrência de mortes maternas é questão fundamental, a discussão de propostas efetivas para melhorar esta assistência foi recorrente, incorporando na agenda da saúde os direitos da mulher (MAHLER, 1987; ROYSTON e ARMSTRONG, 1989; TYSON et al., 1990; KASONDE e KAMAL, 1998; GHARORO e OKONKWO, 1999; PITANGUY, 1999; ABOUZARH e WARDLAW, 2001; WHO, 2000; CAMPBELL, 2001; DAVID-FLOYD, 2001; LERBERGHE e BROUWERE, 2001; UMENAI et al., 2001).

Assim, um dos desdobramentos iniciais do PHPN foi colocar, em um cenário de outras intervenções, a atenção pré-natal como estratégia importante para garantir a saúde das mulheres. A focalização nesta questão apresentou dois lados aparentemente em campos contraditórios: qualificar uma ação que já é realizada há tanto tempo é de fato indispensável para sua real efetividade, uma “questão de honra”, mas também significa uma valorização do aspecto mulher “reprodutora”, com uma priorização na agenda de saúde da mulher de questões mais ligadas à saúde reprodutiva propriamente dita. Como existem outras demandas não atendidas em relação à saúde da mulher, o PHPN pode ter representado um atraso nestas questões, mesmo que tivesse como objetivo inicial a redução de mortes maternas. É aparente a contradição colocada porque, em primeiro lugar, a proposta de melhoria da atenção obstétrica conduzida pela humanização também é importante demanda da agenda de saúde das mulheres e, em segundo lugar, porque a focalização realizada na assistência com o PHPN parte de uma

constatação praticamente consensual sobre a necessidade de ampliar o acesso e garantir qualidade e, por fim, a instituição do Programa não teve como pressuposto o não atendimento a outras demandas.

O processo de adesão foi marcado, inicialmente, por dois fatos: o primeiro, circunstancial, da realização, em outubro de 2000, de eleições municipais, e o segundo, institucional, pela publicação de portaria normatizando a adesão (BRASIL, 2003a). Esta normatização criou um instrumento - o Termo de Adesão – (Anexo 4) para a formalização da entrada de municípios no Programa, que demandou uma grande atividade, nos três níveis de gestão, para sua operacionalização, desde o seu correto preenchimento até a publicação da portaria de adesão, no Diário Oficial da União (BRASIL, 2000a). No fluxo deste documento existia ainda a necessidade da assinatura do gestor municipal e de um representante do gestor estadual que deveria aprovar cada termo. A presença de um instrumento com grande quantidade de informações e da necessidade de reunir duas instâncias já representavam, *per se*, dificuldades a serem enfrentadas.

Para o preenchimento dos dados solicitados no termo de adesão, era indispensável um diagnóstico situacional preliminar, além de conhecimentos básicos de planejamento da assistência, como já foi discutido. Considerando que, até aquele momento, a regionalização e a descentralização eram incipientes, o processo de reunir as três instâncias: federal, estadual e municipal, mostrou-se com conflitos e impasses. A maior dificuldade foi, sem dúvida, relacionada aos recursos da média e alta complexidade, sejam serviços ambulatoriais ou hospitalares, tanto no aspecto da gestão destes serviços, notadamente com a questão da referência e

contra-referência, como no aspecto quantitativo destes recursos. Como exemplo desta questão, o número de leitos neonatais no Brasil é de 0,4 para cada mil nascidos vivos, sendo que o número recomendado é quatro, sendo três leitos de UI e um UTI. Além das marcantes desigualdades regionais, é preciso fazer uma ressalva: ter leitos neonatais não significa dispor de um serviço de terapia intensiva (BRASIL, 1999; MARANHÃO et al., 1999; LEAL, 2002).

Uma avaliação do desempenho dos estados e municípios em relação a este processo confirmou a idéia de que, onde a organização e gestão dos serviços estão mais bem estabelecidas, a adesão foi menos complicada. Embora as dificuldades no campo político tenham sido relevantes, a falta de amadurecimento de mecanismos institucionais, como a regionalização e a descentralização, somadas à escassez e concentração de recursos, foram os desafios mais difíceis de contornar⁴ Ratificando esta questão, no final de 2002 as Regiões Norte e Nordeste apresentavam os menores percentuais de adesão, em torno de 65%, seguidas da Região Sul que, apesar de ter dois dos estados com 100% de adesão, aparecia com um percentual de 67%, em razão da pequena adesão do Rio Grande do Sul.

Todavia, o nível federal não dispunha de todos os mecanismos para averiguar a veracidade de cada informação contida no termo de adesão, chegando à conclusão inevitável de que o termo, antes de tudo, era mais uma “declaração de princípios” e que o seu adequado preenchimento era apenas uma garantia teórica da assistência que poderia vir a ser desenvolvida.

⁴ A instituição do PHPN foi anterior à NOAS 2001, em que a discussão e implantação destes mecanismos fica pactuada e melhor definida.

A obrigatoriedade do termo de adesão proporcionou amplas discussões em muitos municípios e estados, uma vez que se mostrou um processo complexo e indutor de avaliações sobre a assistência pré-natal, em todos seus aspectos: conceituais, formais e de organização da assistência (LAGO, 2003).

A instituição do PHPN colocou em discussão a atenção pré-natal, buscando redefinir as bases conceituais e as práticas assistenciais. Este debate esteve em consonância com a discussão de modelos de assistência pré-natal, que tem sido ampla e recorrente, uma vez que esta atenção é praticada em todo mundo.

A maioria dos programas atuais de atenção pré-natal é originária de modelos desenvolvidos em países ocidentais nas primeiras décadas do século passado. Embora parcela significativa tenha calendário e conteúdo similar, seu desenvolvimento apresenta muitas diferenças: em relação aos profissionais envolvidos, às práticas recomendadas e às práticas realizadas, além das diferentes taxas de adesão de mulheres (LUMBIGANON, 1998; BERGSJØ, 2001).

Apesar do pré-natal ser considerado um dos quatro pilares da maternidade segura (WHO, 1994), poucas avaliações sistemáticas haviam sido realizadas sobre a efetividade destes programas, a fim de determinar quais intervenções teriam melhores resultados (HOBEL et al., 1979; LUMBIGANON, 1998; BERGSJØ, 2001; CARROLI et al., 2001; GOODBURN e CAMPBELL, 2001; WHO, 2002).

Vários autores têm discutido a importância da assistência pré-natal, seus critérios, as bases científicas das intervenções que são realizadas e as repercussões sobre a saúde materna e perinatal (LEVENO et al., 1985; FAÚNDES et al., 1987;

NAGEY, 1989; FISCELLA, 1995; BERGSJØ e VILLAR, 1997). No Brasil, diferentes avaliações realizadas sobre a atenção pré-natal também têm apontado a necessidade de mudanças, em especial buscando a equidade e a melhoria na qualidade dos serviços, com objetivo de otimizar resultados (RATTNER, 1996; BACHA, 1997; HALPERN et al., 1998; PUCCINI et al., 2003).

Deste modo, o PHPN considerou fundamental estabelecer critérios para determinar quais deveriam ser as práticas assistenciais mínimas, ou seja, aquelas cuja ausência comprometeria a qualidade da assistência. Os critérios foram determinados a partir de dois pressupostos: o de que comprovadamente era efetivo e o de que operacionalmente era, em curto prazo, exeqüível. Nesta direção, o incentivo financeiro do Programa procurava privilegiar duas questões: a de acesso, na captação da gestante com até 120 dias de idade gestacional, pelo pagamento de R\$ 10,00 na primeira consulta, e a realização do conjunto dos critérios estabelecidos, pelo pagamento do restante do incentivo R\$ 40,00 na conclusão da assistência.

A análise do acesso a partir dos dados disponíveis no SUS para o período de 2000 a 2002 mostra um incremento de 20%, elevando a média de consultas por mulher que faz o parto no SUS, de 3.4, em 1999, para 4.4 em 2002 (BRASIL, 2003a). Embora a manutenção do crescimento desta razão seja um bom indicativo, não se pode afirmar que este incremento seja devido ao Programa.

O pagamento inicial como estratégia para aumentar o acesso foi limitado no Programa pelo fato de que, até dezembro de 2001, somente mulheres com até 120 dias de gestação podiam ser cadastradas, com o objetivo de aumentar a captação precoce. Por este motivo, a análise da cobertura do Programa não

permite conclusões sobre a melhoria no acesso, uma vez que o número de mulheres cadastradas é majoritariamente de mulheres com até 120 dias de gestação, nos dois anos em análise. Embora em 2002 o sistema aceitasse o cadastramento de mulheres em qualquer idade gestacional, a cobertura e o percentual de cadastradas com até 120 dias de gravidez é muito próximo, provavelmente porque esta informação não foi disseminada com capilaridade até os profissionais das unidades básicas de saúde. A questão do acesso, embora seja classicamente avaliada quantitativamente, merece um olhar qualitativo que possa perceber se o Programa incluiu justamente as mulheres que estão em franca desvantagem social, seja por localização, região, escolaridade ou renda. Apesar da melhoria do acesso ser um dos objetivos do Programa, esta análise fica restrita, até o momento, aos dados obtidos no SIA-SUS (BRASIL, 2000a).

