

Eixo Temático: Inovação e Sustentabilidade

**ANÁLISE DOS INDICADORES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE RELATIVOS À
SAÚDE DA GESTANTE NA CIDADE DE SANTA MARIA – RS**

**ANALYSIS OF THE MINISTRY OF HEALTH INDICATORS RELATING TO
HEALTH OF PREGNANCY IN THE CITY OF SANTA MARIA - RS**

Elton Rogerio Teixeira Jacobi, Luciane Flores Jacobi e Clandia Maffini Gomes

RESUMO

O Ministério da Saúde (MS) através da Portaria n.º 569/GM de 1º de junho de 2000¹ instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS. Este trabalho tem por finalidade verificar se as gestantes do município de Santa Maria estão realizando o número de consultas e procedimentos preconizados pela portaria que instituiu o PHPN. Analisar os dados constantes no sistema de informações disponibilizado para lançamento e acompanhamento do pré-natal que foi implantado no Município de Santa Maria no ano de 2006 tem o objetivo de melhorar a qualidade da prestação do serviço de saúde e atenção às gestantes. Os dados analisados visam apontar o cumprimento das metas apontadas pela normativa acima descrita. Como resultado observou-se que o Município em análise, não está atendendo aos indicadores mínimos preconizados pela legislação em vigor.

Palavras-chave: Sisprenatal; Indicadores do Ministério da Saúde.

ABSTRACT

The Ministry of Health (MOH) through Executive Order no. ° 569/GM 1st June 2000 established the Program for Humanization of Prenatal and Birth (PHPN), within the Unified Health System (SUS), with the objective the development of health promotion, prevention and health care of pregnant women and newborns, promoting increased access to these actions, increasing the quality and capacity of obstetric and neonatal care as well as its organization and regulation in SUS. This study aims to verify whether women in the municipality of Santa Maria are performing the number of consultations and procedures recommended by the ordinance establishing the PHPN. Analyze the information contained in the system available for launching and monitoring the prenatal care that was implemented in the Municipality of Santa Maria in 2006 data aims to improve the quality of delivery of health services and care for pregnant women. The data analyzed are intended to point meeting the goals outlined by the rules described above. As a result it was observed that the municipality in question, is not meeting the minimum indicators recommended by the legislation in force.

Keywords: Sisprenatal; The Ministry of Health Indicators.

¹ Ministério da Saúde. Portaria GM n.º. 569/2000, de 1º de Junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

1 Introdução

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação em que se encontra a assistência à saúde da gestante, assim como também para a tomada de decisões baseada em evidências e para a programação de ações nas políticas públicas da saúde da mulher.

Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade. Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde (BRASIL, 2008).

Somos desafiados no sentido de melhor aproveitar as informações dos sistemas informatizados na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. É exatamente através da análise de dados existentes nesses sistemas que poderemos aperfeiçoar o atendimento à população que se utiliza do SUS.

A normatização da assistência pré-natal, no país, foi instituída através da Portaria 569/00 do Ministério da Saúde (MS), a qual criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

As políticas nacionais relativas à saúde materno-infantis foram incorporadas no Brasil nas primeiras décadas do século XX. Tais políticas estavam limitadas à gravidez e ao parto. Os programas criados até a década de 70 eram baseados em um enfoque que levava em conta a especificidade biológica e o papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado da saúde dos filhos e demais familiares.

Para Serruya (2003, p.3) foi no final da década de 1970 que as mulheres começaram a reivindicar a ampliação da “assistência à mulher a partir de um movimento maior, articulado com a proposta de reforma sanitária e a criação de um sistema único de saúde, público e universal.”

Informa ainda Serruya (2003, p.4) que em 1983, o Ministério da Saúde lançou as bases programáticas do PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que representa, até o momento, um paradigma na atenção à saúde da mulher.

Foi a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituinte, em 1988, que o direito à saúde estaria garantido por lei e um sistema único de saúde deveria ser implantado de forma descentralizada e com instâncias de controle social (MEDICI, 1999).

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

O Programa, instituído através das Portarias GM nº 569, GM nº 570, GM nº 571 e GM nº 572 de 1/6/2000 (BRASIL, 2000), apresentou como objetivo principal concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, com enfoque na necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas, promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (BRASIL, 2000a).

Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, incumbiu aos municípios a institucionalização da referida portaria, para realizar a

primeira consulta de pré-natal até a 16ª semana de gestação, garantindo os seguintes procedimentos:

- a) Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;
- b) Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
- c) Realização de exames laboratoriais:
 - ABO-Rh, na primeira consulta;
 - VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - HB/Ht, na primeira consulta.
- d) Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;
- e) Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;

Para Andreucci et al (2011, p. 858):

Os requisitos mínimos propostos pelo PHPN foram adaptados a partir de estudos internacionais, principalmente das recomendações da Organização Mundial da Saúde, porém sob a ótica crítica de adequação à realidade da população brasileira. Por meio do Sisprenatal, o Ministério da Saúde do Brasil monitora o cumprimento das ações mínimas contempladas no programa e repassa verbas para municípios que cumprem esses requisitos. A disponibilização de recurso financeiro para investimento regional é fundamental para a organização do cuidado e para a qualidade do serviço de saúde.

Para acompanhamento pelos municípios da assistência pré-natal o Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS desenvolveu o software denominado SISPRENATAL, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Tal sistema possui interface com o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o que possibilita o cadastramento e acompanhamento das gestantes inscritas no Programa. A alimentação do referido sistema é realizada através de duas fontes de dados: a Ficha de Cadastramento da Gestante e a Ficha de Registro Diário de Atendimento, que são preenchidas, em geral, por profissionais que realizaram a primeira consulta e as consultas subsequentes e após lançadas no sistema.

Este sistema de informações deveria se constituir em um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar esta atenção e melhorar a gestão dos serviços.

Serruya (2003, p. 15) esclarece que “o PHPN instituiu uma série de medidas, como estabelecimento de critérios mínimos e pagamento de incentivos, com o objetivo principal de melhorar a qualidade da assistência”.

Para fortalecer e melhorar assistência ao pré-natal e nascimento novamente o Ministério da Saúde - MS implementa, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em conjunto com a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que institucionaliza da Rede Cegonha. Tal documento busca a criação de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência dos profissionais e pessoas envolvidos nesta política pública.

1.1. Definição do problema de pesquisa

No entendimento de Anversa (2012) *apud* Donabedian (1988), a avaliação dos sistemas de saúde constitui-se em uma potente ferramenta para gestores e profissionais de saúde, principalmente no que tange ao planejamento de políticas públicas em saúde. Avaliar o processo requer critérios que são delimitados, geralmente, pela resolutividade das ações desenvolvidas. A qualidade do pré-natal tem sido avaliada por meio do número de consultas e da idade gestacional de ingresso no serviço de saúde.

A análise dos dados relativos ao Sistema SISPRENATAL, permite o acompanhamento da gestante desde seu ingresso ao pré-natal até o puerpério. Frente a esta premissa, objetiva-se verificar se as gestantes do município de Santa Maria estão realizando o número de consultas e procedimentos preconizados pela portaria que implementou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, e ainda para traçar diretrizes e garantir uma assistência de qualidade.

Diante disso, este trabalho tem por questão de pesquisa: - Qual a situação da saúde pré-natal do Município de Santa Maria em relação ao cumprimento das metas do PHPN?

1.2. Objetivos do estudo

A análise dos dados constantes no sistema de informações SISPRENATAL que disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS) para o lançamento dos dados relativos ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), e que foi implantado no Município de Santa Maria no ano de 2006 se faz necessário para auxiliar o Gestor Público na avaliação da qualidade da prestação do serviço de saúde e atenção às gestantes.

O objetivo deste estudo consiste em verificar a situação do Município de Santa Maria em relação ao cumprimento das metas do PHPN.

2 A Qualidade no Atendimento Pré-natal

A inserção da paciente grávida nos programas de atendimento à saúde da mulher no âmbito do SUS, acompanhadas pelo sistema de informações SISPRENATAL, contribui para qualidade do pré-natal.

A mulher grávida que adentra no sistema de Pré-Natal utilizado pelo SUS, deve executar diversos procedimentos médicos que visam garantir a boa-gestação. Diversos exames são realizados, tudo em conformidade com os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde.

A demora de inserção da paciente no sistema, na grande maioria das vezes, acontece pelo desconhecimento da mulher grávida, das políticas públicas que envolvem a questão, cabendo ao Agente Comunitário de Saúde, portanto, entre tantas outras atribuições, apresentar à gestante na Unidade de Saúde para inseri-la no sistema.

