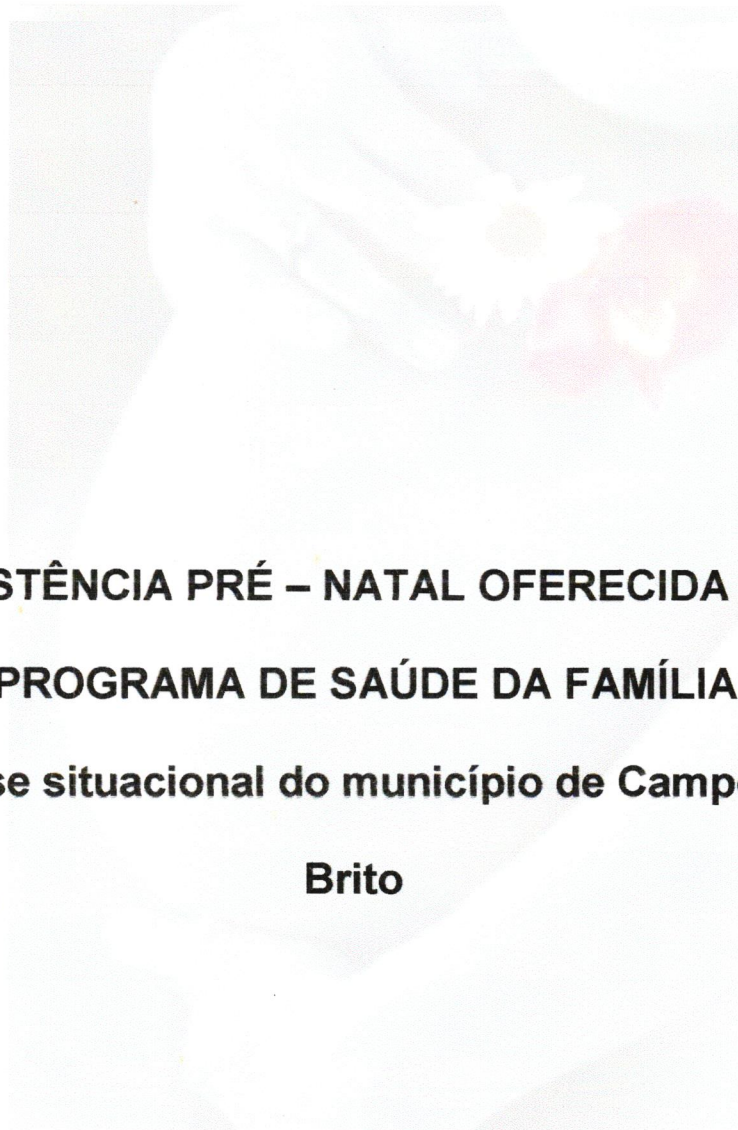


**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE - FANESE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA
E DA FAMÍLIA VII**

GUACIRA SILVA FRAGA

VANESSA PAES BARRETO SANTANA



**ASSISTÊNCIA PRÉ – NATAL OFERECIDA
PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
uma análise situacional do município de Campo do
Brito**

Aracaju
2008

GUACIRA SILVA FRAGA

VANESSA PAES BARRETO SANTANA

**ASSISTÊNCIA PRÉ – NATAL OFERECIDA
PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
uma análise situacional do município de
Campo do Brito**

Monografia apresentada ao Núcleo de
Pós-Graduação e extensão da
FANESE, como requisito para obtenção
do título de Especialista em: Gestão em
Saúde Pública e da Família.

Orientadora: Prof^a. Joanita Corrêa da Silva

Aracaju
2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Fraga, Guacira Silva

Assistência Pré-Natal oferecida pelo Programa de Saúde da Família: uma análise situacional do Município de Campo do Brito / Guacira Silva Fraga, Vanessa Paes Barreto Santana – 2008.

67f.

Monografia (pós-graduação) – Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe, 2008.

Orientação: Professora Joanita Corrêa da Silva.

1. Cuidado pré-natal 2. Sistemas de Informação 3. Avaliação I.
Título

4. Santana, Vanessa Paes Barreto

CDU 614:618.2

GUACIRA SILVA FRAGA

VANESSA PAES BARRETO SANTANA

**ASSISTÊNCIA PRÉ – NATAL OFERECIDA
PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
uma análise situacional do município de
Campo do Brito**

Monografia apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública e da Família.

**Joanita Corrêa da Silva
Orientador**

Coordenadora do Curso

Guacira Silva Fraga

Vanessa Paes Barreto Santana

Aprovado (a) com média: _____

Aracaju (SE), ____ de _____ de 2008.

RESUMO

O estudo apresenta uma análise situacional da atenção pré-natal oferecida pelo município de Campo do Brito, baseando-se principalmente no Sistema de Informação da Atenção Básica e do Sistema de Informação do Pré-natal. A pesquisa tratou de verificar a cobertura da população da microrregião assistida pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF); avaliar as informações dos sistemas de saúde acima citados, e conhecer a dinâmica da oferta das consultas médicas e de enfermagem durante o pré-natal. O método para o desenvolvimento dessa pesquisa foi o quantitativo de caráter descritivo, no qual utilizou uma entrevista estruturada na coleta de dados, com roteiro previamente estabelecido. Os sistemas de informações também foram utilizados como instrumentos de coleta de dados. A pesquisa teve enfoque documental com a participação da secretária municipal de saúde do município. Os resultados revelaram que, apesar da boa cobertura da população por equipes de PSF ser de (96%), resultando em melhoria de acesso, boa cobertura vacinal e captação precoce das gestantes, há que se avaliar o impacto dessas ações para a real melhoria na qualidade de vida dessas mulheres; há, também, que se estabelecer um protocolo a ser seguido por médicos e enfermeiros no decorrer da assistência pré-natal, bem como ser garantida a consulta médica nessa ação. Outro ponto a ser levado em conta é a respeito do acompanhamento dessas gestantes, já que foram observados pontos negativos quanto ao número de consultas realizadas pelas gestantes, exames realizados, como também quanto à assistência ao puerpério, onde verificou-se que apenas 40% das gestantes receberam visita puerperal.

Palavras-chave: *Cuidado Pré-Natal; Sistemas de Informação; Avaliação.*

ABSTRACT

The study it presents a situational analysis of the prenatal attention offered by the city of Field of the Brito, basing mainly on the System of Information of the Basic Attention and the System of Information of the Prenatal one. The research treated to verify the covering of the population of the microregion attended for the teams of the Program Health of Família (PSF); to evaluate the information of the systems of health above cited, and to know the dynamics of offer of the medical consultations and nursing during the prenatal one. The method for the development of this research was the quantitative one of descriptive character, in which it used an interview structuralized in the collection of data, with script previously established. The systems of information had been also used as instruments of collection of data. The Secretary of Health of the city participated of the interview and most of the research was documentary. The results had disclosed that, despite the excellent covering of the population for PSF teams, resulting in improvement of access, good vaccine covering e precocious captation of the gestantes, has that to evaluate the impact of these actions for the real improvement in the quality of life of these women; it has, also, that if to establish a protocol to be followed by doctors and nurses in elapsing of the prenatal assistance, as well as being guaranteed the medical consultation in this action. Another point to be led in account is regarding the accompaniment of these gestantes, since it was observed negative points how much to the number of consultations carried through for the gestantes, examinations carried through for second, as well as how much to the assistance to the puerpério, where it was verified that only 40% of the gestantes had received visit puerperal.

Word-key: *Prenatal care; Systems of Information; Evaluation.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de Gestantes Cadastradas por mês em 2007	47
Tabela 2 - Número e percentual de gestantes menores de 20 anos cadastradas por mês em 2007.	48
Tabela 3 - Número e percentual de Gestantes Acompanhadas por mês em 2007.	49
Tabela 4 - Número e percentual de Gestantes com vacinação em dia por mês em 2007.	50
Tabela 5 - Número e percentual de gestantes com consulta pré-nata por mês em 2007.	51
Tabela 6 - Número e percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gestação por mês em 2007.	52
Tabela 7- Número de gestantes cadastradas / Número de consultas realizadas.	55
Tabela 8 - Frequência e atrasos das gestantes / Número de gestantes cadastradas.	56
Tabela 9 – Exames realizados / Número de gestantes cadastradas.....	56
Tabela 10 – Situação de imunização / Número de gestantes cadastradas.	57

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Idade Gestacional X Data da primeira consulta.....	54
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	12
2.1	GERAL	12
2.2	ESPECÍFICOS	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1	ASSISTÊNCIA DO PRÉ – NATAL NO PROGRAMA DE SAÚDE E DA FAMÍLIA.....	13
3.2	ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO PRÉ – NATAL.....	13
3.3	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	38
4	PERCURSO METODOLÓGICO	41
4.1	MÉTODO	41
4.2	POPULAÇÃO DA PESQUISA.....	41
4.3	UNIVERSO E AMBIENTE DA PESQUISA	42
4.4	TÉCNICA, INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS.....	42
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	42
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
5.1	ASPECTOS GERAIS SOBRE O ATENDIMENTO ÀS GESTANTES NO MUNICÍPIO	44
5.2	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DO SIAB.....	46
5.3	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DO SISPRENATAL.....	53
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
	REFERÊNCIAS.....	61
	APÊNDICE A	65
	APÊNDICE B	66

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Entre os programas ou ações programáticas em saúde, a assistência pré-natal tem ocupado historicamente um espaço relevante na atenção à saúde da população, sendo um dos primeiros a ser desenvolvido com uma perspectiva de saúde pública (CARVALHO, 2004).