A segunda parte do incentivo está relacionada ao cumprimento dos critérios anunciados no PHPN. Os critérios escolhidos para qualificar a assistência buscavam principalmente fortalecer a prática de valorizar a “boa” e soberana clínica, com procedimentos simples do ponto de vista técnico, mas fundamentais em termos de resultados (PINOTTI e FAÚNDES, 1985b; BRASIL, 2000a; BRASIL, 2002c).

Assim, o Programa recomendava seis consultas como o número mínimo para cada mulher. Até o momento desta definição no PHPN, não havia estudos conclusivos sobre qual deve ser o número mínimo ou ideal capaz de garantir os resultados esperados (CARROLI et al., 2001; VILLAR et al., 2001). A maioria dos estudos consultados fazia referência a pelo menos uma consulta no primeiro trimestre, variando a partir daí o número de atendimentos recomendados. Como o

país já tinha uma média de quatro consultas por mulher que fazia parto no SUS, e com a suposição de que o incremento de 50%, representado por mais duas consultas seria possível, este número foi considerado como o que deveria ser recomendado, embora com o reconhecimento de que, regionalmente, este incremento significaria meta difícil a médio e longo prazo, nas regiões Norte e Nordeste.

Na pesquisa da OMS, o número de consultas recomendado foi de quatro consultas para cada mulher (WHO, 2002). A opinião das mulheres foi pesquisada através de método quantitativo e qualitativo, com grupo focal e entrevistas em profundidade (LANGER et al., 1998; NIGENDA et al., 2002). Na análise dos resultados do estudo, as mulheres revelaram-se satisfeitas, em geral, mas mostraram-se preocupadas com o número e o espaçamento das consultas, com o relacionamento dispensado pelos profissionais e a necessidade de obter mais informações sobre alguns temas como nutrição e auto-cuidado (VILLAR et al., 2001).

Embora, de uma maneira geral, tenha ocorrido pouca discordância sobre o formato geral do Programa, houve discussões pontuais sobre os critérios, como o número de consultas ou a presença ou ausência de determinados recursos de apoio diagnóstico, principalmente a ultra-sonografia. Entretanto, havia um consenso de que, para o país, as exigências estavam adequadas e, em cada município, o acréscimo de cuidados dependeria do desempenho local, sendo muito complicado para um país com tantas diferenças e desigualdades regionais contemplar todas as particularidades. Como o Programa considerava que os critérios estabelecidos eram mínimos, cada município, tendo como sua atribuição a execução das políticas de saúde em seu território, teria liberdade para agregar outros critérios.

Após a discussão dos indicadores de cobertura e captação da gestante até 120 dias, é importante discutir o indicador do PHPN que monitora a realização de seis ou mais consultas por mulher. Ocorreu um pequeno incremento no período estudado, mas o baixo percentual apresentado mostra que, de fato, a realização de seis ou mais consultas é ainda um desafio para a assistência. Para esta análise, é preciso levar em conta, em primeiro lugar, que existe um sub-registro das informações referentes ao seguimento das gestantes cadastradas, com desdobramento para todos os outros indicadores. O significado imediato desta questão deve-se à resistência que o profissional de saúde tem para incorporar na rotina de atendimento mais um formulário. Considerando que as questões do processo de trabalho em saúde são relevantes e sem discutir o seu mérito, o que foge do escopo deste estudo, o preenchimento da “Ficha de Atendimento Diário” (Anexo 2) exige o registro do número do SISPRENATAL da mulher e que seja assinalado um “X” no procedimento realizado. Entretanto, para que estas informações sejam registradas, o profissional deve estar sensibilizado e conhecer a razão para estar preenchendo “mais um papel”.

Tendo sempre em vista que, inicialmente, só eram cadastradas mulheres com até 120 dias de gravidez, é provável que exista uma perda significativa de seguimento entre o cadastramento e as consultas ou os procedimentos seguintes, porque como o número do SISPRENATAL não era comum para todas as pacientes, não se estabelecia uma rotina. Outras dificuldades ocorreram, tais como: a perda do número do SISPRENATAL da mulher, as dificuldades para o encaminhamento das fichas para os serviços de digitação nas secretarias e a falta de treinamento

dos profissionais do setor de controle e avaliação para a correta digitação e envio dos dados. Aprofundando este olhar, é possível também concluir que, de fato, falta vínculo na assistência pré-natal e que a realização de seis ou mais consultas demanda boa gestão e organização dos serviços. Confirma esta idéia o percentual apresentado nos dois anos pelos estados do Paraná e São Paulo.

O percentual de mulheres que faz duas consultas no Programa é de 69,1%, mostrando que provavelmente muitas mulheres, neste momento, não têm seu seguimento registrado. A perda de seguimento entre a primeira consulta (100%) e o percentual de quem faz duas, mais de 30%, confirma principalmente a hipótese do sub-registro. Os percentuais seguintes, com três, quatro e cinco consultas apresentam menores declínios, mostrando que, uma vez sistematizado, a perda de registro é menor. Entretanto, seguramente o número de mulheres que fez seis consultas ou mais no pré-natal no SUS é maior que 20%, uma vez que, basicamente, somente 28% de todas as mulheres foram cadastradas no SISPRENATAL.

Quando o Programa foi elaborado, havia muitos indícios de que a realização dos exames básicos que seriam recomendados entre os critérios estabelecidos, seria forte ponto de estrangulamento da atenção. Com os registros existentes antes do SISPRENATAL, não era possível saber quantos e quais exames haviam sido realizados para a atenção pré-natal especificamente. Apenas eram conhecidos os totais de exames por categoria (bioquímica, por exemplo), mas não se conseguia relacioná-los a nenhuma assistência em particular. A hipótese de que as mulheres não conseguiam realizar os exames por dificuldade de recursos locais era

reforçada por indicadores como o da sífilis congênita e por constatação, *in loco*, nos municípios. A partir desta constatação é que se sedimentou a idéia de criar um incentivo para que o município fizesse frente às despesas relativas aos exames e com base em uma previsão de gastos, foi estabelecido um incentivo de R\$ 50,00 por mulher, uma vez que este valor seria suficiente para pagar todos os exames, inclusive a sorologia para anti-HIV, o mais caro entre eles.

Os exames definidos para compor este pacote mínimo foram Hb/Ht, glicemia de jejum, VDRL, ABO-RH e exame de urina simples (ou de rotina, ou tipo I) e o anti-HIV. Na maioria dos modelos de assistência pré-natal pesquisados são estes os exames realizados, aparecendo com menos freqüência a glicemia de jejum e o anti-HIV. O exame de glicemia, o VDRL e o exame de urina deveriam ser repetidos por volta da 30^a semana. As razões técnicas e operacionais para a escolha destes exames consideraram a sua importância para a garantia da boa assistência e são consensuais na maioria dos estudos e guias clínicos.

A presença da glicemia de jejum, menos comum nos guias clínicos de conduta, foi estabelecida por recomendação do Consenso Nacional sobre Diabetes e Gravidez (BRASIL, 2002c) que levou em conta, além das questões epidemiológicas, o fato de que este exame já faz parte, na maioria dos municípios, da assistência pré-natal.

O exame para detecção do anti-HIV, também menos comum nos guias clínicos, obedeceu a mesma lógica. Existiam recomendações da Comissão Nacional de DST's & AIDS, por razões epidemiológicas, e muitos municípios já ofereciam o exame.

No estudo clínico aleatorizado, conduzido pela OMS, o novo modelo de assistência pré-natal, que foi comparado com o modelo padrão ocidental, a seleção dos exames é mais restrita, contudo similar. No modelo em estudo, a realização de exames obedecia ao seguinte esquema: na primeira consulta, solicitação do ABO-Rh, realização de teste rápido para sífilis; e do teste de urina para a detecção de bacteriúria e proteinúria. A hemoglobina só deveria ser solicitada nesta consulta se existissem sinais clínicos de anemia severa. Na segunda consulta, deveria ser repetido o exame para bacteriúria, com a fita reagente, e o exame para a detecção da proteinúria deveria ser realizado apenas para as nulíparas ou mulheres com pré-eclâmpsia prévia, e a hemoglobina só deveria ser solicitada se na primeira consulta estivesse abaixo de 7 g/l, ou se existissem sinais de anemia clínica. Na terceira consulta, a hemoglobina e o exame para bacteriúria, com a fita reagente, seriam realizados para todas as mulheres, e o exame para a detecção da proteinúria deveria ser realizado apenas para as nulíparas ou mulheres com pré-eclâmpsia prévia. Na última visita, é recomendado novamente o exame para bacteriúria, com a fita reagente, para todas as mulheres e o exame para a detecção da proteinúria só deveria ser realizado apenas para as nulíparas ou mulheres com pré-eclâmpsia prévia (WHO, 2002).