Quanto mais cedo a gestante estiver inserida no programa sisprenatal, antes ela receberá o atendimento adequado, através de exames, vacinas, etc. para a boa gestação desde o início da gravidez até o parto, correndo assim, menos riscos de saúde.

Sempre que uma gestante for dar à luz sem nenhum tipo de pré-natal os riscos de apresentar problemas no parto aumentam de forma significativa.

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade

corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção (BRASIL, 2006).

Para Marques (2004, p. 33), “No Brasil o pré-natal é considerado como de baixa eficácia”. Na visão do autor:

Ocorrem mortes de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez, parto e puerpério, a maioria destas evitáveis por meio de uma adequada assistência pré-natal. É atribuída ao enfermeiro a tarefa de orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, preparo para o parto, etc., proporcionando um acolhimento adequado à gestante. (MARQUES, 2004, p. 1)

Martins et al (2012, p. 280) entendem que a qualidade na assistência ao pré-natal é essencial para diminuir as taxas de mortalidade materna e infantil, prevenindo mortes por doenças hipertensivas, hemorragias, sepses e outras causas diretas.

No entendimento de Anversa, et al (2012, p. 790) a avaliação do pré-natal pode contribuir para melhorar a assistência às gestantes, diminuindo os índices de morbimortalidade materna e perinatal.

Conforme Leal et al (2009):

A captação precoce de gestantes para início do pré-natal é de extrema importância para sua qualidade, o início da gravidez caracteriza-se por grandes modificações biológicas devido à intensa divisão celular que ocorre nesse período. O ideal é que as mães iniciem o pré-natal no máximo até o fim do primeiro trimestre, assim que souberem da gravidez. As consultas e exames permitem identificar problemas como hipertensão, anemia, infecção urinária e doenças transmissíveis pelo sangue de mãe para filho, como o HIV e a sífilis. Alguns desses problemas podem causar o parto precoce, o aborto e até trazer consequências mais sérias para a mãe ou para o seu bebê.

Andreucci, et al (2011, p.854) ao avaliarem os dados do Sisprenatal na cidade de São Carlos – SP, comparando os mesmos com os dados constantes da ficha da gestante chegaram a seguinte conclusão:

O Sisprenatal não foi uma fonte segura para avaliação da informação disponível sobre acompanhamento na gestação. Houve grande adesão ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, mas a documentação da informação foi insuficiente quanto a todos os requisitos mínimos e indicadores de processo. Após dez anos da criação do programa, cabe agora aos municípios adequar a qualidade da assistência e capacitar seus profissionais para a correta documentação de informação em saúde.

Segundo o trabalho de Andreucci et al (2011, p. 859) “a discrepância entre os dados disponíveis a partir das duas fontes de informação sobre o acompanhamento pré-natal no município mostrou prováveis falhas de registro”.

Trevisan, et al (2002, p. 293) quando publicou artigo referente sobre a assistência pré-natal na cidade de Caxias do Sul – RS referiu que “A atenção pré-natal foi considerada inadequada em 64,8% e adequada em 35,2% dos casos”.

Grangeiro, Diógenes e Moura (2008, p.107) lembram que:

Cada município cadastrado no PHPN recebe um incentivo de R\$ 10,00 por gestante inscrita até os 120 dias de idade gestacional, R\$ 40,00 relativos à conclusão do acompanhamento, devendo cumprir com todos os critérios estabelecidos pelo Programa e R\$ 40,00 destinam-se ao hospital que realizar o parto, desde que o mesmo integre a rede de referência para este tipo de atendimento, contida nos Termos de Adesão do município. Assim, para a avaliação do PHPN, foi criado o Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL), com os objetivos de possibilitar o monitoramento do Programa pelos gestores do SUS, a partir de informação mensal efetuada pelas equipes das unidades básicas de saúde dos municípios cadastrados no Programa, e acompanhar o cumprimento dos critérios para o pagamento dos incentivos.

Com relação à qualidade da atenção dedicada ao pré-natal Silveira (2001, 131-139) é claro ao referir que os principais problemas apontados em estudos da literatura referem-se ao não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não preenchimento de registros e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades.

3 Métodos de Pesquisa

3.1. Tipo de Pesquisa

O método utilizado no presente estudo se classifica como sendo de natureza quantitativa. Além disso, o estudo se caracteriza como descritivo e exploratório.