Segundo Santos (2000), em todo o mundo, as taxas de mortalidade e de morbidade materno-infantil têm diminuído drasticamente nos últimos trinta anos, o que tem sido atribuído aos cuidados durante o pré-natal e nos primeiros anos de vida.

O programa de pré-natal tem por objetivo central reduzir a morbidade e mortalidade materno-infantil. Esse perfil caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações preventivas e educativas, como também pelo contato freqüente e planejado da gestante com os serviços de saúde, no rastreamento de gestantes de alto risco e intervenção precoce nos problemas que afetam a gravidez (CARVALHO, 2004).

No Brasil, os serviços de assistência à saúde materna têm se expandindo marcadamente nos últimos anos. Segundo Santos (2000), observa-se a ampliação das coberturas dos serviços de medicina preventiva para a população materno-infantil, o que, para Brasil (2000) parece haver efeito dose-resposta na atenção pré-natal, já que o número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado com melhores indicadores de saúde materno-infantil.

Ainda que inquestionável o potencial do atual impacto positivo do pré-natal sobre a saúde da população, os indicadores de saúde relativos à morbidade e à mortalidade materna e perinatal, as consultas do pré-natal continuam insatisfatórias

em todas as regiões do país e considera-se que poderiam e deveriam ser bastante melhorados com o aprimoramento dos programas implantados (CARVALHO, 2004).

No Brasil, por exemplo, as principais causas de óbito perinatal são as afecções passíveis de prevenção através de uma adequada atenção pré-natal, como as síndromes hipertensivas, diabetes gestacional, infecções congênitas (DE LORENZI, 2001).

Diante do exposto, fica evidenciada a existência de problemas no pré-natal, que associada à significativa inserção de médicos e enfermeiros nessa área do cuidado, em decorrência particularmente da implantação das equipes do Programa de Saúde da Família, foi decido a realização do presente estudo, que trata de uma análise situacional da atenção pré-natal oferecida em Campo do Brito, enfocando o nível primário de atenção.

No referido estudo, foram feitas algumas indagações quanto à cobertura da população do município por equipes de saúde da família, como está sendo realizada a alimentação do Sistema da Atenção Básica (SIAB) e do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL). Dessa forma, foram analisados os índices encontrados nesses sistemas, e por fim, como é feita a oferta de consultas médicas e de enfermagem no pré-natal.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar a situação da assistência pré-natal oferecida em Campo do Brito, um município do estado de Sergipe.

2.2 ESPECÍFICOS

- Verificar a cobertura da população da microrregião assistida pelas equipes do Programa de Saúde da Família;
- Avaliar as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL);
- Conhecer a dinâmica da oferta das consultas médicas e de enfermagem durante o pré-natal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASSISTÊNCIA DO PRÉ – NATAL NO PROGRAMA DE SAÚDE E DA FAMÍLIA

A atenção básica voltada a uma prática universal de saúde, no Programa de Saúde e da Família (PSF), de caráter individual e coletivo, baseia-se na abordagem integral da pessoa, em seu contexto familiar e social. Para sua organização, é necessário o conhecimento detalhado das condições de vida da população adstrita, tanto em relação aos aspectos epidemiológicos e sanitários, bem como a realidade socioeconômica. As equipes de saúde da família competem agir de maneira integrada com a comunidade, identificar as prioridades e estabelecer pactos para implantar soluções apropriadas (SCHIRMER et al., 2000).

Segundo o autor acima, a Estratégia de Saúde da Família serve como eixo estruturante da atenção básica, propondo que a assistência ao pré – natal ocorra nas unidades básicas de saúde, caracterizadas como a principal porta de entrada do sistema, onde são firmados os vínculos da unidade básica com a comunidade.

Neste contexto, esta estratégia poderá levar a detecção precoce da gravidez e o início da gestação nas ações voltadas ao pré – natal, garantindo a melhor qualidade da assistência a mulher em todos os estágios de mudanças físicas e emocionais intervindo na redução dos índices de morbi-mortalidade materna e perinatal (CHIESA, 2003).

3.2 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO PRÉ – NATAL

A atenção com qualidade e humanizada depende da previsão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e de estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas. A equipe de saúde e da família deve propor ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência a saúde da gestante e do recém – nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de risco (BRASIL, 2005).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem - Decreto n.º 94.406/87 -, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira. Frente a qualquer alteração, ou se o parto não ocorrer até sete dias após a data provável, a gestante deverá ter consulta médica assegurada, ou ser referida para serviço de maior complexidade. (ALENCAR, 2007).

As ações programáticas praticadas pelas (os) enfermeiras (os), com enfoque na mulher gestante, consistem em um conjunto de atividades assistenciais e educativas que se iniciam pelo acompanhamento da gestante e família, na visita domiciliar, nos grupos educativos e na consulta de enfermagem (CHIESA, 2003).

Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré – natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir: captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré – natal até 120 dias da gestação; realização de, no mínimo, seis consultas de pré – natal, sendo, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. Além disso, desenvolver atividades ou procedimento durante a atenção

pré – natal: escutar a mulher e seus acompanhantes, fazer atividades em grupo ou individualmente; anamnese e exame clínico – obstétrico da gestante; fazer solicitações de exame laboratoriais em alguns períodos da gestação; verificar a imunização antitetânica; avaliar o estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SINASC (Sistema de Nascidos Vivos); prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais; prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama; tratamento das intercorrências da gestação; classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subseqüentes; atendimento as gestantes classificadas como de risco, garantindo vínculo e acesso a unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado; registro em prontuário e cartão da gestante (BRASIL, 2005).

Toda gestante deve vincular-se a uma unidade de saúde, receber a carteira de gestante contendo informações relativas ao seu estado de saúde sempre atualizada a cada consulta, as quais servirão de elo entre a assistência pré – natal e a assistência hospitalar (FREITAS et al., 2001).

3.2.1 DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ

O diagnóstico da gravidez em estágio mais avançado pode ser efetuado em 90% das pacientes através dos sinais clínicos, sintomas e exame físico.

Os sinais e sintomas da gestação dividem-se em três categorias que, quando positivas, confirmam o diagnóstico. É importante lembrar que muitos sinais e sintomas presentes na gestação podem também aparecer em outras circunstâncias (BRASIL, 2001).

❖ **Sinais de presunção:** são os que sugerem gestação, decorrente, principalmente, do aumento da progesterona:

- a) **Amenorréia:** freqüentemente, é o primeiro sinal que alerta para uma provável gestação;
- b) **Náuseas com ou sem vômitos:** como sua ocorrência é mais freqüente pela manhã, é denominada "enjôo matinal", mas pode ocorrer durante o restante do dia. Surge no início da gestação e, normalmente, não persiste após 16 semanas de gestação;
- c) **Alteração mamária:** caracterizam-se pelo aumento da sensibilidade, sensação de peso, latejamento e aumento da pigmentação dos mamilos e aréola; a partir do segundo mês, as mamas começam a aumentar de tamanho;
- d) **Polaciúria:** é o aumento da freqüência urinária;
- e) **Vibração ou tremor abdominal:** são termos usados para descrever o reconhecimento dos primeiros movimentos do feto, pela mãe, os quais geralmente surgem por volta da 20ª semana. Por serem delicados e quase imperceptíveis podem ser confundidos com gases intestinais.

❖ **Sinais de probabilidade:** são os que indicam que existe uma provável gestação:

- a) **Aumento uterino:** devido ao crescimento do feto, do útero e da placenta;
- b) **Mudança da coloração da região vulvar:** tanto a vulva como o canal vaginal tornam-se bastante vascularizados, o que altera sua coloração de rosa-avermelhado para azul escuro ou vinhosa;

- c) **Colo amolecido:** devido ao aumento do aporte sanguíneo na região pélvica, o colo uterino torna-se mais amolecido e embebido, assim como as paredes vaginais tornam-se mais espessas, enrugadas, amolecidas e embebidas;
- d) **Testes de gravidez:** inicialmente, o hormônio gonodotrofina coriônica é produzido durante a implantação do ovo no endométrio; posteriormente, passa a ser produzido pela placenta. Esse hormônio aparece na urina ou no sangue 10 a 12 dias após a fecundação, podendo ser identificado mediante exame específico;
- e) **Sinal de rebote:** é o movimento do feto contra os dedos do examinador, após ser empurrado para cima, quando da realização de exame ginecológico (toque) ou abdominal;
- f) **Contrações de Braxton-Hicks:** são contrações uterinas indolores, que começam no início da gestação, tornando-se mais notáveis à medida que esta avança, sentidas pela mulher como um aperto no abdome. Ao final da gestação, tornam-se mais fortes, podendo ser confundidas com as contrações do parto.
- ❖ **Sinais de certeza:** são aqueles que efetivamente confirmam a gestação:
- a) **Batimento cardíaco fetal (BCF):** utilizando-se o estetoscópio de Pinard, pode ser ouvido, freqüentemente, por volta da 18ª semana de gestação; caso seja utilizado um aparelho amplificador denominado sonar Doppler, a partir da 12ª semana. A freqüência cardíaca fetal é rápida e oscila de 120 a 160 batimentos por minuto;

- b) **Contornos fetais:** ao examinar a região abdominal, freqüentemente após a 20ª semana de gestação, identificamos algumas partes fetais (pólo cefálico, pélvico, dorso fetal);
- c) **Movimentos fetais ativos:** durante o exame, a atividade fetal pode ser percebida a partir da 18ª/20ª semana de gestação. A utilização da ultra-sonografia facilita a detectar mais precoce esses movimentos;
- d) **Visualização do embrião ou feto pela ultra-sonografia:** pode mostrar o embrião com 4 semanas de gestação, além de mostrar a pulsação cardíaca fetal nessa mesma época. Após a 12ª semana de gestação, a ultra-sonografia apresenta grande precisão diagnóstica.