Avaliando comparativamente o novo modelo da OMS (WHO, 2002) e o formato do PHPN em relação aos exames propostos nestes modelos, encontramos diferenças marcantes: em primeiro lugar, no modelo da OMS não são solicitados os exames para detecção do anti-HIV e para o rastreamento para diabetes, provavelmente uma decisão mais operacional, em termos de custos e capacidade

instalada, do que epidemiológica, além de atender a idéia principal do estudo em relação à restrição de testes e evidências científicas. Entretanto, a diferença mais importante surge no método aplicado para a realização dos outros testes comuns aos dois modelos em análise: ABO-Rh, Hb, VDRL e análise da amostra de urina. Embora no PHPN exista uma recomendação da realização dos exames na primeira consulta e na consulta que ocorre próxima à 30^a semana, no modelo proposto pela OMS, o momento e o método são determinados a partir da formatação da assistência em quatro consultas, com diferentes abordagens. Para a realização do VDRL, a OMS propõe o teste rápido e o tratamento imediato no momento da consulta. Esta estratégia apresenta diversas vantagens: em primeiro lugar, há garantia do acesso para todas as mulheres; em segundo, o estabelecimento de uma rotina assistencial que liga imediatamente a realização do exame, o resultado e o tratamento, formando um só “momento”, resulta, para o serviço e para os profissionais de saúde, em melhor organização e internalização mais sistemática desta intervenção. Por fim, mas não menos importante, para a mulher, seguramente proporciona uma série de vantagens: prescinde “conseguir” a solicitação, deslocar-se para a coleta e para buscar o resultado do exame, apresentar o exame em uma outra consulta para ter informado o resultado, e só então, iniciar o tratamento que nem sempre está acessível, além da preocupação de aguardar o resultado em si.

Para o exame da amostra de urina também existem diferenças importantes. No PHPN, a análise é laboratorial, com todas as implicações relatadas anteriormente, e a recomendação é a realização em dois momentos: na primeira consulta e por

volta da trigésima semana de idade gestacional. Embora a realização do exame de urina do tipo I possa indicar a presença de albuminúria, é sabido que a sensibilidade para detectar a bacteriúria é menor que o exame de cultura de urina. Entretanto, a realização de urocultura foi considerada de difícil operacionalização para a grande maioria dos municípios. No modelo da OMS, a detecção de bacteriúria é realizada em todas as consultas para todas as mulheres, e a de proteinúria apenas na primeira consulta, universalmente, condicionando sua repetição para os casos em que as mulheres são nulíparas, ou têm antecedentes de pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou hipertensão em gestação anterior. A metodologia adotada, uso de fitas reagentes, é de fácil execução e interpretação e, seguindo a lógica anterior, permite reunir intervenção / diagnóstico / conduta em um único momento, garantindo todas as vantagens já expostas. Como produto importante do método adotado para a detecção da bacteriúria, os resultados deste estudo apontaram que as taxas de infecção do trato urinário foram similares em ambos os modelos do estudo realizado pela OMS (WHO, 2002).

A recomendação do PHPN em relação à dosagem de hemoglobina inclui também a solicitação do hematócrito, sendo a realização universal na primeira consulta e a repetição a critério clínico. A recomendação da realização do exame para todas as mulheres, no modelo OMS, prevê sua realização na terceira consulta, ao redor da 32^a semana de gestação, e em outro momento apenas se houver sinais evidentes de anemia severa. Apesar de que nos dois modelos está recomendado o uso profilático de ferro e ácido fólico, no PHPN a realização na primeira consulta buscava diagnosticar mulheres com anemia prévia, e iniciar dose

terapêutica. Embora exista teoricamente previsão da entrega deste medicamento na UBS, não existe garantia, na prática, de que todas as mulheres recebam este insumo. Como no modelo da OMS esta suplementação está garantida, a realização tardia provavelmente visa diagnosticar níveis de anemia severa que possam influenciar os resultados do parto. Esta intervenção também mostrou resultados similares, no caso para a anemia severa, nos dois modelos estudados pela OMS (WHO, 2002).

A razão principal para esta análise comparativa é que o estudo, conduzido pela OMS, fornece importantes elementos para a compreensão da questão da assistência pré-natal e a discussão de estratégias que garantam mais efetividade. Como foi levantado na hipótese inicial para a elaboração do PHPN, a realização de exames constitui-se em importante ponto de estrangulamento da assistência no país e os resultados deste indicador no Programa confirmam isto. A metodologia adotada no modelo OMS, testes rápidos conjugados a tratamento ou outras condutas no mesmo momento da consulta, além de garantir resultados, permitiu melhor gestão da assistência e seguramente mais satisfação por parte das mulheres. Entretanto, para a sistematização destas estratégias em um país com mais de 5 mil municípios e grandes desigualdades regionais, é preciso uma ampla discussão que contemple não somente aspectos de operacionalização e custo-benefício, mas também resultados maternos e perinatais.

A proposta desenhada para a assistência pré-natal no PHPN, em razão dos dados já apresentados, estabeleceu a necessidade de consulta puerperal como critério indispensável no conjunto da assistência. A consulta puerperal é, em primeira análise, a instância do ciclo gravídico-puerperal em que se desvincula a

saúde da mãe e do recém-nascido e, portanto, um momento de atenção à saúde da mulher e não da “mãe”. Por diferentes razões, esta consulta tem baixíssima frequência nas UBS, e os percentuais deste indicador (consulta puerperal e seis ou mais consultas de pré-natal) apresentados no SISPRENATAL são menores que 10%, nos dois anos em estudo. Mesmo quando avaliamos a realização da consulta puerperal conjugada a diferentes números de consultas de pré-natal, para evitar o viés com a soma das seis consultas de pré-natal que, *per se*, já leva a uma diminuição deste indicador, o maior percentual alcançado é de 19%, para uma consulta pré-natal e a consulta puerperal. Teoricamente, os serviços de saúde reconhecem a consulta puerperal como necessária, mas admitem a ausência de estratégias para a sua realização (BRASIL, 2002f). Outra justificativa para esta baixa frequência é a alegação mais comum de que “as mulheres não voltam”. Entretanto, como já foi apresentado, é possível afirmar que “sim, as mulheres voltam aos serviços”, como atestam os dados do Programa Nacional de Imunizações, PNI (BRASIL, 2003c). De fato, os serviços e profissionais, em geral, consideram o parto o “final” do processo e não valorizam este retorno. Embora seja evidentemente uma questão de falha no planejamento e execução da assistência, é, em primeiro lugar, um viés de gênero na percepção desta atenção.

A realização da vacina antitetânica, uma atividade de absoluto consenso técnico, ainda apresenta percentual aquém do ideal. A primeira hipótese corresponde à ausência de parte dos registros das doses aplicadas, uma vez que o sub-registro de procedimentos que não geram faturamento é uma constante nos sistemas de informações. Como a erradicação dos casos de tétano neonatal

ainda é uma meta a ser alcançada, este indicador merece permanente avaliação, principalmente nos municípios e regiões em que este risco é maior.

A questão norteadora para melhorar a qualidade da atenção no pré-natal foi traduzida na realização de todos os critérios instituídos no PHPN por cada mulher. Esta análise, inédita, dos dados do SISPRENATAL para todo país, em relação aos indicadores que agregam estes critérios, com ou sem o anti-HIV, converge para as avaliações realizadas, em diferentes serviços e municípios sobre esta assistência, que também indicavam que apenas um pequeno número de mulheres recebia assistência adequada. Embora esta avaliação seja muito relevante, ratificando a necessidade de melhorar a atenção pré-natal, a estratégia do PHPN em criar um instrumento de avaliação, o SISPRENATAL, apresentou-se, por si só, como um importante instrumento para a melhoria da atenção. O sistema possibilitou a informatização e a descentralização da avaliação pré-natal e tornou possível para qualquer gestor, em seu município, uma aproximação indispensável da assistência prestada com informações que até o momento demandavam um grande esforço para sua obtenção. O acompanhamento dos dados e indicadores é consensualmente apontado como uma medida fundamental para reduzir mortes maternas e perinatais, porque a sinalização dos problemas demanda as medidas para sua resolução. Atualmente, mais de três mil municípios no Brasil podem utilizar este instrumento na construção de um pré-natal mais adequado. Entretanto, a força fundamental para a concretização das mudanças necessárias está no compromisso político com as premissas filosóficas do SUS e com as mulheres. Nenhum instrumento, estratégia, critério será mais efetivo.

6. Conclusões

- 6.1.** No contexto da saúde da mulher, foi reconhecida a necessidade da efetivação de uma política que estabelecesse critérios e indicadores capazes de monitorar processos e resultados, a fim de melhorar os resultados maternos e perinatais. A instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento definiu uma estratégia de melhoria da qualidade da atenção obstétrica, considerada inadequada, na qual o paradigma conceitual foi a Humanização, na perspectiva dos direitos da mulher.
- 6.2.** A implantação do Programa, enquanto processo de organização da atenção obstétrica, foi realizada com mecanismos ainda imaturos de gestão, marcadamente a descentralização e a regionalização, gerando conflitos de atribuições, nos três níveis de governo. A estratégia manteve uma perspectiva burocrática, mas proporcionou a discussão do panorama de atenção à gestação e ao parto em cada município, revelando fragilidades na capacidade instalada e na distribuição de recursos de média e alta complexidade.
- 6.3.** A adesão ao Programa foi realizada formalmente por 3.983 municípios, até dezembro de 2002. A implementação do Programa com a produção de dados,

ocorreu em 3.016 municípios, até dezembro de 2002. Foram cadastradas 720.871 mulheres nos dois anos em análise, 2001 e 2002, e cerca de 90% destas mulheres foram inscritas com menos de 120 dias de gestação.

