



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**JOSÉ CARLOS DE ARAÚJO JÚNIOR**

**INDICADORES DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE ITABUNA-BA  
À LUZ DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**

**SALVADOR  
2007**

**JOSÉ CARLOS DE ARAÚJO JÚNIOR**

**INDICADORES DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE ITABUNA-BA  
À LUZ DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher.

Orientadora: Enilda Rosendo do Nascimento

**SALVADOR  
2007**

G18.24  
A658ind

Araújo Júnior, José Carlos de.  
Indicadores da assistência pré-natal no município de Itabuna – Ba: à luz do programa de humanização do pré-natal e nascimento/José Carlos de Araújo Júnior. – Salvador UFBA, 2007. 90 p.; anexos.

- . – Orientadora: Enilda Rosendo do Nascimento
- . – Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Curso de Pós-graduação em Enfermagem
- . – Inclui bibliografia
- . – Inclui lista de gráficos
- . – (broch)

1. Assistência pré-natal – Itabuna (Ba) 2. Recém-nascidos – Programa de humanização – Itabuna (Ba).

JOSÉ CARLOS DE ARAÚJO JÚNIOR

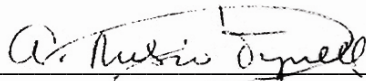
**INDICADORES DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE ITABUNA-BA  
À LUZ DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**

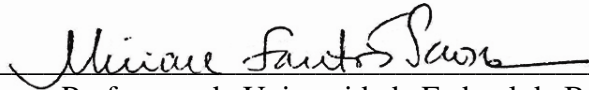
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher.

Aprovada em 14.12.2006

**BANCA EXAMINADORA**

Enilda Rosendo do Nascimento   
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Antonieta Rubio Tyrrell   
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Mirian Santos Paiva   
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

Sivia Lúcia Ferreira \_\_\_\_\_  
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

## *DEDICATÓRIA*

*Esta dissertação é dedicada à memória de minha avó e mãe Ana Védova que iluminou meu caminho com sua luz interior, tão brilhante e esplendorosa que sinto a sua presença mesmo hoje alguns anos após sua partida. Ela, grande mulher, que nunca me deixou abater nos meus piores momentos e me enalteceu nos meus melhores.*

*A meu Pai, José Carlos de Araújo, filho de D. Ana, que ainda busca dar o melhor dele na minha formação como indivíduo e cidadão.*

*A Carolina Araújo, minha querida e linda esposa, exemplo de amor e carinho, de sorrisos radiantes, ternos, únicos, doces e eternos na vida deste que ainda procura meios de correspondê-los melhor. Amo você minha Carol, hoje e sempre.*

*A Enzo Védova que Deus colocou no meu caminho para expandir meu espírito e completar o meu ser. Como a felicidade batesse todos os dias em minha porta e dissesse “estou aqui”, pois sua presença me faz querer ser uma pessoa melhor.*

## AGRADECIMENTOS

*Quero agradecer a Deus por colocar as pessoas certas nas horas certas durante o processo de realização do mestrado e desta dissertação.*

*Gostaria de agradecer a família de minha esposa por ter contribuído de maneira decisiva neste processo. Em especial a Sra. Ligia Araújo e Sr. Iomach Santana, sogro e sogra, que alicerçaram com inúmeros apoios e considerações, que foram fundamentais neste período.*

*Aos meus cunhados Iomach Júnior e Vinicius pelo companheirismo e momentos de distração.*

*Quero agradecer ao Sr. Felisbelo e a Yehonala Araújo, pelo apoio técnico e pelo incentivo constante.*

*A tia Linda e família por terem feito da sua casa a extensão do meu lar na cidade de Salvador, pelo apoio emocional e estímulo em momentos especiais.*

*A vovó Jovem e a Tia Creuza pelas orações fervorosas.*

*Ao meu Amigo Fabrício José e sua esposa Milla pelo incentivo nos momentos decisivos.*

*Aos meus irmãos Abílio e Eduardo Araújo pelas palavras de incentivo e a Fábio Araújo por ter dispensado seus conhecimentos em benefício da minha causa.*

*As Professoras Dra. Mirian Santos Paiva e Dra. Silvia Lúcia Ferreira pelas contribuições efetivas na construção desta dissertação.*

*A professora Dr. Enilda Rosendo do Nascimento pela orientação, paciência, muita paciência, carinho, benevolência e amizade, sem a qual este processo não teria se findado.*

*Na esperança de render melhores frutos no futuro agradeço a todos.*

## RESUMO

No ano de 2000, o Ministério da Saúde apresentou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN para reduzir a mortalidade materna e peri-natal, com ações dirigidas a assistência à mulher no pré-natal, parto e puerpério. Trata-se de um programa desenvolvido no âmbito dos municípios brasileiros. Embora já tenham sido realizados estudos sobre o PHPN, em diversos municípios, estes inexistem no município de Itabuna-BA. Deste modo, este estudo tem como objetivo geral analisar a assistência pré-natal no município de Itabuna-BA tendo como referência a Programação da Atenção Básica e como objetivo específico descrever a evolução dos indicadores do processo da assistência pré-natal do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no município de Itabuna – BA, entre os anos de 2002 e 2005. Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo. Os indicadores foram classificados em indicadores de cobertura e captação de gestante, indicadores de exames e vacinação antitetânica e indicadores combinados de consulta e exames. Os resultados demonstraram que os indicadores de cobertura e captação de gestantes apresentaram melhores percentuais havendo crescimento no período do estudo. O percentual de gestantes inscritas no programa e que realizaram a primeira consulta (41, 5%) se destacou em 2005. Dentre os indicadores de exames e vacinação antitetânica o percentual de gestantes que recebeu a vacinação obteve melhores resultados, que foram de 46,6% em 2004. Os indicadores combinados apresentaram os mais baixos percentuais, obtendo uma variação de 0 a 5,1%, considerando todos os anos do estudo. Os dados indicam que o município em estudo não obteve bons resultados no processo de implantação do PHPN, apresentando indicadores abaixo do esperado entre 2002 e 2005. Os valores dos indicadores de cobertura e captação de gestantes foram muito baixos, determinando um baixo desempenho para os demais indicadores do município.

**Palavras-Chave:** Saúde da mulher; programa de saúde; indicadores de saúde; assistência pré - natal.

## ABSTRACT

In 2000 Brazilian Ministry of Health's Prenatal and Birth Humanization Program for reducing pre-pregnate and peri-pregnate mortality, with directed actions for pre-pregnate woman prenatal, birth and post-birth assistance. It was about a vertical program developed in the cities. Although Prenatal and Birth Humanization Program studies have already been developed, there are no studies on the Itabuna city program. In this way, this study has as general objective to analyze the pre-prenatal assistance in this city using as reference the Basic Attention Program and as specific objective to describe the indicators process of the prenatal program evolution into Prenatal and Birth Humanization Program, in the Itabuna city - Bahia between 2002 and 2005 years. It is a quantitative descriptive study. The indicators had been classified in covering and capture pre-pregnate, exams and antitetanic immunization and consultation and exams agreed indicators. The results demonstrated that covering and capture pre-pregnate indicators presented better percentages growing in the study period. The pre-pregnate program inscribed percentage that had carried the first consultation detached itself in 2005 (41, 5%). The exams and antitetanic immunizations indicators got better results in the pre-pregnate antitetanic immunization percentage that was 46,6% in 2004. The agreed indicators had presented the lowest percentages, getting a variation between 0 even 5,1%, considering all the study period. The data indicate that the studied city didn't get good results in the Prenatal and Birth Humanization Program implementation process presenting the lowest waited indicators 2002 and 2005. The values of the pre-pregnate covering and capture indicators had been very low determining others city indicators performance.

**Keywords:** Women's health; health programs; Evaluation indicators; prenatal assistance.



## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Percentual de gestantes que se inscreveram no PHPN e realizaram a 1ª consulta em relação a população alvo e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.	42
<b>Gráfico 2</b>	Percentual de gestantes inscritas no PHPN em relação ao total de gestantes cadastradas no município e Metas da Programação da Atenção Básica nos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.	44
<b>Gráfico 3</b>	Percentual de gestantes que se inscreveram no PHPN e realizaram a 1ª consulta com até 120 dias e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.	48
<b>Gráfico 4</b>	Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram o teste anti-HIV e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.	52
<b>Gráfico 5</b>	Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram os dois exames de VDRL e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.	55
<b>Gráfico 6</b>	Percentual de gestantes inscritas no PHPN que receberam a vacina antitetânica e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.	57
<b>Gráfico 7</b>	Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.	60
<b>Gráfico 8</b>	Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e Metas da Programação da Atenção Básica nos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.	63
<b>Gráfico 9</b>	Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.	65
<b>Gráfico 10</b>	Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram 06 (seis) consultas de Pré-Natal, consulta de puerpério e todos os exames básicos e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.	68
<b>Gráfico 11</b>	Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram seis consultas de pré-natais, a consulta de puerpério, todos os exames básicos e vacina antitetânica em relação às Metas da Atenção Básica no anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.	69

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2</b>	<b>A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES: O FOCO NO PRÉ-NATAL</b>	18
<b>2.1</b>	<b>A AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE</b>	22
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	31
3.1	LOCAL DO ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ITABUNA/BAHIA	31
3.2	TIPO DE ESTUDO	34
3.3	COLETA DE DADOS	36
3.4	FONTE DOS DADOS	36
3.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS	37
3.6	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	38
3.7	PLANO DE ANÁLISE	38
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	40
4.1	INDICADORES DE COBERTURA E CAPTAÇÃO DE GESTANTES	40
4.2	INDICADORES DE EXAMES BÁSICOS E VACINAÇÃO ANTITETÂNICA	50
4.3	INDICADORES COMBINADOS DE CONSULTAS E EXAMES PRÉ-NATAIS	59
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	70
	<b>REFERÊNCIAS</b>	77
	<b>ANEXOS</b>	83

## 1 INTRODUÇÃO

No início do Século XX, principalmente entre as décadas de 30 e meados de 50, identificam-se, ao reler a história das políticas públicas de saúde, algumas ações direcionadas à saúde da mulher no Brasil. Constituíam-se em medidas de intervenção que visavam prioritariamente assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (CANESQUI, 1987; OSIS, 1994).

Essas ações foram determinadas pela condição social da mulher naquele contexto social e histórico, pois eram voltadas para o período de gravidez e parto, traduzindo uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares (BRASIL, 2004), o que permaneceu até o início da década de 70.

A organização da assistência à saúde das mulheres até a década de 70, de um lado, refletia o modelo de política dirigido à proteção a grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade como mulheres e crianças. As ações eram verticalizadas, faltava integração com outros programas, não avaliavam as necessidades de saúde das populações locais, a assistência era fragmentada e os indicadores da atenção tinham baixo impacto no panorama da saúde da mulher (BRASIL, 2004).

Em 1975, foi implantado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI, 1974), constituído como um documento normativo, elaborado pela então Coordenação de Proteção Materno-Infantil da Secretaria de Assistência Médica do Ministério da Saúde. O PNSMI era estruturado a partir de ações de saúde dirigidas para mulheres e crianças, programadas de modo vertical, e continuavam a refletir uma visão restrita das mulheres ligada à maternidade, embora tenha tido o mérito de organizar a assistência, como refere Ferreira (1996):

O recorte da mulher enquanto objeto deste trabalho é centrado exclusivamente na sua função reprodutiva, uma vez que o Programa Materno Infantil era voltado exclusivamente ao fenômeno reprodutivo, quer através dos subprogramas, cujas ações eram diretamente dirigidas à mãe e ao seu filho ou através das ações indiretas [...]. Apesar disso, o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil destacou-se por ter representado uma tentativa organizada de sistematizar a assistência às mulheres no período reprodutivo (FERREIRA, 1996, p. 38).

De outro, a partir da década de setenta, no bojo do desenvolvimento do processo de democratização contra a ditadura militar, emergiram vários movimentos sociais, com destaque para o feminismo, que contribuiu numa gradual mudança de paradigmas na sociedade brasileira.

No início da década de oitenta, os debates em torno do direito universal e integral à saúde e no contexto da década internacional da mulher (ONU, 1975-1985) tomam conta de setores populares, políticos e acadêmicos, levando a mudanças no próprio sistema de saúde vigente. Começa a se esboçar, por influência direta de feministas ligadas aos setores de saúde e de organizações que defendiam os direitos das mulheres, uma proposta de atenção à saúde das mulheres desvinculada da assistência às crianças e com maior abrangência de ações a partir do princípio da integralidade.

O Ministério da Saúde apresentou oficialmente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, através do documento denominado “Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases Programáticas”.

A comissão que preparou a proposta do PAISM foi formada por profissionais e pessoal ligado ao movimento de mulheres, apontando, segundo Osis (1998), desde sua concepção, para mudanças que incorporaram as demandas de segmentos da sociedade de então. Contudo, o governo no documento oficial, ou o Ministério da Saúde, não outorgou autoria às mulheres (TYREL, 1993).

Para Osis (1998, p. 26),

É interessante assinalar que a composição desse grupo já parecia indicar o percurso político do programa a ser elaborado. Ao incluir duas mulheres preparava-se a aproximação com o movimento organizado de mulheres. A formação delas também

se relacionava à intenção do governo vencer possíveis oposições ao programa: uma socióloga, portanto alguém *não médico*, e uma médica sanitária vinculada ao próprio movimento de mulheres, o que lhe conferia uma posição diferenciada em relação o chamado poder médico que tradicionalmente era visto como opressor (OSIS, 1998, p. 26).

O PAISM incluía ações programáticas em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, com ações de cunho educativo, preventivo e de recuperação (SERRUYA, 2003).

A incorporação das atividades relacionadas à contracepção foi o ponto focal de maior discussão, pois, de acordo com Ávila e Correa (1999, p. 30), “os movimentos de mulheres postulavam direitos à escolha individual de número de filhos, não aceitando determinações que atendessem a qualquer política econômica ou demográfica”. Um ano antes de o oficial do PAISM ser lançado, 1983, um outro documento PAISM morreu no nascedouro, porque os técnicos tinham programado ações de controle de natalidade.

As bases filosóficas do PAISM estavam alicerçadas nos conceitos de integralidade e autonomia, que deveriam ser estimuladas e discutidas nessas 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). Segundo Serruya (2003),

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 reprodutivos (SERRUYA, 2003, p. 5).

Neste contexto, a implantação do PAISM foi um marco na história da saúde da mulher no Brasil, apesar de sua implantação ter atravessado dificuldades ligadas à organização do sistema de saúde, com pouco impacto direto na mudança do perfil da morbi-mortalidade

feminina. Contudo, um importante agente foi estruturado para a melhoria da saúde da mulher e que não se pode deixar de mencionar, que foram os comitês de mortalidade materna.

Existentes desde o ano de 1931 nos Estados Unidos, os Comitês de Mortalidade Materna foram implantados em 1952 na Inglaterra e começaram a ser estruturados no Brasil na década de 80, tendo o estado de São Paulo como pioneiro, que desenvolveu o primeiro Comitê Municipal de Morte Materna no ano de 1987, segundo o documento Comitês de Mortalidade Materna (BRASIL, 2002, p. 20).

Mobilizando instituições ligadas à saúde da mulher em todo o País o Ministério da Saúde conseguiu que fossem implantados Comitês Estaduais de Morte Materna em todos os estados da federação no período de 1993 a 1996. Estes Comitês contaram também com assessoria técnica do Ministério para a definição de planos de ação, captação de recursos financeiros, e para a sensibilização de autoridades sanitárias para a adoção de medidas de prevenção de mortes maternas.

Em 1999, 18 comitês estaduais, 137 comitês regionais, 254 municipais e 44 hospitalares estavam atuantes no Brasil, demonstrando que a implantação dos comitês no Brasil é um processo crescente.

Entretanto, mesmo com todas as ações do PAISM, o número de mortes de mulheres vítimas de complicações na gravidez, parto e pós-parto é relevante. Em 1998, 2.051 mulheres morreram no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, representando uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 64, 84, que é considerada alta, quando comparada com a Razão de Mortalidade Materna de países desenvolvidos, que oscila entre 6 e 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2003).

Esses dados demonstram, em primeira análise, a problemática da assistência obstétrica no Brasil, já que é consenso no meio científico que a maioria das mortes maternas pode ser evitada com a assistência pré-natal e ao parto de qualidade. Some-se a isso a evidência de que um número significativo dessas mortes maternas ocorre nas horas que antecedem o parto.

Portanto, intervenções que garantam melhor assistência neste momento são indispensáveis para diminuir o problema (FAÚNDES; CECATTI, 1991; ARKADER, 1993; TANAKA, 1995).

No ano 2000, fazendo parte da história dos programas voltados para a saúde da mulher, o Ministério da Saúde apresentou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN, com o intuito de interferir na redução da mortalidade materna e peri-natal, tendo por base a melhoria da assistência à mulher no pré-natal e parto (BRASIL, 2000a).

Instaurado a partir das Portarias GM nº 569, GM nº 570, GM nº 571 e GM nº 572 de 1/6/2000, o PHPN tem por finalidade o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso à assistência pré-natal e ao parto, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde. A efetivação das ações dar-se-ia pelo repasse de aporte financeiro para os municípios que aderissem ao Programa.

O município de Itabuna aderiu ao PHPN no ano 2001 e o impacto de suas ações em relação à mortalidade materna tem sido evidente, pois, segundo dados da Secretaria de Municipal de Saúde, a Razão de Mortalidade Materna no ano de 2005 foi de 186,6, contra 251,8 por cem mil nascidos vivos registrada no ano 2002, segundo Relatório de Gestão Municipal de Saúde - 2005. Desse modo, acredita-se que tenham ocorrido, no período, importantes modificações na organização da assistência obstétrica, que, neste estudo, poderão ser medidas pelo comportamento de indicadores do processo de desenvolvimento do PHPN, embora outros fatores possam concorrer para a elevação ou diminuição da Razão de Mortalidade Materna, como o sub-registro.

Em que pese a existência de estudos que analisam o desempenho do PHPN no Brasil em termos da estrutura disponível, do processo de implantação do PHPN e de seu impacto ou

resultado, inexistem estudos dessa magnitude sobre o município de Itabuna/Bahia, embora as informações estejam disponíveis nas bases de dados pertinentes.

O desempenho dos municípios em relação à assistência à saúde é estabelecido anualmente, constituindo a Programação da Atenção Básica que define as metas relativas a procedimentos e recursos a serem alcançados. Em relação à assistência às mulheres no período gravídico-puerperal, as metas da Programação da Atenção Básica para o município de Itabuna/Bahia, guardam relação com os indicadores previstos para avaliação do PHPN.

Desse modo, este estudo tem como objetivo geral analisar a assistência pré-natal no município de Itabuna tendo como referência a Programação da Atenção Básica e como objetivo específico descrever a evolução dos indicadores do processo da assistência pré-natal do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no município de Itabuna – Bahia, no período compreendido entre 2002 e 2005.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi estruturado pelo Ministério da Saúde em três componentes, os quais regularizam suas ações e fundamentam-se dentro do Sistema Único de Saúde. O componente I trata da assistência pré-natal; o componente II refere-se à organização, regulação e investimento na assistência obstétrica e neonatal; e o componente III se refere a uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Mesmo conhecendo os limites de uma medida vertical, o Ministério da Saúde lançou este programa dentro da perspectiva em que a humanização e os direitos aparecessem como princípios norteadores da assistência pré-natal e parto.

O PHPN instituiu, ainda, uma estratégia para induzir e auxiliar a maioria dos municípios a implementarem os critérios estabelecidos no programa, introduzindo novos recursos para o custeio dessa assistência e transferindo-os mediante o cumprimento destes, os quais, nos parâmetros ministeriais, são necessários para melhorar a qualidade da assistência.



Os critérios recomendados são realizar a primeira consulta de pré-natal até o terceiro mês de gestação; garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; exames laboratoriais: (a) ABO-Rh, na primeira consulta; (b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; (c) Sumário de urina, 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; oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes; aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.

Os incentivos financeiros foram assim estabelecidos: R\$ 10,00 no registro do cadastramento da gestante no PHPN e R\$ 40,00 por gestante na conclusão do pré-natal, desde que cumprido o elenco mínimo de procedimentos estabelecidos pelo PHPN. No leque de ações instauradas pelo Ministério da Saúde, foi criado um sistema de informação e acompanhamento do PHPN, o Sistema de Informação em Pré-Natal (SISPRENATAL).