Segundo Silva (2005, p. 20) a pesquisa quantitativa é aquela em que tudo pode ser contabilizado e contado, referindo que opiniões e informações podem ser traduzidas em números para assim classificá-las, requerendo o uso de recursos e técnicas estatísticas.

Na sequência de seu estudo Silva (2005, p.21) ao tratar dos objetivos das pesquisas descritivas e exploratórias, afirma que:

Pesquisa Exploratória: visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses.

Pesquisa Descritiva: visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis.

No presente trabalho foram utilizados os dados disponíveis no sistema SISPRENATAL, referente ao Município de Santa Maria - RS, no período compreendido entre 2006 e 2013, contabilizando 11.000 gestações no período.

3.2. Universo da pesquisa

Foram utilizados na pesquisa os dados existentes para o período em estudo, ou seja, todas as gestações inseridas no sistema desde o ano de sua implantação no Município de Santa Maria até o final do ano de 2013.

Como critério de exclusão foram desconsideradas as gestações em que os dados estavam inconsistentes como, por exemplo, falta da data de nascimento que gera a impossibilidade de calcular a idade, ou mesmo a data da primeira consulta pré-natal a qual nos impossibilita identificar quantos dias de gestação a paciente possuía ao ingressar no sistema. A falta de determinados dados gera impossibilidade de avaliar outros como a idade e a realização de exames e vacinação nos prazos estipulados pela legislação.

Existiam registros no banco de dados onde ficou evidenciado o erro de digitação, como por exemplo, o de uma gestante que iniciou sua primeira gestação no ano de 2007 e que tinha nascido no ano de 1900, ou seja, possuía 107 anos. Esse registro foi excluído.

O banco de dados contava inicialmente com 11.494 gestações o qual após a exclusão das gestações consideradas inconsistentes passou a contar com 11.000 registros válidos.

Os dados para o referido estudo foram obtidos através do banco de dados do SISPRENATAL, da Secretaria de Município da Saúde, da cidade de Santa Maria - RS.

3.3. Procedimentos para a coleta e análise dos dados

As variáveis de interesse da pesquisa são:

- idade da gestante;
- idade gestacional de ingresso ao pré-natal;
- número de consultas realizadas;
- exames realizados, realização da vacina antitetânica e realização da consulta puerperal.

A coleta de dados foi efetivada através de um roteiro estruturado com o objetivo de obtenção dos dados em planilha Excel do Office 2010.

Para a obtenção do banco de dados foi necessário primeiramente a utilização de uma impressora virtual que transformasse os dados obtidos no software Sisprenatal, que possuem formato de arquivo com extensão QRP, em arquivo de formato PDF.

A impressora virtual utilizada foi a do software doPDFwv7, a qual transformou com sucesso os relatórios emitidos pelo sistema Siprenatal.

Com o arquivo PDF em mãos, foi utilizado o software Able2Extract Professional 8.0 para transformar os arquivos como formato PDF em Planilha Eletrônica no formato Excel do office2010, ou seja, extensão de arquivo xlsx.

Após a conferência, aferição dos dados os mesmos foram validados. Nesse momento eles foram importados pelo software, o Statistica Trial 12, o qual auxiliou na análise estatística e obtenção dos resultados.

Os dados foram analisados e depurados através de uma análise descritiva utilizando métodos estatísticos adequados para os tipos de variáveis que foram utilizadas nesse estudo.

4 Apresentação e Discussão dos Resultados

O Sistema de informação (SI) é como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, armazenam e distribuem informações fidedignas destinadas a apoiar as tomadas de decisões, além de auxiliar os gerentes e trabalhadores a coordenarem e controlarem uma organização e planejar ações em saúde para sua melhoria. (LAUDON e LAUDON, 2007 *apud* CRUZ e SILVA, 20__).

A Tabela 1, exposta a seguir, demonstra os resultados obtidos através dos dados constantes no Sistema SISPRENATAL instalado no Município de Santa Maria, desde o ano de 2006.

Pela leitura da tabela percebe-se que no tocante ao início do pré-natal, o número de gestações com primeira consulta de pré-natal após o 120º dia foi elevado, contrariando dessa forma o preconizado e estabelecido pelo Sistema Único de Saúde na legislação vigente.