- 6.4.** A elaboração e instalação do sistema de informações sobre o pré-natal, o SISPRENATAL, disponibilizou relatórios e indicadores que permitem um controle, regulação e monitoramento da assistência obstétrica oferecida. Ele permitiu identificar um retrato da assistência preocupante e desafiador. Apesar das limitações desta estratégia, é importante reconhecer que a possibilidade de ampliar o leque de informações sobre uma atenção tão fundamental, possibilitará que cada gestor, no seu nível de competência, possa tomar as medidas, mais prontamente, na direção de garantir uma assistência com dignidade, pautada por intervenções efetivas, a cada mulher.
- 6.5.** A avaliação preliminar dos indicadores gerados nestes dois anos mostrou que apenas para pequena parcela das mulheres cadastradas houve registro do cumprimento integral dos critérios. A maioria das mulheres recebeu assistência desarticulada e parcial. Menos de 25% das mulheres cadastradas realizou seis ou mais consultas. Os pontos de estrangulamento detectados na atenção, como a realização de exames laboratoriais e a consulta puerperal, sinalizam para a necessidade de rever os mecanismos atuais e propor novas medidas, além das necessárias mudanças baseadas em novas evidências. Os percentuais da realização de VDRL e da vacinação antitetânica apontam para a necessidade de reavaliar questões consideradas da “rotina” assistencial, uma vez que o consenso técnico acerca de sua importância não foi traduzido por sua sistemática realização.

7. Considerações Finais

No cenário de intervenções de saúde pública, voltadas para a saúde da mulher, o PHPN apresenta-se como uma estratégia singular. A maioria dos programas voltada para a saúde de mulheres gestantes foi elaborada em países desenvolvidos, mesmo quando o seu formato visava atender as necessidades de países em desenvolvimento e em geral, foram iniciativas internacionais baseadas em metas para a redução da morte materna. Embora praticamente todos os países ofereçam a assistência pré-natal, a avaliação indireta mais comumente realizada é o monitoramento da taxa de mortalidade materna. Na literatura disponível, até onde foi possível consultar, não foi encontrado um programa no formato do PHPN. O ineditismo é dado por vários aspectos: foi uma intervenção planejada em um país em desenvolvimento, estruturada com medidas para as diferentes instâncias da assistência, com um desenho institucional que buscava mudar um paradigma na atenção, com estabelecimento de critérios mínimos, com o incentivo financeiro rigorosamente atrelado ao cumprimento destes critérios e com um sistema de informações que permitia o monitoramento e a avaliação da assistência em curso.

Embora seja temerário escolher um destes aspectos para apontar a importância desta iniciativa na saúde pública e para as mulheres, o SISPRENATAL mostrou-se mais que um instrumento de gestão para ser, per se, uma importante medida de mudança uma vez que ampliou diagnósticos e os fez concretos em relatórios e indicadores com o *estado da arte* da assistência pré-natal, em mais de três mil municípios. Reunindo o fato que é o Brasil país continental com uma considerável magnitude em números de todas as origens: mulheres, municípios, procedimentos, consultas, e que com a implantação do PHPN é possível conhecer, discutir uma avaliação ampla e padronizada em todo o país, certamente este é reconhecidamente um dos acertos do Programa.

Na saúde pública de uma maneira geral, ainda existe um longo caminho no sentido de incluir na rotina do dia a dia a avaliação de maneira sistemática. A grande maioria dos gestores ainda não incorporou o SISPRENATAL enquanto instrumento de gestão. Neste sentido, o Programa deverá necessariamente demandar esforços para que o SISPRENATAL seja utilizado como ferramenta de monitoramento das ações e a incorporação da avaliação como atividade regular, possibilitando aos executores da política, na ponta do sistema, intervir e corrigir rumos.

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

curto, quase quatro mil municípios e permitiu a ratificação de muitas hipóteses sobre a assistência pré-natal com um macro diagnóstico da saúde materna.

Em municípios onde o PHPN tornou-se prioridade várias iniciativas foram sedimentadas em relação a qualidade da atenção. Nas inúmeras observações realizadas, o pré-natal foi resgatado como estratégia importante e seu monitoramento cuidadosamente realizado, inclusive com a realização de atividades recomendadas no Programa, mas não analisadas neste estudo, como a visita da gestante a maternidade e a presença de acompanhantes no momento do parto. As coordenações locais referiam-se a instituição do Programa como a possibilidade de concretizar várias atividades para a qual não se sentiam empoderadas. Seguramente, existem ainda muitos aspectos desta estratégia que devem ser conhecidos e os seus desdobramentos avaliados.

Uma das discussões fundamentais, e ainda incipiente, é sobre os aspectos da humanização propriamente dita que nomeou o Programa e que podem ser diferentemente percebidos no percurso da sua implantação. A concepção que orientou a criação do Programa e a análise realizada neste estudo, partiu do pressuposto que a humanização da assistência pré-natal requer antes de tudo, o cumprimento deste conjunto de procedimentos básicos a fim de prevenir agravos na gestação e garantir o direito fundamental de toda mulher à experiência da maternidade de maneira segura. Contudo, muitas questões merecem análise e certamente duas ações merecem avaliações imediatas e amplas: o vínculo, entre as duas instâncias assistenciais, e a presença das práticas humanizadoras na atenção ao parto. As duas problemáticas, pela natureza e complexidade, demandam

estudos operacionais com método qualitativo, capazes de incluir olhares dos diversos atores envolvidos: gestores, profissionais de saúde e principalmente mulheres.

A avaliação realizada neste estudo esteve limitada aos aspectos mensuráveis do processo da assistência e registrados pelo conjunto de municípios. Constituí-se no primeiro estudo sobre esta estratégia tendo, entre outros objetivos, o de registrar o histórico da iniciativa. Certamente, releituras deste processo poderão ser mais enriquecedoras à medida que estejam mais perto dos atores envolvidos e permitam maior proximidade da problemática, em contextos bem determinados. Dada a posição espacial da pesquisadora, a versão aqui construída foi determinada por uma visão macro, onde só foi possível trabalhar com dados agregados em âmbito nacional, gerando generalizações que devem ser localmente reavaliadas.

Embora ainda não tenha sido realizada nenhuma aferição do seu impacto na saúde das mulheres, o programa da OMS, com muitos aspectos semelhantes ao PHPN, mostrou que com este formato é possível ter resultados similares comparativamente a programas com um padrão de pré-natal sem limites de consultas e exames. Em outras palavras, é possível com a correta implementação do Programa avançar em resultados maternos e perinatais. Para o conhecimento deste impacto, além dos tradicionais indicadores de mortalidade materna e perinatal, será de fundamental importância desenhar indicadores de morbidade e de satisfação das gestantes, uma vez que estes resultados fornecerão elementos relevantes para a pronta correção da estratégia.

A análise preliminar, realizada neste estudo, aponta para um conjunto de questões que deverão ser objetos de novas intervenções, parte maior dos gestores locais, com mais instrumentos para na execução das políticas corrigirem rumos e parte com os gestores estaduais e federal que devem coordenar esforços para resolver questões graves e crônicas como a falta de leitos de UTI e a efetivação de um sistema de referencia e contra-referencia.

Nesta direção, é importante ressaltar que o PHPN necessita de ampla articulação interna, nível federal, notadamente com o Programa de Saúde na Família, uma vez que a presença de uma equipe deste programa já garantiria a realização do pré-natal. Esta articulação permitiria fortalecer ambas as iniciativas e eliminar etapas burocráticas como a do preenchimento do termo de adesão, além de outros passos paralelos realizados em cada município para a implantação de cada um dos programas.

Por fim, é preciso dizer que esta estratégia tomada pelo Ministério da Saúde, ao enfrentar problemática tão significativa como a da mortalidade materna e perinatal, a partir de um pressuposto de direitos humanos e princípios de humanização, deverá pela sua magnitude e importância inspirar outros países, também em desenvolvimento, a iniciativas semelhantes que possa garantir em diferentes locais mais segurança e bem-estar para mulheres e recém-nascidos.

8. Referências Bibliográficas

ABOUZHR, C.L. Lessons on safe motherhood. **World Health Forum**, 19:253-60, 1998.

ABOUZHR, C.; WARDLAW, T. La mortalidad materna al término de una década: hay indicios de progreso? **Bul World Health Org**, 79:561-8, 2001.

ALLEYNE, G.A.; CASTILLO-SALGADO, C.; SCHNEIDER, M.C.; LOYOLA, E.; VIDAURRE, M. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. **Pan Am J Public Health**, 12:388-97, 2002.

ARKADER J. **Mortalidade materna**. Niterói, 1993.

ÁVILA, M.B.M.; CORRÊA, S. O Movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil; revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (org). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, Population Council; 1999.

BACHA, A.M. **Avaliação da implantação do programa de assistência integral à saúde da mulher no estado de São Paulo no período de 1987-1990**. Campinas, 1997. [Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas].

BEMFAM. Brasil. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996**. Rio de Janeiro, 1997.

BERGSJØ, P.; VILLAR, J. Scientific basis for the content of routine antenatal care. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 76: 15-25, 1997.

BERGSJØ, P. What is the evidence for the role of antenatal care strategies in the reduction of maternal mortality and morbidity? In: BROUWERE, V.D.; LERBERGHE, W.V. **Safe motherhood strategies. A review of the evidence**. Studies in Health Services Organization and Policy ITG Press, Belgium, 2001.