A adesão ao PHPN, enquanto processo de organização da atenção obstétrica, foi realizada com mecanismos ainda imaturos de gestão, no que se refere à descentralização e à regionalização, gerando conflitos de atribuições nos três níveis de governo. A estratégia para a adesão 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.

O Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento é medida relativamente nova e possui a incumbência de proporcionar melhorias para assistência obstétrica no país. Neste

contexto, é natural que este seja submetido a avaliações acerca da sua atuação no Brasil e em diversas cidades no Brasil.

## **2 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES: O FOCO NO PRÉ-NATAL**

Desde o ano de 1934, com a criação da Diretoria de Proteção à Maternidade e Infância – DPMI, que ações de proteção à maternidade de forma específica estão incluídas nos programas de governo, inicialmente no Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP, segundo Tyrell e Carvalho (1993). Desde então, com a mudança de paradigmas da assistência à saúde pública, foram criados programas, na década de 70, e estabelecidas diretrizes a partir das mudanças no perfil epidemiológico e social das mulheres. Essas ações provavelmente iniciaram a história da saúde da mulher no Brasil, as quais, após várias reformulações, culminaram na mudança de paradigma e criação de programas e modelamento da atual assistência à saúde da mulher e de serviços como a assistência pré-natal.

A palavra pré-natal denomina o período vivenciado pela mulher durante a gestação, que inclui o trabalho de parto até o momento do nascimento do conceito (ZIEGEL, 1986). A assistência a esse período é um excelente exemplo de ações preventivas e um fenômeno do século XX, tendo no seu crédito a drástica redução das taxas de mortalidade materna e a considerável atenuação dos índices fetais e neonatais (FREITAS, 2001; REZENDE, 2003). Os diversos estudiosos da área obstétrica referem que o objetivo da assistência desenvolvida no pré-natal é ajudar a manter o bem-estar e alcançar evolução saudável para a genitora e seu conceito, assim como a identificação e o tratamento de anormalidades. Originária na França, como decorrência dos trabalhos de Pinard e Budin, tem sua metas mais ampliadas (REZENDE, 2003; GABBE, 1999), incluindo uma assistência à mulher na perspectiva da integralidade.

Para cumprir seu o objetivo, os autores afirmam que a assistência pré-natal deve seguir uma série de procedimentos, como, por exemplo: orientação de hábitos de vida; assistência psicológica à gestante; preparação da gestante para a maternidade; parto e puericultura;

prescrição de medicações apropriadas; identificação e tratamento de distúrbios habituais da gravidez e profilaxia; diagnóstico e tratamento das doenças próprias da gestação (REZENDE, 2003; ZIEGEL, 1986; FREITAS, 2001).

Para o Ministério da Saúde, os serviços de assistência pré-natal devem acolher a gestante desde o início de sua gravidez, considerando suas particularidades físicas, psicossociais e sociais. Estabelece-se, ainda, que a assistência pré-natal deve envolver procedimentos simples e o profissional que realiza esta consulta deve ser capaz de ouvir as demandas de modo a não reprimir as informações explicitadas pela mulher (BRASIL, 2000).

Assim, a assistência pré-natal constitui-se em um conjunto de intervenções mais importantes para a mulher no período gestacional e parto, uma vez que gestantes que freqüentam serviços de atenção pré-natal apresentam menos doenças e seus filhos apresentam menos problemas de saúde considerados importantes (HALPERN, 1998). Atualmente é já um consenso entre os estudiosos profissionais a existência de relação direta entre as taxas de mortalidade materna e perinatal e a qualidade da assistência pré-natal, o que tem levado à formulação de políticas públicas que interfiram positivamente nesta relação, reduzindo a morte de mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério.

No Brasil, no primeiro quinquênio do século XXI, programas como o PHPN em 2000 e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna em 2004 priorizam pontualmente a assistência pré-natal e ao parto, tendo em vista a redução de mortes maternas. No caso particular do PHPN, utiliza como incentivo o pagamento aos municípios por cada atividade da assistência pré-natal realizada.

O Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são iniciativas que enfocam a assistência pré-natal, embora tenham cobertura limitada no país como um todo, como estratégias prioritárias do SUS.

O oferecimento da assistência pré-natal à demanda do Sistema Único de Saúde, então, é fator primordial para a saúde das mulheres de baixa renda que não possuam a alternativa da assistência particular. A maioria das gestantes do Brasil só tem condições de frequentar a assistência prestada pelas unidades básicas de saúde, o que leva a refletir que a assistência pré-natal deva possuir as condições necessárias para atender o grande número de mulheres. Some-se a isso o fato de que a gravidez pode ser o único momento em que muitas mulheres em idade reprodutiva tenham contato com os serviços de saúde, segundo Neumann et al. (2003).

Deste modo, a assistência pré-natal dos serviços públicos é fundamental para o conjunto de mulheres brasileiras de baixa renda e que necessita atendimento de qualidade e humanizado. Apesar do questionamento acerca da qualidade da assistência pré-natal, no Brasil a mortalidade materna vem caindo, principalmente nos últimos trinta anos, fenômeno que tem sido atribuído à melhoria das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (TANAKA, 2004).

A realização da assistência pré-natal de qualidade requer o comprometimento dos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal, além de recursos humanos qualificados e insumos adequados. Estabelecer uma melhoria significativa da assistência pré-natal ainda é um grande desafio dos gestores e profissionais de saúde.

A assistência pré-natal sempre esteve no conjunto de ações voltadas para a saúde da mulher e conforme se sabe é a mais antiga delas (SERRUYA, 2003). À medida que novas perspectivas foram adicionadas ao contexto da saúde da mulher, novas atividades foram inseridas nesta assistência. Contudo, alguns problemas ainda são preocupantes e, apesar de a assistência pré-natal ter estado quase sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços públicos de saúde, há questões que 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).

A oferta de procedimentos como o teste anti-HIV, teste de VDRL e a vacinação antitetânica vem demonstrar a importância atualmente atribuída ao pré-natal como estratégia de minimizar a feminilização da AIDS. Em muitos casos esta assistência se estabelece como fonte de identificação de novos casos de HIV e sífilis, proporcionando alternativa para o tratamento ou acompanhamento das mulheres. A realização de outros exames, como grupo sanguíneo e fator Rh, glicemia de jejum e urina de rotina, entre outros, ofertados pelas realidades locais, a exemplo dos testes para toxoplasmose e rubéola, têm o mesmo propósito.

Entretanto, o êxito de cada município na assistência pré-natal de qualidade passa pela sua capacidade técnica, administrativa, financeira e política, para realizar a maior cobertura não apenas de mulheres inscritas nos serviços, mas principalmente de gestantes que recebem as atividades básicas como o mínimo de seis consultas, exames físico e laboratorial de rotina e outros, e tratamento de problemas que podem ocorrer no processo gestacional. Por outro lado, há que se pensar que o acesso/utilização de serviços pode estar ligado também a questões de ordem pessoal e social, relativas às mudanças nos papéis de gênero ocorridas nos últimos tempos, como, por exemplo, a pauperização das mulheres, aumento da chefia feminina nas famílias, a dupla e tripla jornada de trabalho e os problemas de saúde mental.

A qualidade da assistência pré-natal está ligada também a problemas referentes à organização e avaliação dos programas governamentais e serviços de saúde. Nesse sentido, pode-se citar a estrutura física inadequada para a recepção à demanda, a autorização demorada para a realização dos exames e o grande contingente de pessoas atendidas nas unidades, não só para pré-natal, mas para todos os serviços. Quanto à avaliação de programas, devem estabelecer indicadores claros e mensuráveis, assim como devem ser formalizados politicamente os protocolos e padrões de referência de qualidade a ser alcançadas.

Desse modo, os programas de saúde devem ser passíveis de avaliação, uma vez que dela depende a re-programação de atividades dirigidas a determinados grupos sociais para o alcance da equidade.

## 2.1 A AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE

O ato de avaliar parece ser inerente ao seres humanos, sendo um processo reflexivo e individual quando se trata no sentido íntimo. A todo o momento se está tomando decisões e fazendo escolhas que são frutos de avaliações contextuais cotidianas. Nesse sentido, pode-se concordar que o ato de avaliar é veiculado ao ato de refletir, pensar, visualizar e decidir. Neste contexto, a avaliação representa uma atividade bastante antiga, presente desde os primórdios na história da humanidade (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A avaliação em saúde ou dos serviços de saúde deu-se historicamente com o início das avaliações realizadas após a 2ª guerra mundial, quando o Estado passou a substituir o papel do mercado nas ações dos setores sociais, como a educação, emprego e saúde (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 29).

Essas ações tinham o controle de custos como objetivo. O Estado buscava controlar os recursos destinados a essas áreas sociais, porém, sem deixar de oferecê-las de modo eficaz: controlar os custos sem desprover a população de uma acessibilidade suficiente. Neste momento, segundo o mesmo autor, os economistas tornaram-se os pioneiros da avaliação, mas suas abordagens revelaram-se insuficientes. O que viu-se, a partir de então, foi o fenômeno da profissionalização do processo avaliativo de serviços públicos, cujas características eram a interdisciplinaridade e rigidez metodológica. Nasceram, assim, as associações americanas e canadenses de avaliação, a exemplo da American Evaluation Association e Canadian Evaluation Society (UCHIMURA; BOSI, 2004).

Essa profissionalização do processo avaliativo, assim como a interdisciplinaridade e os aspectos metodológicos nascidos nessa época, estabeleceram paradigmas de avaliação de serviços sociais e públicos.

Questões relativas como por quem as avaliações devem ser realizadas, se especialistas ou não, assim como se deve existir método científico para este processo são ainda discutidas no contexto dos serviços sociais. Outro fator herdado desse momento foi a questão da avaliação voltada para o controle de custos e eficácia dos serviços, entre eles o de saúde, priorizada principalmente em serviços específicos financiados por capital estrangeiro, a exemplo do banco mundial (TANAKA; MELO, 2004).

No Brasil, a pesquisa de avaliação de serviços e políticas tem início na década de 1980 e apresenta-se, tanto do ponto de vista acadêmico, como da sua incorporação ao cotidiano da administração pública, ainda, bastante incipiente. Nesse âmbito, a avaliação, também, tem sido conceituada sob diferentes perspectivas. Essas concepções guardam ora traços coincidentes ou comuns, ora posições discordantes (UCHIMURA; BOSI, 2004). Ainda sob esse aspecto, referem Aguilar e Ander Egg (1994):

Assim, na tipologia da avaliação observa-se uma grande diversidade de abordagens incluindo modalidades classificatórias cuja relevância se manifesta em vista de seu interesse prático: de acordo com o momento da avaliação, a função da avaliação, a procedência dos avaliadores e, por fim, os aspectos do programa que são objeto da avaliação.

Avaliação possui diferentes conceitos e significações. Para um grupo de autores, avaliação, investigação ou mensuração têm o mesmo significado. Para outros, avaliação é voltada para um julgamento profissional. Avaliação, também, é definida como o acesso da dimensão para a qual se podem alcançar objetivos específicos. Outros comparam avaliação com auditoria ou com diversas variantes do controle de qualidade. O ato de coletar e



promover informação para possibilitar tomada de decisão para um funcionamento mais inteligente é outro conceito adotado por alguns teóricos (WORTHEN et al., 1997).

Rossi e Freeman (1982, p. 20) definem avaliação como “a aplicação de procedimentos de pesquisa social na determinação da conceitualização, desenho, implantação e utilidade de programas de intervenção social”.

Donabedian (1984) conceitua avaliação como “um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível à relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos”. A avaliação é um instrumento voltado para o agir e refletir efetivamente para o ato de aprender. É um processo organizativo que tem a pretensão de melhorar as atividades que já vêm sendo desenvolvidas, bem como planejar o futuro e orientar a tomada de decisões, sejam elas no contexto individual ou coletivo.

A avaliação, segundo Contrandriopoulos et al. (1997, p. 31),

baseia-se fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) e de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Os conceitos acabam se proliferando de modo bastante semelhante, sendo que alguns autores estabelecem em grupos de conceitos em famílias, de acordo a natureza de cada um (PATTON, 1997).

Ainda relatando a evolução do ato de avaliar, deve-se fazer referência, nesse ínterim, aos quatro estágios ou gerações da história da avaliação (GUBA; LINCON, 1990; TANAKA; MELO, 2004). O primeiro estágio é baseado na medida dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores. Esta geração é caracterizada pela exclusiva preocupação de medir os fenômenos avaliados, e cujo desenvolvimento se deu no âmbito da escola. O segundo estágio se fortalece nos anos de 20 e 30. Ele trata de identificar e

descrever como os programas permitem atingir seus resultados. Esta segunda geração é desenvolvida a partir das limitações identificadas na avaliação de primeira geração e surgida da necessidade de ampliar a avaliação de um simples processo de medição para uma descrição mais abrangente. O terceiro estágio é direcionado ao julgamento. Estabelece o julgamento como um dos elementos primordiais da avaliação, sem determinar, contudo, quem é que julgará este processo. A quarta geração vai considerar os atores sociais envolvidos, incluindo diferentes perspectivas no processo de avaliar. Um dos pontos acerca da avaliação em serviços de saúde é consenso entre os autores estudados, a avaliação é fundamental ao planejamento, a implementação de ações e ao processo de tomada de decisão.

As abordagens da avaliação em saúde tiveram duas raízes principais, que caracterizaram duas linhas discursivas e metodológicas - a avaliação de programas, voltada para as intervenções coletivas, e a avaliação de qualidade ou garantia de qualidade, voltada para o cuidado à saúde prestado individualmente, que é denominada prática clínica. A partir do trabalho de Clemenhagen e Champagne (1986), que consideram ambas abordagens como responsabilidade dos gerentes, Contandriopoulos e cols. (1997) desenvolveram um modelo integrado de avaliação em saúde, através do entrecruzamento da tradicional abordagem de “avaliação de qualidade” - caracterizada como a aplicação de critérios e normas aos componentes do programa - e a abordagem de “avaliação de programas” – caracterizada como a análise das relações entre estes componentes, renomeando-as como “Avaliação Normativa” e “Pesquisa Avaliativa”. Além disto, o modelo incorpora a idéia de que a pesquisa avaliativa seria o eixo dos estudos no campo da saúde, relacionando a pesquisa sobre os estados de saúde e a pesquisa sobre as intervenções de saúde. A novidade da proposta final parece ficar por conta de dois aspectos: a denominação do campo da Avaliação Normativa, como área complementar à Pesquisa Avaliativa, dentro do campo maior da avaliação em saúde; e, fundamentalmente, a incorporação da noção de “contexto” como parte

intrínseca da avaliação das intervenções em saúde, através da análise de implantação (RANGEL, 2005).

A relação entre as abordagens de avaliação de qualidade/avaliação de programas e de Avaliação Normativa/Pesquisa Avaliativa pode ser apresentada deste modo: a Avaliação Normativa, também conhecida como avaliação administrativa, é identificada com as funções de acompanhamento e controle, e consiste na aplicação de normas e critérios técnicos aos componentes de um programa - estrutura, processos e resultados, durante a execução do programa, visando acompanhar e reorientar sua execução (avaliação formativa), podendo ser realizada pelos próprios responsáveis pelo programa; diferente da Pesquisa Avaliativa que consiste essencialmente na aplicação de procedimentos científicos para analisar as relações entre os componentes de um programa, enfocando principalmente o impacto final do mesmo e buscando estabelecer relações de causa-efeito entre a intervenção e seus resultados (avaliação de programas), com o intuito de emitir um juízo final sobre a mesma (avaliação somativa), requerendo trabalho de um profissional de avaliação, tanto pelo rigor dos procedimentos quanto pelo tipo de análise necessária, além do que implica em um maior distanciamento entre o processo de avaliação e os responsáveis pelo programa, levando a um juízo menos parcial.

Contandriopoulos (1997, p. 34) também se refere à avaliação formativa como “[...] atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas.”

Por intervenção entende-se um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

No contexto dessas concepções, a assistência pré-natal estabelece-se como uma intervenção, que atualmente se encontra regida pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, estabelecido pelo Ministério da Saúde<sup>1</sup>, e descrita nos manuais preconizados pelo mesmo. Trata-se de um conjunto de medidas e ações direcionadas a uma determinada demanda, com o objetivo de produzir serviços no intuito de modificar uma situação crítica e complexa da saúde da mulher no Brasil, conclamada no discurso oficial e negligenciada na prática nos serviços de saúde, principalmente da rede pública.

A intervenção pode ser caracterizada, ainda, por cinco componentes: objetivo; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto preciso de um dado momento (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Já a pesquisa avaliativa é definida como o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Tem o objetivo de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisão.

A pesquisa avaliativa decompõe-se em seis tipos de análises, sendo que se pode abordar todas ou apenas uma destas análises. Ainda segundo Contandriopoulos (1997), há as análises estratégicas, de intervenção, da produtividade, dos efeitos, do rendimento e da implantação.

Outra conceituação importante para o processo de avaliação de programas de saúde e particularmente para este estudo é a de como se pode compreender a importância dos indicadores de saúde, do seu papel neste contexto e sua evolução.

Um indicador é uma marca. No caso específico da avaliação em saúde, determina se a intervenção está indo bem ou não, no que abrange o alcance das metas estabelecidas. Indica se as ações estão certas ou precisam ser implementadas, sendo muito importante para o

processo avaliativo e conseqüentemente para a tomada de decisão. Os indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar a higidez de agregados humanos, como também propiciar subsídios para o planejamento de saúde (ROUQUAYROL, 1999). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), citado por Rangel (2005), os indicadores de saúde são divididos em três categorias: a) Indicadores que traduzem a saúde ou a sua falta em uma população; b) Indicadores que se referem às condições do meio e influenciam sobre a sua saúde; c) Indicadores que medem recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA/BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2001), os indicadores são utilizados para facilitar a quantificação e avaliação das diferentes dimensões do estado de saúde de uma população. Em termos gerais, os indicadores de saúde representam resumos que expressam informações relevantes sobre distintos atributos e informações do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde que, vistos em conjunto, intentam refletir a situação sanitária e epidemiológica de uma determinada população. Mantendo a mesma argumentação, a Organização Pan-americana de Saúde refere que a qualidade e utilidade de um indicador de saúde está definida primordialmente por sua validade, confiabilidade, especificidade, sensibilidade, mensurabilidade, relevância e efetividade.

1. Validade: o indicador deve medir efetivamente o que inteciona medir.
2. Confiabilidade: o indicador, tendo sua medida repetida em condições similares, reproduz os mesmos resultados.
3. Especificidade: o indicador mede somente o fenômeno que quer medir.
4. Sensibilidade: o indicador pode medir as mudanças do fenômeno quando elas ocorrerem.

5. Mensurabilidade: o indicador dever ser baseado em dados disponíveis e fáceis de conseguir.
6. Relevância: que o indicador seja capaz de dar respostas claras aos assuntos mais importantes das políticas de saúde.
7. Efetividade: que os resultados justifiquem a inversão do tempo e outros recursos.

Os indicadores devem ser facilmente utilizados e interpretados pelos analistas e compreensíveis para os usuários da informação como os gerentes e gestores (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA/BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2001).

Podemos então refletir que os indicadores de saúde podem definir, para fins de avaliação dos programas de saúde, a situação de determinada intervenção, sua estrutura, processo e resultados envolvendo, deste modo, a qualidade desta intervenção no quesito quantitativo, já que para a avaliação de qualidade os aspectos qualitativos precisam ser considerados. Para o processo de avaliação de programas em saúde os indicadores devem ser claramente especificados. Contudo, ressalta-se que é necessário também estabelecer parâmetros igualmente claros para que o processo ocorra efetivamente.

