

Diagnóstico situacional da assistência pré-natal pelo Programa Saúde da Família no município de Corinto, Minas Gerais

Diagnosis of the prenatal care provided by the Family Health Program (FHP) in the city of Corinto, Minas Gerais

Adriano Olivieri Brito¹

Flávia de Freitas Maia²

Maria de Lourdes Carvalho Alvarenga²

Renata Guedes de Aguiar²

Resumo

Na história da saúde pública, a atenção materno-infantil é reconhecida como prioritária. A assistência pré-natal influencia diretamente os coeficientes de morbimortalidade materna e infantil e possui um alto potencial indicativo da qualidade dos serviços de saúde. O objetivo do presente estudo é formular o diagnóstico da assistência pré-natal no município de Corinto/MG, a partir da cobertura da população pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), e das informações dos sistemas de informação SIAB e SINASC, no período de maio/2003 a maio/2004. Os resultados mostram uma cobertura populacional pelas equipes do PSF de 57%, um percentual de 24,1% de gestantes adolescentes, 96,5% de gestantes acompanhadas pelos agentes de saúde, 91,7% com consulta médica, 86,9% com pré-natal iniciado no primeiro trimestre e uma cobertura de vacinação contra tétano de 95,2%. A maioria das gestantes realizou o número ideal de consultas para garantia de uma boa atenção pré-natal (4 a 6 e/ou 7 ou mais consultas). A avaliação do processo de um programa de saúde analisa seu funcionamento, contempla os cuidados fornecidos e recebidos na assistência. Assim, são importantes tanto as atividades dos profissionais envolvidos quanto dos pacientes na procura e na utilização dos serviços disponibilizados, a fim de estimular uma melhor adequação do serviço. Os coeficientes de morbimortalidade materna e infantil podem ser reduzidos com determinação política na garantia de aprimoramentos nos serviços básicos de saúde à população, incluindo, especialmente, melhorias na assistência pré-natal.

Abstract

Throughout the history of Public Health, mother and child care is recognized as a priority. Prenatal care has direct influence upon the mother and child morbidity and mortality coefficients and is a strong indicator of the quality of health care services. The present study aims at formulating a diagnosis of the prenatal care in the city of Corinto/MG, based on the coverage of the population by the teams of the Family Health Program (FHP) and on the data available at the information systems SIAB and SINASC over the period May 2003 to May 2004. The results show a coverage of the population by the FHP teams of 57%, which is below the rate recommended by the Ministry of

Palavras-chave: Saúde da Família; Cuidado Pré-Natal; Avaliação; Programa Saúde da Família.

Key Words: Family Health; Prenatal Care; Evaluation; Family Health Program.

¹ Médico, especialista em Saúde da Família pela UFMG, Programa de Saúde da Família, Corinto, Minas Gerais, Brasil.

² Enfermeira, especialista em Saúde da Família pela UFMG, Programa de Saúde da Família, Corinto, Minas Gerais, Brasil.

Health. With regard to prenatal care, there is a percentage of 24,1% of pregnant adolescents - 96,5% of pregnant women were followed up by the health agents, 91,7% received medical care and 86,9% started the prenatal care in the first trimester of the pregnancy. As refers to antitetanic vaccination, the coverage of pregnant women was of 95,2%. The greater part of pregnant women had the ideal number of medical appointments for ensuring good prenatal care (4 to 6 or 7 or more). The assessment of the process of a health program implies in analyzing its functioning and the provided and received care. Thus, for allowing a better adjustment of the care services, not only the activities of the involved professionals must be contemplated but also the activities of the patients searching for and utilizing the offered services. The mother and child morbidity and mortality coefficients can be reduced through policies capable of improving the basic care provided to the population, including especially improvements in prenatal care.

1. Introdução

Na história da saúde pública, a atenção materno-infantil tem sido reconhecida como prioritária. A assistência pré-natal teve início no fim do século XIX, representada por consultas esparsas, sem sistematização clínica. Em quase todos os países, a prática do pré-natal foi adotada e, no Brasil, era o tipo de assistência mais oferecido às mulheres até o final da década de 1970¹.