BORDO, S.R. **O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault**. In: JAGGAR, A.M.; BORDO, S.R. **Gênero, corpo e conhecimento. Coleção Gênero**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PAISM. Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (de 10/10/1997). **Inf. Epidem. do SUS – Brasil**, Ano V, no. 2, 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Análise da atenção obstétrica hospitalar: sistema único de saúde, Brasil, 1998**. Brasília, DF, 1999.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O desafio de construir e implementar políticas de saúde.** Relatório de Gestão 2000-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 236p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Pré-natal e puerpério. Assistência humanizada à mulher.** Brasília, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Área técnica saúde da mulher.** Informativo. Brasília, 2002d.

BRASIL. Ministério da Saúde Programa Saúde Da Mulher. **Relatório de gestão.** Brasília: 2002e (mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde Redução da Mortalidade Materna: Subsídios para a Ação. **Relatório geral das reuniões macrorregionais.** SES/SMS/COSEMS/Sociedade Civil. Brasília. 2002f (mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores da assistência à saúde.** Acessado em fevereiro de 2003a. Disponível no site www.saude.gov.br

BRASIL. Ministério da Saúde. SIA – **Sistema de informação ambulatorial.** Acessado em fevereiro de 2003b. Disponível no site www.datasus.gov.br

BRASIL. Ministério da Saúde. CENEPI –**Séries históricas**. Acessado em fevereiro de 2003c. Disponível no site www.funasa.gov.br

BRASIL. Ministério da Saúde.**SISPRENATAL**. Acessado em fevereiro de 2003d. Disponível no site www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm

CAMPBELL, O.; KOBLINSKY, M.; TAYLOR, P. Off to a rapid start: appraising maternal mortality and services. *Int J Gynecol Obstet*, 48(Suppl.):S33-S52, 1995.

CAMPBELL, O. What are maternal health policies in developing countries and who drives them? A review of the last half century. In: BROUWERE, V.D.; LERBERGHE, W.V. **Safe motherhood strategies; a review of the evidence**. Studies in Health Services Organization and Policy ITG Press, Belgium, 2001.

CARROLI, G.; ROONEY, C.; VILLAR, J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Pediatr Perinat Epidemiol*, 15(Suppl.1):1-42, 2001.

CARROLI, G.; VILLAR, J.; PIAGGIO, G.; KHAN-NEELOFUR, D.; GULMEZOGLU, M.; MUGFORD, M. et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet*, 357:1565-70, 2001.

CORRÊA S. **PAISM: uma história sem fim**. Recife: SOS Corpo, 1993.

CORRÊA S. Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações, In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. **Questões da saúde reprodutiva**. FIOCRUZ: Rio de Janeiro; 1999.

COSTA, A.M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil, In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. **Questões da saúde reprodutiva**. FIOCRUZ: Rio de Janeiro; 1999a.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. 4^aed., Rio de Janeiro: Graal, 1999b. 286p.

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

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. **Questões da saúde reprodutiva**. FIOCRUZ: Rio de Janeiro; 1999.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SENNA, D.M. Saúde da mulher. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Saúde do adulto - Programas e ações na unidade básica. **Saúde em debate -Série didática**. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet*, 48 (Suppl.):S33-S52, 2001.

DINIZ, C.S.G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Imprensa Oficial do Estado - São Paulo, 1996.

DINIZ, C.S.G.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Gender violence and reproductive health. *Int J Gynecol Obstet*, 63 (Suppl.1):S33-S42, 1998.

DINIZ, C.S.G. Maternidade Voluntária, Prazerosa e Socialmente Amparada – Breve História de uma luta. In: **Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed?. **JAMA (Special Communication)**, 260:1743-8, 1988.

- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*, 114: 1115-8, 1990.
- DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. 2^a ed., Rio de Janeiro: Graal, 1980. 209p.
- DUCCI, L.; PEDOTTI, M.A.; SIMÃO, M.G.; MOISES, S.J. **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.
- FAÚNDES, A.; PINOTTI, J.A.; CECATTI, J.G. Atendimento pré-natal. Assistência obstétrica primária: Quais as necessidades no Brasil? *JBM*, 52:38-54, 1987.
- FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G. (org). **Morte materna uma tragédia evitável**. Campinas: Editora da UNICAMP; 1991.
- FENTON, P.M.; TADESSE, E. Reducing perinatal and maternal mortality in the world: major challenges. *BrJ Obstet Gynaecol*, 107:831-2, 2000.
- FISCELLA, K. Does prenatal care improve birth outcomes? A critical review. *Obstet Gynecol*, 85:468-79, 1995.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 12^a ed., Rio de Janeiro: Graal; 1996. 295p.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5^a ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1998. 242p.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 22^a ed., Petrópolis, Vozes; 2000. 280p.
- GALBA ARAUJO, J.; ARAÚJO, L.; JANOWITZ, B.; BAILEY, P.; MYERS, P. **Obstetric delivery in a rural county in a northeast Brazil**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE TECNOLOGIA APROPRIADA PARA O NASCIMENTO. Fortaleza, 1985. (mimeo).

GHARORO, E.P.; OKONKWO, C.A. Changes in service organization: antenatal care policy to improve attendance and reduce maternal mortality. *Int J Gynecol Obstet*, 67:179-81, 1999.

GHOSH, M.K. Maternal mortality. *J Reprod Med*, 46:427-33, 2001.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. *Cad Saúde Publ*, 12(Suppl.2):95-8, 1996.

GOODBURN, E.; CAMPBELL, O. Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key. *BMJ*, 322:917-20, 2001.

HALPERN, R.; BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; TOMASI, E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad. Saúde Pública*, 14:487-92, 1998.

HOBEL, C.J.; YOUKELES, L.; FORSYTHE, A. Prenatal and intrapartum high-risk screening. *Am J Obstet Gynecol*, 135:1051-6, 1979.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde. Nêmesis da medicina.** Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1975.

KASONDE, J.M.; KAMAL, I. Safe Motherhood: the message from Colombo. *Int J Gynecol Obstet*, 63(Suppl.1):S103-S105, 1998.

KHAN-NEELOFUR, D.; GÜMELZOGLU, M.; VILLAR, J. Who should provide routine care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomized controlled trials. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 12(Suppl.2):7-26, 1998.

KOTELCHUCK, M. An evaluation of the kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health*, 84:1414-20, 1994.

LAGO, T.G. Tânia di Giacomo do Lago: depoimento: [15.03.2003]. Entrevistadora: Suzanne Jacob Serruya. Campinas: UNICAMP. Entrevista para a dissertação de Doutorado: "A experiência do Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN) no Brasil".

LANGER, A.; NIGENDA, G.; ROMERO, M.; ROJAS, G.; KUCHAISIT, C.; AL-OSIMI, M. et al. Conceptual bases and methodology for the evaluation of women's and providers perception of the quality of the antenatal care in the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 12:98-115, 1998.

LEAL, M.C. Maternidades do Brasil. **Radis** - Comunicação em Saúde. FIOCRUZ, nº 2, 2002.

LERBERGHE, W.V.; BROUWERE, V. Reducing maternal mortality in a context of poverty. *Studies in HSO&P*, 17:1-5, 2001.

LEVENO, K.J.; CUNNINGHAM, F.G.; ROARK, M.L.; NELSON, S.D.; WILLIAMS, M.L. Prenatal care and the low birth weight infant. *Obstet Gynecol*, 66:599-605, 1985.

LOCKE, L.F.; SPIRDUSO, W.W.; SILVERMAN, S.J. **A guide for planning dissertations and grant proposals**. California Sage Publications, 1987.

LUMBIGANON, P. Appropriate technology: antenatal care. *Int J Gynecol Obstet*, 63(Suppl.1):S91-S95, 1998.

MAHLER, H. **The safe motherhood initiative: a call to action**. Nairobi , World Health Organization, Geneva, 1987.

MARANHÃO, A.G.K.; JOAQUIM, M.M.C.; SIU. Assistência perinatal e neonatal no Brasil – Um desafio para os serviços de Saúde. **RADIS**, FIOCRUZ, nº 17 – fevereiro de 1999.

MEDICI, A.C. Uma década de SUS (1988-1998): progressos e desafios In: GALVÃ, O.L.; DIAZ, J. (org). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, Population Council, 1999.

MENDES, E.V. **A Evolução histórica da prática médica; suas implicações no ensino, na pesquisa e nas tecnologias médicas**. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1984.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

MULROW, C.D. The medical review article: state of the science. **Ann Intern Med**, 106:185-8, 1987.

MURPHY-LAWLEES, J. **A History of obstetric thinking**. Indiana University College Press, Bloomington, Indiana, 1998.

NAGEY, D.A. The content of prenatal care. **Obstet Gynecol**, 4:516-28, 1989.

NIGENDA, G.; ROMERO, M.; LANGER, A. Reflexiones metodológicas em torno a un estudio cuali-cuantitativo sobre la percepción de la calidad de la atención prenatal en países en desarrollo. **Experiencias Inovadoras en Salud Reproductiva. La complementacion de las ciencias médicas y sociales CEDES**, 21-44, Argentina, 2002.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Públ**, 34:547-59, 2000.