Para o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), assim como ocorrem com outros programas, os indicadores foram criados com o objetivo de facilitar a avaliação e o processo de tomada de decisão. Dentro do contexto deste programa os indicadores visam avaliar a captação e cobertura das gestantes e a realização do conjunto de atividades que são preconizadas. Ressaltamos que este processo, antes da criação do PHPN, não era possível, dentro da perspectiva detalhada da informação referida pelos indicadores fornecidos pelo sistema de informação do programa, conforme se verá adiante. A existência destes indicadores oferece inclusive a condição para que o processo avaliativo seja realizado pelos gestores municipais, estaduais e nacionais de modo pleno e podendo ser considerado

período de acordo a necessidade de cada nível. Entretanto, percebe-se que, no âmbito do município onde foi realizado este programa, a existência destes indicadores não incentivou a realização de uma avaliação concisa nos anos de funcionamento do PHPN.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 LOCAL DO ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ITABUNA/BAHIA

O município de Itabuna está localizado na mesorregião Sul Baiano, micro-região Ilhéus – Itabuna, integrante dos municípios da Comunidade Solidária, com uma população de 205.099 habitantes (IBGE, 2005), distribuída entre a zona urbana e rural, sendo que 85% desta residem na zona urbana. Possui apenas dois distritos: Itamaracá e Mutuns. Sua extensão territorial é de 584 Km<sup>2</sup>, com uma densidade demográfica de 414,62 hab/Km<sup>2</sup>. Dista 429 Km<sup>2</sup> de Salvador. Deste total de 205.099 habitantes, 117.072 são do sexo masculino, sendo 88.027 são do sexo feminino, em que 70.929 mulheres estão em idade fértil (IBGE, 2005).

A cidade possui na zona urbana aproximadamente 64 bairros com condições socioeconômicas heterogêneas. A assistência à saúde no nível primário é prestada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Saúde da Família (USF). A implementação das equipes de saúde da família (ESF) é realizada a partir da observação das condições de vida dos indivíduos, família e comunidades que apresentam características que os tornam mais vulneráveis a morbi-mortalidade, ou seja, os que estão expostos a um maior risco de adoecer e morrer, de modo que utilizam como critérios tanto riscos de ordem biológica quanto socioeconômicos.

O sistema municipal de saúde está organizado de acordo com a modularização instituída pela lei nº 1.668 de 13.07.1994, que divide o território em quatro módulos, localizando bairros e equipamentos de saúde públicas, filantrópicas e privadas. A territorialização do município foi realizada segundo os critérios de descrição de clientela por unidade de saúde da família (em torno de 1.000 por equipe) e o mapeamento das micro-áreas,



considerando o número de 150 domicílios por Agente Comunitário de Saúde, conforme as diretrizes preconizadas pelo ministério da saúde para a estratégia de saúde da família.

O município de Itabuna encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, pela NOB/SUS 01/96, em processo de habilitação conforme o NOAS/SUS 01/02. Possui atualmente uma rede de serviços de saúde composta por 28 unidades de saúde implantadas, onde funcionam 21 Equipes Saúde da Família e 10 Unidades Básicas de Saúde. O modelo tradicional de assistência na Atenção Básica tem cobertura de 25% do Programa de Saúde da Família. Ainda existem 05 Unidades Básicas de Referência nos respectivos módulos e atuando no Programa de Agentes Comunitários (ACS), há um total de 310 agentes comunitários. A cidade de Itabuna possui no conjunto de unidades de saúde com número de 10 Centros de Referência Especializados assim divididos: 02 Centros de Atenção Psicossocial - Adulto e Infantil (CAPS), 01 Centro de Reabilitação Física (CREADH), 01 Centro de DST/HIV, 01 Centro de Prevenção em Oncologia (CEPRON), 01 Centro de Estudos de Dependentes de Álcool e Drogas, 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERST), 01 Centro de Referência em Hipertensão e Diabetes, 01 Centro de Referência em Saúde do Idoso e 01 Centro de Atenção aos Portadores de Diabetes. São credenciados ao SUS 07 hospitais, 11 laboratórios e 05 para ultra-sonografia, além de outros serviços de Atenção Básica, alta complexidade e outras 42 unidades privadas credenciadas ao SUS.

Quanto à organização dos níveis de atenção à saúde, são oferecidos os serviços nos níveis primário (Atenção Básica), secundário e terciário (Média e Alta Complexidade), incluindo atenção à saúde da mulher e da criança. O Programa Saúde da Família está implantado, conjuntamente, com o funcionamento de Unidades Básicas de Saúde – UBS nos módulos assistenciais, de modo que o PSF não constitui unicamente a porta de entrada do sistema local.

Os dados de mortalidade geral do município de Itabuna são igualmente relevantes na descrição desta localidade, principalmente no que se refere aos aspectos epidemiológicos desta. Os problemas respiratórios são os mais frequentes nessa região, devido ao clima quente e úmido e ao número frequente de chuvas. Também são relevantes as doenças do aparelho circulatório, devido a uma interferência cultural em relação à alimentação, tornando-se a maior causa de mortalidade observada ao longo dos anos, seguida das causas externas, doenças do aparelho respiratório e neoplasias.

Um dos principais indicadores de avaliação da Atenção Básica em Saúde é a mortalidade infantil. No município de Itabuna, no ano de 2000 ocorreu um total de 34,4 de mortes infantis por 1.000 nascidos vivos. Em 2001, esse número passou para 36,0 por 1.000 nascidos vivos, e em 2002, 27 crianças foram a óbito num universo de 1.000 nascidos vivos. Em 2003, aconteceu um aumento para 27,4/1.000. Nos anos de 2004 e 2005, houve um total de 26,3/1.000 e 26,4/1.000, respectivamente.

Na questão relativa à morte de mulheres em idade fértil, ocorreram 80 casos em 2001, 61 casos em 2002, 81 casos em 2003, 64 casos em 2004 e 80 mortes no ano de 2005 de mulheres entre 10 e 49 anos. Desse total de casos ocorridos em 2005, 61 casos foram investigados, perfazendo um percentual de 76,25%.

Em relação às principais causas de morte entre as mulheres em idade fértil neste mesmo ano, 12 foram causadas por doenças do coração, 14 por neoplasias, 15 por causas externas; estes listam os três motivos primários detectados. Dentre as causas externas, 07 mulheres foram vitimadas por agressões por arma de fogo e arma branca. Nas investigações realizadas no Departamento de Vigilância a Saúde e Vigilância Epidemiológica, foram identificados 07 casos de óbitos maternos, sendo apenas um caso com pessoa residente na cidade de Itabuna.

### 3.2 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é descritivo e de caráter quantitativo. Pretende realizar análise da assistência pré-natal do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no município de Itabuna – BA, através da descrição da evolução dos indicadores do processo da assistência pré-natal no período de 2001 a 2005. A justificativa desse intervalo deve-se ao fato de que o PHPN foi implantado no município de Itabuna, local de realização desse estudo, no final do ano de 2001.

Os indicadores selecionados para o estudo estão previstos no próprio PHPN e estão descritos logo abaixo. Para isso utilizou-se o texto do programa de implantação, assim como o do próprio relatório de indicadores do processo fornecido pelo SISPRENATAL. Para fins de melhor sistematização da apresentação dos resultados do estudo, subdividiram-se esses indicadores em três tipos: indicadores de cobertura e captação de gestantes, indicadores de exames e vacinação antitetânica e indicadores combinados de consultas e exames.

GRUPO 1. Indicadores de cobertura e captação de gestantes.

- Percentual de gestantes que se inscreveram no Programa e realizaram a 1<sup>a</sup> consulta, em relação à população alvo, que é definida através do número de nascidos vivos.
- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta em relação ao total de gestantes cadastradas no município.
- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1<sup>a</sup> consulta até 120 dias, em relação ao número de nascidos vivos no período.

O Ministério da Saúde incentivou a captação precoce das gestantes no Pré-Natal implantando um incentivo financeiro para cada gestante captada com até 120 dias de

gestação. Inicialmente as gestantes somente eram cadastradas no SISPRENATAL também com 120 dias de gestação. No ano de 2002, segundo ano de implantação do PHPN, o Ministério da Saúde revogou a orientação acerca do cadastramento das gestantes com essa idade gestacional. Sendo assim, os municípios passaram a cadastrar todas as gestantes no PHPN, independente da idade gestacional (SERRUYA 2003, RANGEL, 2005).

#### GRUPO 2. Indicadores de exames e vacinação antitetânica.

- Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV e que possuam 280 dias ou menos de idade gestacional.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames de VDRL e que possuam menos de 220 dias de idade gestacional.
- Percentual de gestantes inscritas que receberam a 2<sup>a</sup> dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica e que possuam pelos menos 260 dias de idade gestacional.

#### GRUPO 3. Indicadores combinados de consultas e exames laboratoriais.

- Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e que tenham pelo menos 240 dias de idade gestacional. Trata-se de consulta realizada por enfermeira(o) ou médica(o).
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério, e que tenham mais de 294 dias e menos de 1 ano a partir da data da última menstruação. A consulta de puerpério deve ser realizada após o parto entre 30 a 42 dias com o objetivo de realizar avaliação das condições de saúde da mulher e do recém-

nascido; registro das alterações; investigação e registro sobre amamentação, retorno da menstruação e atividade sexual; realização das ações educativas e condução das possíveis intercorrências (BRASIL, 2005b).

- Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos e que possuam pelo menos 240 dias de idade gestacional
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de Pré-Natal, consulta de puerpério e todos os exames básicos e que possuam mais 294 dias e menos de 1 ano a partir da data da última menstruação.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica e que possuam mais de 294 dias e menos de 1 ano a partir da data da última menstruação.

### 3.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos no Departamento de Bioestatística da Secretária Municipal de Saúde, que forneceu o Relatório de Indicadores do Processo do Sistema de Informação do Pré-Natal já processado sob a forma de percentuais e as metas da Programação da Atenção Básica referentes aos anos 2002 a 2005.

### 3.4 FONTE DOS DADOS

Os dados necessários para os cálculos dos indicadores foram obtidos através do Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL). O SISPRENATAL foi considerado medida fundamental do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

Trata-se de um *software* capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar essa atenção em âmbito municipal e estadual, contribuindo para melhorar a gestão dos serviços. O sistema foi desenvolvido em ambiente Windows, na linguagem Delphi.

O SISPRENATAL é alimentado por dados coletados por profissionais que realizam a assistência pré-natal e são responsáveis pelas consultas, solicitações de exames básicos, vacinas e outras informações pertinentes. Os impressos com essas informações são originados nas unidades de saúde, posteriormente são recolhidos por pessoal autorizado do Departamento de Atenção Básica em cada unidade num intervalo de oito em oito dias. Depois de recolhidos, os impressos são levados ao Departamento de Bioestatística da Secretária Municipal de Saúde, onde um digitador responsável pelo SISPRENATAL alimenta o sistema com as informações coletadas. Os dados são digitados a cada semana de modo a manter o sistema sempre atualizado. No final de cada mês o SISPRENATAL gera o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA, para importação no Sistema de Informações Ambulatoriais.

### 3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Os dados do estudo que servem de base para cálculo dos indicadores foram coletados através dos seguintes documentos: Ficha de Cadastramento da Gestante, Ficha de Registro Diário dos Atendimentos da Gestante, Planilhas de controle de produção, relatórios emitidos pelo SISPRENATAL, dados do Sistema de informação Ambulatorial - SIA – DATASUS e dados do Sistema de informação de nascidos vivos – SINASC (anexos).

### 3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos indicadores selecionados será realizada tomando como referência a Programação da Atenção Básica do município por ano de estudo.

A Programação da Atenção Básica é um processo instituído no âmbito do SUS para definir a alocação dos recursos da assistência à saúde no Estado e Municípios e a programação da distribuição dos serviços e a responsabilização pela sua execução a partir de critérios negociados e formalizados através de pactos entre os gestores; esta programação compõe o processo geral de planejamento em saúde nos Estados e Municípios, realizado de forma ascendente e coerente com os respectivos Planos estaduais e municipais de saúde e com o Plano Diretor de Regionalização – PDR. Têm o objetivo igualmente de estipular perspectivas para cada ano de forma planejada e significando o que o município espera realizar a cada ano planejado quanto ao número de procedimentos e alocação de recursos.

A Programação da Atenção Básica tem ações e estratégias para a Atenção à Saúde da Mulher divididas em Atenção Pré-Natal e Atenção Clínico-Ginecológica. Todos os indicadores do processo do SISPRENATAL são contemplados na Programação da Atenção Básica, em que são colocados como ações/estratégias e possuindo percentual de população a ser coberta parâmetros estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde e a Programação para cada ano (BAHIA, 2005).

### 3.7 PLANO DE ANÁLISE

Para a análise dos dados foi realizada a comparação dos indicadores propostos ano a ano e entre os anos 2002 e 2005. Foi levado ainda em consideração a comparação dos

resultados obtidos com o aqueles normatizados pela Programação da Atenção Básica e outros instrumentos normatizadores da assistência obstétrica vigentes no Brasil.

Os dados foram apresentados em quadros. A análise destes foi realizada através da comparação dos resultados percentuais e absolutos obtidos pelo PHPN no Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL) com as metas estabelecidas pela Programação da Atenção Básica (PAB), durante o período deste estudo. Os dados foram coletados, assim como as metas especificadas para cada ano no Departamento de Planejamento e Bioestatística da Secretária Municipal de Saúde do município de Itabuna. Neste departamento localiza-se a central de informação do município, onde todos os dados referentes aos programas de saúde são digitados por técnicos treinados e incorporadas aos próprios sistemas de informação.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados deve ser entendida levando-se em consideração algumas limitações do estudo. A primeira limitação diz respeito à base populacional que estima o número de gestantes pelo número de nascidos vivos, excluindo, desse modo, as gestações que deram origem a natimortos; à contagem cumulativa de nascidos vivos nos partos gemelares; e à possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos (DATASUS, 2006).

Em segundo lugar, existem limitações do instrumento de coleta dos dados – declaração de nascido vivo – no tocante ao número de consultas pré-natais, pois o preenchimento deste item baseia-se na informação prestada pela mãe, estando sujeita, portanto, a erro. Assim, os resultados do estudo devem ser encarados levando-se em conta estas limitações.

Os municípios contam também com dificuldades de preenchimento da Ficha de Cadastramento de Gestantes e Ficha de Registro Diário do Atendimento de Gestantes pela ausência de pessoal treinado para o preenchimento e encaminhamento correto; problemas técnicos como digitadores não treinados e, ainda, o fato de as primeiras versões do Sistema de Informação apresentarem problemas operacionais, como refere Serruya (2003).

### 4.1 INDICADORES DE COBERTURA E CAPTAÇÃO DE GESTANTES

Nesta secção são apresentados e descritos os indicadores relativos a: percentual de gestantes inscritas em relação ao número de nascidos vivos no município e em relação ao total de gestantes cadastradas em todos os serviços de saúde do município de Itabuna e o percentual de gestantes captadas precocemente pelo PHPN.

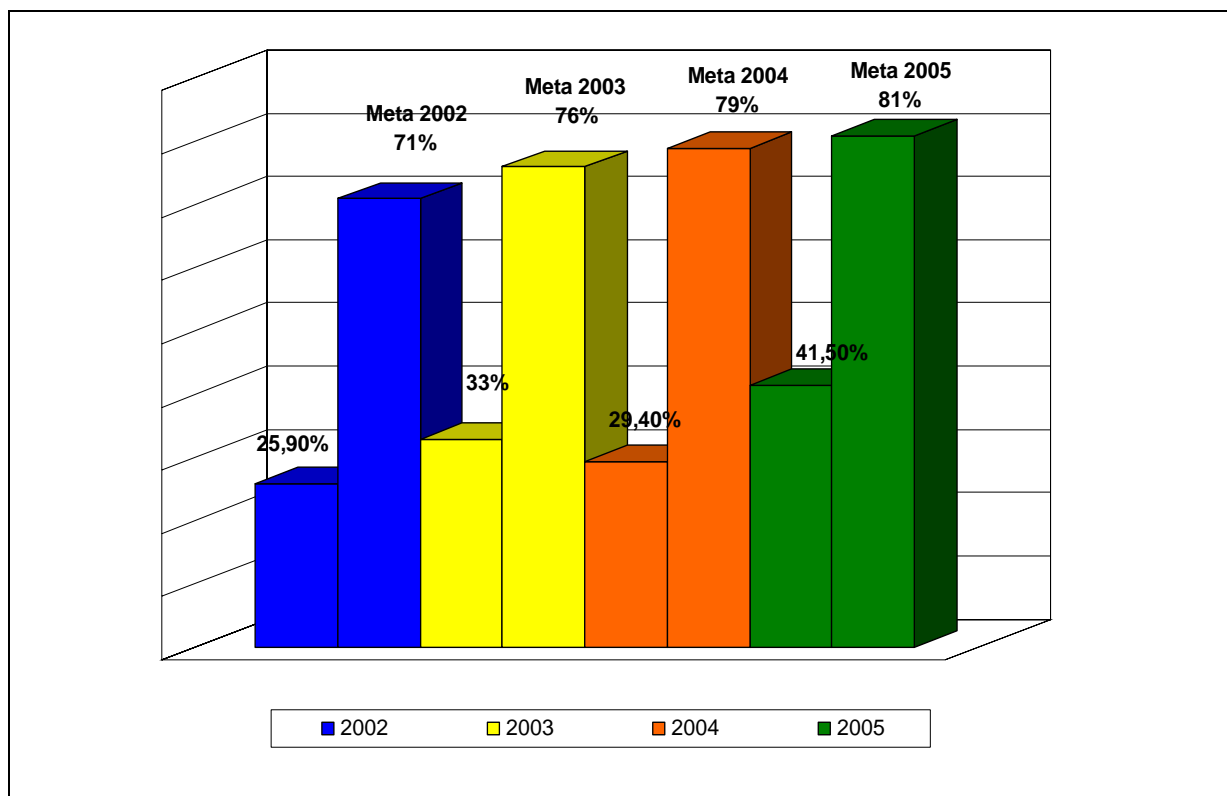
Inicia-se a análise do percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta, em relação à população alvo (número de nascidos vivos). Este indicador, expresso no gráfico 1, apresenta como peculiaridade o fato de que o alcance das metas programadas pelo município no tocante ao atendimento das gestantes dependerá diretamente dele, pois, quanto maiores os percentuais de captação, mais oportunidades terá o serviço de realizar a assistência de acordo às recomendações do programa. Este indicador expressa o nível de adesão das gestantes ao programa no município.

O gráfico 1 mostra que os índices percentuais obtidos pelo programa em Itabuna nos anos do estudo, 25,90%, 33%, 29,40% e 41,50%, respectivamente, se apresentaram abaixo das metas programadas pelo município. No ano de 2002 o percentual obtido para este indicador alcançou 36,4% da meta programada estabelecida. Em 2003, o índice cumpriu 43,4%. Assim como os anos anteriores, 2004 alcançou menos que 50%, marcando 37,2% da meta. Entretanto, em 2005 houve um crescimento no qual o índice obtido alcançou 51,2%.

Analisando a seqüência dos índices expressos ainda neste gráfico, percebe-se que ocorreu um aumento de 2003 em relação a 2002 de 7,1 pontos percentuais. No ano de 2004, o índice diminuiu 3,6 pontos percentuais em relação a 2003. O ano de 2005 apresentou 12,1 pontos percentuais a mais que 2004. Deste modo, podemos afirmar que, apesar de não alcançar as metas programadas pela Atenção Básica, o município apresentou crescimento nos índices deste indicador para os anos do estudo, já que apresentou crescimento de 15,6 pontos percentuais entre 2002 e 2005.

Quando foram comparados os percentuais deste indicador com os obtidos pelo estado da Bahia, onde se localiza o município desta investigação, verificou-se que o estado apresentou resultados mais baixos, nos dois primeiros anos do estudo. Em 2002 e 2003 a Bahia assinalou percentuais 18,8% e 28,59%, respectivamente. A diferença entre o estado e município em pontos percentuais foi de 7,72 e 4,41 pontos nestes dois primeiros anos.

Contudo, nos últimos dois anos, o estado apresentou índices maiores que Itabuna, assinalando 33,07% em 2004 e 41,72% em 2005, perfazendo uma diferença pequena para mais em 3,67 e 0,22 pontos percentuais respectivamente (SERRUYA, 2004, SISPRENATAL-BAHIA, 2006).



**Gráfico 1.** Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram a 1ª consulta em relação à população alvo e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.