Nos países subdesenvolvidos, de assistência médica precária, a atenção pré-natal representa, talvez, a única oportunidade para as mulheres receberem assistência médica. Constitui, portanto, um exercício de medicina preventiva, visando primordialmente à preservação da saúde física e mental da grávida e identificação das alterações próprias da gravidez que possam repercutir nocivamente sobre o feto².

A gravidez, apesar de ser um processo fisiológico, produz modificações no organismo materno que o colocam no limite do patológico. Desse modo, se a gestante não for acompanhada adequadamente, existindo a superposição de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco tanto para mãe quanto para o feto².

A cobertura da assistência pré-natal no Brasil ainda é baixa, apesar de vir aumentando nas últimas décadas. As desigualdades no uso desta assistência ainda persistem. O percentual de mulheres da zona rural que não realizam pré-natal é alto. Há também grande diferença na cobertura segundo regiões geográficas³.

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez (período de mudanças físicas e emocionais), que cada gestante vivencia de forma distinta⁴.

O controle pré-natal, segundo recomendações de órgãos oficiais de saúde, deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica e estar integrado com as demais ações preventivas e curativas. Além disso, deve ser observado um número mínimo de consultas. Seu sucesso depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia e do número de consultas realizadas³.

Tendo por objetivo central reduzir a morbidade e mortalidade, tanto materna quanto infantil, o programa de pré-natal caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações preventivas e educativas e, por meio do contato frequente e planejado da gestante com os serviços de saúde, no rastreamento de gestantes de alto risco e intervenção precoce nos problemas que afetam a gravidez⁵.

No Brasil, a disseminação do programa de atenção pré-natal ocorreu com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em meados da década de 1980⁵. O PAISM deveria prover ações relacionadas a: gravidez, contracepção, esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério¹.

A Norma Operacional Básica 9/96, implementada no final de 1997, consolidou a ênfase na saúde preventiva, dando grande força ao Programa de Saúde da Família (PSF)⁶, que se encarregou de realizar as ações preventivas nas áreas de saúde da criança, da mulher, controle de doenças crônicas (hipertensão e diabetes) e infecciosas (hanseníase e tuberculose).

Ciente da importância da atenção pré-natal no resul-

tado perinatal e na redução das taxas de mortalidade materna, o Ministério da Saúde lançou por meio da Portaria/GM n.º 569, de 1º de junho de 2000, o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)⁷, propondo critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderissem a este programa^{2,8,1}.

Deste modo, foram estabelecidos para o cuidado pré-natal vários critérios relativos à captação precoce da gestante e à realização de um mínimo de procedimentos considerados essenciais e que pudessem ser implementados na grande maioria dos municípios brasileiros (Quadro 1).

A atenção ao pré-natal é um segmento que possui um alto potencial indicativo da qualidade dos serviços de saúde devido à importância que este serviço tem no conjunto da Atenção Básica, como: oferta mínima e obrigatória; ampla distribuição nacional; exigência da disponibilidade de médico, enfermeiro, exames laboratoriais, agendamento de consultas, instalações e instrumental adequados. Além disso, a cobertura do pré-natal consiste em um dos principais

indicadores do Pacto da Atenção Básica do SUS⁹.

No Brasil, pelo menos três indicadores confirmam problemas na assistência pré-natal: a alta incidência de sífilis congênita (24/1000 nascidos vivos no SUS), cujo diagnóstico e tratamento têm 100% de possibilidade de realização na assistência pré-natal; a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), que representa a principal causa de óbitos maternos, podendo ser diagnosticada pela mensuração sistemática da pressão arterial associada à identificação dos sinais e sintomas clínicos, bem como exames complementares; e o fato de 37% das gestantes não serem vacinadas contra o tétano, precaução que deve ser garantida a toda e qualquer mulher antes mesmo da concepção¹⁰.