Durante a evolução da gestação normal, verificamos grande número de sinais e sintomas que indicam alterações fisiológicas e anatômicas da gravidez. Além dos já descritos, freqüentemente encontramos no primeiro trimestre gestacional, existem outros como a sialorréia e sangramentos gengivais, decorrentes do edema da mucosa gengival, em vista do aumento da vascularização (BRASIL, 2001)

De acordo com o autor acima, algumas gestantes apresentam essas alterações de forma mais intensa; outras, de forma mais leve – o que pode estar associado às particularidades psicossocioculturais. Dentre estes casos, podemos observar as perversões alimentares decorrentes de carência de minerais no organismo, tais como o desejo de ingerir barro, gelo ou comida extravagantes.

Para minimizar tais ocorrências, faz-se necessário acompanhar a evolução da gestação por meio do pré-natal, identificando e analisando a sintomatologia apresentada, ouvindo a mulher e lhe repassando informações que podem indicar mudanças próprias da gravidez.

3.2.2 ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA

Confirmado o diagnóstico, inicia-se o acompanhamento da gestante através da inscrição no pré-natal, com o preenchimento do cartão, onde são registrados seus dados de identificação e socioeconômicos, motivo da consulta, medidas antropométricas, sinais vitais e dados da gestação atual. Ela deve ocorrer o mais precocemente possível e pode ser realizada na unidade básica de saúde ou por meio da visita domiciliar.

A consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e parto (BRASIL, 2005).

A consulta inicia com uma gama de procedimentos que incluem desde a anamnese geral, ginecológica e obstétrica ao exame físico geral, obstétrico e ginecológico, cujos dados deverão ser registrados em formulários próprios que servirão para posterior análise estatística e acompanhamento da gestação, objetivando a avaliação do serviço prestado e buscando implementar melhorias, além de serem úteis à gestante na gestação atual (VASQUES, 2006).

3.2.2.1 Anamnese Geral e Gineco-Obstétrica

Na anamnese geral, é iniciada visando calcular a idade gestacional e a data provável do parto (DPP), pergunta-se à gestante qual foi a data de sua última menstruação (DUM), registrando-se sua certeza ou dúvida (BRASIL, 2001).

A consulta pré-natal tem como objetivo:

- ✓ Acolher a mulher respeitando sua condição emocional em relação à atual gestação;
- ✓ Esclarecer suas dúvidas, medos, angustias ou simplesmente curiosidade em relação a este novo momento em sua vida;
- ✓ Identificar e classificar os riscos;
- ✓ Confirmar o diagnóstico;
- ✓ Aderir ao pré natal e estimular o auto cuidado.

Após essa primeira etapa o profissional do PSF deve fazer o levantamento da história clínica da gestante, como:

- ✓ Avaliar a realidade socioeconômica;
- ✓ Condições de moradia, e de saneamento;
- ✓ Composição familiar e antecedentes;
- ✓ Esclarecer a gestante que seu acompanhante poderá participar de seu atendimento, se o desejar;
- ✓ Levantar as expectativas da gestante com relação ao atendimento;
- ✓ Identificar as experiências anteriores.

Verificar os antecedentes familiares:

- ✓ Hipertensão arterial;
- ✓ Diabetes mellitus;
- ✓ Doenças congênitas;
- ✓ Gemelaridade;
- ✓ Câncer de mama e/ou do colo uterino;
- ✓ Hanseníase;
- ✓ Tuberculose e outros contatos domiciliares;
- ✓ Doença de Chagas;

- ✓ Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.

Verificar os antecedentes pessoais:

- ✓ Hipertensão arterial crônica;
- ✓ Cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
- ✓ Diabetes mellitus;
- ✓ Doenças renais crônicas;
- ✓ Anemias;
- ✓ Distúrbios nutricionais (desnutrição, sobrepeso, obesidade);
- ✓ Epilepsia;
- ✓ Doenças da tireóide e outras endocrinopatias;
- ✓ Malária;
- ✓ Viroses (rubéola, hepatite);
- ✓ Alergias;
- ✓ Hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas;
- ✓ Portadora de infecção pelo HIV;
- ✓ Infecção do trato urinário;
- ✓ Doenças neurológicas e psiquiátricas;
- ✓ Cirurgia (tipo e data);
- ✓ Transfusões de sangue.

Verificar os antecedentes ginecológicos:

- ✓ Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
- ✓ Uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- ✓ Infertilidade e esterilidade (tratamento);

- ✓ Doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
- ✓ Doença inflamatória pélvica;
- ✓ Cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- ✓ Mamas (alteração e tratamento);
- ✓ Última colpocitologia oncótica (papanicolau ou "preventivo", data e resultado).

Verificar os antecedentes obstétricos:

- ✓ Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
- ✓ Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas – indicações);
- ✓ Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
- ✓ Número de filhos vivos;
- ✓ Idade na primeira gestação;
- ✓ Intervalo entre as gestações (em meses);
- ✓ Isoimunização Rh;
- ✓ Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- ✓ Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g;
- ✓ Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- ✓ Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);

- ✓ Natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu);
- ✓ Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, exsangüineotransfusões;
- ✓ Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar);
- ✓ Complicações nos puerpérios (descrever);
- ✓ História de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).

Buscar informações da gestação atual, como:

- ✓ Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM;
- ✓ Peso prévio e altura;
- ✓ Sinais e sintomas na gestação em curso;
- ✓ Hábitos alimentares;
- ✓ Medicamentos usados na gestação;
- ✓ Internação durante esta gestação;
- ✓ Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- ✓ Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- ✓ Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente.

3.2.2.2 Exame Físico Geral e Gineco-Obstétrico

Segundo Brasil (2001), o exame físico na gestante está dividido em:

➤ **Geral:**

- ✓ Determinação do peso e da altura;
- ✓ Medida da pressão arterial;

- ✓ Inspeção da pele e das mucosas (anemia);
- ✓ Palpação da tireóide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- ✓ Ausculta cardiopulmonar (pesquisa de sopros e ruídos adventícios);
- ✓ Determinação da frequência cardíaca;
- ✓ Exame do abdômen;
- ✓ Exame dos membros inferiores (edemas e varizes);
- ✓ Pesquisa de edema (face, tronco, membros);
- ✓ Temperatura corporal (busca de processos infecciosos/inflamatórios);
- ✓ Sinais de trombose venosa.

➤ **Específico (gineco-obstétrico):**

- ✓ Exame de mamas (Inspeccionar e palpar, aréola e papila com a verificação da saída de colostro à expressão, caso esteja na época apropriada, realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, principalmente se for adolescente. Nos casos em que a amamentação estiver contra-indicada – portadoras de HIV/HTLV –, orientar a mulher quanto à inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a aquisição da fórmula infantil);
- ✓ Palpar as axilas;
- ✓ Palpação obstétrica e identificação da situação e apresentação fetal através das manobras de Leopold-Zweifel;
- ✓ Medida da altura uterina;
- ✓ Ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
- ✓ Inspeção dos genitais externos;

- ✓ Exame especular:
 - a) inspeção das paredes vaginais;
 - b) inspeção do conteúdo vaginal;
 - c) inspeção do colo uterino;
 - d) coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), se houver indicação, e para a pesquisa de infecção por clamídia e gonococo, se houver sinais de inflamação e corrimento cervical mucopurulento;
- ✓ toque vaginal.

3.2.2.3 Exames Laboratoriais

O estabelecimento de uma rotina de exames laboratoriais, utilizados na gestação, pode variar de acordo com as características do serviço que presta esta de tipo de assistência à gestante. Serviço de menor complexidade, mais simples, terão em sua rotina exames de menor complexidade e menor custo (VASQUES, 2006).

Os exames essenciais de rotina pré-natal são (Brasil, 2001; Vasques, 2006):

- ✓ Tipagem sanguínea;
- ✓ Hemograma completo;
- ✓ Sorologia para lues (VDRL – sífilis);
- ✓ Urina tipo I (Elemento Anormais e Sedimentos – EAS);
- ✓ Anti-HIV.