A captação de gestantes é um dos aspectos fundamentais para que a assistência pré-natal requerida pelo programa possa ser desenvolvida. Conforme já se sabe, este indicador objetiva demonstrar a captação das gestantes ao programa, assim como especifica se o município está conseguindo este processo. Ressalta-se que é preciso considerar as condições regionais e locais para se obter uma boa captação. Dentro destas condições, pode-se citar que o número de localidades rurais e a estrutura municipal de saúde são dois dos aspectos importantes nesta análise. No município de Itabuna o número de localidades rurais é pequeno,

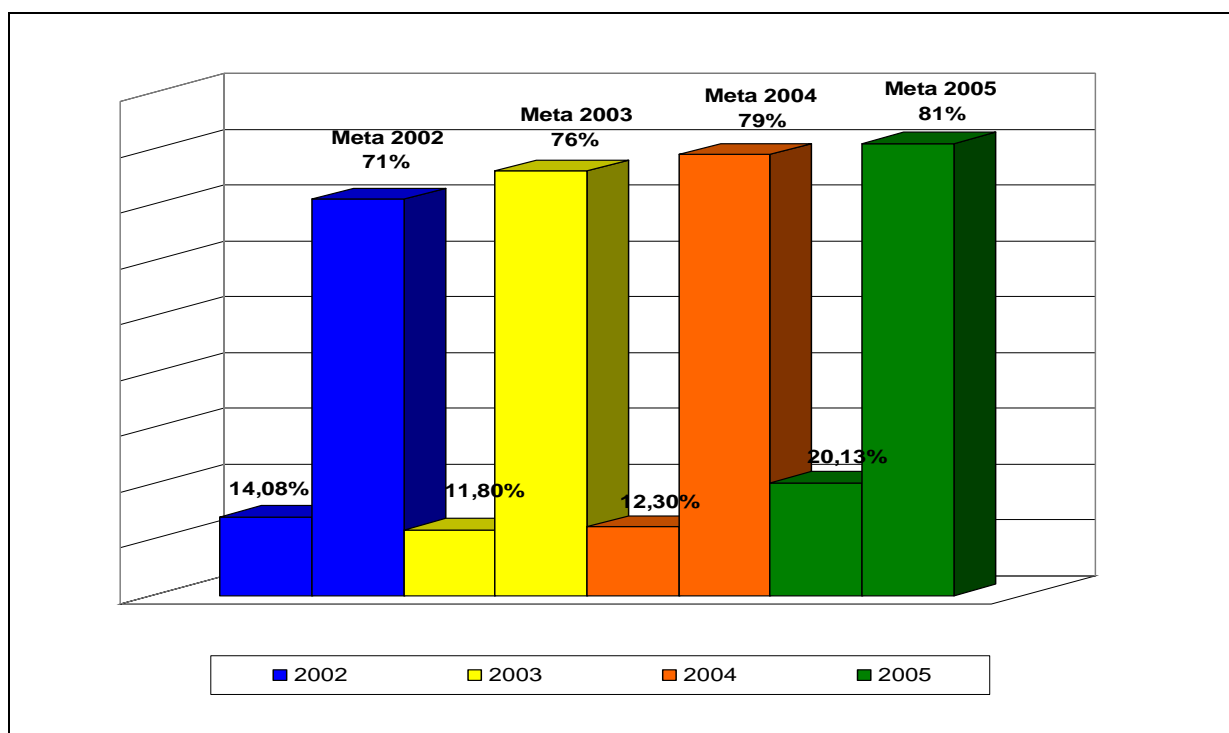
apenas dois distritos, que possuem unidade de saúde instalada e que mantiveram suas ações durante os anos deste estudo. A maioria da população vive em zona urbana (85%), onde estão instaladas as unidades de saúde e as ações desenvolvidas pelos programas preconizados pelo SUS, a exemplo do PACS e PSF, descritos na metodologia desta investigação. Contudo, apesar dos recursos disponibilizados pelo município, pode-se referir que estes deveriam ser melhores, como a exemplo da cobertura do PSF que apenas alcança 25%. Neste contexto, outros aspectos também devem ser considerados, já que interferem na questão no processo de captação, como as condições socioeconômicas e culturais das gestantes que igualmente irão contribuir com as ações dos serviços da assistência pré-natal.

Precisa-se ressaltar que a existência da recomendação do PHPN sobre a inscrição de gestantes com apenas 120 dias de gestação, expressa no primeiro ano de implantação do mesmo no Brasil em 2001, foi obedecida pelo município de Itabuna em 2002, conforme refere o relatório de gestão municipal do mesmo ano. Tal fato, provavelmente, influenciou os índices obtidos neste ano, para os indicadores do grupo de captação e cobertura.

A evolução deste indicador (Gráfico 1), nos anos deste estudo, demonstra alguns fatos importantes nesta análise. O primeiro ano de funcionamento pleno do programa, 2002, apesar de ter alcançado índice baixo (25,90%), é mais elevado que o obtido pelo estado (18,8%), e, por ser primeiro ano de ação do programa, satisfaz frente aos desafios iminentes neste processo de implantação em um município com o porte populacional de Itabuna. Segundo Serruya (2003), a maioria dos municípios brasileiros enfrentou dificuldades de implantação, como, por exemplo, a falta de pessoal técnico treinado nas unidades, o que gerava dificuldades nos preenchimentos e encaminhamentos corretos das fichas do programa. Nos relatórios de gestão municipal não consta a existência de treinamento específico sobre o PHPN, o que leva a pensar que provavelmente este não existiu.

O aumento de 7,1 pontos percentuais em 2003, que alcançou o índice de 33%, demonstra uma melhoria significativa no processo de captação de gestantes. Pode-se refletir que este aumento se deu por duas razões: a primeira se fundamenta no cumprimento da retificação da norma sobre a inscrição de gestantes com mais de 120 dias; e a segunda no fato de que os profissionais responsáveis pela realização da assistência conheciam o programa melhor e foram sanados alguns problemas de registro e encaminhamento das fichas de inscrição e acompanhamento das gestantes no PHPN.

Apesar do percentual obtido em 2004 (29,40%) registrando uma diminuição de 3,6 pontos percentuais em comparação com o ano anterior, conforme já foi mencionado, entende-se que este fenômeno foi circunstancial, já que este percentual foi maior que o registrado no primeiro ano e em 2005 o índice assinalou o maior valor (41,50%) de todos os anos do estudo.



**Gráfico 2.** Percentual de gestantes inscritas no PHPN em relação ao total de gestantes cadastradas no município e Metas da Programação da Atenção Básica nos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.

O Gráfico 2 apresenta o percentual de gestantes inscritas no Programa e que realizaram a primeira consulta em relação ao total de gestantes cadastradas no município. Este indicador também é caracterizado como referente à captação, cuja população alvo difere do indicador expresso no Gráfico 1: é o número de gestantes cadastradas no município.

A relação entre o percentual de gestantes inscritas no PHPN e o total de gestantes cadastradas no município permite observar mais fidedignamente como está ocorrendo o processo de captação de gestantes, já que se está relacionando com mulheres ainda no processo de gravidez. Este indicador contribui para compreender como está ocorrendo a captação de gestantes pelo programa numa relação direta com mulheres ainda grávidas.

Assim como ocorreu com o indicador anterior (Gráfico 1), os índices expressos no indicador ilustrado no Gráfico 2 são baixos quando comparados com as metas estabelecidas pela PAB para o intervalo dos anos deste estudo (2002-2005). O indicador assinalou 14,8% em 2002, 11,80% em 2003, 12,30% em 2004 e 20,13% em 2005. Analisando a evolução destes índices (Gráfico 2), percebe-se que ocorreu uma diminuição dos percentuais nos três primeiros anos deste estudo. Em relação a 2002, o índice de 2003 apresentou diminuição de 2,28 pontos percentuais e 1,78 pontos em 2004. Contudo, ocorreu crescimento no último ano (20,13%), que assinalou aumento de 7,83 pontos percentuais em relação a 2004. Percebe-se que, apesar do comportamento do indicador entre 2002-2004, ocorre crescimento de 6,05 no intervalo considerado para esta investigação, conforme demonstra o Gráfico.

Frente às metas estabelecidas, o percentual do primeiro ano equivale a apenas 19,8% da meta programa pela PAB. Em 2003, apenas 15,5% da meta foi alcançado. No ano seguinte, 16,1%, e em 2005, que apresentou certo crescimento em relação aos anos anteriores, 24,9% da meta foi alcançada.

O comportamento dos índices apresentados pelo estado foi diferente dos assinalados pelo município. No estado da Bahia, os índices apresentam crescimento ao longo dos anos estudados. Os índices assinalaram 12,54% e 21,55%, em 2002/2003 e 25,44% e 32,74% em 2004/2005. A diferença entre Bahia e Itabuna foi de 1,54 pontos percentuais para o município em 2002, 9,75 pontos para o estado em 2003, 13,14 pontos em 2004 e 12,66 pontos percentuais em 2005, sendo esta diferença voltada para o estado nos dois últimos anos do estudo. Percebemos que o crescimento evidenciado pelo estado da Bahia entre o primeiro e último ano do estudo foi de 20,2 pontos percentuais, contra 6,05 pontos obtidos pelo município.

Pode-se afirmar que, de modo geral, durante os anos deste estudo, o número de gestantes cadastradas no município de Itabuna, por outros sistemas e ações da atenção básica, como o Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, foi maior que o número de gestantes inscritas no SISPRENATAL. Este fato demonstra que o município não conseguiu realizar a captação de gestantes dentro das recomendações do PHPN no aspecto referente à inscrição de todas as gestantes do município no programa, sendo que, deste modo, não se pode verificar se as gestantes não inscritas estão realizando a assistência pré-natal nos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.

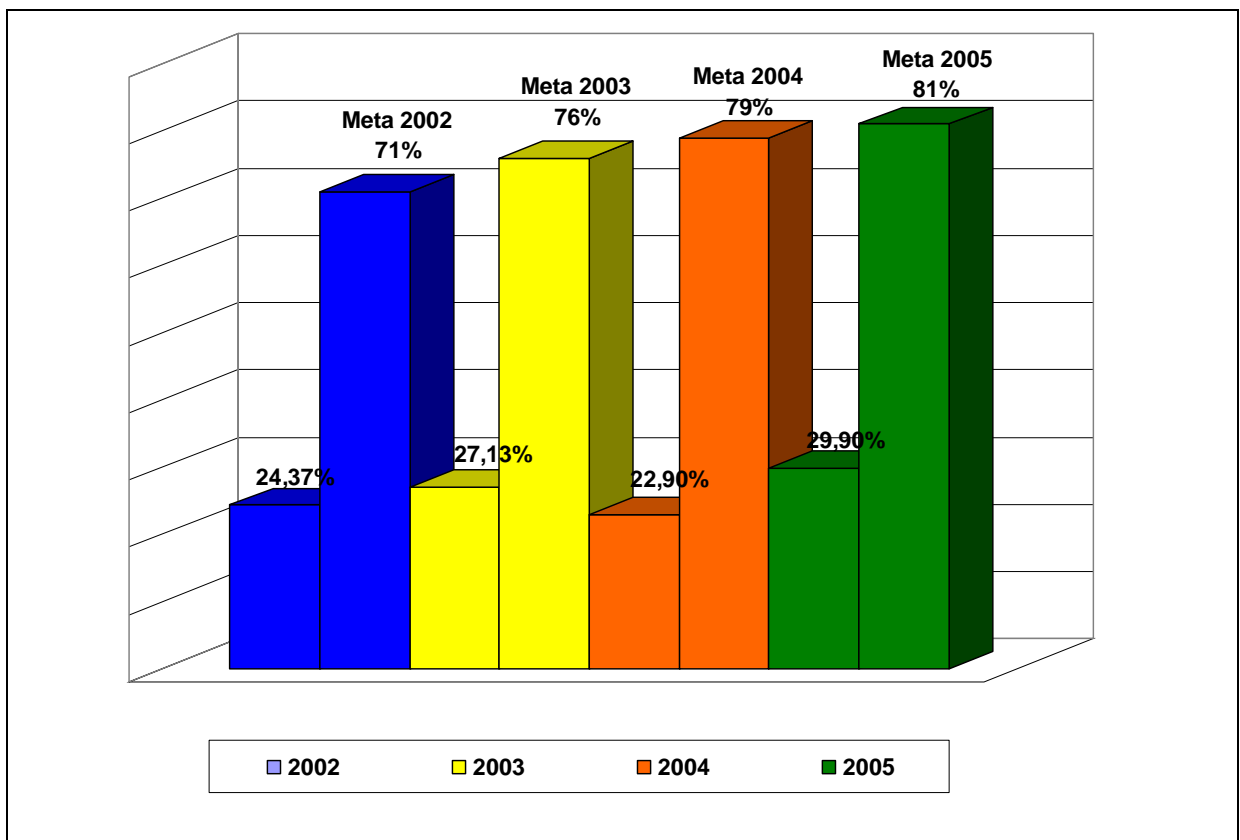
Já a captação precoce de gestantes é expressa no indicador percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram a 1ª consulta com até 120 dias de gestação (Gráfico 3). Para compreensão da importância dada a esse indicador pelo Ministério da Saúde, é preciso observar que o incentivo financeiro do programa é destinado a dois aspectos; a realização da captação precoce e cumprimento do conjunto de critérios assistenciais ou ações estabelecidas (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Este indicador fecha o grupo de indicadores de captação e cobertura estabelecido para a sistematização deste estudo. A captação precoce é uma das atividades fundamentais do programa, segundo alguns estudos realizados.

(SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; RANGEL, 2005). Todo município que implanta o PHPN estabelece no termo de adesão que terá condições e mecanismos para realizar a captação precoce de gestantes, segundo o art. 1º, parágrafo 1 da portaria SPS nº 9 (SERRUYA, 2003). A captação precoce de gestantes se configura como o primeiro dos cinco aspectos importantes da assistência pré-natal. A captação da gestante, especificamente a captação precoce, é atividade importante, uma vez que dela depende o impacto do Programa sobre a saúde das mulheres. Alguns estudos sobre o PHPN realizados, até o momento, referem que a captação média de gestantes com até 120 dias é alta em todo o país numa relação inversamente proporcional ao tamanho do município, ou seja, quanto menor o município, melhores indicadores de captação precoce. Além de proporcionar condições de tempo para a realização das atividades recomendadas, os estudos demonstram também que as gestantes que iniciam o pré-natal antes de 120 dias de gestação comparecem a mais consultas e estão menos sujeitas a riscos de morte materna e perinatal, obtendo melhores resultados na gravidez (RANGEL, 2005).

Em relação às metas programadas pela PAB, os percentuais de gestantes captadas precocemente (Gráfico 3) manteve o comportamento evidenciado pelo grupo de captação e cobertura, pois também apresentou índices bem abaixo das metas. Em 2002 o índice obtido foi de 24,37%, equivalendo a 34,3% da meta. No ano de 2003 o indicador apresentou aumento de 2,76 pontos percentuais em relação ao ano anterior, ou seja, 27,13%, alcançando 35,7% da meta programada. Entretanto, em 2004 ocorreu uma diminuição de 4,23 pontos em relação a 2003, assinalando 22,90%, com o alcance de 29% da meta da PAB. Assim como os gráficos anteriores, o ano de 2005 apresentou o melhor índice do intervalo de anos deste estudo, 29,90%, alcançando 37% da meta e com aumento de 7 pontos percentuais em relação a 2004. Na análise do intervalo 2002-2005 houve crescimento de 5,53 pontos percentuais.



Quando verificaram-se os índices obtidos pelo estado, percebeu-se que os índices de Itabuna são superiores em todo o intervalo de tempo estabelecido para este estudo. Em 2002 a Bahia registrou percentual 9,99 pontos percentuais menos que Itabuna, assinalando 14,78%. Em 2003 a diferença ficou em 6,24 pontos para menos, sendo que o estado registrou 20,89%. Em 2004 e 2005, apesar de os índices estaduais estarem abaixo, a diferença foi mínima, registrando 0,6 e 2,72 respectivamente.



**Gráfico 3.** Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram a 1ª consulta com até 120 dias e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.

Os dois primeiros anos de PHPN no Brasil comprovaram que os índices nacionais de captação precoce equivaleram aos índices de cobertura e captação de gestante, significando que, no país, a maioria das gestantes inscritas, em 2001 e 2002, tinha até 120 dias de IG (TANAKA, 2004; SERRUYA, 2003).

No município de Itabuna o comportamento foi semelhante. Observando os valores do indicador de captação de gestantes (Gráfico 1) e de captação precoce (Gráfico 3) nos dois primeiros anos, percebeu-se que estes valores foram próximos. Isto demonstra que quase a totalidade das gestantes foi cadastrada com até 120 dias.

Essa constatação dá margem a duas reflexões. Em primeiro lugar que o município manteve a prerrogativa ministerial e buscou inscrever no programa somente gestantes que procuravam o serviço precocemente, evidentemente nos dois primeiros anos, e, em segundo lugar, que a cobertura e captação de gestantes foi realmente baixa no período do estudo, com exceção para o ano de 2005. Refletindo nestes dois pontos, pode-se ressaltar que os dois fenômenos estão presentes e provavelmente um acabou condicionando o outro.

A captação geral de gestantes em Itabuna foi realmente baixa, principalmente nos anos de 2002 e 2003, pois o município ainda seguia a recomendação inicial do PHPN em inscrever a gestante com até 120 dias, proporcionando deste modo baixos índices nestes anos. Já nos anos de 2004 e 2005, pôde-se observar que ocorreu aumento nos índices do indicador de captação e captação precoce e conforme descrito acima, evidenciando certa distância entre estes percentuais.

Problemas relacionados à captação de gestantes têm sido atribuídos ao acesso, à disponibilidade dos serviços e ao nível sócio-cultural das mulheres. Desse modo, as mulheres que residem em zona rural têm maior dificuldade de acesso à assistência pré-natal. Por outro lado, a idade da mulher ao engravidar influencia no conceito de importância dada à assistência e a problemas na aceitação da condição de gestante, gerando dificuldades diretas na cobertura e captação do Programa (TANAKA, 2004).

## 4.2 INDICADORES DE EXAMES E VACINAÇÃO ANTITETÂNICA

Os indicadores que compõem esse grupo tratam de percentuais de gestantes que realizaram os exames e vacinação, incluindo teste anti-HIV.

A realização do teste anti-HIV, atividade registrada no próximo Gráfico (Gráfico 4), deve ser prioridade na assistência, pois pode coibir a transmissão vertical, quando utilizado adequadamente.

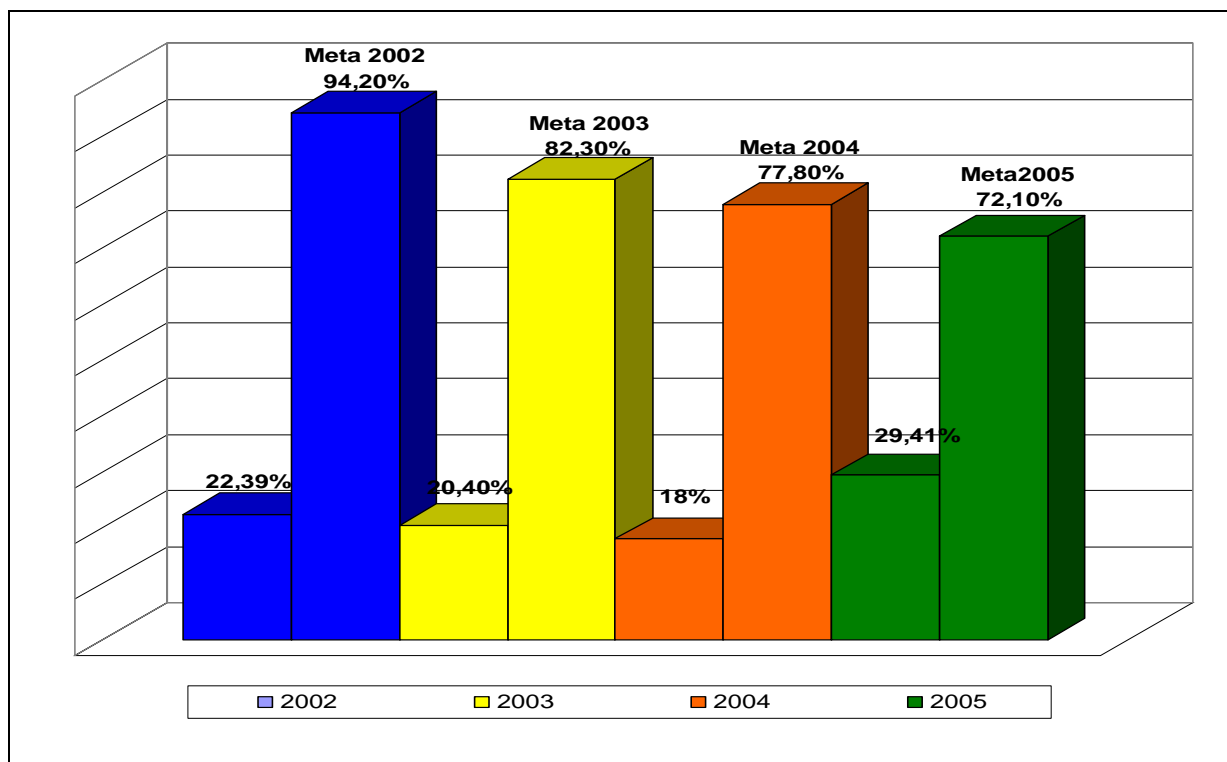
A transmissão vertical do HIV ocorre quando o feto é infectado pelo vírus da AIDS durante a gestação, parto ou por meio da amamentação. Nestes casos, o diagnóstico precoce de gestantes infectadas, o tratamento durante a gestação, o parto cesariano programado e a suspensão do aleitamento materno são medidas que devem ser tomadas para reduzir os índices de transmissão vertical. Deste modo, o teste anti-HIV deve ser ofertado para toda a gestante durante a assistência pré-natal. Assim, quanto mais precoce a detecção do HIV, maiores chances de evitar a transmissão para o concepto.