Os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal e ao parto, bem como pelos aspectos biológicos da reprodução humana e pela presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal. Cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis, mediante a adoção de medidas relativamente simples,

Quadro 1: Critérios para a atenção pré-natal estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)

1. Primeira consulta até o 4º mês de gestação.
2. Garantir a realização dos seguintes procedimentos.
 - 2.1 No mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação.
 - 2.2 Uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento.
 - 2.3 Exames laboratoriais:
 - a) ABO-Rh na primeira consulta;
 - b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo a trigésima semana de gestação;
 - c) Urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo a trigésima semana de gestação;
 - d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo a trigésima semana de gestação;
 - e) Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta.
 - 2.4 Oferta de teste de HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com a população maior que 50 mil habitantes.
 - 2.5 Aplicação da vacine antitetânica até a dose imunizante (Segunda) do esquema recomendado, ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.
 - 2.6 Atividades educativas.
 - 2.7 Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.
 - 2.8 Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Brasil. Ministério da Saúde, 2007.

visando à adequação da assistência pré-natal e garantia de acesso aos serviços de saúde^{2,3,10,11}.

A redução das taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal dependem, significativamente, da avaliação da assistência pré-natal, uma vez que a qualidade dessa assistência tem relação estreita com os níveis de saúde de mães e conceptos¹⁰.

O Programa de Saúde da Família teve impacto significativo na queda da mortalidade infantil no Brasil, no período de 1991 a 2002. Para cada aumento de 10% da cobertura do PSF, a mortalidade infantil caiu 4,5%¹².

No município de Corinto, em Minas Gerais, o PSF foi implantado inicialmente em 1998 pela Secretaria Municipal de Saúde, com duas equipes, sendo cada uma constituída por um médico, um auxiliar de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde e uma enfermeira comum para ambas as equipes que cobriam pequena parcela da zona urbana¹³. Em 1999, foi implantada uma equipe de PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) composta por uma enfermeira e 30 agentes comunitários de saúde. No final deste mesmo ano foram extintas as equipes de PSF e, depois, o PACS foi extinto no final de 2002 (SMS, 2005). Em abril de 2003, o PSF foi reimplantado com quatro equipes sendo cada uma constituída por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde, estrutura mantida até o momento¹³.

Essas equipes são as responsáveis pela realização das diversas ações básicas, entre elas o pré-natal da população cadastrada em sua área. As consultas de pré-natal são realizadas nas unidades básicas de saúde por médico generalista de acordo com a demanda espontânea ou encaminhamento proveniente da busca ativa de gestantes. Os exames laboratoriais são todos realizados no próprio município. As gestações de alto risco são referenciadas ao obstetra do município ou de outras cidades, e os partos são realizados em sua maioria no Hospital Imaculada Conceição de Curvelo, localizado a 45 km de Corinto. Somente as parturientes multíparas, de baixo risco e sem histórico de cesariana têm seus partos realizados na Santa Casa de Misericórdia de

Corinto por médico cirurgião geral ou obstetra. Até 2003, Corinto não estava inscrito no Programa de Humanização do Parto e Nascimento, vindo a fazer parte desse programa somente em 2005.

Corinto, conhecido como centro geográfico de Minas Gerais, faz parte da microrregião de Curvelo e tem uma população estimada de 24.379 habitantes (sendo aproximadamente 88% na zona urbana e 12% na zona rural) com uma área de 2.524 km², apresentando uma densidade demográfica de 9,6 habitantes/km², segundo dados do IBGE (2003).

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Rio das Velhas (CISMEV) começou a operar em janeiro de 1996 e tem como objetivo promover o desenvolvimento integrado da região, sendo o elo com o estado e seus órgãos operacionais. Seus integrantes são os mesmos que participam da AMEV – Associação dos Municípios da Microrregião Médio Rio das Velhas. O CISMEV tem Curvelo como pólo prestador de serviços, apesar de Corinto ser a sede^{14,13}. A atuação do consórcio prioriza o atendimento de consultas em especialidades, pois não há hospital regional de referência.