Na primeira consulta deve ser solicitados os seguintes exames:

- ✓ Hemograma completo;
- ✓ Grupo sanguíneo e fator Rh;
- ✓ Sorologia para sífilis (VDRL);

- ✓ Glicemia em jejum;
- ✓ Exame sumário de urina (Tipo I);
- ✓ Sorologia anti-HIV, com o consentimento da mulher após o “aconselhamento pré-teste”;
- ✓ Sorologia para hepatite B (HBsAg, de preferência próximo à 30ª semana de gestação);
- ✓ Sorologia para toxoplasmose (IgM para todas as gestantes e IgG, quando houver disponibilidade para realização);
- ✓ Sorologia para rubéola;
- ✓ Sorologia para citomegalovírus;
- ✓ Colpocitologia oncótica (se a mulher não a tiver realizado nos últimos três anos ou se houver indicação);
- ✓ Parasitológico de fezes (sobretudo para mulheres de baixa renda);
- ✓ Ultra-sonografia obstétrica.

Outros exames podem ser acrescentados a esta rotina mínima em algumas situações especiais:

- ✓ Bacterioscopia da secreção vaginal: em torno da 30ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade;
- ✓ Urocultura para o diagnóstico de bacteriúria assintomática, em que exista disponibilidade para esse exame.

3.2.3 ROTEIRO DAS CONSULTAS SUBSEQÜENTES

Segundo Vasques (2006), no segundo e terceiro trimestres, alguns exames são repetidos para que possa monitorar o desenvolvimento da gravidez ou mesmo

surpreender doenças infecciosas que não tiveram o tempo necessário para apresentar manifestações naquela ocasião, como a sífilis e a AIDS.

No terceiro trimestre, a ultra-sonografia obstétrica presta-se principalmente ao acompanhamento do crescimento fetal e, à constatação de alterações que possam ter passado despercebidas em exames anteriores.

Ao final da gestação, entre a 38ª e 40ª semana, cabe, no atendimento, um acompanhamento mais atento e preciso do estado fetal quanto à sua vitalidade, particularmente. Não basta que a gestante compareça a uma simples consulta para ser avaliada clinicamente, sem que se possa documentar, através de exames a vitalidade fetal.

Dessa forma, pode-se precocemente, a tempo atuar de forma oportuna, quaisquer desvios da anormalidade. Além disso, sabe-se que a fase final da gestação é um período, principalmente para primigestas e seus familiares, de extrema ansiedade e tensão, que pode-se amenizar comprovando a saúde fetal, mediante a realização de exames (VASQUES, 2006).

3.2.3.1 Exames laboratoriais

Os exames solicitados no segundo trimestre são (VASQUES, 2006):

- ✓ Hemograma completo;
- ✓ Sorologia para lues;
- ✓ Urina tipo I;
- ✓ Teste oral de tolerância à glicose (TOTG);
- ✓ Ultra-sonografia morfológica.

Os exames solicitados no terceiro trimestre são (VASQUES, 2006):

- ✓ Hemograma completo;
- ✓ Sorologia para lues;
- ✓ Urina tipo I;
- ✓ Anti-HIV;
- ✓ Sorologia para hepatite;
- ✓ Ultra-sonografia obstétrica.

3.2.4 AÇÕES EDUCATIVAS

A gestação, embora evento fisiológico, traz, todavia, modificações várias ao organismo materno que, podem trazer incômodos, inquietudes e apreensão às gestantes, especialmente às primigestas. Portanto, nas consultas com os profissionais de saúde, cada qual na sua competência, poderão e deverão ajudar a esclarecer, elucidar, orientar e, quando necessário, medicar as suas clientes (VASQUES, 2006).

As orientações referem a algumas sintomatologias mais comuns que a gestante pode apresentar no primeiro trimestre e as terapêuticas que podem ser realizadas (BRASIL, 2001).

Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. É importante que se façam grupos separados para adultos e adolescentes. Essas atividades podem ocorrer dentro ou fora da unidade de saúde.

Durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher, ou a família, devem receber informações sobre os seguintes temas (BRASIL, 2001):

- Importância do pré-natal;
- Higiene e atividade física;
- Nutrição: promoção da alimentação saudável (ênfase na prevenção baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; e suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A – para as áreas e regiões endêmicas);
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV;
- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço);
- Preparo para o parto: planejamento individual considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
- Importância do planejamento familiar, num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Sinais e sintomas do parto;
- Cuidados após o parto (para a mulher e o recém-nascido – estimular o retorno ao serviço de saúde);
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;
- Informação acerca dos benefícios legais a que a mãe tem direito;

- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- Importância da participação do pai durante a gestação e do desenvolvimento do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).
- Sintomas comuns na gravidez e orientação alimentar para as queixas mais frequentes, definindo as orientações e alterações na gestação.

Alterações e orientações (BRASIL, 2005):

✓ **Náuseas, vômitos e tonturas:** explicar que esses sintomas são muito comuns no início da gestação. Orientar a ter uma alimentação fracionada, evitar o uso de frituras, gorduras e alimentos com odores fortes ou desagradáveis, bem como a ingestão de líquidos durante as refeições. Recomenda-se a ingestão de torradas ou bolachas no desjejum, evitando-se líquidos, antes de levantar do leito. Agendar consulta médica para avaliar a necessidade de usar medicamentos ou referir ao pré-natal de alto risco, em caso de vômitos frequentes.

- ✓ **Sialorréia:** é a salivação excessiva, comum no início da gestação. Orientar que a dieta deve ser semelhante à indicada para náuseas e vômitos e, a deglutir a saliva e a tomar líquidos em abundância.
- ✓ **Pirose:** orientar a gestante a ter uma alimentação fracionada, evitando frituras, café, chá preto, mates, doces, alimentos gordurosos, picantes e irritante da mucosa gástrica, álcool e fumo.
- ✓ **Fraqueza, vertigens e desmaios:** orientar a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evitar a inatividade, indicar alimentação fracionada, evitar jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições, explicar que sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral esquerdo melhora a sensação de fraqueza e desmaio.
- ✓ **Dor abdominal, cólicas, flatulências e obstipação intestinal:** certificar-se de que não seja contrações uterinas, se houver flacidez da parede abdominal sugerir a gestante fazer exercícios apropriados, orientar alimentação rica em fibras, aumento da ingestão de água, evitar alimentos de alta fermentação, recomendar caminhadas e solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário.
- ✓ **Hemorróida:** orientar alimentação rica em fibras, não utilizar papel higiênico colorido ou áspero, fazer higiene perianal com água e sabão neutro, fazer banhos de vapor ou compressas mornas, se houver sangramento ou dor anal, agendar consulta médica.
- ✓ **Corrimento vaginal:** geralmente, a gestante apresenta-se mais úmida em virtude do aumento da vascularização. Na ocorrência de fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido, com prurido ou não, agendar consulta médica ou de enfermagem.

- ✓ **Polaciúria:** pressão exercida pelo útero na bexiga, no início e no final da gestação. Recomenda-se diminuir a ingestão de líquidos ao anoitecer para reduzir a necessidade de micção durante o período noturno.
- ✓ **Falta de ar e dificuldade para respirar:** pode acontecer pelo aumento do útero ou ansiedade da gestação. Recomenda-se repouso em decúbito lateral esquerdo, ouvir a gestante sobre suas angústias, verificar sintomas associados a problemas cardíológicos.
- ✓ **Dor nas mamas:** ocorre devido a preparação das mesmas para a amamentação. Recomenda-se usar sutiã de apoio bem ajustado.
- ✓ **Dor lombar:** verificar postural corporal, usar sapatos baixos e confortáveis, aplicar calor local, e se for preciso usar analgésico.
- ✓ **Cefaléia:** Afastar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia, verificar se a gestante está tensa, prescrever analgésico, caso precise, referir a consulta médica, se persistir o sintoma.
- ✓ **Sangramento na gengiva:** Orientar escova de dente do tipo macia, massagear a gengiva e agendar atendimento odontológico, sempre que possível.
- ✓ **Varizes:** orientar a gestante não permanecer por muito tempo sentada ou em pé, repousar alguns minutos com as pernas levantadas, não utilizar roupas sujas e usar meia-calça elástica para gestante.
- ✓ **Câimbras:** Orientar a gestante a massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local, aumentar o consumo de alimentos ricos em potássio, cálcio e vitamina B1, além de evitar excesso de exercícios.
- ✓ **Manchas escuras no rosto:** Explicar a gestante que costuma diminuir ou desaparecer após o parto, diminuir a exposição ao sol e usar protetor solar.

- ✓ **Estrias:** Explicar que são resultado da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção, no entanto pode ser utilizadas substâncias oleosas na tentativa de preveni-las.

3.2.5 ATENÇÃO NO PUERPÉRIO

A consulta de revisão puerperal deverá ser agendada coma paciente ainda internada na maternidade ou no momento da alta hospitalar, no mesmo serviço que prestou assistência ao parto ou na unidade básica onde a gestante recebeu o seu atendimento pré-natal, caso possível e de maior conveniência para a puérpera (VASQUES, 2006).