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

OSIS, M.J.S.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad Saúde Publ**, 14(Supl.):25-32, 1998.

PINOL A, BERGEL E, CHAISIRI K, DIAZ E, GANDEH M. Managing data for a randomised controlled clinical trial: experience from the WHO Antenaral Care Trial. **Paediatr Perinat Epidemiol**, 12:142-55, 1998.

PINOTTI, J.A.; FAUNDES, A. **Tecnologias apropiada en el nacimiento. Perspectiva del obstetra.** In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE TECNOLOGIA APROPRIADA PARA O NASCIMENTO. Fortaleza, 1985a (mimeo).

PINOTTI, J.A.; FAUNDES, A. **Atención pré-natal simplificada.** In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE TECNOLOGIA APROPRIADA PARA O NASCIMENTO. Fortaleza, 1985b (mimeo).

PITANGUY, J.O. Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: GIFFIN K.; COSTA S.H. **Questões da saúde reprodutiva**, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

PITTROF, R.; CAMPBELL, O.M.; FILIPPI, V.G. What is quality in maternity care? An international perspective. **Acta Obstet Gynecol Scand**, 81:277-83, 2002.

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

RAGO, M. **Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985. 218p.

RATTNER, D. A epidemiologia na avaliação de qualidade: uma proposta. **Cad de Saúde Públ**, 12(supl. 2):2-106, 1996.

RONSMANS, C.; CAMPBELL, O.; McDERMOTT, J, KOBLINSKY M. Questioning the indicators of need for obstetric care. **Bull WHO**, 80: 317-24, 2002.

ROSENFELD, A.; MAINE, D. Maternal mortality – A Neglected tragedy. Where is the M in MCH? **Lancet**, 83-5, 1985.

ROYSTON, E.; ARMSTRONG, S. The role of the health services. In: **Preventing maternal deaths**. **Bull WHO**, 153-83, 1989.

SERRUYA, S. **Mulheres esterilizadas: submissão e desejo**. Pará, UEPA e UFPA – 1996.

SERRUYA, S.; LAGO, TG. A mortalidade materna no Brasil. **J Febrasgo**, 8:6-8, 2001.

SHIFFMAN, J. Can poor countries surmount high maternal mortality? **Stud Fam Plann**, 3:274-89, 2000.

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

SILVER, L.D. Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para avaliação dos serviços de saúde para as mulheres. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. **Questões da saúde reprodutiva**, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

SULEIMAN, A.B.; MATHEWS, A.; JEGASOTHY, R.; ALI, R.; KANDIAH, N. A strategy for reducing maternal mortality. **Bull WHO**, 77:190-3, 1999.

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

TREVISAN, M.R.; DELORENZI, D.R.; ARAÚJO, N.M.; ÊSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. **RBGO**, 24:293-9, 2002.

TROSTLE, J. Algunas reflexiones acerca de las ciencias sociales y biomédicas: ¿dos catedrales o un arquetipo inconcebible? **experiencias inovadoras en salud reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales CEDES**: 21-44, Argentina, 2002.

TYSON, J.; GUZICK, D.; ROSENFELD, C.R.; LASKY, R.; GANT, N.; JIMINEZ, J. et al. Prenatal care evaluation and cohort analyses. **Pediatrics**, 85:195-204, 1990.

UMENAI, T.; WAGNER, M.; PAGE, L.A.; FAUNDES, A.; RATTNER, D.; DIAS, M.A. et al. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. **Int J Gynecol Obstet**, 75:S3-S4, 2001.

VAUGHAN, J.P.; ABOUZAHAR, C. Reproductive health: widening horizons. **Bull WHO**, 78:569-73, 2000.

VIANNA, S.M.; NUNES, A.; SANTOS, J.R.; BARATA RB. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**: Brasília, OPAS, IPEA, 2001.

VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. **São Paulo Med J**, 119:33-43, 2001.

VILLAR, J.; GARCIA, P.; WALKER, G. Routine antenatal care. **Curr Opinion Obstet Gynecol**, 5:688-93, 1993.

VILLAR, J.; KHAN-NEELOFUR, D. Routine antenatal care for low-risk pregnancy. How often and by whom should antenatal care be provided? (Cochrane Review). In: **Cochrane Library**, Review Manager 3.0. 1997.

VILLAR J, BAKKETEIG L, DONNER A, AL-MAZROU Y, BA'AQEEL H, BELIZAN JM, et al., The WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial rationale and study design. **Paediatr Perinat Epidemiol**, 12:27-58, 1998.

VILLAR, J.; BA'AQEEL, H.; PIAGGIO, G.; LUMBIGANON, P.; BELIZÁN, J.; FARNOT, U. et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. **Lancet**, 357:1551-64, 2001.

VILLAR, J.; CARROLI, G.; KHAN-NEELOFUR, D.; PIAGGIO, G.; GÜLMEZOGLU, M. Patterns of routine antenatal care for low-risk. (Cochrane Review). **Cochrane Library**, Issue 2, 2002. Oxford; Update Software.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **Int J Gynecol Obstet**, 48(Suppl.):S33-S52, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mother Baby Package; Implementing Safe Motherhood in countries. Practical Guide**. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, World Health Organization, Geneva, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth; A practical guide - maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit**. World Health Organization, Geneva, 1996.

WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank. **Reduction of maternal mortality:** a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement. World Health Organization, Geneva, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Making Pregnancy Safer-** A health sector strategy for reducing maternal and e perinatal morbidity and mortality. World Health Organization, Geneva, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Programme to map best reproductive health practice. **WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model.** World Health Organization, Geneva, 2002.

YUNES, J.; CAMPOS, O.; CARVALHO, V.S.S. **Servicios de salud materno-infantil en el Brasil.** Conferencia Internacional sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento. Fortaleza, 1985 (mimeo).

9. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98 (alterada 2002).

HARDY E. **Instruções para escrever um projeto de pesquisa**. Campinas, SP: Cemicamp, 2002. 60p.

ECO U. **Como se faz uma tese**. Editora Perspectiva, São Paulo, 1995.

10. Anexos

Anexo 1. FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

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

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

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

PREENCHER COM APENAS UM DOS SEGUINTE DOCUMENTOS

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

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

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

DATA							
------	--	--	--	--	--	--	--

1. Nome da Unidade de Saúde										2. Código da Unidade no SIASUS				
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------	--	--	--	--

3. Nome do Município					4. Código do Município no IBGE					5. UF		6. Código da UF no IBGE		
----------------------	--	--	--	--	--------------------------------	--	--	--	--	-------	--	-------------------------	--	--

N.º	Número da gestante no SISPRENATAL	Consulta Pré-natal	ABO RH	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	HIV	Vacina anti-tetânica				Consulta Puerperal
										1ª dose	2ª dose	Reforço	imune	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

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

10.1. Anexo 3

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

Cartilha de Informações para Gestores e Técnicos

O que é o programa?

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, e baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, busca: concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

Quais os princípios fundamentais do programa?

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

Quais as estratégias do programa?

A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar

condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos. Receber com dignidade a mulher requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde.

Responsabilidades dos Três Níveis de Governo

Gestor Federal

Articular com Estados, Municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, de avaliação e de acompanhamento do processo; assessorar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos Sistemas Móveis de Atendimento; estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa e alocar recursos destinados ao cofinanciamento dos componentes; e fornecer série numérica, por Estado e por Município, para identificação das gestantes.

Estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal; assessorar os municípios na estruturação das Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento; alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa; monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual; assessorar os municípios no processo de implementação, controle, avaliação e acompanhamento do Programa; e homologar, após análise, os Termos de Adesão encaminhados pelos municípios.

Gestor Estadual

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

Gestor Municipal

Participar da elaboração dos Planos Regionais em conjunto com a Secretaria Estadual; estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal e o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar; garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastramento e acompanhamento de suas gestantes; garantir o acesso à realização dos exames laboratoriais de seguimento do pré-natal, em seu próprio

território ou em outro município, de acordo com a programação regional; estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, de acordo com a programação regional; alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa; monitorar o desempenho do Programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal; e enviar o Termo de Adesão ao Programa, devidamente homologado pelo Gestor Estadual, à Secretaria de Políticas da Saúde/MS, no endereço Esplanada dos Ministérios - Bloco G - 7º andar - Gabinete do Secretário - CEP: 70058-900 - Brasília/DF.

O Programa e seus Componentes

Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal - objetiva a assistência pré-natal adequada, com critérios mínimos recomendados pelo Programa, instituindo, para tanto, incentivos financeiros a serem transferidos aos municípios que aderirem ao Programa. Componente II Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal - objetiva o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, através da estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares e financiamento a hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Unico de Saúde. Componente III Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto - objetiva a melhoria do custeio da assistência ao parto realizado nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, elevando o valor e a forma de remuneração dos procedimentos da tabela relativos ao parto.

Incentivos Financeiros do Componente I

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

Recomendações do Programa

Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; 2. Garantir a realização dos seguintes procedimentos: 2.1. No mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. 2.2. Uma consulta no puerpério, até quarenta e dois

dias após o nascimento. 2.3. Exames laboratoriais: a) ABO-Rh, na primeira consulta; b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; c) Urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; e) Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta. 2.4. Oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes. 2.5. Aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas. 2.6. Atividades educativas. 2.7. Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subseqüentes. 2.8. Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco. Para o adequado acompanhamento pré-natal e assistência à puérpera, o que o município deve assegurar?

Adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

Quem pode aderir ao Programa? Apenas os municípios habilitados em alguma forma de gestão da NOB 01/96. O município deverá dispor de sistema para assistência pré-natal, parto, puerpério e neonatal devidamente organizado, com definição de unidades de referência para diagnóstico, assistência ambulatorial e hospitalar à gestante, inclusive as de alto risco, estabelecendo mecanismos de vinculação pré-natal/parto e de captação precoce, com o cadastramento das gestantes até o quarto mês de gravidez. Os serviços podem ser oferecidos no território do município ou referenciados em outro município, exceto para as consultas de pré-natal de baixo risco. As unidades públicas sob gestão estadual poderão integrar o Termo de Adesão dos municípios onde se localizam e fazer juz aos incentivos. O que o município deve fazer para aderir ao Programa? O gestor municipal deverá preencher e assinar o Termo de Adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, responsabilizando-se pelas informações e pelo cumprimento do fluxo de atendimento informado. Deverão ser estabelecidos planos regionais para a assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido, coordenados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, em articulação com os municípios. Estes planos regionais terão por objetivo explicitar a rede ambulatorial, os laboratórios e os leitos obstétricos, definindo a programação das referências. Preenchido o Termo de Adesão pelo município, o gestor estadual deverá analisá-lo e homologá-lo, sendo imprescindível a assinatura do responsável designado pelo secretário estadual de saúde, com o respectivo carimbo. Após, o termo deverá ser enviado à Secretaria de Políticas da Saúde/MS (no endereço Esplanada dos Ministérios - Bloco G - 7º andar - Gabinete do Secretário - CEP: 70058-900 - Brasília/DF), que após a análise técnica e aprovação, providenciará a publicação da Portaria de Adesão. O município só integrará o Programa após a publicação da Portaria de Adesão.

Como se dará o cadastramento da gestante no Programa?

Para cada município que aderir ao Programa será definida a série numérica correspondente para identificação das suas gestantes. A série numérica de cada

município é definida pelo Ministério da Saúde e publicada em portaria quando da adesão ao Programa. Cada número dessa série é formado pelo código do estado no IBGE, seguido dos dois últimos algarismos correspondentes ao ano vigente, acrescido da respectiva ordem numérica crescente. Exemplo: 12 01 000001 Ordem numérica crescente Estado Ano baseada no número de nascidos do Acre 2001 vivos por estado em 1999 + 10% O município, por sua vez, deverá definir a série numérica destinada a cada unidade básica de saúde, de acordo com a média anual de gestantes atendidas nesta unidade. No ano seguinte deverá ser usada a mesma ordem numérica, mudando apenas os dígitos referentes ao ano. Cada gestante cadastrada no Programa receberá um número desta série numérica, através do qual será identificada pelo Programa no decorrer do pré-natal, parto e puerpério. Este número de identificação permitirá o acompanhamento da gestante, mesmo que as consultas sejam feitas em unidades de saúde diferentes ou ainda em outro município, desde que as portarias de adesão já estejam publicadas e o Sisprenatal seja alimentado a cada mês. Cada gestante será cadastrada por ocasião da 1ª consulta, que deve ocorrer até o quarto mês de gravidez, através do preenchimento da Ficha de Cadastramento da Gestante. Somente as unidades públicas estaduais e municipais poderão constar do Termo de Adesão para cadastramento das gestantes, no campo referente às unidades básicas. As unidades de referência ambulatoriais e hospitalares poderão ser da rede complementar do SUS. O cadastramento da gestante no programa corresponde, na Tabela SIA/SUS, ao código de procedimento 07.071.02.7 - ADESÃO AO COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.

O que é o Sisprenatal?

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

Como obter e alimentar o Sisprenatal?

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

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

A partir da publicação da Portaria de Adesão, o município deve começar o cadastramento das gestantes no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento utilizando o sistema informatizado - Sisprenatal. As informações das

Fichas de Cadastramento da Gestante e das Fichas de Registro Diário de Acompanhamento da Gestante devem ser digitadas no Sis prenatal. A cada mês, o Sis prenatal gerará o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA , para importação no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Este BPA possibilitará o faturamento do incentivo de R\$ 10,00 por gestante cadastrada. O valor mensal total correspondente ao município constará do relatório Valores Exclusivos para Empenho - VEP/SIA e o depósito será feito na conta do Fundo Municipal de Saúde. Para tanto, é preciso que a programação físico-orçamentária do procedimento tenha sido feita na Ficha de Programação Orçamentária - FPO, da unidade que cadastra a gestante, para o mês de competência. Este procedimento, que parece complicado, faz parte da rotina de trabalho do profissional do município que programa e processa o SIA/SUS. Os retornos da gestante à unidade para consulta, assim como os exames realizados no pré-natal, devem ser registrados na Ficha de Acompanhamento Diário da Gestante e digitados no Sis prenatal. O cumprimento do elenco de procedimentos previstos no programa, e a devida alimentação do Sis prenatal, gerará automaticamente o BPA para o SIA/SUS, com o código 07.071.03.5, permitindo o pagamento de R\$ 40,00 por gestante, a conclusão da assistência pré-natal. A não alimentação do Sis prenatal implicará a impossibilidade do faturamento do incentivo, mesmo que toda assistência tenha sido prestada às gestantes, uma vez que o sistema é o veículo para pagamento.

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

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

Quando será considerada a conclusão da assistência pré-natal?

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

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

Para o pagamento do incentivo relativo ao parto, será necessário o lançamento, nos campos específicos da Autorização de Internação Hospitalar - AIH, pelas unidades hospitalares integradas ao Programa, o número da Ficha de Cadastramento da Gestante e o código de procedimento 95.002.01.4 - Incentivo ao Parto do Componente I. Será então realizado o pagamento dos R\$ 40,00, através do SIH/SUS, quando da conclusão da assistência pré-natal. Quais os mecanismos de avaliação do Programa - Componente I? Os municípios que aderirem ao Programa de Humanização no Pré-

natal e Nascimento serão avaliados, anualmente, pelo Ministério da Saúde, estando a continuidade no Programa vinculada à apresentação do procedimento Conclusão da Assistência Pré-natal para, no mínimo, 30% das gestantes nele cadastradas no primeiro ano de adesão e 50% no segundo. A primeira avaliação será realizada dezoito meses após o cadastramento da primeira gestante do município, em função da conclusão do ciclo das gestantes inscritas no primeiro ano de adesão ao Programa. Para avaliar a efetividade da assistência pré-natal oferecida, a partir dos dados disponíveis nos sistemas nacionais de informações em saúde, os municípios e os estados devem utilizar os indicadores de processo e de resultado que serão disponibilizados pelo Sisprenatal.

Incentivos Financeiros dos Componentes II e III

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

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

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

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

Legislação

Portaria GM/MS nº 569, de 1/06/00, republicada em 18/08/00 - Institui o Programa Portaria GM/MS nº 570, de 1/06/00, republicada em 18/08/00 - Estabelece incentivos Componente I Portaria GM/MS nº 571, de 1/06/00 - Define o Componente II Portaria GM/MS nº 572, de 1/06/00, republicada em 14/11/00 - Pagamento do Parto Portaria SPS/MS nº 9, de 5/07/00, republicada em 1/09/00 - Define o Termo de Adesão Portaria SAS/MS nº 356, de 22/09/00 - Define o Sistema Regulatório e Destinação de Recursos para investimento na rede hospitalar Portaria Conjunta SAS/SE nº 27, de 3/10/00 - Fixa os limites, por Unidade da Federação, para financiamento pelo FAEC, dos adicionais relativos aos procedimentos da Portaria GM/MS nº 572/00

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é um importante instrumento para a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde. Assegura a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania.

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

10.2. Anexo 4

Ministério da Saúde

Secretaria de Políticas de Saúde

PORTARIA N.º 9 , de 5 julho de 2000 (*)

O **Secretário de Políticas de Saúde**, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de definir a forma de adesão dos municípios ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, conforme estabelecem as Portarias GM N.º 569 e N.º 570, ambas de 1º de junho de 2000, publicadas no Diário Oficial da União do dia 8 subsequente e republicadas em 18 de agosto passado, **resolve**:

Art. 1º Estabelecer que o processo de adesão ao Programa referido está condicionado ao preenchimento do Termo de Adesão, ANEXO a esta Portaria, com as informações pertinentes ao sistema municipal de atendimento à gestante e sua aprovação, após avaliação técnica pela Secretaria de Políticas de Saúde/MS.

§ 1º A avaliação levará em consideração a capacidade assistencial e a cobertura populacional do sistema apresentado, além da existência de rede de referência e contra-referência.

§ 2º O gestor municipal deverá assinar o Termo de Adesão, responsabilizando-se pelas informações e pelo cumprimento do fluxo de atendimento informado, que visa garantir à gestante e ao recém-nascido residente em seu município a assistência adequada.

Art. 2º No âmbito de cada estado, deverão ser estabelecidos Planos Regionais para a Assistência à Gestação, ao Parto e ao Recém-Nascido, a serem coordenados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, em articulação com os municípios.