O estado de Minas Gerais sendo dividido em microrregiões também facilita a coleta e análise dos indicadores de saúde, os elementos básicos para análise da situação de saúde de uma determinada região. As taxas de mortalidade da microrregião da qual Corinto faz parte apontam para desigualdades das condições de vida e da assistência materno-infantil.

A taxa de mortalidade infantil é um dos indicadores internacionais básicos utilizados para retratar a situação de saúde em determinado local. Sua evolução durante o período de 2000 a 2004 evidencia aumento da mortalidade infantil na microrregião de Curvelo. A partir de 2001, seus valores situam-se acima dos valores estaduais¹⁵, conforme pode ser observado na Tabela 1.

A taxa de mortalidade materna reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher e é utilizada para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao

parto e ao puerpério. Uma importante limitação é a subenumeração de óbitos femininos em idade fértil. Entre os óbitos captados, há a questão do preenchimento inadequado de médicos e enfermeiros nessa área do cuidado em decorrência da implantação das equipes de PSF, fomentou a realização do presente estudo, que se trata de uma análise

Tabela 1. Taxas de mortalidade infantil na microrregião de Curvelo e Minas Gerais, 2000-2004.

Ano	Taxa de Mortalidade Infantil (por mil NV)		Taxa de Mortalidade de Neonatal		Taxa de Mortalidade de Neonatal Tardia		Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal	
	MICRO	MG	MICRO	MG	MICRO	MG	MICRO	MG
2000	16,6	20,6	11,3	14,3	2,3	2,6	5,3	6,5
2001	22,5	18,8	15,1	12,8	3,9	2,5	7,4	6,0
2002	25,8	18,0	18,9	12,6	4,0	2,6	5,5	5,1
2003	20,7	17,1	16,0	11,9	1,6	2,4	4,7	5,2
2004	25,4	15,2	21,4	10,7	3,5	2,3	4,0	4,4

Fonte: SIM/DPMDE/SE/SESMTG/SUS¹⁵

da causa básica ou da informação relativa à presença de gravidez no momento da morte. A Tabela 2 retrata as taxas de mortalidade materna da microrregião de Curvelo e do estado de Minas Gerais, no período compreendido entre 2000 e 2004¹⁵.

A avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações decorre, em grande parte, das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção. Essas, embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para orientação

situacional de atenção pré-natal oferecida no município de Corinto, Minas Gerais, enfocando o nível primário da atenção.

No referido estudo, foram estabelecidos os seguintes objetivos: analisar a cobertura do Programa de Saúde da Família sobre a população de Corinto/MG; avaliar informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), de modo a contribuir para o planejamento da assistência pré-natal no município sob a ótica do Programa de Saúde da Família.

Tabela 2. Taxas de mortalidade materna na microrregião de Curvelo e Minas Gerais, 2000-2004.

Ano	Taxa de Mortalidade Materna (por 100 mil NV)	
	MICRO	MG
2000	113,0	42,2
2001	0,0	33,2
2002	0,0	35,8
2003	0,0	35,6
2004	115,5	32,0

dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde^{5,16}.

Diante do exposto, fica evidente a existência de problemas na qualidade da assistência pré-natal. A inserção

2. Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo, predominantemente quantitativo, de caráter descritivo. Em 2005, foram coletados dados referentes ao período de maio/2003 a maio/2004 no município de Corinto (MG), tendo como fonte as informações produzidas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

O SIAB foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde e permite o registro de diversas informações de interesse das equipes de PSF e dos gestores, relativas à saúde da população coberta e ao andamento das atividades das equipes. Permite que sejam feitas avaliações do trabalho realizado e de seu impacto na organização do sistema e na saúde da população. O SIAB sistematiza os dados, possibilita a sua

informatização e gera relatórios de acompanhamento e avaliação que vão mostrar como está a situação de vida e saúde dessa população. Após o planejamento e o início das atividades das equipes, é possível monitorar o trabalho realizado e saber se as atividades previstas estão sendo cumpridas¹⁷.