Caso não haja nenhuma intercorrência que leve a gestante a procurar atendimento emergencial, ela deverá ter o seu retorno marcado para uma semana ou no máximo dez dias após a alta. No entanto, se o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta.

O puerpério tem como objetivos (BRASIL, 2001):

- ✓ Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- ✓ Avaliar o retorno às condições pré-gravídicas;
- ✓ Avaliar e apoiar o aleitamento materno;
- ✓ Orientar o planejamento familiar;
- ✓ Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- ✓ Avaliar interação da mãe com o recém-nascido;
- ✓ Complementar ou realizar ações não executadas no pré-natal.

3.2.6 FATORES DE RISCO GESTACIONAL

É de suma importância que se conheça os eventos normais que se sucedem numa gravidez, a fim de que possa constatar possíveis desvios da normalidade, ainda que insipientes, para obtermos o melhor resultado para o binômio mãe-filho.

Dessa forma, os profissionais de saúde estarão seguros para tratar dos pequenos distúrbios da gravidez quando estes se apresentarem, ao mesmo tempo que estarão aptos a referenciar, para unidades de maior complexidade, aquelas que apresentarem quaisquer alterações, com a documentação devida do caso, mesmo que seja apenas para descartar uma ocorrência de menos gravidade.

Pode destacar nos primeiros lugares como causas de mortalidade materna a hipertensão arterial, as hemorragias e as infecções (VASQUES, 2006).

Os fatores de risco mais comuns são (VASQUES, 2006) :

✓ **Hipertensão crônica/Doença Hipertensiva Específica da Gestação**

(DHEG): a paciente com hipertensão crônica que engravida deve merecer cuidados específicos em relação à sua gestação, acompanhamento multidisciplinar e profissional, e ser encaminhada ao pré-natal de alto risco, pois além dos cuidados em relação à sua doença básica, deve receber cuidados constantes em relação ao feto, como acompanhamento constante do crescimento e da vitalidade fetal. Por isso a necessidade de ser acompanhada em unidades que possuam recursos com maior disponibilidade e facilidade de agendamento. A DHEG manifesta-se, por definição, a partir da 20ª semana de gestação, com elevação dos níveis tensoriais (pressão diastólica $>$ ou $=$ a 90mmHg), proteinúria (acima de 300mg/dL – urina 24 horas ou 1g em

amostra única) e não mais considerado obrigatoriamente, mas que pode servir como sinal de alerta e de adema.

São considerados como fatores predisponentes à DHEG:

- Primiparidade;
 - Antecedentes familiares/pessoais de DHEG;
 - Gravidez gemelar;
 - Hipertensão arterial sistêmica;
 - Nefropatia;
 - Síndrome antifosfolípido;
 - Lúpus eritematoso sistêmico;
 - Diabetes mellitus;
 - Mudança de parceiro;
 - Uso prévio de métodos de barreira;
 - Neoplasia trofoblástica gestacional;
 - Hidropisia fetal não-imune.
- ✓ **Hemorragias:** as gestantes que apresentarem hemorragia vaginal, por exame especular, como cervicites, coito intempestivo, devem ser direcionadas para investigação ultrasonográfica no sentido de se pesquisar alguma causa de maior gravidade e, assim receber a atenção e tratamento necessários em unidades de maior complexidade.
- ✓ **Infecções:** Os processos infecciosos maternos que tragam lesão ao feto só poderão ser diagnosticados por uma rotina de exames sorológicos realizados, muitas vezes não adotados rotineiramente tornando de difícil ou mesmo impossível detecção de tais situações.

✓ **Diabetes gestacional:** a gestante diabética será encaminhada para um pré-natal de alto risco. Os fatores considerados de risco para o diabetes gestacional são:

- Antecedentes familiares;
- Fetos macrossômicos em gestação anteriores;
- Obesidade;
- Idade superior a 25 anos;
- Passado de decesso fetal.

✓ **Fatores gerais de risco materno e fetal:** são quatro os principais grupos de risco.

- Características biopsicossocial e culturais:
 - Primiparidade precoce ou tardia;
 - Ocupação;
 - Situação conjugal instável;
 - Renda familiar baixa;
 - Escolaridade baixa;
 - Condições ambientais desfavoráveis;
 - Altura;
 - Peso;
 - Uso/dependência de drogas;
 - Condições psicológicas alteradas.
- História reprodutiva anterior:
 - Morte perinatal;
 - RN de baixo peso, pré-termo ou com malformação congênita;

- Abortamento habitual;
- Infertilidade;
- Intervalo interpartal;
- Nuliparidade ou multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Cirurgia uterina anterior.
- Doença Obstétrica na atual gestação:
 - Alteração do crescimento do fundo uterino, número de fetos e volume de fetos e volume do líquido amniótico;
 - Ameaça de parto prematuro, trabalho de parto prematuro, gravidez protraída;
 - Inadequação de ganho ponderal;
 - Pré-eclampsia – eclampsia;
 - Aminiorréia prematura;
 - Hemorragias de gestação;
 - Isoimunização Rh;
 - Óbito fetal.
- Intercorrências clínicas:
 - Cardiopatias;
 - Pneumopatias;
 - Nefropatias;
 - Endocrinopatias;
 - Hemopatias;
 - Hipertensão arterial;
 - Epilepsia;

- Doenças infecciosas;
- Doenças auto-imunes;
- Ginecopatias.

3.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

3.3.1 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB)

Segundo o DataSUS, órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde que possui a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde, o SIAB é um sistema diferente dos demais existentes na saúde, pois engloba informações que cruzam entre si e oferecem resultados que servem como diretrizes concretas para elaboração de metas e meios para melhorar a realidade sanitária do país. Contém informações como cadastro de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

Ainda de acordo com o DataSUS, dentro da assistência pré-natal, são vários os segmentos significativos a serem analisados no SIAB, destacando-se entre eles:

- ✓ gravidez abaixo dos vinte anos;
- ✓ gestantes acompanhadas por agentes comunitários de saúde;
- ✓ gestantes com consultas em dia;
- ✓ captação das gestantes ao serviço de saúde no 1º trimestre de gestação;
- ✓ cobertura de vacinação antitetânica.

3.3.2 SISPRENATAL (SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO)

O Sis prenatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - tem por finalidade a redução das taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal quer, vem melhorando porém ainda encontram-se com níveis elevados. Para isso o sistema avalia o compromisso das três esferas de governo, observando o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e assistência neo-natal oferecidos. Com as informações condensadas do Sis prenatal se conclui como está a assistência pré-natal e também como se visualiza diretrizes para melhorar tal assistência. (BRASIL, 2007).

No Sis prenatal está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério. Os objetivos do sistema são: concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

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

PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 MÉTODO

O método para o desenvolvimento dessa pesquisa foi o quantitativo de caráter descritivo. Para Oliveira (2002), p 115,

O quantitativo, conforme o próprio termo indica, significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, assim como também com o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde as mais simples (...), até as de uso mais complexo.

Falando sobre o estudo descritivo, neste, é geralmente empregado para descrever as características de uma determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Além disso, estuda as características de um grupo de acordo com sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental dentre outros. Entretanto, algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação.

4.2 POPULAÇÃO DA PESQUISA

Para Richardson (1999), universo ou população é o conjunto de elementos que possuem determinadas características.

Sendo a pesquisa, em sua maior parte, documental, a população desta pesquisa correspondeu apenas ao Gestor Municipal de Saúde do município pesquisado que foi entrevistado à respeito da organização e dinâmica da oferta de consultas para a assistência de pré-natal às gestantes do município.

4.3 UNIVERSO E AMBIENTE DA PESQUISA

O universo da pesquisa foi o município de Campo do Brito no estado de Sergipe, sendo que o ambiente da mesma foi a secretaria de saúde deste município, tendo como fonte as informações produzidas pelo SIAB e os dados colhidos pelo SISPRENATAL.

4.4 TÉCNICA, INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no ano de 2007, no turno da manhã e tarde de acordo com a disponibilidade dos pesquisadores. O instrumento utilizado foi uma entrevista estruturada com roteiro previamente estabelecido. Segundo Gil (1999), a entrevista é a obtenção de informações de um entrevistado sobre determinado assunto ou problema.

Também foram utilizados como instrumento de coleta de dados os sistemas de informação do Ministério da Saúde, SISPRENATAL e SIAB.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados colhidos através da análise dos sistemas de informação, como também da entrevista foram submetidos à análise percentual simples, cujos resultados serão apresentados para melhor visualização, através de gráficos e tabelas. O objetivo dessa análise , de acordo com Chizzotti(1995), p.68, propõe uma explicação do conjunto de dados reunidos a partir de uma conceitualização da realidade percebida ou observada.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com Marconi; Lakatos (2002), depois que os dados forem manipulados e os resultados obtidos, o próximo passo foi a análise e a interpretação destes proporcionando respostas às investigações. Para a elaboração da análise é necessário fazer interpretações, explicação e especificações dos dados colhidos.