§ 1º Os Planos de que trata este Artigo terão por objetivo explicitar a rede ambulatorial, os laboratórios e os leitos obstétricos, definindo a programação das referências.

§ 2º As Secretarias Estaduais de Saúde, observada a pertinência dos Planos Regionais, farão a respectiva homologação.

§ 3º Aprovados os Planos Regionais, a Secretaria Estadual de Saúde deverá realizar o acompanhamento permanente do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento em nível estadual.

Art. 3º As Secretarias Municipais deverão enviar os Termos de Adesão à Área Técnica de Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Políticas de Saúde – SPS –, que se responsabilizará pela publicação do ato de aprovação.

Parágrafo único. O gestor estadual deverá designar os representantes regionais que assinarão o Termo de Adesão dos municípios, responsabilizando-se pelas informações.

Art. 4º O Termo de Adesão encontra-se disponível na página do Ministério na Internet – saude.gov.br (Programas e Projetos, Saúde da Mulher, Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento) –, podendo ser também reproduzido desta Portaria.

Art. 5º O Termo de Adesão deverá ser encaminhado à Área Técnica de Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Políticas de Saúde – SPS –, em papel, devidamente assinado pelos gestores, e em meio magnético pelo *e-mail* prenatal@saude.gov.br

Art. 6º Os municípios que aderirem ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento serão avaliados, anualmente, pelo Ministério da Saúde, estando a continuidade no Programa vinculada à apresentação do procedimento 07.071.03.5 – Conclusão da Assistência Pré-Natal –, para, no mínimo, 30% das gestantes nele cadastradas no primeiro ano de adesão e 50% no segundo ano.

Parágrafo único. A primeira avaliação será realizada 18 meses após o cadastramento da primeira gestante do município, em função da conclusão do ciclo gestacional das gestantes inscritas no primeiro ano de adesão ao Programa.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Cláudio Duarte da Fonseca

ANEXO da Portaria N.º 9 , de 5 de julho de 2000.

TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ NATAL E NASCIMENTO

1 – IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	
1.1. NOME	
1.2. CÓDIGO DO MUNICÍPIO NO IBGE	
1.3. UF	1.4 CÓDIGO DA UF NO IBGE
1.5. CONDIÇÃO DE GESTÃO () PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA () PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL () NÃO HABILITADO NOB 01/96	
2 – DADOS DEMOGRÁFICOS	
2 .1. NÚMERO TOTAL ESTIMADO DE HABITANTES (utilizar a população IBGE 1999)	
2.2. NÚMERO ESTIMADO DE GESTANTES NO MUNICÍPIO(informar o número de nascidos vivos registrados no SINASC em 1999, quando não houver, utilizar SINASC 1998. Deve sempre ser informado qual foi o ano de referência)	
3 – REDE EXISTENTE NO MUNICÍPIO PARA ASSISTÊNCIA A GESTANTE DE BAIXO RISCO - SUS	
3.1. NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS QUE REALIZAM CONSULTA DE PRÉ-NATAL:	
3.2. NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS QUE REALIZAM CONSULTA DE PRÉ-NATAL E QUE INTEGRARÃO O PROGRAMA:	
3.3. NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EXISTENTES NO MUNICÍPIO:	
3.4. NÚMERO DE MATERNIDADES QUE REALIZAM PARTOS DE BAIXO/MÉDIO RISCO LOCALIZADAS NO MUNICÍPIO:	
3.5 . NÚMERO DE MATERNIDADES QUE REALIZAM PARTOS DE BAIXO/MÉDIO RISCO LOCALIZADAS NO MUNICÍPIO E QUE INTEGRARÃO O PROGRAMA:	

4. – DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIAS (inserir tantas linhas quantas necessárias, devendo descrever apenas uma referência para cada unidade básica, exceto para laboratórios.										
Unidade básica que realiza consulta de pré-natal (código da UPS no SIA)	Laboratório de referência (código da UPS no SIA)	Município de localização	Unidade referência para pré-natal de alto risco (código da UPS no SIA)	Município de localização	Maternidade vinculada para parto de baixo risco		Município de localização	Maternidade vinculada para o parto de alto risco		Município de localização
					CGC	Nome idêntico ao cadastro no SIH		CGC	Nome idêntico ao do cadastro no SIH	
1.										
2.										
3.										
5. - DETALHAMENTO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA ACIMA DESCRITO										
5.1 . UNIDADES BÁSICAS QUE REALIZAM CONSULTAS DE PRÉ-NATAL (inserir tantas linhas quantas necessárias)										
Código da UPS no SIA		Nome da unidade idêntico ao do cadastro do SIA						N.º de consultas de pré-natal SUS/ano programadas para cada unidade para residentes no município		
1.										
2.										
3.										
5.2. LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA (inserir tantas linhas quantas necessárias)										
Código da UPS no SIA		Nome da unidade idêntico ao do cadastro do SIA			Município de localização		Cota mensal de exames de patologia clínica para cada laboratório para residentes no município/SUS			
1.										
2.										
3.										
5.2.1. LABORATÓRIOS QUE REALIZAM EXAME ANTI-HIV (preenchimento obrigatório para municípios com população acima de 50.000 hab.)										
Código da UPS no SIA		Nome da unidade idêntico ao do cadastro do SIA			Município de localização		Cota mensal de exames anti-HIV para cada laboratório para residentes no município/SUS			
1.										
2.										
3.										

5.3 . UNIDADES DE REFERÊNCIA PARA PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO(inserir tantas linhas quantas necessárias)					
Código da UPS no SIA	Nome da unidade idêntico ao do cadastro do SIA	Município de localização	N.º de consultas de gestação de alto risco SUS/ano programados para cada unidade para residentes no município		
1.					
2.					
3.					
5.4. MATERNIDADES VINCULADAS PARA PARTO DE BAIXO RISCO(inserir tantas linhas quantas necessárias)					
CGC	Nome da unidade idêntico ao do cadastro do SIH	Município de localização	N.º de partos SUS/ano programados para a maternidade para residentes no município		
1.					
2.					
3.					
5.5. MATERNIDADE VINCULADA PARA PARTO DE ALTO RISCO(inserir tantas linhas quantas necessárias)					
CGC	Nome da unidade idêntico ao do cadastro do SIH	N.º de leitos de UTI neonatal disponíveis para o município/SUS	N.º de leitos de cuidados intermediários do RN disponíveis para o município/SUS	Maternidade cadastrada gestação de alto risco de acordo com a Portaria n.º 3477/98	
				SIM	NÃO
1.					
2.					
3.					
6. LOCAL E DATA					
7. ASSINATURA DO GESTOR MUNICIPAL					
8. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DESIGNADO PELO GESTOR ESTADUAL					

(*) Republicada por ter saído com incorreção do original, no DOU N.º 131, de 10/07/2000, Seção 1, pág. 17.

Anexo 5. INDICADORES DO PROCESSO	% 2001	% 2002
1. Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a consulta, em relação ao nº de nascidos vivos no período. Nascidos Vivos: 1.720.063 Gestantes selec. No Período: 402.781		23,42
1.1b. Percentual de gestantes selecionadas no item 1.1 em relação ao total de gestantes cadastradas nesta Base. Gestantes cadastradas nesta Base: 566.691		71,00
1.c. Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a consulta até 120 dias, em relação ao nº de nascidos vivos no período. Gestantes selecionadas no Período: 363.484		21,13
2. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal.		15,33
3. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.		5,22
4. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos.		7,33
5. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.		2,81
6. Percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina anti-tetânica.		36,46
7 a . 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 a dose imunizante da vacina anti-tetânica.		2,48
7. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina anti-tetânica.		1,80
8. Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV		28,21
9. Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL		6,61

10.3. Anexo 6

Histórico cronológico da apresentação de produção no SIA/SUS* dos municípios com adesão e do número de gestante cadastradas de outubro de 2000 a dezembro de 2002. SISPRENATAL, 2001 – 2002

MÊS	Número de municípios cadastrando	Número de municípios com conclusão	Número de gestantes apresentado no cadastramento	Número de gestantes apresentando Conclusão
JAN/2001	40	0	1.375	0
FEV/2001	44	0	1.067	0
MAR/2001	76	0	3.917	0
ABR/2001	87	0	3.685	0
MAI/2001	138	0	5.624	0
JUN/2001	425	2	9.532	3
JUL/2001	613	1	14.793	2
AGO/2001	862	5	20.618	16
SET/2001	1.003	7	22.949	21
OUT/2001	1.180	9	28.960	27
NOV/2001	1.359	17	28.649	62
DEZ/2001	1.439	48	23.723	101
JAN/2002	1.753	95	33.704	269
FEV/2002	1.895	126	32.803	416
MAR/2002	2.016	175	38.790	699
ABR/2002	2.167	222	44.874	1.042
MAI/2002	2.216	274	43.133	1.212
JUN/2002	2.263	327	41.155	1.485
JUL/2002	2.396	380	54.897	1.679
AGO/2002	2.465	438	59.413	1.856
SET/2002	2.490	472	56.002	2.123
OUT/2002	2.511	540	61.351	2.456
NOV/2002	2.423	548	51.811	2.291
DEZ/2002	2.228	551	38.046	2.225
Total				22.007

* BRASIL, 2003b