O SINASC foi desenvolvido à semelhança do Sistema de Mortalidade (SIM), com o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo território nacional e o fornecimento de dados sobre natalidade para todos os níveis do sistema de saúde. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Nascido Vivo (DNV), padronizada em todo o país. O SINASC propicia um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes, como sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto e peso ao nascer, dentre outras¹⁸.

Para a avaliação da assistência pré-natal em Corinto utilizou-se os seguintes itens: gestantes cadastradas, gestantes menores de 20 anos, gestantes acompanhadas pelo agente comunitário, vacinação antitetânica, consultas de pré-natal em dia e início do pré-natal, segundo dados do SIAB, e o número de consultas realizadas no pré-natal, segundo dados do SINASC.

3. Resultados e discussão

Os resultados desse estudo estão apresentados considerando: a cobertura da população pelo PSF e a assistência pré-natal, conforme informações do SIAB e do SINASC.

Cobertura da população pelo PSF

Considerando esse indicador, apresenta-se a cobertura do PSF no município de Corinto, procedida de uma

análise da necessidade de equipes de PSF, bem como do número de agentes comunitários de saúde, com vistas a atender às necessidades de saúde da população, de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde.

Conforme as diretrizes do PSF, a cobertura é a proporção da população (famílias cadastradas) no modelo de atenção SF com relação à população geral do município¹⁹. As equipes de PSF são compostas por um médico, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, com a responsabilidade de acompanhar cerca de mil famílias (2.400 a 4.500 pessoas; 3.450 pessoas em média) por equipe²⁰. Utilizando esse parâmetro exposto com a realidade pesquisada, na Tabela 3, constata-se, então, um déficit da cobertura da população, enquanto a média da microrregião de Curvelo era de 73,2% em 2003¹⁵.

Observa-se ainda, na mesma Tabela 3, que o número de agentes de saúde por equipe é superior ao recomendado pelas normas básicas do PSF. Esse excesso de agentes pode sugerir uma tentativa de compensar a deficiência na cobertura da população por mais equipes de PSF, ou seja, uma ampliação da quantidade de agentes de saúde por equipe e, conseqüentemente, da população adscrita por equipe em detrimento da criação de novas equipes de PSF.

Esses resultados instigam a uma reflexão por parte de todos os envolvidos no PSF (gestores municipais, profissionais de saúde e comunidade) a fim de buscar uma ampliação do programa e uma adequada distribuição dos recursos humanos disponíveis no município.

Segundo o IBGE, estima-se que 2% da população de um município esteja a demandar cuidados pré-natais por ano. O município de Corinto com uma população de 24.379 habitantes apresentaria, portanto, 487,6 gestantes em

Tabela 3. Cobertura da população de Corinto pelo PSF, 2003.

População	Agentes Comunitários de Saúde	Necessidades ESF / 3.450 pessoas	Equipes em funcionamento	Cobertura Atual - %
24.379	40	7,1	4	57,1%

2003, sendo que 278,4 gestantes/ano (57,1%) deveriam ter suas necessidades atendidas pela atuação das equipes de PSF.

Assistência pré-natal segundo informações do SIAB

A análise foi direcionada aos seguintes segmentos do SIAB: gravidez abaixo de 20 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 e cobertura de vacinação anti-tetânica. Os dados colhidos podem ser observados na Tabela 4.

Vale ressaltar que o SIAB fornece informações relativas, tão somente, às gestantes cadastradas, uma vez que o sistema é alimentado pelas equipes de PSF. Portanto, considerando que no município de Corinto a cobertura do PSF é de 57,1%, esta análise torna-se distante do universo total de gestantes do município.

No PSF de Corinto, verificou-se um total de 87 gestantes cadastradas no SIAB, e destas 24,1% tinham menos de 20 anos de idade.

A gravidez na adolescência é considerada um

nessa faixa etária, levam uma grande parte dos adolescentes a iniciar sua vida sexual sem praticar a anticoncepção, resultando, quase sempre, em gravidez precoce e indesejada²¹. Qualquer esforço para melhorar o atendimento em saúde reprodutiva dos adolescentes deve incluir, necessariamente, a participação da comunidade, dos pais e professores. Portanto, no contexto do PSF, há que se desenvolver estratégias mais coerentes com a realidade dos adolescentes, que podem ser favorecidos pelo caráter do envolvimento da escola, da família e da comunidade²¹.