Ressalta-se que, na concepção do PHPN, o teste anti-HIV não é considerado do elenco dos exames básicos, apesar da sua importância para o diagnóstico e tratamento adequado em caso positivo.

No contexto da assistência pré-natal, no que se refere a realização de exames, dentre eles o teste anti-HIV, o espaço de tempo entre a solicitação e a chegada do resultado é crucial para a realização de uma assistência adequada. Alguns estudos descrevem que a estrutura que o município pode disponibilizar para o atendimento de toda a demanda e o tempo de retorno do resultado a unidade de saúde, é crucial para a efetividade do tratamento e encaminhamento correto da mulher para os atendimentos de referência necessários.

Conforme já foi observado, os índices obtidos pelo indicador de captação precoce (Gráfico 3) irão influenciar o comportamento dos demais indicadores, pois, quanto mais

precocemente a gestante iniciar o pré-natal, mais condições, principalmente tempo necessário para a realização das atividades recomendadas pelo programa. Frente aos resultados obtidos na captação precoce das gestantes no município, os índices obtidos no para o indicador percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram o teste anti-HIV (Gráfico 4) são razoáveis, embora estejam aquém das metas programadas. Para este indicador o município de Itabuna registrou 22,39% em 2002, ocorrendo uma diminuição em 1,99 pontos percentuais em 2003 que registrou 20,40%. Em 2004 a diferença para baixo se acentua em 2,4 pontos em relação ao ano anterior assinalando 18%, contudo, conforme já aconteceu com alguns gráficos anteriores, ocorreu crescimento em 2005, que apresentou um aumento de 11,41 pontos percentuais, registrando 29,41%. Relacionando com as metas programadas pela PAB, em 2002 o percentual obtido equivaleu a 23,8% da meta programada para este ano. Em 2003 e 2004 os percentuais assinalados alcançaram 24,9% e 23,1% das referidas metas respectivamente. Conforme já foi visto, o Gráfico 4 somente apresentou crescimento em 2005, cujo percentual equivaleu a 40,8% da meta deste ano. Analisando o intervalo de tempo decorrido entre os quatro anos deste estudo, verificou-se que ocorreu crescimento de 7,11 pontos percentuais no intervalo 2002-2005.



**Gráfico 4.** Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram o teste anti-HIV e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.

Em comparação com os índices do estado para o indicador do Gráfico 4, verificou-se que o município de Itabuna obteve melhores resultados em todos os anos do estudo. Em 2002, por exemplo, a Bahia obteve resultado nulo enquanto que o município assinalou acima dos 20% conforme já foi descrito. Em 2004 o estado registrou quase a metade do percentual do município 10,95%. No ano de 2003 a diferença entre estado e município caiu para 1,11 pontos percentuais, em que a Bahia obteve 16,89% e no último ano do estudo a diferença entre eles voltou a aumentar, registrando 9,13 pontos, sendo que o estado da Bahia assinalou 20,28% (BRASIL, 2006).

Um dos problemas da prevenção na transmissão do vírus HIV para as gestantes está relacionado à baixa oferta de testes anti-HIV nos serviços de assistência pré-natal. O teste anti-HIV e o tratamento de gestantes infectadas são preconizados pelo Ministério da Saúde. Infelizmente, com os problemas que interferem neste processo, as mulheres não usufruem do tratamento, o que contribui para o aumento de crianças infectadas no Brasil (GALLETA,

2000; RANGEL, 2005). Nos países desenvolvidos, a ampla implementação de intervenções para a redução da transmissão vertical do HIV, principalmente a administração de anti-retrovirais, cesariana eletiva e substituição do aleitamento materno, resultaram na redução significativa da incidência de casos de AIDS em crianças (BRASIL, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde, a taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 20% e com o uso combinado de determinadas intervenções pode ser reduzida para cifras menores que 1%. No Brasil, estas intervenções não estão disponíveis para toda a população de gestantes, uma vez que existem dificuldades da rede em prover diagnóstico laboratorial, cobertura insuficiente de gestantes e a qualidade da assistência estar aquém do desejável. Some-se a isso a baixa cobertura pré-natal verificada no município de Itabuna, como demonstrou o Gráfico 1.

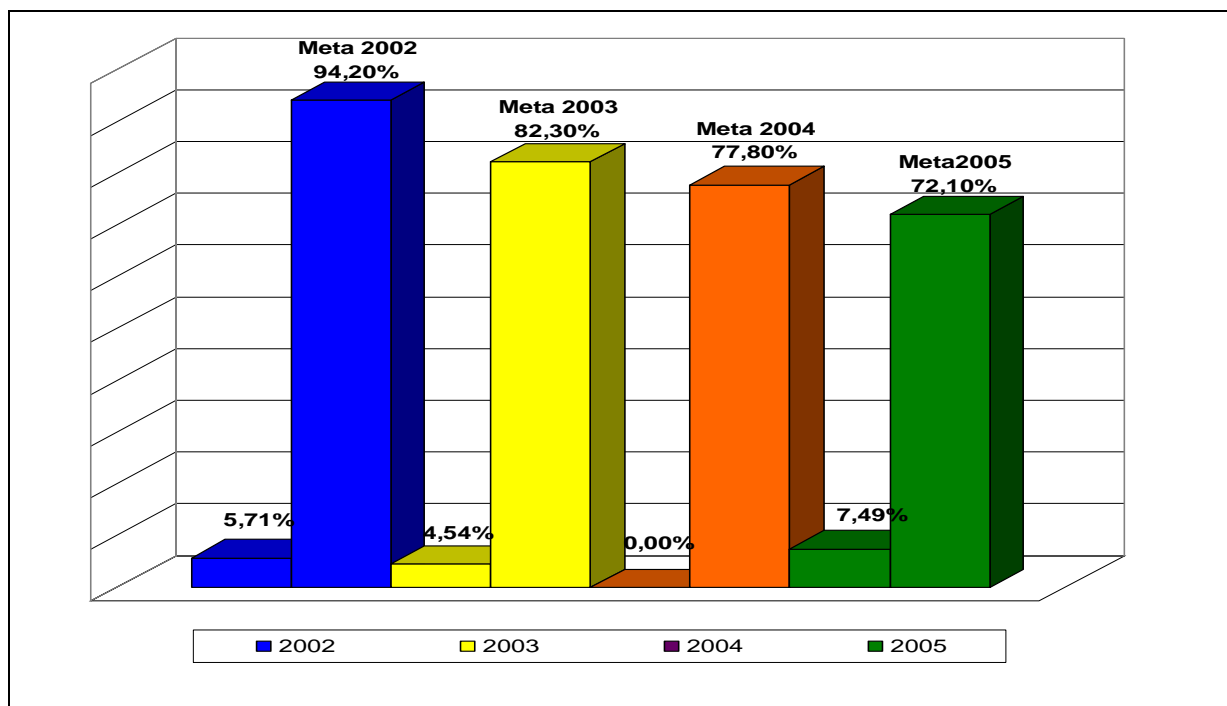
As dificuldades em prover as condições necessárias para diagnóstico do HIV em gestantes, relacionadas à baixa captação na assistência pré-natal, são perceptíveis em outros municípios (MARQUES et al., 2002; CARVALHO et al., 2001).

A problemática da detecção do HIV, da transmissão vertical e de outros aspectos relacionados às atividades preconizadas pelo Programa ainda merece maior dedicação e empenho dos gestores e profissionais envolvidos com a questão saúde em níveis estadual e municipal. Assim, é preciso que avaliações dos contextos locais sejam realizadas para subsidiar a tomada de decisão em busca de estratégias para a melhoria dos programas governamentais voltados para a saúde da mulher.

Toda a preocupação acerca da transmissão vertical com o HIV pode ser referida, também, com a sífilis. A transmissão vertical do *Treponema pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença (BRASIL, 2005c). Este fato, associado à taxa de infecção da transmissão vertical do *Treponema pallidum* em mulheres não tratadas, que é de 70 a 100%, nas fases primárias e secundárias da doença, torna o

indicador que será aqui analisado fundamental para a qualidade da assistência pré-natal (Gráfico 5).

No município em estudo os valores encontrados são preocupantes. Os percentuais foram extremamente baixos, inclusive menores que os índices do teste anti-HIV no mesmo município (Gráfico 4). Entre 2002 e 2004 ocorreu uma diminuição dos índices até o valor nulo. Foram registrados nesses anos os percentuais de 5,71%, 4,54% e 0,00%, sendo que os anos de 2002 e 2003 alcançaram apenas 6,1% e 5,5% das metas para os referidos anos. Em 2005, ocorreu certo crescimento, conforme vem acontecendo com os indicadores até agora, assinalando o percentual de 7,49%. Observando o Gráfico 5, pode-se afirmar que o crescimento ocorrido para este indicador entre os anos deste estudo foi mínimo, não mais que 1,78 pontos percentuais, menor percentual de crescimento dos Gráficos até então analisados. No seu conjunto, o Gráfico 5 demonstra que os índices obtidos pelo município foram muito aquém das metas estabelecidas, contudo, o estado também não assinalou melhores resultados para este indicador. No primeiro ano, em 2002, a Bahia assinalou 0,00%. Diferente do que ocorreu em Itabuna, o estado obteve crescimento, mesmo que pequeno, dos percentuais a partir de 2003 até 2005, em que registrou 3,68%, 4,15% e 4,72%. A diferença entre a Bahia e Itabuna não excedeu os três pontos percentuais em que ambos apresentaram valores.



**Gráfico 5.** Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram os dois exames de VDRL e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.

Acredita-se que um dos fatores para os baixos índices expressos no Gráfico 5 **está** relacionado ao número solicitado de exames por gestação. Este fato dificulta a apresentação de melhores índices, já que somente as gestantes que realizam dois exames de VDRL são registradas no SISPRENATAL. Estes exames são solicitados um na primeira consulta e outro na 30ª semana de gestação, isto porque um teste negativo na primeira consulta não isenta a mulher de contrair o agente causador da sífilis no curso da gravidez.

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, poderá ter uma infecção assintomática ou sintomática nos seus RNs. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas no nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas geralmente nos primeiros 3 meses de vida. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade (BRASIL, 2005).

O indicador que será analisado agora é o percentual de gestantes inscritas no PHPN que receberam a vacina antitetânica (Gráfico 6). A realização da vacinação antitetânica é uma das



atividades preconizadas para adequada assistência pré-natal dirigidas à prevenção do tétano neonatal. Este se define como uma doença infecciosa aguda, não-contagiosa, grave, que acomete o recém-nascido, tendo como manifestação clínica inicial a dificuldade de sucção. No Brasil, não se conhece com exatidão a dimensão do problema. Pelas características do país, imagina-se que muitas áreas possam ser classificadas como “zonas produtivas silenciosas” (SCHRAMM et al., 1996).

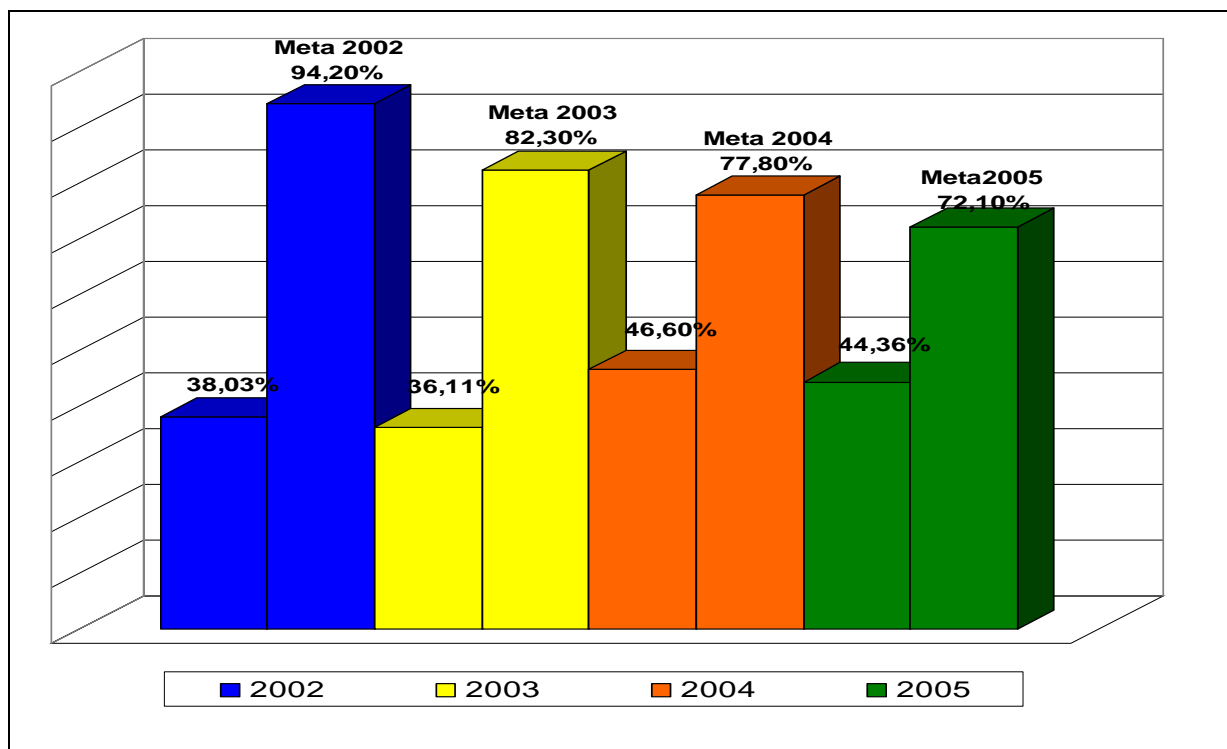
Nesse sentido, concorda-se que nenhuma ação em saúde é tão efetiva e eficiente quanto vacinar crianças contra as principais doenças preveníveis por imunização. Entretanto, ainda existe um hiato entre o potencial dessa prática e suas reais contribuições para a sobrevivência infantil (GAMA, 2001).

O indicador expresso no Gráfico 6 apresenta os melhores índices de grupo de exames e vacinação antitetânica, assim como apresenta os melhores índices de todos os indicadores. Conseqüentemente, assinala os percentuais mais próximos às metas programadas pela atenção básica.

Em 2002 e 2003 os percentuais obtidos foram de 38,03% e 36,11%, ambos alcançando 40,3% e 44% das metas programadas para estes anos. Em 2004 e 2005 os valores apresentados pelo indicador correspondem a 46,60 e 44,36%, equivalendo a 60% e 62% das metas. Apesar da oscilação ocorrida no Gráfico 6, nos índices registrados, pôde-se perceber que entre 2002 e 2005 ocorreu crescimento de 6,33 pontos percentuais.

Comparando com o estado da Bahia, os índices obtidos pelo município em estudo foram melhores nos anos de 2002-2003 e menores nos anos de 2004-2005. Em 2002 a Bahia apresentou 0,00% e em 2003, 4,45%, percentuais bem baixos frente aos obtidos por Itabuna. Neste ano de 2003 a diferença entre estado e município se estabeleceu em 31,66 pontos percentuais, por exemplo. Já entre os anos de 2004-2005, a Bahia apresentou uma melhora significativa dos seus percentuais, assinalando 48,40% e 50,19% respectivamente. A

diferença entre estado e município ficou em 1,8 pontos percentuais em 2004 e 5,83 pontos em 2005.



**Gráfico 6.** Percentual de gestantes inscritas no PHPN que receberam a vacina antitetânica e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.

Quais fatores, então, pode-se afirmar que contribuíram para estes resultados obtidos em Itabuna? Na verdade, os resultados neste indicador referente ao percentual de gestantes inscritas que realizaram a vacinação antitetânica são obtidos também por outras realidades municipais. Parece sensato afirmar que dois fatores influenciaram este resultado durante os anos deste estudo. Primeiro que a realização da vacinação antitetânica parece ser, do grupo de atividades recomendadas pelo MS, uma das mais assimiladas e realizada pelos profissionais de enfermagem em especial, que prestam assistência pré-natal em Itabuna, pois, em todas as unidades de saúde, existe proximidade entre o consultório de enfermagem e a sala de vacinas, facilitando a realização desta atividade. Também o insumo é assegurado e o profissional de enfermagem é apto a realizar esta atividade. Neste contexto dois pontos

importantes devem ser ressaltados. Primeiro, refere-se ao fato de que o registro das atividades do PHPN é realizado imediatamente após a realização do procedimento, diferentemente dos exames que só são registrados após o resultado no retorno da gestante à unidade de saúde com o resultado pronto. Este fato poderá ter diminuído o sub-registro da vacina. Segundo, que a vacinação prévia das gestantes pode ter interferido no resultado do indicador em questão. Este fenômeno se deve à cobertura vacinal no Brasil. Sendo assim, muitas mulheres, mesmo captadas precocemente, já realizam pré-natal com o esquema vacinal pronto ou atualizado para a vacinação antitetânica. Contudo, ainda concorda-se com Serruya, Cecatti e Lago (2004), quando abordam esta questão no Brasil:

A realização da vacina antitetânica, uma atividade de absoluto consenso técnico, ainda apresenta percentual aquém do ideal. A primeira hipótese é a ausência de parte dos registros das doses aplicadas, reiterando a necessidade de organização e gestão da assistência. Como a erradicação dos casos de tétano neonatal ainda é uma meta a ser alcançada, esse indicador merece permanente avaliação, principalmente nos municípios em que esse risco é maior (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004, p. 1.288).

O tétano neonatal é uma das principais causas da mortalidade neonatal em certos países subdesenvolvidos e, em algumas situações, pode representar cerca de 30% a 50% destas mortes (STANFIELD; GALAZKA, 1984; GALAZKA; STROH, 1986; MELGAARD et al., 1988).