O início precoce ao pré-natal e a sua qualidade, são condições essenciais para a melhoria da política pública de atenção à saúde da mulher gestante e atenção do pré-natal. Apesar do aumento na cobertura, alguns índices demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, o fato de a hipertensão arterial ainda ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil, e o fato de que somente pequena

parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas.

Apesar de a atenção pré-natal estar instituída há décadas no país o cuidado às gestantes não tem mudado a lógica que ainda está centrada segundo SERRUYA (2004) no modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático, intervindo no processo de trabalho para a efetivação da promoção, prevenção e melhorias necessárias segundo a atenção a saúde da mulher na gestação e parto permanecem como desafios quanto a qualidade da assistência prestada.

Tabela 1. Cobertura do atendimento, segundo requisitos mínimos do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, Santa Maria, RS, 2006 – 2013.

| Requisitos Mínimos | SISPRENATAL | |
|----------------------------------|---------------------|------------------|
| | Número de Gestações | Valor Percentual |
| Início do pré-natal | | |
| Até 17 semanas (120 dias) | 7907 | 71,88 |
| Mais de 17 semanas | 3093 | 28,12 |
| Número de consultas de pré-Natal | | |
| Menos de 6 consultas | 8666 | 78,78 |
| 6 consultas ou mais | 2334 | 21,22 |
| Consulta puerperal | 298 | 02,71 |
| Exames básicos 1ª rotina | | |
| Tipagem sanguínea | 4522 | 41,11 |
| VDRL | 5441 | 49,46 |
| Urina | 5912 | 53,74 |
| Glicemia | 5945 | 54,04 |
| HB | 5604 | 50,96 |
| Ht | 5535 | 50,32 |
| HIV | 5142 | 46,75 |
| HBSAg | 3717 | 33,79 |
| IGM (Toxo) | 4101 | 37,28 |
| Exames básicos 2ª rotina | | |
| VDRL | 2472 | 22,47 |
| Urina | 3075 | 27,95 |
| Glicemia | 3249 | 29,54 |

Conforme o estudo realizado somente em 21,22% das gestações analisadas no período efetuaram o mínimo 6 consultas preconizadas no programa, sendo que a grande maioria, ou seja, 78,88 fizeram menos de 6 consultas de pré-natal.

Para o Município receber as verbas provenientes do programa ele precisa atingir todos os valores mínimos. Quando analisamos os dados relativos ao número de gestantes percebe-se que o Município de Santa Maria, somente nesse quesito já perdeu quase 80% dos valores a que teria direito se cumprisse as metas.

Anversa (2012) refere que estudos realizados sobre a qualidade da atenção pré-natal demonstram lacunas na assistência prestada às gestantes. A avaliação do pré-natal centrada no número de consultas realizadas e idade gestacional de ingresso no pré-natal, não evidencia uma melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal e puerpério, devendo ser analisado também o conteúdo de cada consulta.

Quando se fala em consulta puerperal o índice é preocupante. Analisando somente essa informação, de forma isolada, temos que o Município de Santa Maria receberia do Ministério da Saúde, valores relativos ao índice apresentado, e desde que essas gestações cumprissem os demais requisitos, ou seja, mínimo de seis consultas, exames, etc.

Tabela 2. Distribuição de gestações por número de consultas de pré-natal

| Número de Consultas | Gestações | Gest. Cumuladas | Percentual | Perc. Cumulado |
|---------------------|-----------|-----------------|------------|----------------|
| 1 | 2304 | 2304 | 20,94 | 20,94 |
| 2 | 1789 | 4093 | 16,26 | 37,2 |
| 3 | 1718 | 5811 | 15,62 | 52,82 |
| 4 | 1544 | 7355 | 14,04 | 66,86 |
| 5 | 1311 | 8666 | 11,92 | 78,78 |
| 6 | 1046 | 9712 | 9,51 | 88,29 |
| 7 | 719 | 10431 | 6,53 | 94,82 |
| 8 | 526 | 10957 | 4,78 | 99,6 |
| 9 | 43 | 11000 | 0,4 | 100 |

Na Tabela 1 percebe-se ainda que exames importantes como HIV, VDRL foram efetuados em menos de 50% das gestações.

Com exceção dos exames de Urina e Glicemia, em 1ª rotina, todos os demais atingiram menos de 50% das gestações analisadas.