Com relação ao acompanhamento pré-natal, 96,5% das gestantes cadastradas receberam a visita do agente de saúde e 91,7% receberam consulta médica. Esses resultados demonstram um acompanhamento satisfatório das gestantes por parte das equipes de PSF.

Quanto à chegada das gestantes ao serviço de pré-natal, ainda no 1º trimestre de gravidez, os dados mostram uma média de 86,9% no município de Corinto, indicando que a captação precoce das gestantes na comunidade tem sido efetiva garantindo tempo hábil para a implementação das possíveis intervenções de saúde, aspecto que faz da

Tabela 4. Assistência Pré-Natal em Corinto, segundo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2003.

	Número	Porcentagem
Gestantes cadastradas	87	-
Menores de 20 anos	21	24,55%
Acompanhadas pelo ACS	84	96,55%
Vacina em dia	80	95,24%
Consulta no mês	77	91,67%
Início no 1º. Trimestre	73	86,90%

problema de saúde pública em todo o país e está associada a maior probabilidade de intercorrências, e, inclusive, de morte materna. Suas causas multifatoriais são objetos de vários estudos. Fatores sociais diversos associados à falta de informação correta estimulam a vida sexual das adolescentes, que aliados à falta de acesso a serviços adequados

captação precoce estratégia básica, essencial à garantia da qualidade da assistência pré-natal⁷.

Com relação à vacinação contra o tétano, os dados revelam coberturas em torno de 95,2%. O Ministério da Saúde enfatiza que é preciso garantir a meta de 100% de vacinação com o toxóide tetânico para mulheres em idade

reprodutiva com o objetivo de garantir a erradicação do tétano neonatal.

Assistência pré-natal segundo informações do SINASC

Esta categoria advém das informações apresentadas no SINASC, em que se avaliou o número de consultas realizadas por gestante, com base no número colhido nas vias de Declaração de Nascido Vivo (DNV) mantidas na secretaria de saúde do município. Os dados colhidos podem ser apresentados na Tabela 5.

Importante lembrar que o SINASC fornece informações sobre todos os nascimentos ocorridos no município, seja ele hospitalar ou doméstico, independentemente do Programa de Saúde da Família.

Analisando os dados do SINASC, observa-se que a maioria das gestantes notificadas no sistema (51,6%) realizou no mínimo sete consultas de pré-natal e 33,1% das gestantes receberam de quatro a seis consultas no decorrer da gestação. Embora não se possa inferir que a quantidade de consultas esteja diretamente relacionada à qualidade da assistência prestada, ao menos sabemos que alcança a meta numérica estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Outras gestantes apresentaram número de consultas insuficientes durante a gestação: 11,6% haviam sido consultadas até três vezes e 3,4% das gestantes não haviam realizado sequer uma consulta de pré-natal.

4. Considerações finais

A cobertura da população no município de Corinto pelas equipes de PSF não é satisfatória. Grande parte da

população ainda não se beneficia das ações de saúde oferecidas pelo programa, estando aí incluídas muitas gestantes, levando em consideração que em um município de aproximadamente 24 mil habitantes, somente 87 gestantes estavam cadastradas no PSF no período estudado. Portanto, é evidente a necessidade de uma discussão abrangente, envolvendo gestores municipais, profissionais de saúde e comunidade, sobre a importância da implantação de novas equipes.

Quanto à assistência pré-natal oferecida pelas equipes de PSF em Corinto, os resultados indicam um acompanhamento satisfatório, apesar da acessibilidade limitada. A maioria das gestantes cadastradas tem sido captada precocemente, iniciando o pré-natal no primeiro trimestre, com um número de consultas dentro do preconizado e uma boa cobertura da vacinação antitetânica. Mas ainda se deve avaliar a realização adequada dos outros procedimentos propostos para o pré-natal, entre eles a realização dos exames complementares e seu registro de atividades educativas, da consulta de puerpério e do funcionamento do sistema de referência e contra-referência.