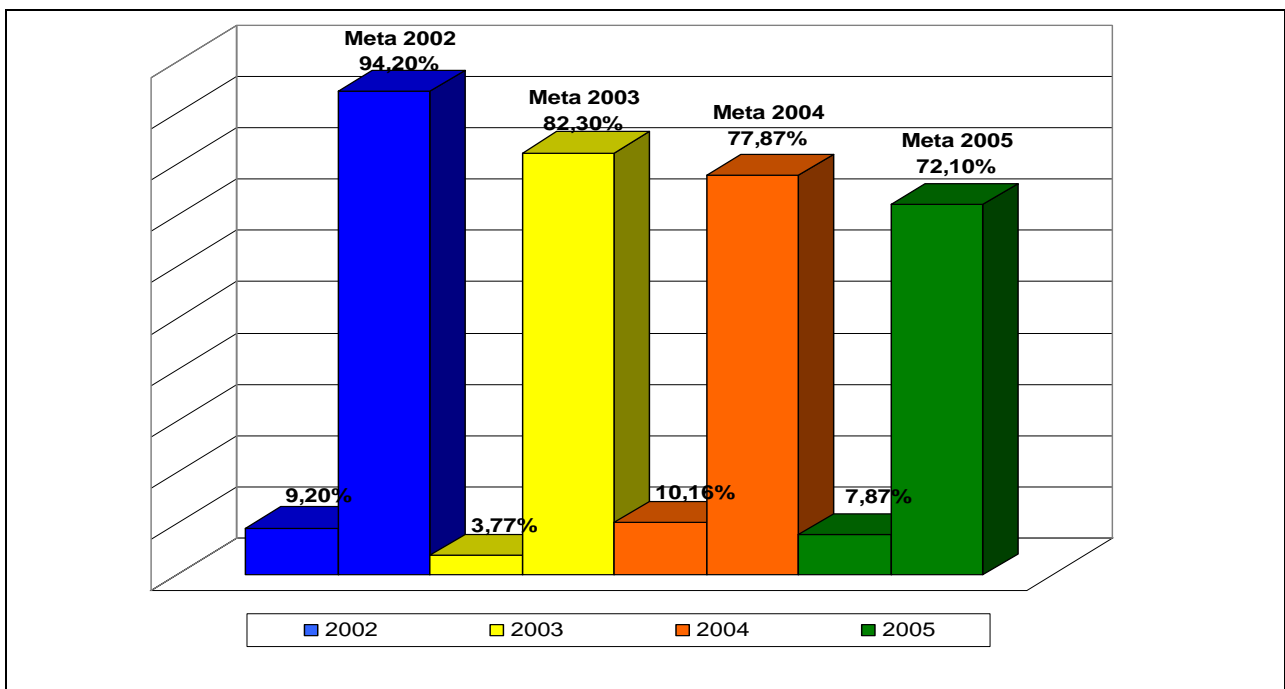
### 4.3 INDICADORES COMBINADOS DE CONSULTAS E EXAMES PRÉ-NATAIS

Segundo a portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, para um adequado acompanhamento pré-natal e assistência e à puérpera, o município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver uma modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e realizando as atividades recomendadas no PHPN. Os indicadores que serão analisados agora tratarão do conjunto destas atividades que são estabelecidas como as mínimas para assistência pré-natal de qualidade do programa. O próximo indicador que será analisado é o percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal.

O número de consultas pré-natais por gestante é o indicador mais utilizado juntamente com os indicadores de cobertura, para avaliar a qualidade de pré-natal. É comprovada por estudos a relação existente entre os números de consultas pré-natais e condições favoráveis do conceito ao nascer, além da diminuição de problemas durante o trabalho de parto.

Segundo o próprio Ministério da Saúde, 95% das causas de morte maternas são evitáveis com medidas pré-natais adequadas e incluem o número de consulta por gestantes (BRASIL, 2000). Apesar de no Brasil a média de consultas pré-natais por gestantes vir aumentando, não existe consenso em relação ao assunto, pois, em países desenvolvidos pode variar de 3 a 9 sendo esse número apontado no mais novo estudo multicêntrico realizado pela OMS (GAMA et al., 2004; FERREIRA, 2001). Contudo, é preciso refletir que outros aspectos são necessários para a garantia de bons resultados na assistência pré-natal, como, por exemplo, as dificuldades e facilidades do acesso as unidades de saúde e o tempo decorrente entre a solicitação de determinados procedimentos, o resultado, diagnóstico e tratamento (RANGEL, 2005).

Analisando o Gráfico 7, o qual expressa o indicador percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas pré-natais, evidencia-se que, no município de Itabuna, os índices assinalados são 9,20% em 2002. Em 2003 ocorreu uma queda de 5,43 pontos percentuais, em que o índice assinalado foi de apenas 3,77%. Em 2004 o indicador obteve aumento de 6,39 pontos percentuais, com 10,16%. No ano de 2005, houve diminuição em 2,29 pontos, assinalando 7,87%. O percentual das metas da PAB alcançado pelo indicador para cada ano do intervalo 2002-2005 foi de 9,8%, 4,6%, 13% e 11% respectivamente. Conforme se viu, o Gráfico 7 demonstra que, em relação às metas programadas, os valores obtidos pelo município foram muito baixos. Na análise dos índices dos anos deste estudo, percebeu-se também que este é o primeiro indicador, dos até então analisados, em que não há crescimento entre 2002 e 2005.



**Gráfico 7** - Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.

O Gráfico 7 indica que, no conjunto total de gestantes inscritas no programa, um percentual pequeno realizou o mínimo de consultas preconizadas pelo PHPN. Na constatação

dos índices do estado, a Bahia apresenta a mesma dificuldade. Em 2002 obteve resultado nulo, sendo que em 2003 o aumento obtido foi apenas de 0,01%. A diferença entre Bahia e Itabuna em 2004 foi de 1,81 pontos percentuais para o município, já que o estado assinalou 8,35%. Em 2005 a Bahia obteve percentual de 8,27%, sendo a diferença de 0,4 pontos apenas para o estado (BRASIL, 2006).

Outros municípios, fora do estado da Bahia, apresentaram melhores resultados para este indicador, a exemplo de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul, que registra excelentes resultados no primeiro ano de implantação do programa no Brasil, obtendo 90,3% de gestantes que realizaram 6 consultas pré-natais (TREVISAN et al., 2002). Outros municípios também obtiveram resultados satisfatórios, como Teresina, que assinalou 63,9%, e Rio de Janeiro, com 58,8%, ambos em 2004 (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004). No Brasil ocorreu crescimento, já que muitos obtiveram melhores resultados que em Itabuna. Em 2002 o índice nacional foi de 22,63% (TANAKA, 2004).

Ressalta-se que, para o município assegurar a atividade expressa por este indicador, é necessária uma estrutura adequada com recursos materiais e humanos qualificados. No município de Itabuna, foi possível analisar, através da leitura dos Relatórios de Gestão, que a estrutura física e humana direcionando para a realização da assistência pré-natal foi gradualmente aumentada no decorrer dos anos em estudo. Contudo, conforme demonstra o Gráfico 7, não houve melhoria dos percentuais obtidos (ITABUNA, 2002, 2003, 2004, 2005).

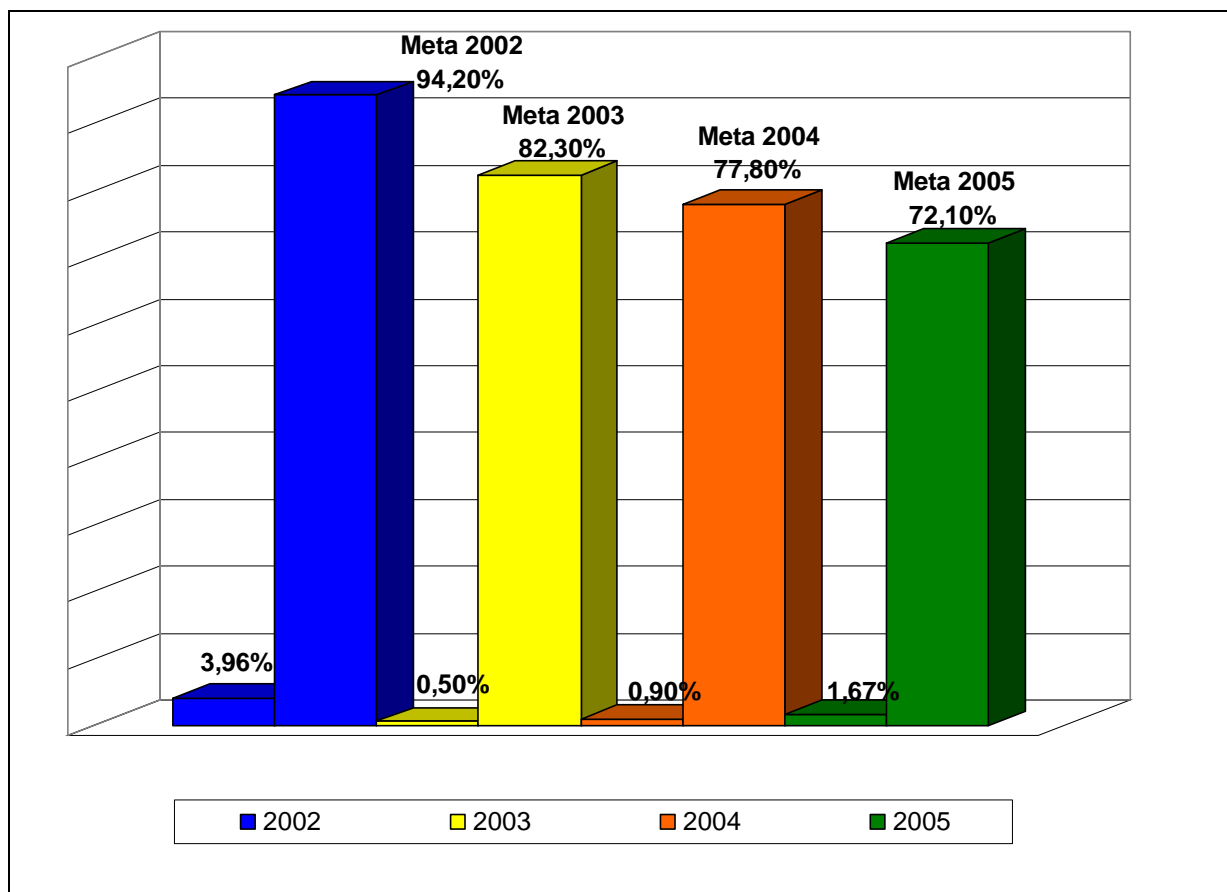
Outra atividade própria do PHPN e de grande interesse para a assistência à saúde da mulher é a consulta de puerpério. O puerpério é o período pós-parto, que, segundo a literatura, pode levar até um ano, sendo neste caso denominado tardio. O período de interesse efetivo para assistência pré-natal e para o Programa é denominado puerpério mediato, sendo considerado o tempo de 42 dias.

O período puerperal é propenso à ocorrência de patologias de variadas ordens, físicas e emocionais, devido ao número de situações que podem ocorrer neste período, incluindo as que podem levar a mulher a óbito, independentemente da condição desta durante o pré-natal.

A consulta de puerpério é um momento único e específico no processo de assistência do programa. Segundo os estudos, executar a vigilância às puérperas com adequada orientação se faz necessário a fim de auxiliar a adaptação a esta nova fase, de transição, pois a mãe se encontra vulnerável às pressões emocionais e físicas (KANISGOSKI, 2000).

Dentre os indicadores combinados de consultas e exames, o percentual de gestantes que realizaram seis consultas pré-natais e a consulta de puerpério (Gráfico 8) é o que apresenta pior desempenho, inclusive em relação aos indicadores já mencionados.

Os valores do indicador demonstrados no Gráfico 8 foram, como os anteriores, abaixo do esperado apontando para a dificuldade da realização da consulta de puerpério no município em estudo. Entre 2002 e 2005 a diferença em pontos percentuais é mínima. Os índices assinalados foram de 3,96%, 0,50%, 0,90% e 1,67%. Estes assinalaram percentual muito pequeno em relação às metas da PAB. Em 2002, que apresentou maior percentual, alcançou apenas 4,2% da meta. O percentual de 2003 equivaleu a mínimos 0,6%, em que o ano posterior, 2004, equivaleu a 1,6%. O ano de 2005 alcançou o equivalente a 2,3% da meta. Na análise de todo o intervalo de tempo observou-se que ocorre uma diminuição de 2,29 pontos percentuais entre o 2002 e 2005.



**Gráfico 8.** Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.

O estado da Bahia igualmente não logrou bons resultados quando comparados com os valores obtidos pelo município de Itabuna. Contudo, apresentou crescimento entre os anos do estudo. Nos primeiros dois anos, o estado também não realizou as atividades previstas no indicador em análise, assinalando 0,00%. Nos anos de 2004 e 2005, registrou melhores resultados que Itabuna, 3,11% e 3,57%, uma diferença de 2,21 e 1,9 pontos percentuais para a Bahia. No Brasil, índices obtidos nos primeiros dois anos do programa no país assinalaram 6,47% e 9,43%, em 2001 e 2002 respectivamente.

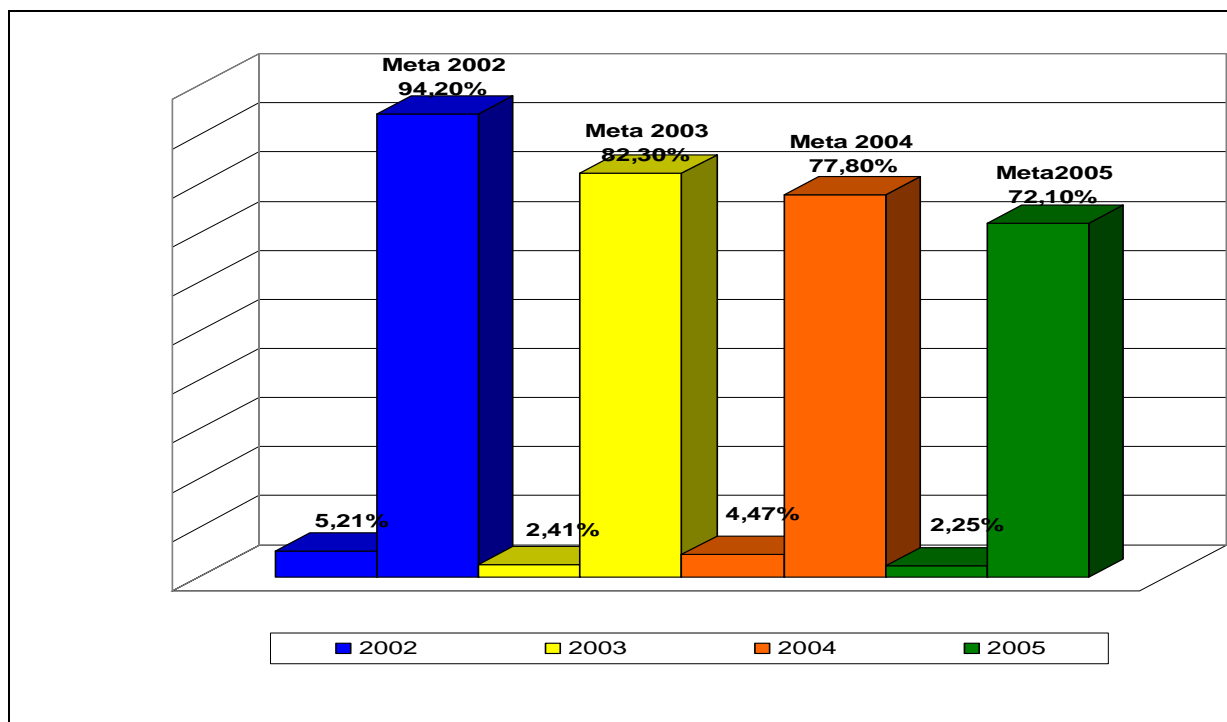
A maioria dos profissionais que trabalha nos serviços de assistência pré-natal refere que a dificuldade em realizar a consulta de puerpério está na usuária que não retorna para a realização desta atividade, mesmo quando orientada. Contudo, o número de crianças recém-nascidas que são imunizadas nos primeiros dias de vida corretamente é bem elevado no



Brasil, sendo que nestes casos são as mães que levam as crianças para serem vacinadas, demonstrando que as puérperas retornam à unidade de saúde, ocorrendo problemas no encaminhamento dentro da própria unidade (RANGEL, 2005). Por outro lado, existem elementos ligados aos profissionais que atendem as mulheres, não sendo incomuns idéias prevalentes de que a consulta puerperal não faz parte da assistência pré-natal.

Fazendo parte do conjunto da assistência pré-natal, os exames básicos de rotina auxiliam na investigação, diagnóstico e tratamento das intercorrências da gestação. Segundo a portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 do Ministério da Saúde, os seguintes exames básicos devem ser realizados durante a assistência pré-natal; ABO-RH e HB/Ht, na primeira consulta, VDRL, urina de rotina e glicemia de jejum na primeira consulta e na 30ª semana gestacional.

O próximo indicador é descrito como percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos (Gráfico 9). Os índices alcançados foram realmente baixos. Em 2002 o município obteve 5,21%. Em 2003 ocorreu diminuição de 2,8 pontos em relação ao ano anterior, assinalando 2,41%. Em 2004 Itabuna obteve 4,47%, aumento de 2,1 pontos percentuais. Em 2005 ocorreu outra diminuição no percentual de 2,2 pontos, já que o percentual obtido foi de 2,25%. Em relação às metas programadas, ocorreram apenas 5,5%, 3%, 6% e 3,1% para cada ano do período estudado. Observando o período de anos do estudo, percebeu-se que ocorreu diminuição de 2,96 pontos percentuais.



**Gráfico 9.** Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.

As mesmas dificuldades para este indicador também foram encontradas no estado. A Bahia assinalou 0,00% em 2002, 0,01% em 2003. Em 2004 obteve 4,05%, ficando mesmo assim com percentual abaixo de Itabuna em 0,42 pontos percentuais. Em 2005 obteve 3,42%, índice maior que o município, em 1,1 pontos percentual (BRASIL, 2006).

No contexto da assistência pré-natal, a realização, por exemplo, da tipagem sanguínea e fator Rh é de suma importância, já que não só se facilita uma possível transfusão sanguínea na hora do parto, como também é meio de prevenção de eritroblastose fetal (RIBEIRO et al, 2004).

O teste de VDRL, para diagnóstico da sífilis, deve ser disponibilizado para 100% das gestantes. Estudos sorológicos para a detecção das infecções transmitidas verticalmente são de grande importância para a saúde pública, já que o diagnóstico e tratamento desta doença infecciosa previnem a sua transmissão aos recém-nascidos e reduzindo a incidência no Brasil (MARQUES, 2001). Neste contexto, alguns estudos indicam que a falta de capacitação e

atualização de profissionais da assistência são fatores a serem avaliados e considerados, na má qualidade da assistência, para o diagnóstico da sífilis no Brasil (FERREIRA, 2001).

Segundo o estudo de Rangel (2005), o exame de glicemia é critério recomendado pelo Consenso Nacional de Diabetes e Gravidez integrando a rotina pré-natal. O mesmo autor cita o estudo de Serruya, Cecatti e Lago (2004), o qual infere que toda mulher que engravida está predisposta a desenvolver diabetes gestacional. Os teores elevados de glicose podem vir a comprometer o desenvolvimento fetal aumentando o risco de morte da criança depois do parto (RANGEL, 2005).

No que concerne ao percentual de gestantes que realizaram o número de consultas preconizadas, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, o Gráfico 10 exhibe valores extremamente baixos e não apresentam crescimento no decorrer dos anos em estudo. Como já foi observado, essas atividades constituem ações de assistência consideradas mínimas para um pré-natal de qualidade.

A análise dos percentuais dos indicadores que combinam atividades, no município de Itabuna, ratifica o argumento encontrado em outros estudos, de que o número de consultas pré-natais é fator essencial para a realização do conjunto de atividades recomendadas pelo PHPN. Percebe-se que a problemática que infere sobre esta atividade é também a enfrentada em outras localidades (RANGEL, 2005; COUTINHO, 2004).