Nesta etapa apresentação e análise dos resultados expostos a partir dos dados coletados. Os temas relevantes foram relacionados que encontram-se desenvolvidos a seguir:

- Aspectos gerais sobre o atendimento às gestantes no município;
- Análise e discussão dos dados do SIAB;
- Análise e discussão dos dados do SISPRENATAL.

5.1 ASPECTOS GERAIS SOBRE O ATENDIMENTO ÀS GESTANTES NO MUNICÍPIO

O Ministério da Saúde estabelece como critério para a definição do valor do incentivo financeiro ao Programa de Saúde da Família, a cobertura populacional das equipes de saúde da família num determinado município. Determinar os municípios onde às equipes de saúde da família resultem numa cobertura populacional de 50% ou mais a aplicação dos valores anuais para o incentivo financeiro por equipe implantada. Garantir cobertura aos usuários é oferecer atendimento integral, universal e equânime, como garante a Constituição e a legislação brasileira. Todo usuário deve ter acesso e atendimento assegurado, sem restrições ou cláusulas de cobertura, a toda a rede de saúde do SUS. Esse

acesso abrange todas as modalidades de cobertura adequadas ao atendimento de que o usuário necessitar, em todo o território nacional. (BRASIL, 2005)

A cobertura populacional do município de Campo do Brito foi de 96% o que mostra uma ampliação de acesso às ações de saúde na atenção básica e portanto, sugere uma melhor situação de saúde, o que leva a uma melhor assistência a seus munícipes.

No entanto, as sete consultas que foram pactuadas no pré-natal dentro do Programa de Saúde e da Família são feitas pelas (os) enfermeiras (os) no município pesquisado. Quando há alteração no quadro clínico as gestantes são encaminhadas para o médico ginecologista, que também é obstetra, e caso não tenha resolutibilidade, elas são direcionadas para o CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher) em Aracaju, serviço de média complexidade oferecido dentro da gestão plena.

De acordo com a secretária de saúde, as enfermeiras também realizam educação em saúde, com palestras e atendimentos domiciliares e, além disso, contam com a parceria da Secretaria de Ação Social do município.

Os exames oferecidos pelo PSF no município são ofertados pelo estado como a dosagem de hemoglobina e hematócrito, grupo sanguíneo, fator Rh, sorologia para sífilis, glicemia em jejum, sumário de urina, sorologia anti-HIV, sorologia para toxoplasmose, sorologia para citomegalovírus, coombs indireto, urocultura e ultrassonografia obstétrica.

Tais exames são prescritos pela enfermeira, ou médico da equipe, durante a realização do pré-natal, o qual, segundo a secretária de saúde, é realizado uma a duas vezes por semana por cada equipe de saúde da família, a depender da

demanda de gestantes. Não há vaga limite para o atendimento de pré-natal, ou seja, todas que comparecem para a consulta pré-natal é atendida, seja pela enfermeira, seja pelo médico, a depender do cronograma do profissional.

5.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DO SIAB

Estão apresentadas a seguir tabelas individuais, extraídas do Sistema de Informação da Atenção Básica do município de Campo do Brito / SE, onde são demonstrados os dados mensais do município citado, referentes às gestantes cadastradas, e seus perfis quanto à idade, acompanhamento, vacinação, frequência de consulta pré-natal e início dessas consultas no ano de 2007. Importante frisar que, a partir do mês de setembro os dados são resultados dos trabalhos não só das Equipes de Saúde da Família, como também das Equipes de Saúde Bucal do município.

5.2.1 GESTANTES CADASTRADAS

Verifica-se uma média de 114 gestantes cadastradas mensalmente no ano de 2007, como mostra a tabela a seguir, tendo como número menor de cadastro no mês de Setembro, com 67 gestantes cadastradas, e número maior de cadastro no mês de Março, com 141 gestantes.

Tabela 1 - Número de Gestantes Cadastradas por mês em 2007

Mês	N. de gestantes cadastradas
Janeiro	129
Fevereiro	135
Março	141
Abril	136
Maio	127
Junho	124
Julho	121
Agosto	121
Setembro	67
Outubro	94
Novembro	91
Dezembro	83
MÉDIA	114,08

Fonte: SIAB / Secretaria Municipal de Campo do Brito / SES

Essa média calculada representa aproximadamente 1,4% da população do município, que possui uma população de 16.277 habitantes, sendo 50,01% do sexo masculino e 49,99% do sexo feminino, segundo o Relatório de Gestão de 2006 do município.

Levando em consideração os parâmetros do Ministério da Saúde, que diz que a porcentagem de gestantes de uma população representa aproximadamente 2%, observa-se que as Equipes de Saúde da Família e seus ACS não estão realizando uma busca ativa eficiente e eficaz das gestantes de Campo do Brito, já que 30% da população que se espera de ter como gestante não está sendo acompanhada pelas equipes.

Porém, comparando-se aos dados do Estado de Sergipe, observa-se que Campo do Brito está realizando um bom trabalho de busca ativa, já que o Estado apresenta apenas uma média de 69,46% de suas gestantes não cadastradas.

5.2.2 GESTANTES MENORES DE 20 ANOS

Tabela 2 - Número e percentual de gestantes menores de 20 anos cadastradas por mês em 2007.

Mês	Menores de 20 anos	%
Janeiro	29	22,48
Fevereiro	32	23,70
Março	29	20,57
Abril	29	21,32
Maio	31	24,41
Junho	33	26,61
Julho	37	30,58
Agosto	32	26,45
Setembro	20	29,85
Outubro	25	26,60
Novembro	26	28,57
Dezembro	17	20,48
MÉDIA	28,3	25,13

Fonte: SIAB / Secretaria Municipal de Campo do Brito / SES

Outro parâmetro analisado e registrado no SIAB é a idade da gestante. Segundo a Tabela 02 observamos que aproximadamente 25% das gestantes cadastradas possuem abaixo de 20 anos.

Essa média aproxima-se da média do Estado que possui, dentro das gestantes cadastradas, 21,3% das gestantes com idade menor que 20 anos.

Estes percentuais elevados para gestantes menores de 20 anos sugerem falhas nos programas de conscientização e informação a respeito dos métodos contraceptivos, bem como, da maneira correta de utilizá-los.

Gravidez, parto e pós-parto são os principais motivos de internação de jovens de 10 a 19 anos na rede pública de saúde no Brasil. Esses casos correspondem a 80% dos atendimentos desta faixa etária.

Além disso, já é bem sabido e descrito na literatura que existem graves prejuízos advindos de uma gravidez precoce, tais como maiores riscos de bebês prematuros, com baixo peso ao nascer, óbitos perinatais e infantis (BOZKAYA,1996).

5.2.3 GESTANTES ACOMPANHADAS NO PRÉ-NATAL

Tabela 3 - Número e percentual de Gestantes Acompanhadas por mês em 2007.

Mês	Gestantes Acompanhadas	%
Janeiro	129	100
Fevereiro	135	100
Março	141	100
Abril	136	100
Maio	127	100
Junho	124	100
Julho	121	100
Agosto	121	100
Setembro	67	100
Outubro	94	100
Novembro	91	100
Dezembro	83	100
MÉDIA	114,08	100

Fonte: SIAB / Secretaria Municipal de Campo do Brito / SES

O outro aspecto observado no sistema foi a porcentagem de gestantes acompanhadas pelas ESF, registrando 100% ou seja, todas as gestantes cadastradas foram acompanhadas. Importante salientar que o acompanhamento só diz respeito as visitas domiciliares e monitoramento dos ACS e não estão relacionadas a consultas médicas ou de enfermagem.

5.2.4 GESTANTES COM COBERTURA VACINAL

Tabela 4 - Número e percentual de Gestantes com vacinação em dia por mês em 2007.

Mês	Gestantes com vacinação em dia	%
Janeiro	127	98,45
Fevereiro	133	98,52
Março	135	95,74
Abril	135	99,26
Maio	121	95,28
Junho	124	100
Julho	120	99,17
Agosto	118	97,52
Setembro	64	95,52
Outubro	93	98,94
Novembro	87	95,60
Dezembro	72	86,75
MÉDIA	110	96,72

Fonte: SIAB / Secretaria Municipal de Campo do Brito / SES

Quanto à vacinação, observa-se uma média de 110 gestantes com vacinação em dia por mês, o que representa 96,72% das gestantes cadastradas. Nota-se, portanto, que o mês de Junho levou a 100% de gestantes com vacina em dia,

enquanto que o mês de Dezembro obteve o menor índice, com 86,75% de gestantes com vacinação em dia.

O ministério da saúde adverte quanto à vacinação das gestantes, referindo que todas as gestantes devem ter sua vacinação em dia. Porém, se formos analisar a nível estadual, que possui 95,25% de suas gestantes com vacinação em dia, observaremos que o município de Campo do Brito apresenta-se de forma positiva quanto a esse aspecto, estando acima da média estadual.

5.2.5 DEMONSTRATIVO DE CONSULTA DE PRÉ-NATAL MENSAL

Tabela 5 - Número e percentual de gestantes com consulta pré-natal/mês/em 2007.