Certamente, o incentivo financeiro oferecido pelo governo a partir da implantação do PHPN/SISPRENATAL é um estímulo a mais à adequação do serviço e à capacitação técnica continuada dos profissionais envolvidos, objetivando o aprimoramento da assistência pré-natal.

A avaliação do processo de um programa de saúde analisa realmente o seu funcionamento, pois contempla os cuidados efetivamente fornecidos e recebidos na assistência. A implementação de sistemas nacionais de informação (SIAB,

Tabela 5. Número de Consultas de Pré-Natal, por gestante, segundo Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), 2003.

	Número	Porcentagem
Nenhuma consulta	12	3,4%
01 a 03 consultas	41	11,6%
04 a 06 consultas	117	33,1%
07 ou mais consultas	182	51,6%
Ignorado	01	0,3%
TOTAL	353	100%

SINASC) tem sido crucial neste processo e mudanças positivas já são percebidas por meio do acompanhamento desses indicadores básicos²².

Assim, são importantes tanto as atividades dos profissionais envolvidos no programa quanto à conscientização das pacientes na procura e na utilização dos serviços disponibilizados.

A desobediência às normas do programa, principalmente a inadequação dos registros de dados dos sistemas de informação, tem sido apontada pela literatura como um dos obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal. Os coeficientes de morbimortalidade materna e infantil da microrregião podem estar refletindo problemas na notificação dos dados e/ou até mesmo uma discrepância na qualidade de assistência à saúde entre os 12 municípios da microrregião. Mas certamente eles podem ser reduzidos com determinação política na garantia de aprimoramentos nos serviços básicos de saúde à população, incluindo, especialmente, melhorias na assistência pré-natal dos municípios.

5. Referências

1. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil. *RBGO*. 2004; 26(7): 517-525.
2. Trevisan MR et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *RBGO*. 2002; 24(5): 293-299.
3. Coimbra LC et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37(4): 456-462.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal – Manual Técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000a.
5. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação do programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (supl.2): S220-S230.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS. Brasília (DF): Portaria n 2203/1996.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2000b.
8. Coutinho T et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG. *RBGO*. 2003; 25(10): 717-724.
9. Ribeiro JM et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad. Saúde Pública*. mar-abr. 2004; 20(2): 534-545.
10. Moura ERF, Holanda Junior F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. nov-dez. 2003; 19(6): 1791-1799.
11. Moraes MS et al. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil*. Out-dez. 2004; 4(4): 375-384.
12. Macinko J, Guanais FC, Marinho de Souza MF. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J. Epidemiol. Community Health*. jan. 2006;60(1):13-19.
13. Secretaria Municipal de Saúde. Corinto (MG): Secretaria Municipal de Saúde; 2005. Diagnóstico Municipal de Saúde - Corinto, Minas Gerais.
14. SEBRAE-MG. Corinto – Diagnóstico Municipal. Belo Horizonte: SEBRAE-MG; 1998.
15. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Indicadores Epidemiológicos da Microrregião Curvelo. In: SESMG. Observatório da Saúde Pública de Minas Gerais – Perfil Epidemiológico – Macrorregião Centro. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2005.
16. Felisberto E. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saúde da Família*. 2004; (7): 24-29.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. 128p.
18. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Vigilância Epidemiológica. Disponível em: <www.datasus.gov.br>

Acessado em: 19 fev. 2005.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.

21. Diaz J, Diaz M. Contracepção na Adolescência. In: Schor N, Mota MSFT, Branco VC. (org). Cadernos Juventude: saúde e desenvolvimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [s.d.] p. 249-257.

22. Mendes EV. A Organização da Saúde no Nível Local. São Paulo: Hucitec; [s.d.].

Endereço para correspondência:

Av. Brasil 698/201
Belo Horizonte, MG
Cep 30140-001

Endereço Eletrônico

adrianoolivieri@hotmail.com