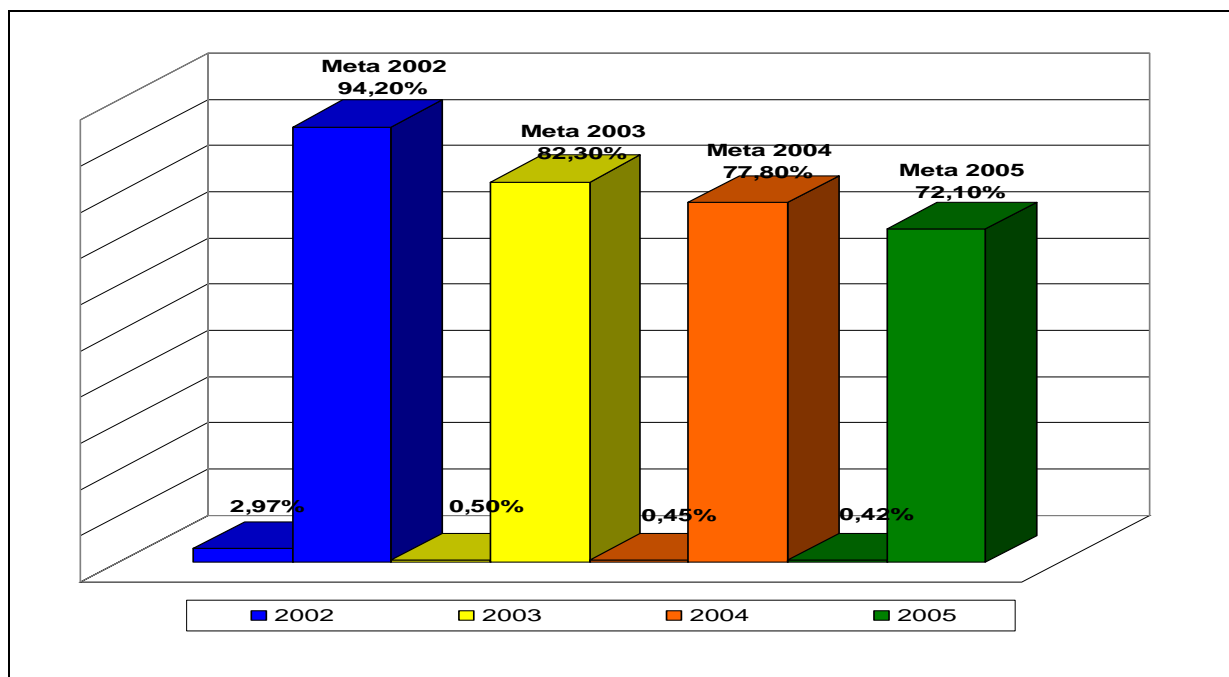
A dificuldade em obter melhores percentuais, à medida que o indicador associa mais atividades, é evidente no município em estudo, apontando para a in adequação dos serviços em oferecer assistência pré-natal de qualidade. O Gráfico 10 registra o percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram o conjunto de atividades com exceção da vacinação antitetânica. Para esse indicador expresso no Gráfico 10, o município assinalou índices igualmente baixos e apresentou uma diminuição através dos anos do estudo. Assim, foi assinalando 2,97%, 0,50%, 0,45% e 0,42 entre os anos de 2002-2005 respectivamente.

Esses índices equivaleram respectivamente a 3,2%, 0,6%, 0,6% e 0,6% das metas programadas específicas para cada ano deste estudo. A diminuição em pontos percentuais foi mínima, mas, como os índices foram baixos, somente piorou a situação do indicador. Analisando o Gráfico 10, percebeu-se que ocorreu uma diminuição no período do estudo de 2,55 pontos percentuais.

Destaca-se que o Estado obteve índices piores que o município de Itabuna, uma vez que, além de registrar 0,00% nos anos de 2002 e 2003, assinalou somente 1,64% em 2004 e 1,44% em 2005. Vale ressaltar que os índices do estado são um pouco melhores que Itabuna, aproximadamente 1,2 pontos percentuais (BRASIL, 2006).

Estudos de avaliação do PHPN relatam que os problemas que o obstaculizam o alcance satisfatório desse indicador são a ausência de apoio laboratorial para o atendimento da demanda municipal, dificuldades da realização do diagnóstico precoce da gravidez e os problemas relativos à consulta puerperal (COUTINHO et al., 2004; RANGEL, 2005).

Os baixos percentuais de gestantes que realizaram seis consultas acabam por condicionar o comportamento dos demais indicadores, dentre eles os que agora são analisados. Este fenômeno também foi evidenciado por outros estudos que concluem que a assiduidade das visitas indica maior probabilidade do cumprimento do protocolo dos exames previstos no PHPN (RANGEL, 2005; COUTINHO, 2004).

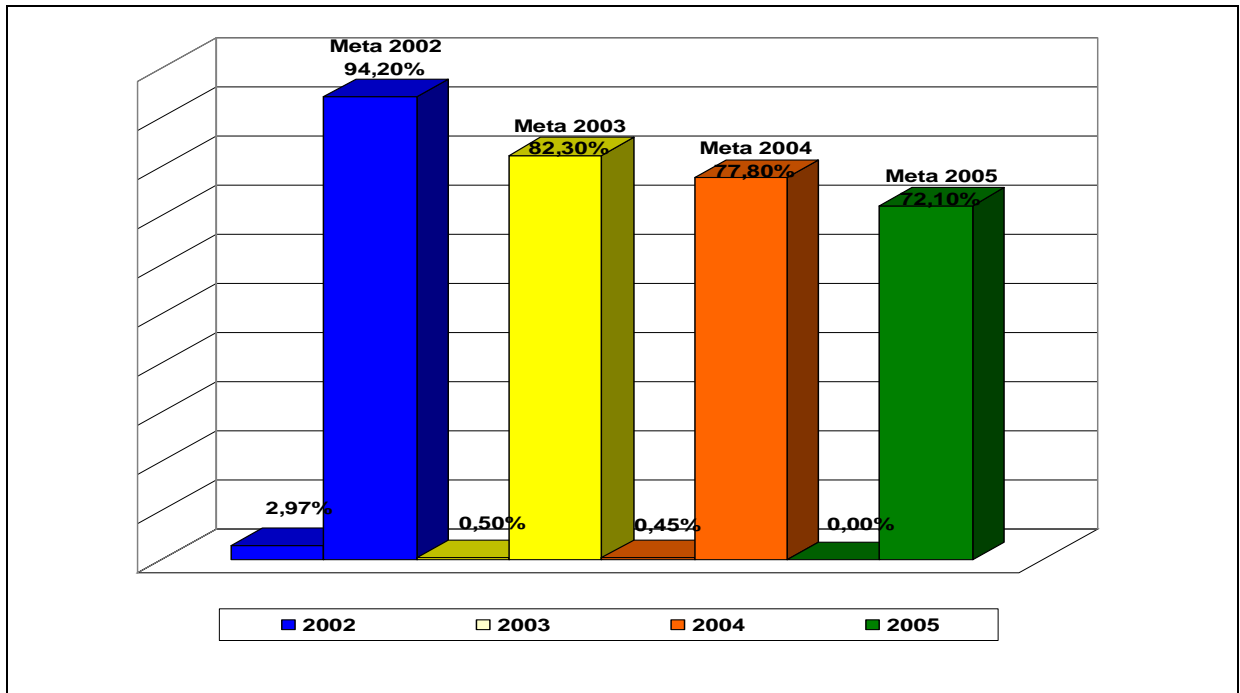


**Gráfico 10.** Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, consulta de puerpério e todos os exames básicos e Metas da Programação da Atenção Básica nos anos 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.

Fazendo um paralelo, podemos afirmar que o comparecimento da gestante em maior número de vezes nas unidades de saúde facilitaria a realização do grupo de atividades preconizadas pelo Programa, deste modo, assinalando melhores resultados.

O indicador que associa a vacinação antitetânica com consultas de pré-natais, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, é apresentado no Gráfico 11. Os índices obtidos neste indicador se assemelham aos obtidos no Gráfico 10, exceto que em 2005 o índice é nulo (0,00%). Deste modo, a mesma análise para o Gráfico anterior pode ser colocada para este indicador. O estado apresentou resultado bem parecido também com o anterior, contudo, assinalou 1,60% em 2004 e 1,39% em 2005, sendo nulo nos dois primeiros anos, em que o município apresentou percentual de 2,97% para 2002 e 0,50% para 2003. Os índices do estado nestes anos foram maiores que o município em apenas 1,15 e 1,39 pontos percentuais.

Conforme observou-se, à medida que mais atividades são incorporadas aos indicadores, menores os valores se apresentam. O desempenho do município foi piorando no decorrer dos anos, chegando a ser nulo no final do período.



**Gráfico 11.** Percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos e vacina antitetânica e Metas da Atenção Básica nos anos de 2002 a 2005. Itabuna, Bahia.

O conjunto de atividades que compõem o Gráfico 11 define, também, a conclusão da assistência pré-natal, na concepção do PHPN. Os percentuais mínimos a serem alcançados por cada município devem ser de 30% para o primeiro ano e 50% no segundo ano de implantação do Programa (BRASIL, 2006). Fato este que não aconteceu no município.

## 5 CONCLUSÃO

O estudo apresentou indicadores muito abaixo do esperado, principalmente em relação à Programação da Atenção Básica no período compreendido entre 2002 e 2005, em que pese algumas limitações relativas ao processo de coleta de dados e cálculo dos indicadores apontados no Capítulo 4.

O estudo inclui três grupos de indicadores, que foram sistematizados para este estudo, classificados em: grupo 1. Indicadores de cobertura e captação de gestantes; grupo 2. Indicadores de exames e vacinação antitetânica; e grupo 3. Indicadores combinados de consultas e exames laboratoriais.

Em relação a estes grupos de indicadores, pode-se afirmar que o grupo de indicadores de cobertura e captação de gestantes obteve os melhores percentuais em seu conjunto, sendo que os indicadores combinados obtiveram os piores resultados, também observando os anos estabelecidos para este estudo. O estudo revelou que nenhum indicador alcançou 50% da meta ou mais durante todo o período do estudo. O percentual acima de 50% da meta foi conseguido em dois indicadores apenas e em alguns anos. O Gráfico 1, que expressa o percentual de gestantes que realizaram a 1ª consulta em relação à população alvo, no ano de 2005 alcançou 51,2% da meta e o indicador do Gráfico 6, que representa o percentual de gestantes inscritas que receberam a vacinação antitetânica, que nos anos de 2004 e 2005 alcançaram 60% e 62% das metas.

Analisados de *per se*, percentuais mais elevados foram obtidos para as gestantes inscritas que receberam a vacina antitetânica 46,6%, no ano de 2004 e 44,4% no ano de 2005, conforme já se sabe; seguido do percentual de gestantes inscritas que realizaram a 1ª consulta, em relação ao total de gestantes do município; o percentual de gestantes que receberam a vacinação antitetânica nos anos de 2002 e 2003, 38,03% e 36,1%, respectivamente; o

percentual de gestantes inscritas no ano de 2003 (33%) em relação ao total de gestantes do município, seguido do ano de 2004 (29,4%), e o percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV no ano 2005 (29,4%).

Na distribuição anual dos indicadores estudados, observou-se que alguns indicadores obtiveram valor zero em determinado ano. Foram eles: percentual de gestantes que realizaram os dois exames de VDRL, no ano de 2004, e o percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natais, a consulta de puerpério, todos os exames básicos e vacina antitetânica no ano de 2005 (Gráfico 11), sendo este o indicador mais crítico revelado pelo estudo.

No tocante à evolução dos indicadores no período do estudo, observou-se que não houve evolução linear no interior de cada grupo de indicadores. Essa evolução foi observada no total do período do estudo, considerando os valores obtidos em 2002 e 2005. Entretanto, apenas os indicadores dos grupos de cobertura e captação de gestantes e de exames e vacinação antitetânica tiveram evolução ascendente, os quais estão expressos nos Gráficos 1 a 6. Vale ressaltar que todos os indicadores dos dois grupos citados apresentaram oscilações no decorrer do período estudado. Os indicadores de consultas e exames laboratoriais, expressos nos Gráficos de 7 a 11, sem exceção, apresentaram diminuição dos percentuais no período do estudo, estando neste grupo os indicadores que obtiveram valor zero.

O estudo revelou uma curiosidade em relação à evolução dos indicadores no período do estudo: no ano 2004 os percentuais foram mais baixos para quase todos os indicadores descritos, seja em relação ao valor do ano inicial (Gráficos 2, 8, 9, 10 e 11), em relação aos anos adjacentes (Gráfico 1), ou em relação a ambos (Gráfico 4 e 5). A exceção dos baixos valores para o ano de 2004 ficou por conta do percentual de gestantes que receberam a vacina antitetânica (Gráfico 6) e que receberam 6 consultas pré-natais (Gráfico 7). Entretanto, mesmo tendo obtido valor elevado para o indicador relativo à vacina antitetânica, quando comparado



com o alcance da meta prevista, o ano de 2004 obteve 59,9%, sendo que o ano de 2005 registrou maior percentual (61,5%).

Um dos fatores que provavelmente influenciaram a questão da cobertura e captação de gestantes é o acesso aos serviços de saúde. Em Itabuna, existem 28 unidades de saúde com 21 equipes de saúde da família distribuídas em 64 bairros que disponibilizam a assistência pré-natal. Proporcionalmente, algumas delas acabam por ter maior demanda. Existem duas zonas rurais em Itabuna, que, segundo o relatório de gestão em 2004, dispunham de uma equipe de Programa Saúde da Família que atendia a estas duas comunidades em dias alternados. Contudo, em 2005, ocorreu a implantação de mais uma equipe do programa destinada à zona rural, resolvendo, assim, este problema.

Essa característica do município pode ter influenciado a realização da assistência pré-natal nas zonas rurais, pós-implantação do PHPN. Segundo dados da Secretaria de Saúde de Itabuna, a população coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF) foi de 75% em 2005 (SIAB, 2005), sendo alta a demanda ao SUS para os serviços de saúde do município.

Ainda abordando a questão de cobertura e captação de gestantes, observou-se que não existiu uma ação concreta do município neste contexto, apenas deixando esta atividade a cargo das unidades de saúde, equipes de PSF e PACS, já que esta faz parte também do grupo de atividades destes programas. É verdade que o ano de 2005 apresentou melhores percentuais neste e nos demais indicadores, no entanto, não se tem condições de afirmar que este resultado irá continuar. O fato de o município obter neste grupo de indicadores, neste ano, os melhores resultados em todos os indicadores do período estudado leva a crer numa melhoria deste contexto, mesmo assim outros estudos são necessários para a comprovação deste fenômeno.

Com baixos índices de captação, outro problema se evidencia, a captação precoce de gestantes. A captação precoce, conforme foi referido, torna-se fundamental para a realização

das demais atividades requeridas pelo Programa (RANGEL, 2005; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; TANAKA, 2004). Estes estudos apontam que, nos primeiros dois anos de implantação do Programa no país, os baixos índices de captação precoce de gestantes foram um dos problemas enfrentados em diversos municípios. Em Itabuna, conforme revelou o estudo, os valores foram baixos, com destaque para o ano de 2004, terceiro ano de implementação do PHPN, que registrou o menor percentual (22,9%).

Apesar de compreender as dificuldades de implantação e funcionamento de um programa com as características do PHPN, esperou-se observar dados mais elevados neste município, principalmente devido às suas características e estruturas descritas na metodologia deste estudo. Contudo, os valores observados se mantiveram abaixo da expectativa, principalmente relativos às metas programadas. Assim, também aconteceu no grupo de indicadores de consultas, em que os resultados obtidos foram desanimadores. A característica principal deste grupo está em associar a quase totalidade das atividades preconizadas pelo Programa. Já foi citado que o grande desafio dos municípios é proporcionar às gestantes as condições necessárias a realização das atividades estabelecidas (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Os indicadores revelam que o município de Itabuna vivenciou o mesmo processo. Para a realização do conjunto de atividades propostas, o município deve disponibilizar a população recursos técnicos, materiais e humanos.

Observando a estrutura de saúde municipal, enfatiza-se ao afirmar que este é portador de uma condição suficiente para obter melhores resultados. Contudo, este estudo não consegue detectar, nem tem isto como objetivo, quais os problemas vividos em nível prático que justifiquem os valores observados nesta avaliação. Para isso seria preciso novas avaliações, com objetivos qualitativos específicos para uma descrição com outro enfoque desta realidade.

Pode-se, no entanto, tentar realizar uma reflexão ante os índices obtidos. Durante o período deste estudo, por exemplo, não consta nos relatórios de gestão municipais, conforme já

citado, treinamento específico para a implantação do PHPN ou mesmo um treinamento referente à assistência pré-natal em Itabuna. A falta deste treinamento poderá ter prejudicado o desenvolvimento do Programa como um todo.

Apesar do número de profissionais médicos e enfermeiros envolvidos na assistência pré-natal, não se sabe se estes têm real entendimento sobre o PHPN, suas atividades, atribuições e objetivos. Como, então, desenvolver um programa de saúde, se os atores envolvidos não conhecem o mesmo? Part-se da premissa de que a ausência deste treinamento ou atualização não confere a parte dos profissionais envolvidos o conhecimento do programa. Outro problema que o município possa estar passando refere-se à dificuldade de preenchimento, encaminhamento e digitalização dos impressos para cadastramento e inscrição das gestantes, descritos na metodologia deste estudo. Cada unidade de saúde encaminha semanalmente estes impressos ao Departamento de Bioestatística da Secretária Municipal de Saúde para posterior alimentação do SISPRENATAL. Neste processo podem ocorrer alguns problemas, como dificuldade ou ausência de registro nos impressos por parte dos profissionais, extravios destes impressos e problemas na digitação no sistema.

No grupo de indicadores de exames e vacinação observou-se uma melhoria dos valores registrados. Este grupo retrata três atividades preconizadas pelo Programa, contudo de maneira isolada. Precisa-se descrever uma exceção, registrada no indicador que refere ao teste de VDRL, que assinalou índices baixos também. Assim, quando inferem sobre estas atividades, os indicadores apresentam melhores resultados, como, por exemplo, o obtido para a vacinação antitetânica, que assinalou percentuais mais expressivos frente às metas programadas. No contexto desta avaliação, é necessário refletir sobre este indicador.

Para a obtenção de valores maiores nos indicadores do processo, acredita-se que a facilidade encontrada na realização da solicitação, encaminhamento e resultado para a realização da vacinação antitetânica deveriam se estender às demais atividades de Programa.

Quando a gestante é encaminhada para esta atividade, desloca-se à “Sala de Vacinas” encontrada dentro da própria unidade de saúde. Este fluxo rápido facilita o encaminhamento e o resultado para o registro desta atividade, sendo, provavelmente, um dos motivos para os índices obtidos. Seria preciso que o município criasse ações para que o tempo entre a solicitação e resultado da atividade relacionadas à realização dos exames e teste anti-HIV fosse mais curto. Sabe-se que a dificuldade encontrada na marcação, realização e obtenção dos resultados determinam diminuição no registro desta atividade. A gestante que apresenta dificuldade de acesso à unidade de saúde, certamente, apresentará dificuldades para o acesso as unidades laboratoriais na realização dos exames.

Ressalta-se que, apesar de os números não corresponderem bem frente às metas programadas, pode-se inferir alguns pontos positivos: o programa foi implantado, as oscilações que ocorreram em alguns gráficos demonstram condições circunstanciais do processo de desempenho efetivo.

A reflexão que se realiza ao final deste trabalho é de que são necessárias ações efetivas no contexto estrutural e técnico para a obtenção de melhores índices destes indicadores. Os estudos utilizados no fundamento desta investigação apresentam reflexões semelhantes às aqui abordadas. Chegou-se a conclusão de que outros estudos avaliativos são necessárias para dar continuidade ao conhecimento dos problemas, buscando decisões para melhores condições da assistência à gestante no município de Itabuna.

Conclui-se, também, que, apesar de este estudo alcançar seus objetivos, apresentou limitações que se estabeleceram no contexto metodológico, por se tratar de um estudo quantitativo. Ressalta-se que todo processo avaliativo é constante e processual, em que a realidade estudada é dinâmica e influenciada por diversos fatores sociais. Assim, a cada momento histórico social, é preciso que o processo de avaliação aconteça levando em consideração os fatores identificados no contexto. A avaliação dos indicadores do processo do

Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no município de Itabuna proporcionou uma reflexão sobre o quanto é importante se realizar um avaliação de programa em saúde, sendo isto mais um dos legados na realização deste estudo.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ARKADER J. **Mortalidade materna**. Niterói: Editora Guanabara Koogan, 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.
- SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BENFAM. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde**. Rio de Janeiro: [BENFAM], 1996.
- BAHIA. Secretaria de Saúde. Superintendência de Planejamento e Descentralização e Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção de Saúde. Diretoria de Promoção de Saúde. **Programação da Atenção Básica 2006**: manual de orientação/ coordenação. Salvador, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- 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. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: ASAJ, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Sífilis congênita**: Diretrizes para o Controle. Brasília: Ministério da Saúde. 2005c.

BRASIL. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**: Relatório de Indicadores do Processo do Sistema de Informação do Pré-Natal. Ministério da Saúde, 2006.

CANESQUI, A. M. A saúde da mulher em debate. **Revista Saúde e Debate**, v. 3, n. 2, p. 29-36, 1987.