Mês	Consulta Pré-natal	%
Janeiro	123	95,35
Fevereiro	123	91,11
Março	135	95,74
Abril	120	88,24
Maio	112	88,19
Junho	122	98,39
Julho	114	94,21
Agosto	105	86,78
Setembro	59	88,06
Outubro	93	98,94
Novembro	88	96,70
Dezembro	74	89,16
MÉDIA	105,67	92,57

Fonte: SIAB / Secretaria Municipal de Campo do Brito / SES

O quinto ponto analisado do SIAB quanto às gestantes foi a respeito da consulta mensal de pré-natal, onde obtivemos uma média de 105 gestantes realizando o pré-natal mensalmente, ou seja, 92,57% das gestantes vão à consulta

de pré-natal mensalmente. Importante frisar que, o município possui uma capacidade de oferecer 20 consultas por equipe para pré-natal quinzenalmente, podendo, portanto acompanhar 160 gestantes mensalmente pelas quatro ESF, o que ultrapassa o número de gestantes cadastradas no sistema.

Quanto à frequência das gestantes cadastradas, o município, mesmo apresentando uma pequena porcentagem de gestantes irregulares quanto à consulta pré-natal, possui a uma média maior que apresentada pelo Estado, já que este possui 90,26% das suas gestantes regulares na consulta pré-natal.

5.2.6 PRÉ-NATAL COM INICIO NO 1º TRIMESTRE DA GESTAÇÃO

Tabela 6 - Número e percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gestação por mês em 2007.

Mês	Início no 1º trimestre	%
Janeiro	106	82,17
Fevereiro	108	80
Março	123	87,23
Abril	111	81,62
Maio	96	75,59
Junho	107	86,29
Julho	104	85,95
Agosto	108	89,26
Setembro	60	89,55
Outubro	81	86,17
Novembro	79	86,81
Dezembro	68	81,93
MÉDIA	95,91	84,38

Fonte: SIAB / Secretaria Municipal de Campo do Brito / SES

Segundo a Tabela 6 verificamos que uma média de 84,38% das gestantes iniciam seu pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação.

Segundo o ministério da saúde, é no primeiro trimestre da gestação que as gestantes geralmente apresentam doenças, infecções ou disfunções que podem ser detectadas precocemente e tratadas de forma rápida. Devido a isso é que as mães devem iniciar o pré-natal no 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 a AIDS 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 (RATTNER, 2008)

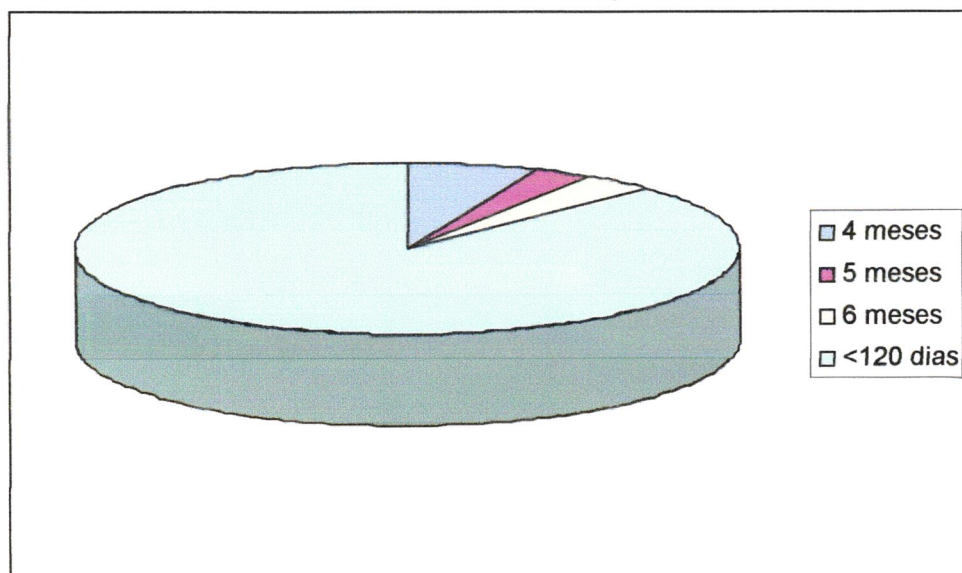
5.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DO SISPRENATAL

Em geral, a ficha consolidada do SISPRENATAL das gestantes nos informa que 141 gestantes foram cadastradas durante o ano de 2007. Deste total de gestantes será analisada a data da primeira consulta paralelo à data da sua última menstruação (DUM), e para os outros aspectos – número de consultas realizadas, frequência mensal, exames realizados e visita de puerpério – foram selecionadas todas as gestantes que apresentaram DUM até o mês de março, como forma de analisarmos gestantes que tiveram o início e fim da gestação do ano de 2007. Dessas últimas totalizou em 40 gestantes.

5.3.1 IDADE GESTACIONAL / DIA DA PRIMEIRA CONSULTA

Segundo dados do SISPRENATAL, dezoito gestantes, ou seja, 12,7% do total de gestantes cadastradas no ano de 2007, foram atendidas pela primeira vez pela equipe de saúde da família depois de 120 dias de gestação. Existem duas razões que podem levar as gestantes a presenciar tardiamente a primeira consulta: ineficiência da busca ativa realizada pelas ESF juntamente com os ACS, como também a falta de conscientização das gestantes em buscar precocemente o serviço.

Gráfico 1 - Idade Gestacional X Data da primeira consulta



Fonte: SISPRENATAL do município de Campo do Brito

O gráfico acima mostra que, das 18 gestantes que retardaram a ter seu primeiro atendimento pré-natal, 50% atrasam uma média de 4 meses, ou seja, 9 gestantes, 22,2% atrasaram 5 meses (4 gestantes) e gestantes (27,8%) demoraram seis meses para iniciar o pré-natal.

Este é um dado de relevância já que, segundo o Ministério da saúde quanto mais tardio o pré natal, mais difícil o diagnóstico precoce de patologias que afetam a gestação.

5.3.2 NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS DURANTE A GESTAÇÃO

Deste item em diante, só serão analisadas as gestantes que tiveram DUM até o mês de março, pra que pudéssemos avaliar toda a gestação, já que esta se finalizaria ainda no ano de 2007.

Abaixo está um condensado do que foi verificado no SISPRENATAL quanto ao número de consultas realizadas pelas gestantes cadastradas.

Tabela 7- Número de gestantes cadastradas / Número de consultas realizadas.

Número de gestantes	Número de consultas
3 (7,5%)	1
3 (7,5%)	2
9 (22,5%)	3
15 (37,5%)	4
4 (10%)	5
5 (12,5%)	6
1 (2,5%)	7

Fonte: SISPRENATAL / SMS de Campo do Brito / SES

Nota-se que a maioria das gestantes (37,5%) realizaram 4 consultas durante o pré-natal, e apenas 15% realizaram o número de consultas adequado e recomendado pelo Ministério da Saúde, que sugere a realização de no mínimo 6 consultas.

5.3.3 FREQUÊNCIA MENSAL NAS CONSULTAS DE PRE-NATA

É de relevância analisar a frequência com que as gestantes realizam seu pré-natal, ou seja, se fazem regularmente, uma vez por mês. Verificou-se que 15% das gestantes só foram 1 a 2 vezes realizar o pré-natal.

Observou-se, no geral que a parte (30%) das gestantes atrasavam no mínimo uma vez, média 3 meses de uma consulta para outra. A tabela abaixo mostra o quadro geral consolidando a frequência das gestantes.

Tabela 8 - Frequência e atrasos das gestantes / Número de gestantes cadastradas.

Frequência / atrasos	Numero de gestantes
1 ou 2 vezes durante toda gestação	6 (15%)
Atraso de 2 meses	10 (25%)
Atraso de 3 meses	12 (30%)
Atraso de 4 meses	2 (5%)
Regular	10 (25%)

Fonte: SISPRENATAL do município de Campo do Brito

Vê-se que apenas 10 gestantes (25%) realmente tiveram uma frequência regular das consultas.

5.3.4 REALIZAÇÃO DE EXAMES

A tabela abaixo consolida quanto ao número de gestantes que realizaram cada exame indicado pelo Ministério da Saúde como direito e dever da gestante.

Tabela 9 - realizados / Número de gestantes cadastradas.

Exames	Número de gestantes
ABO Rh	32
VDRL 1°	33
VDRL 2°	18
Urina 1°	33
Urina 2°	22
Glicemia 1°	33
Glicemia 2°	24
Hb'	32
Ht	32
HIV	33

Fonte: SISPRENATAL / SMS de Campo do Brito / SES

Nota-se que os exames mais realizados foram o VDRL 1°, Urina 1°, Glicemia 1° e da AIDS, e o exame menos realizado entre as gestantes foi o VDRL 2°. Todos os exames acima descritos possibilitam a indicação de intervenções que resultem na redução da morbimortalidade perinatal (BRASIL, 2005).

5.3.5 SITUAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO DAS GESTANTES

A tabela abaixo mostra o condensado a respeito da imunização das gestantes.

Tabela 10 - de imunização / Número de gestantes cadastradas.