Na Tabela 2 temos que 2.304 gestações realizaram apenas uma consulta pré-natal. Tal valor representa 20,94% do total de gestações. Esse índice deve ser considerado alarmante e pode representar a falta de acompanhamento por parte dos profissionais da saúde, dessas mulheres que deveriam estar recebendo um acompanhamento adequado. Temos ainda que mais de 50% das gestações receberam no máximo 3 consultas de pré-natal.

Tabela 3. Distribuição de gestações por trimestre de início do pré-natal

| Trimestre de início do PN | SISPRENATAL | |
|---------------------------|-----------------|------------------|
| | Nº de Gestações | Valor Percentual |
| Primeiro | 5712 | 51,93 |
| Segundo | 4578 | 41,62 |
| Terceiro | 710 | 06,45 |

O primeiro trimestre de gravidez é contado a partir da data da última menstruação (DUM) indo até o final da 12ª semana, ou seja, até os 84 dias. O segundo trimestre começa com a 13ª semana e vai até o final da 28ª, a partir daí começa o terceiro trimestre que é último e vai até o parto.

Pelo que nos mostram os dados da Tabela 3 pode-se verificar que o início do pré-natal na maior parte dos casos começou dentro do primeiro trimestre gestacional, ou seja, até a 32ª semana. Também é fácil de visualizar que apenas 6,45% das gestações começaram o pré-natal no 3º semestre de gestação.

Apesar de o índice ser superior a 51% no primeiro trimestre, podemos considerar esse valor baixo quando pensamos que o pré-natal deveria ser iniciado o mais precoce possível e antes do final do primeiro trimestre da gestação.

A política pública ainda permite um atraso, permitindo que o pré-natal se inicie até o 120º dia, o que acontece em cerca 71,88% das gestações ocorridas em Santa Maria no período analisado.

Tabela 4. Distribuição de gestações por idade no início de pré-natal

| Idade (anos) | Número de Gestações | Percentual |
|--------------|---------------------|------------|
| Até 19 anos | 2049 | 18,63 |
| de 20 a 29 | 5703 | 51,84 |
| de 30 a 39 | 2805 | 25,50 |
| 40 ou mais | 0443 | 04,03 |

Mais da metade das gestações ocorreram em mulheres com idade entre 20 e 29 anos, havendo ainda um grande frequência de gestações em mulheres com idade inferior a 20 anos. Esses dados nos são mostrados quando analisamos a Tabela 4.

Os médicos recomendam, conforme assevera Machado (2005), que a melhor idade para ter um filho está por volta dos 20 e 30 anos, fase da vida em que a mulher é mais fértil. Com o avanço da idade, a produção de óvulos diminui e a dificuldade de engravidar aumenta.

Há ainda os riscos de complicações como hipertensão na gravidez, aborto, parto prematuro, má formação da criança. Mesmo assim, os avanços da medicina permitem que as mulheres que já passaram dos 35 anos possam planejar uma gravidez segura.

Em um pouco mais de 4% as gestações ocorreram em mulheres que tinham 40 anos ou mais.

Tabela 5. Número de gestações por mulher

| Número de gestações | Número de Mulheres | Percentual |
|---------------------|--------------------|------------|
| 1 | 8993 | 90,36 |
| 2 | 0875 | 08,79 |
| 3 | 0079 | 00,79 |
| 4 | 0005 | 00,05 |

Através da tabela 5 percebe-se que cada vez mais as mulheres têm um número menor de filhos e se acredita que isso esteja acontecendo pelo papel que a mulher vem acumulando na sociedade moderna, tendo que compartilhar os trabalhos de dona de casa, mãe, mulher e trabalhadora.

Após todas as análises estatísticas efetuadas ficou evidenciado nesse artigo que o Município de Santa Maria - RS, não vem cumprindo com as metas mínimas preconizadas pela portaria que instituiu o programa SISPRENATAL e da qual o Município aderiu.

5 Considerações Finais

O Brasil é um país de grande extensão territorial com enormes diferenças culturais, sociais, econômicas e climáticas. Cada Região, Estado, Município e localidade possuem peculiaridades próprias. O Governo Federal que é o principal criador das políticas públicas quer e precisa conhecer essas diferenças e para isso usa os recursos mais modernos de que dispõe, ou seja, desenvolve sistemas informatizados, que serão alimentados pelos Municípios e transmitidos para um Banco de Dados nacional, com a realidade de cada um.