CARVALHO, M. H. B. et al. Associação de vaginose bacteriana com o parto prematuro espontâneo. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, set. 2001.

COUTINHO, T. et al. Adequação do Processo de Assistência Pré-Natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG. **RGBO**, Rio de Janeiro. v. 25, n. 10, 2003.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher**: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. 2003, 163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003b.

CONYER, R. T. Et al. Factores asociados a la mortalidad por tétanos neonatal en el área rural de Jalisco. **Salud Pública de México**, Cidade del México, v. 3, n. 2. p. 207-213, 1991.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, JR. ; INEALUT, R., A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, p. 29-47.

CLEMENHAGEN, Carol; CHAMPAGNE, François. Quality Assurance as part of Program Evaluation: Guidelines for Managers and Clinical Department Heads. **Quality Reviews Bulletin - Journal of Quality Assurance**, v. 12, n. 11, p. 383-87, nov., 1986.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynecol Obstet**, v. 48, n. Supl, p. S33-S52, 2001.

DATASUS. **Indicadores e Dados Básicos**. Disponível em [http://:tabnet.datasus.gov.br](http://tabnet.datasus.gov.br). Acesso em 18 nov. 2006. às 9:00h.

DONABEDIAN, A. Enfoques básicos para la evaluación. In: La calidad de la Atención Médica: Definición e Métodos de Evaluación. **La Prensa Médica Mexicana**, cap. 3, 1984, p. 97-157.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspecto da Satisfação das Mulheres com a Assistência ao Parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, sup. 20, p. 552-562, 2004.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. (org). **Morte materna uma tragédia evitável**. Campinas: UNICAMP, 1991.

FERREIRA, C. E. **Avaliação de um Protocolo de Assistência Pré-Natal de Baixo Risco no HC – UNICAMP**. São Paulo. Dissertação (Mestrado) - UNICAMP, 2001.

- FERREIRA, S. L. **Mulheres e serviços de saúde: o processo de trabalho em Distritos Sanitários**. Salvador: Ultragraph, 1996.
- FREITAS, F. **Rotinas em Obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre : Artemed editora, 2001.
- GABBE. S.G. **Obstetrícia: gestações normais e patológicas**. 3. ed. Rio de Janeiro : Editora Guanabara Koogan, 1999.
- GALAZKA, A.; STROH, G. **Le Tetanus du Nouveau-né. Directives pour les Enquêtes au Niveau des Communautés sur la Mortalité Imputable du Tetanus Neonatal**. Genebra: World Health Organization/Expanded Program on Immunization, 1986.
- GAMA, S.G.N et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, 2001.
- GAMA, S.G. N. et al. Fatores Associados à Assistência Pré-Natal Precária em uma Amostra de Puérperas Adolescentes em Maternidade do Município do Rio de Janeiro, 1999 – 2000. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, 2004.
- GUBA, E.G.; LINCOLN Y.S. **Fourth generation evaluation**. Berverly Hills: Sage, 1990.
- HALPERN, Ricardo et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cad. Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 18 nov. 2006 às 9:00h.
- IBGE. **Estimativas de população para o Brasil em 2003**. Brasília: Ministério da Saúde: Datasus, 2005.
- ITABUNA. **Relatório de gestão municipal de saúde**. Prefeitura Municipal de Itabuna. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica/Departamento de Planejamento, Acompanhamento e Avaliação do SUS, 2002.
- ITABUNA. **Relatório de gestão municipal de saúde**. Prefeitura Municipal de Itabuna. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica/Departamento de Planejamento, Acompanhamento e Avaliação do SUS, 2003.
- ITABUNA. **Relatório de gestão municipal de saúde**. Prefeitura Municipal de Itabuna. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica/Departamento de Planejamento, Acompanhamento e Avaliação do SUS, 2004.
- ITABUNA. **Relatório de gestão municipal de saúde**. Prefeitura Municipal de Itabuna. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica/Departamento de Planejamento, Acompanhamento e Avaliação do SUS, 2005.
- KANISGOSKI, O. M. **Humanização da assistência no puerpério**. Curso de Especialização em Enfermagem: Universidade Federal do Paraná, 2000.
- MARQUES, H. H. S. et al. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 36, supl. 4, p. 385-392, 2002.
- MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e nas tecnologias médicas**. Belo Horizonte, PUCMG/ FINEP, 1984.



MENEGHEL, S. N., Vigilância epidemiológica do tétano no Rio Grande do Sul, Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 3, n. 4, p. 139-150, 1988.

MELGAARD, B.; MUTIE, D. M.; KIMANI, G. A cluster survey of mortality due to neonatal tetanus in Kenya. **International Journal of Epidemiology**, 17: 174-177, 1988.

MOTTA, P. R. Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras. In: **Revista de Administração Pública**, v. 28 n. 3, jul/set., p. 175-04, 1994.

NEUMANN, A; TANAKA, O. Y. VICTORA, CESAR, G. Qualidade e Equidade da Atenção ao Pré-Natal e ao Parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 6, n. 4, 2003.

OSIS, M. J. D. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito e o programa**: história de uma intervenção. 1994. 198 fls. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

OSIS, M. J. S. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.14, n. supl, p. 25-32, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**, vol. 22. n. 4. 2001. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish>. Acessado em: 10 jan. 2007.

PATTON, M.Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Newbury Park London-New Delhi: SAGE Publications, 1997.

PINOTTI, J. A.; ZEFERINO, L. C.; FAÚNDES, A. Conceito de atenção integral à saúde da mulher. In: HALBE, H. (org.) **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Rocca, 1987. p.47- 51.

RANGEL, R. C. T. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – avaliação do processo e resultado da assistência pré-natal na região de AMFRI, SC**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade do Vale de Itajaí, Centro de Educação da Ciências da Saúde, 2005.

REZENDE, J. **Obstetrícia Fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

RIBEIRO, J. M. et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 534-545 mar/abr. 2004.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. **Evaluation**: a systematic approach. 2. ed. London: Sage, 1982.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SCHRAMM, J. M. A; SANCHES, O; SZWARCOWALD, C. L. Analysis of neonatal tetanus mortality in Brazil (1979-1987). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 1996.

SERRUYA, J. S. **A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil.** Tese. (Doutorado em Tocoginecologia) Universidade de Campinas, SP: [s.n.], 2003.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.281-1.289, 2004.

SISPRENATAL- BAHIA. **Relatório de Indicadores do SISPRENATAL.** Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia, 2005.

SILVIA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** 2005. p. 15 - 40.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Itabuna, 2005.

STANFIELD, J. P.; GALAZKA, A. Neonatal tetanus in the world today. **Bulletin of the World Health Organization**, p. 647-669, 1984.

SOBRINHO, D. F. **Estado e população: uma história do Planejamento Familiar no Brasil.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP, 1993.

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

TANAKA, O. Y.; MELO, C. M. Reflexões sobre a Avaliação em Serviços de Saúde e a Adoção das Abordagens Qualitativa e Quantitativa. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde.** Rio de Janeiro: Petrópolis, 2004, v. 1, p. 121-136.

TANAKA, O. Y. **Projeto de avaliação nacional do programa de humanização do Pré-natal e nascimento.** Ministério da Saúde/UNESCO. Relatório Final. São Paulo: Abril, 2004.

TYRRELL, M. A. R.; CARVALHO, V. **Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil: impacto político social e inserção da enfermagem.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Ana Nery, 1993.

TREVISAN, M. R. et al. **Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul.** RBGO, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, jun., 2002.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier. (Org.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde.** v. 1 Petrópolis, 2004, p. 121-136.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1986.

WORTHEN, B. et al. Evaluation's Basic Purpose, uses, and conceptual distinctions. In: **Program Evaluation – Alternativas Approaches and Practical Guidelines.** Second Edition. New York: Logman, 1997, p. 3-34.

WHO (World Health Organization). Expanded Programme on Immunization. **Weekly Epidemiological Record**. 198

**ANEXO A - RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL – Período de: 01/01/2002 a 31/12/2002**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMNETO  
COMPONENTE I – INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL  
RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL – Período de: 01/01/2002 a 31/12/2002**

<b>1 – Nome da Unidade de Saúde</b>		<b>2 – Código da Unidade no SIASUS</b>	
Todas			
<b>3 – Nome do Município</b>	<b>4 – Código do Município no IBGE</b>	<b>5 – Sigla da UF</b>	<b>6 – Código da UF no IBGE</b>
Itabuna		BA	29

<b>Indicadores do Processo</b>	<b>Percentual</b>		
1.1 – Percentual de gestante que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta em relação ao nº de nascidos vivos no período. Nº nasc. Vivos no período: 159.101 gestantes selec. no período: 28.866	<b>25,90%</b>	1.1B – Percentual de gestantes selecionadas no item 1.1 em relação ao total de gestantes neste Estado Gestantes cadastradas neste Estado: 28.212	<b>14,08%</b>
1.1c – 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. Gestantes selecionadas no Período: 23.515	<b>24,37%</b>		
1.2 – Percentual de gestantes inscritas que realizam 06 (seis) consultas de pré-natal.	<b>9,20%</b>		
1.3 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.	<b>3,96%</b>		
1.4 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos.	<b>5,21%</b>		
1.5 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.	<b>2,97%</b>		
1.6 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da antitetânica.	<b>38,03%</b>		
1.7 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consulta 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.	<b>2,97%</b>		
1.8 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV	<b>22,39%</b>		
1.9 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL	<b>5,71%</b>		

**ANEXO B - RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL – Período de: 01/01/2003 a 31/12/2003**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMNETO  
COMPONENTE I – INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL  
RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL – Período de: 01/01/2003 a 31/12/2003**

<b>1 – Nome da Unidade de Saúde</b>		<b>2 – Código da Unidade no SIASUS</b>	
Todas			
<b>3 – Nome do Município</b>	<b>4 – Código do Município no IBGE</b>	<b>5 – Sigla da UF</b>	<b>6 – Código da UF no IBGE</b>
Itabuna		BA	29

<b>Indicadores do Processo</b>	<b>Percentual</b>		
<b>1.9</b> Percentual de gestante que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta em relação ao nº de nascidos vivos no período. Nº nasc. Vivos no período: 174.221 gestantes selec. No período: 49.506	<b>33%</b>	1.1B – Percentual de gestantes selecionadas no item 1.1 em relação ao total de gestantes neste Estado Gestantes cadastradas neste Estado: 230.212	<b>11,80%</b>
1.1c – 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. Gestantes selecionadas no Período: 36.402	<b>27,13%</b>		
1.2 – Percentual de gestantes inscritas que realizam 06 (seis) consultas de pré-natal.	<b>3,77%</b>		
1.3 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.	<b>0,50%</b>		
1.4 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos.	<b>2,41%</b>		
1.5 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.	<b>0,50%</b>		
1.6 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da antitetânica.	<b>36,11%</b>		
1.7 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consulta 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.	<b>0,50%</b>		
1.8 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV	<b>20,40%</b>		
1.9 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL	<b>4,54%</b>		

**ANEXO C - RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL – Período de: 01/01/2004 a 31/12/2004**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMNETO  
COMPONENTE I – INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL  
RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL – Período de: 01/01/2004 a 31/12/2004**

<b>1 – Nome da Unidade de Saúde</b>		<b>2 – Código da Unidade no SIASUS</b>	
Todas			
<b>3 – Nome do Município</b>	<b>4 – Código do Município no IBGE</b>	<b>5 – Sigla da UF</b>	<b>6 – Código da UF no IBGE</b>
Itabuna		BA	29

<b>Indicadores do Processo</b>	<b>Percentual</b>		
1.1– Percentual de gestante que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta em relação ao nº de nascidos vivos no período. Nº nasc. Vivos no período: 177.808 gestantes selec. No período: 58.564	<b>29,40%</b>	1.1B – Percentual de gestantes selecionadas no item 1.1 em relação ao total de gestantes neste Estado Gestantes cadastradas neste Estado: 230.212	<b>12,30%</b>
1.1c – 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. Gestantes selecionadas no Período: 39.643	<b>22,90%</b>		
1.2 – Percentual de gestantes inscritas que realizam 06 (seis) consultas de pré-natal.	<b>10,16%</b>		
1.3 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.	<b>0,90%</b>		
1.4 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos.	<b>4,47%</b>		
1.5 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.	<b>0,45%</b>		
1.6 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da antitetânica.	<b>46,60%</b>		
1.7 – 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 imunização da vacina antitetânica.	<b>0,45%</b>		
1.8 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV	<b>18%</b>		
1.9 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL	<b>0,00%</b>		

**ANEXO D - RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL – Período de: 01/01/2005 a 31/12/2005**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMNETO  
COMPONENTE I – INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL  
RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL – Período de: 01/01/2005 a 31/12/2005**

<b>1 – Nome da Unidade de Saúde</b>		<b>2 – Código da Unidade no SIASUS</b>	
Todas			
<b>3 – Nome do Município</b>	<b>4 – Código do Município no IBGE</b>	<b>5 – Sigla da UF</b>	<b>6 – Código da UF no IBGE</b>
Itabuna		BA	29

<b>Indicadores do Processo</b>	<b>Percentual</b>		
1.1– Percentual de gestante que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta em relação ao nº de nascidos vivos no período. Nº nasc. Vivos no período: 181.688 gestantes selec. No período: 75495	<b>41,50%</b>	1.1B – Percentual de gestantes selecionadas no item 1.1 em relação ao total de gestantes neste Estado Gestantes cadastradas neste Estado: 230.212	<b>20,13%</b>
1.1c – 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. Gestantes selecionadas no Período: 49.382	<b>29,90%</b>		
1.2 – Percentual de gestantes inscritas que realizam 06 (seis) consultas de pré-natal.	<b>7,87%</b>		
1.3 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.	<b>1,67%</b>		
1.4 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos.	<b>2,25%</b>		
1.5 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.	<b>0,42%</b>		
1.6 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da antitetânica.	<b>44,36%</b>		
1.7 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consulta 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.	<b>0,00%</b>		
1.8 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV	<b>29,41%</b>		
1.9 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL	<b>7,49%</b>		

**ANEXO E - RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL / BAHIA – Período de: 01/01/2002 a 31/12/2002**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMNETO  
COMPONENTE I – INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL  
RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL – Período de: 01/01/2002 a 31/12/2002**

<b>1 – Nome da Unidade de Saúde</b>		<b>2 – Código da Unidade no SIASUS</b>	
Todas			
<b>3 – Nome do Município</b>	<b>4 – Código do Município no IBGE</b>	<b>5 – Sigla da UF</b>	<b>6 – Código da UF no IBGE</b>
Todos		BA	29

<b>Indicadores do Processo</b>	<b>Percentual</b>		
1.1 – Percentual de gestante que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta em relação ao nº de nascidos vivos no período. Nº nasc. Vivos no período: 159.101 gestantes selec. No período: 28.866	<b>18,18%</b>	1.1B – Percentual de gestantes selecionadas no item 1.1 em relação ao total de gestantes neste Estado Gestantes cadastradas neste Estado: 28.212	<b>12,54%</b>
1.1c – 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. Gestantes selecionadas no Período: 23.515	<b>14,78%</b>		
1.2 – Percentual de gestantes inscritas que realizam 06 (seis) consultas de pré-natal.	<b>0,00%</b>		
1.3 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.	<b>0,00%</b>		
1.4 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos.	<b>0,00%</b>		
1.5 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.	<b>0,00%</b>		
1.6 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da antitetânica.	<b>0,00%</b>		
1.7 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consulta 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.	<b>0,00%</b>		
1.8 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV	<b>0,00%</b>		
1.9 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL	<b>0,00%</b>		



**ANEXO F - RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL / BAHIA – Período de: 01/01/2003 a 31/12/2003**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMNETO**  
**COMPONENTE I – INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**  
**RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL – Período de: 01/01/2003 a 31/12/2003**

<b>1 – Nome da Unidade de Saúde</b>		<b>2 – Código da Unidade no SIASUS</b>	
Todas			
<b>3 – Nome do Município</b>	<b>4 – Código do Município no IBGE</b>	<b>5 – Sigla da UF</b>	<b>6 – Código da UF no IBGE</b>
Todos		BA	29

<b>Indicadores do Processo</b>	<b>Percentual</b>		
1.1 – Percentual de gestante que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta em relação ao nº de nascidos vivos no período. Nº nasc. Vivos no período: 174.221 gestantes selec. no período: 49.506	<b>28,59%</b>	1.1B – Percentual de gestantes selecionadas no item 1.1 em relação ao total de gestantes neste Estado Gestantes cadastradas neste Estado: 230.212	<b>21,55%</b>
1.1c – 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. Gestantes selecionadas no Período: 36.402	<b>20,89%</b>		
1.2 – Percentual de gestantes inscritas que realizam 06 (seis) consultas de pré-natal.	<b>0,01%</b>		
1.3 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.	<b>0,00%</b>		
1.4 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos.	<b>0,01%</b>		
1.5 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.	<b>0,00%</b>		
1.6 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da antitetânica.	<b>4,45%</b>		
1.7 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consulta 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.	<b>0,00%</b>		
1.8 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV	<b>10,95%</b>		
1.9 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL	<b>3,68%</b>		

**ANEXO G - RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL / BAHIA – Período de: 01/01/2004 a 31/12/2004**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMNETO**  
**COMPONENTE I – INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

**RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL – Período de: 01/01/2004 a 31/12/2004**

<b>1 – Nome da Unidade de Saúde</b>		<b>2 – Código da Unidade no SIASUS</b>	
Todas			
<b>3 – Nome do Município</b>	<b>4 – Código do Município no IBGE</b>	<b>5 – Sigla da UF</b>	<b>6 – Código da UF no IBGE</b>
Todos		<b>BA</b>	<b>29</b>

<b>Indicadores do Processo</b>	<b>Percentual</b>		
1.1– Percentual de gestante que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta em relação ao nº de nascidos vivos no período. Nº nasc. Vivos no período: 177.808 gestantes selec. No período: 58.564	<b>33,07%</b>	1.1B – Percentual de gestantes selecionadas no item 1.1 em relação ao total de gestantes neste Estado Gestantes cadastradas neste Estado: 230.212	<b>25,44%</b>
1.1c – 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. Gestantes selecionadas no Período: 39.643	<b>22,30%</b>		
1.2 – Percentual de gestantes inscritas que realizam 06 (seis) consultas de pré-natal.	<b>8,35%</b>		
1.3 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.	<b>3,11%</b>		
1.4 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos.	<b>4,05%</b>		
1.5 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.	<b>1,64%</b>		
1.6 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da antitetânica.	<b>48,40%</b>		
1.7 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consulta 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.	<b>1,60%</b>		
1.8 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV	<b>16,89%</b>		
1.9 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL	<b>4,15%</b>		

**ANEXO H - RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL / BAHIA – Período de: 01/01/2005 a 31/12/2005**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMNETO**

**COMPONENTE I – INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

**RELATÓRIO DE INDICADORES DO SISPRENATAL – Período de: 01/01/2005 a 31/12/2005**

<b>1 – Nome da Unidade de Saúde</b>		<b>2 – Código da Unidade no SIASUS</b>	
Todas			
<b>3 – Nome do Município</b>	<b>4 – Código do Município no IBGE</b>	<b>5 – Sigla da UF</b>	<b>6 – Código da UF no IBGE</b>
Todos		<b>BA</b>	<b>29</b>

<b>Indicadores do Processo</b>	<b>Percentual</b>		
1.1– Percentual de gestante que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta em relação ao nº de nascidos vivos no período. Nº nasc. Vivos no período: 181.688 gestantes selec. no período: 75495	<b>41,72%</b>	1.1B – Percentual de gestantes selecionadas no item 1.1 em relação ao total de gestantes neste Estado Gestantes cadastradas neste Estado: 230.212	<b>32,79%</b>
1.1c – 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. Gestantes selecionadas no Período: 49.382	<b>27,18%</b>		
1.2 – Percentual de gestantes inscritas que realizam 06 (seis) consultas de pré-natal.	<b>8,27%</b>		
1.3 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.	<b>3,57%</b>		
1.4 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos.	<b>3,42%</b>		
1.5 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.	<b>1,44%</b>		
1.6 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da antitetânica.	<b>50,19%</b>		
1.7– Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consulta 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.	<b>1,39%</b>		
1.8 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV	<b>20,28%</b>		
1.9 – Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL	<b>4,72%</b>		