Situação de imunização	Número de gestantes
1° vacina	19
2° vacina	18
Reforço	15
Imunizadas	22

Fonte: SISPRENATAL do município de Campo do Brito

Nota-se que 55% das gestantes realizaram a imunização adequadamente, ou seja, receberam duas doses da vacina dupla tipo adulto (dT) ou, na falta desta, da vacina contra o tétano (TT), com intervalo de dois meses ou mais entre elas (mínimo de um mês) (BRASIL, 2005).

5.3.6 VISITA DOMICILIAR NO PUERPÉRIO

Das 40 gestantes analisadas nesse estudo apenas 16 receberam a visita puerperal, uma média de 40% das gestantes. A visita de puerpério deve se realizar no primeiro momento da assistência à criança, constituindo o trinômio "mãe-filho-família", quando são observados e abordados fatores relacionados à puérpera, ao bebê e à família. Nessa ocasião a mãe já é orientada a levar seu filho à USF com 15 dias de vida, para que se inicie o acompanhamento mensal do crescimento e desenvolvimento da criança na unidade de saúde (MELLO; ANDRADE, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a finalização desta pesquisa, pode-se afirmar que o município de Campo do Brito, segundo o sistema de informação de saúde local, alcançou as expectativas na assistência pré-natal.

O município alcança a maior parte da cobertura populacional (96%). Porém, alguns dados demonstraram comprometimento da qualidade na atenção pré-natal. Constatou-se durante a entrevista realizada com a Secretária de Saúde que os médicos não fazem palestras, encaminhamento e atendimento alternado com a enfermeira, como também nem todos os exames necessários são oferecidos às gestantes devido a uma redução na investigação de doenças. No entanto, há um especialista ginecologista e obstetra para atender às gestante com risco.

Com a análise do SIAB observou-se que o município ultrapassou a média do Estado em todos os pontos, exceto quanto ao número de gestantes menores de 20 anos, onde Campo do Brito apresentou 25% de índice, enquanto que a média do Estado é de 21,3%.

Com a análise do SISPRENATAL observou-se que foram 141 gestantes cadastradas, com 40 gestantes apresentando DUM até o mês de Março/07. Os pontos positivos foram quanto ao:

- número de gestantes que compareceram para realização do pré-natal ainda no primeiro trimestre;
- número de gestantes que realizaram os primeiros exames básicos do pré-natal;
- número de gestantes imunizadas contra o tétano, frisando-se que 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.

Quanto aos pontos negativos observados no SISPRENATAL, notou-se que:

- apenas 15% das gestantes cadastradas realizaram o número adequado de consultas;
- apenas 25% das gestantes compareceram mensalmente à consulta pré-natal;
- e, apenas 40% das gestantes receberam visita puerperal, ou seja, há uma evidência que a atenção puerperal não está consolidada no serviço de saúde do município.

Diante dos achados pode-se constatar que o problema principal a ser resolvido no município é quanto à questão do acompanhamento constante das ESF e ACS, a fim de oferecer um atendimento mais qualificado e completo, mesmo porque o foco da questão está na evasão das gestantes e inadimplência com a frequência de consultas, realização de exames e na falta de assistência no puerpério.

O acompanhamento de indicadores é consensualmente apontado como uma medida fundamental para reduzir mortes maternas e perinatais, porque a sinalização dos problemas demanda as medidas para sua resolução. Programas, estratégias de atenção e monitoramento de resultados são instrumentos auxiliares nesse trabalho. Se não utilizados com essa finalidade, passam a ser percebidos apenas como mais uma tarefa e não acrescentam ganhos à saúde da população.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALENCAR, C. A. JR. **(Assistência Pré-Natal)**. Disponível em: <
http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/081.pdf>. Acesso em: 13 de
dezembro de 2007.

Academia Americana de Pediatria. **Gravidez na adolescência: tendências e
questões atuais**, 1998. Pediatrics [ed. bras.]. 1998 Jun; 3 (3): 439–44.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré – Natal e Puerperio: Atenção Qualificada e
Humanizada – Manual Técnico**. Brasília: 1 ed., 2005, p. 7 – 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: Manual técnico/** equipe de
elaboração: Janine Schimer et al. – 3º edição – Brasília: Secretaria de Políticas de
Saúde, 2000, p.66.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e
humanizada** – manual técnico/ equipe de elaboração: Janine Schimer et AL. – 1º
edição- Brasília, 2005, p. 158.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da
Área de Enfermagem. Rio de Janeiro: fiocruz, 2001, p 160.

BOZKAYA H., MOCAN H., USLUCA H., BESER E., GUMUSTEKIN D. **A retrospective analysis of adolescent pregnancies.** Gynecol Obstet Invest. 1996;42(3):146–50.

CHIESA, A. M. **Protocolo de Enfermagem: Atenção a Saúde da Mulher.** São Paulo: edição revisada, 2003, p. 8.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** São Paulo: Cortez, 1995. 165p.

CARVALHO, D.S.de.; NOVAES, H.M.D. **Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas.** Cad. Saúde Pública v.20 supl.2 Rio de Janeiro, 2004.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia.** Porto Alegre: Artmed Editora, 4 ed., 2001, p. 24.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5° ed., São Paulo: Atlas, 1999, p.206.

LORENZI, R.S. de; TANAKA, A.C.A.; BOZZETTI, M.C. **A natimortalidade como indicador de saúde perinatal.** Cad. Saúde Pública v.17 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2001.

MELLO D. F. de; ANDRADE R. D. **Atuação do enfermeiro junto à população materno-infantil em uma unidade de saúde da família, no município de Passos-MG.** Reme : Rev. Min. Enferm. v.10 n.1 Belo Horizonte jan. 2006.

NASCIMENTO, D.M. do. **Metodologia de Trabalho Científico: Teoria e prática.** Rio de Janeiro: Forense, 2002, p.56.

OLIVEIRA, S.L. de. **Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses.** São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2002, p.116 e 117.

RICHARDSON, J.R. **Pesquisa Social: meta e técnica.** 3º ed. São Paulo: Atlas, 1999, p. 157 – 158.

RATTNER D. **Pré-Natal: Acompanhamento pré-natal garante gravidez mais segura.**

[dhttp://guiadobebe.uol.com.br/gestantes/acompanhamento_prenatal_no_sus.htm](http://guiadobebe.uol.com.br/gestantes/acompanhamento_prenatal_no_sus.htm).

Acesso em 15 de fevereiro de 2008.

SCHIRMER, J. et al. **Assistência Pré – Natal: Normas e Manuais Técnicos.** 3 ed., Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/ Ministério de Saúde, 2000, p. 1.

SANTOS, I.S.; BARONI, C.B.; MINOTTO, I. **Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS.** Revista Saúde Pública v.34, n.6, São Paulo, dez. 2000.

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 v.17 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2001.

VASQUES, F. A. P.; Pré-Natal: Um Enfoque Multiprofissional. Editora Rubio, rio de Janeiro, p. 118, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO - NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO "LATO SENSU"
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA
ORIENTADORA: Joanita

PROJETO: "Assistência Pré – Natal oferecida pelo Programa de Saúde da Família: Uma análise situacional do município de Campo do Brito".

AUTORAS: Guacira Silva Fraga

Vanessa Paes Barreto Santana

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I – Dados de Identificação

Nome: _____

Função que exerce no município:

II - Questões

1. Qual a cobertura da população da microrregião assistida pelas equipes do Programa de Saúde da Família no município de Campo do Brito?
2. Como é feita a dinâmica da oferta das consultas médicas e de enfermagem durante o pré-natal?
3. Quantas vagas são oferecidas para as gestantes por equipe durante o mês?
4. Quais os exames oferecidos as gestantes?
5. Existe algum serviço específico de atendimento à gestante no município?

APÊNDICE B

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO - NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO "LATO SENSU"
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA

ORIENTADORA: Joanita

PROJETO: "Assistência Pré – Natal oferecida pelo Programa de Saúde da Família: Uma análise situacional do município de Campo do Brito".

AUTORAS: Guacira Silva Fraga

Vanessa Paes Barreto Santana

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, RG _____, declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa sob o
título: **"Assistência Pré – Natal oferecida pelo Programa de Saúde da Família: Uma análise situacional do município de Campo do Brito"**, que tem como
objetivos: analisar a situação da assistência pré-natal oferecida em Campo do Brito,
um município do estado de Sergipe, verificar a cobertura da população da
microrregião assistida pelas equipes do Programa de Saúde da Família; avaliar as
informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de
Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
(SISPRENATAL); conhecer a dinâmica da oferta das consultas médicas e de
enfermagem durante o pré-natal. Estou esclarecido quanto ao direito de retirar meu
consentimento em qualquer fase da pesquisa e como também o direito de ser

esclarecido quando necessitar e que será garantido o segredo sem prejuízo da minha imagem, de acordo com a resolução nº 196, item IV, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Declaro aceitar livremente participar da pesquisa permitindo que as pesquisadoras utilizem os resultados da análise de entrevista, inclusive para a publicação.

Aracaju, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Guacira Silva Fraga (Pesquisadora) Fone: 9984-5653
Vanessa Paes Barreto Santana (Pesquisadora) Fone: 9924-5282