Conforme a tecnologia vai aumentando os sistemas também estão evoluindo. Um exemplo disso é o próprio SISPRENATAL que hoje se encontra, no Rio Grande do Sul, totalmente em plataforma WEB, podendo ser acessado para a alimentação dos dados de qualquer lugar no mundo.

A análise dos dados referentes ao sistema SISPRENATAL WEB ainda estão formando um Banco de Dados, com um número ainda maior de informações, como por exemplo a escolaridade e o cadastros de vacinas que são cruzados de outros sistemas do SUS, como o do Cartão do SUS e do SIPNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações), onde o cruzamento dos dados será mais efetivo e dará maior confiabilidade dos resultados.

Os sistemas de informação ainda permanecem como um desafio a ser vencido pelos profissionais da saúde como forma de melhorar as políticas públicas existentes no Brasil. Os profissionais dessa área tão importante precisam adequar-se as mudanças que estão acontecendo, sob pena de ficarem de fora da evolução.

É preciso que cada um faça a sua parte para que as políticas públicas sejam melhoradas com efetividade e qualidade.

Por fim fica evidenciado através do presente estudo que o Município de Santa Maria deixou de cumprir com as normas instituídas no PNP, e dessa forma deixou de receber os incentivos financeiros que o Ministério da Saúde ofereceu para os Municípios que atendessem às metas preconizadas pela Portaria.

Sugiro para um futuro trabalho a análise dos dados referentes aos dados do SISPRENATAL versão WEB, que foi implantado em substituição ao sistema adotado até o ano de 2013, no anseio de verificar a melhora no atendimento a gestante e ao puerpério no Município de Santa Maria – RS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREUCCI, C. B. et al. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev. Saúde Pública [online]**, vol.45, n.5, pp. 854-864, 2011.

ANVERSA, E.T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, vol.28, n.4, pp. 789-800. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 569/2000. Institui o Programa Pré-natal e Nascimento. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF>. Acesso em 28/Out/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério. Série A: Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 5. 3ª ed. Brasília – DF. 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em 24/Out/2013.

BRASIL, Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil 2008, segunda edição: Livro: Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: RIPSa – Rede Interagencial de Informações para a saúde 2008.

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**, – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em 28/Out/2013.

CRUZ, L. C. V. da; SILVA, M. H. B e. A Importância do Sistema de Informação Sisprenatal para a População do Município de Gália/SP. **Revista e-f@tec**. v. 1, n. 3, 20???. Disponível em: <<http://www.fatecgarca.edu.br/revista/Volume1/3.pdf>>. Acesso em: 24/Out/2013.

GRANGEIRO, G.R.; DIOGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev Esc Enferm USP**, v.42(1), pp.105-111. 2008.

LEAL, A. da F. et al; **Avaliação da Idade Gestacional na Primeira Consulta de Pré-Natal de Gestantes em uma Unidade Básica de Saúde de Pelotas/RS**. Pelotas, 2009. Disponível em: <http://www2.ufpel.edu.br/cic/2009/cd/pdf/CS/CS_00847.pdf>. Acesso em 26/Out/2013).

MACHADO, T. R.S. Gravidez após os 35 anos. 2005. Disponível em <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/gravidez-apos-os-35-anos/>>. Acesso em 28/05/2014.

MARQUES, R.G.; PRADO, S. R. L. de A. Consulta de enfermagem no pré-natal. **Revista de Enfermagem UNISA**. Santo Amaro, n. 5, p.33-6, 2004.

MARTINS, J. S. de A. et al. A Assistência de Enfermagem no Pré-Natal: Enfoque na Estratégia da Saúde da Família. **Revista UNIABEU**, Belford Roxo, n. 9, v.5; 2012.

MEDICI, A. C. Uma década de SUS (1988-1998): progressos e desafios In: Galvão OL, Diaz J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council; 1999. p. 104-50.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. 132 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. São Paulo, 2003.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme and LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública [online]**. vol. 20, n.5, pp. 1281-1289. 2004.

TREVISAN, M. do R. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 24, nº 5, 2002.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. – 4. ed., **Revista Atual**. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVEIRA, D. S. da; SANTOS, I. S. dos; COSTA, J. S. D. da. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(1):131-139, 2001.