

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

KATIA GABERZ KIRSCHNIK

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DE PRÉ-NATAL E  
PUERPÉRIO: UM SUBSÍDIO PARA O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO  
GESTOR NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

CURITIBA

2016

KATIA GABERZ KIRSCHNIK

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DE PRÉ-NATAL E  
PUERPÉRIO: UM SUBSÍDIO PARA O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO  
GESTOR NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Trabalho apresentado como requisito parcial para  
obtenção do grau de Especialista em Gestão em  
Saúde, Departamento de Administração Geral e  
Aplicada da Universidade Federal do Paraná

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Regina Rossi  
Kissula Souza

CURITIBA

2016

*Dedico este trabalho:*

*Àqueles que embora meus olhos não vejam mais, estarão sempre em meu coração, queridos pais Ericka e Alberto.*

*Amo vocês!*

*Aos amores da minha vida, Marina e Iara, que viveram passo a passo essa caminhada. Obrigada por estarem a meu lado em todo o tempo. Vocês me deram forças para continuar e não desistir.*

*Amo vocês!*

*Ao meu esposo querido Evaldo, pelo apoio incondicional, incentivo e compreensão em todos os momentos da minha vida, sem os quais não teria concluído esta caminhada.*

*Amo você!*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha querida orientadora Profa. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza, que sempre esteve disponível para ajudar, colaborando e norteando a construção deste projeto técnico.

Às minhas filhas, Marina e Iara, pela paciência durante o curso, desculpem minhas ausências e obrigada pela simples presença, descontraindo meus dias com seus abraços e sorrisos maravilhosos.

Ao meu marido Evaldo, com quem compartilhei minhas dificuldades e cujo apoio foi imprescindível para a conclusão deste projeto técnico.

À Prefeitura Municipal de Pinhais, nas pessoas da Secretária Municipal de Saúde Adriane da Silva Jorge Carvalho, da Diretora do Departamento de Assistência à Saúde Viviane Maysa Tomazoni Renauld, e da Gerente da Rede Básica Samira Raduan dos Santos pelo incentivo para realizar esta especialização e pela permissão para acessar os dados utilizados neste trabalho.

A Marli Maia de Oliveira, do Departamento de Assistência à Saúde, cuja ajuda foi fundamental na etapa de coleta dos dados.

À equipe da Unidade de Saúde da Família Weissópolis, que aguentou as minhas frequentes mudanças de humor durante o curso.

Às tutoras Patrícia Fernanda Rocha Dias, Paula Regina Jardim Campos e Thais Ellen Gomes Provenzi pelo auxílio inestimável ao longo das disciplinas.

A todos os colegas de curso aqui do município de Pinhais, em particular à Jaqueline, Luciana, Viviane, Susanmeire, Manoel e Nicolle, pelas frequentes discussões e trocas de informações que foram fundamentais para a conclusão desta especialização.

*To know even one life has breathed easier  
because you have lived, that is to have  
succeeded.*

Ralph Waldo Emerson

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta técnica para resolver uma situação-problema que foi identificada em uma unidade de saúde do município de Pinhais-PR. A Unidade de Saúde da Família Weissópolis atende centenas de pacientes gestantes e puérperas todos os anos, seguindo as normas do Ministério da Saúde. Porém verificou-se que os dados correspondentes na plataforma SISPRENATAL mostram que em muitas vezes o acompanhamento das pacientes não estava atingindo a meta dos programas de atenção à saúde da mulher do Ministério da Saúde. Foi realizado então um levantamento de dados com todas as gestantes cadastradas na unidade no ano de 2014; a análise das informações coletadas mostrou que as razões mais importantes para o cadastro incompleto são: menos de 6 consultas de pré-natal, falta de registro das rotinas de exames, não comparecimento à consulta de puerpério antes de 42 dias, e falha na vacinação dupla adulto. Identificou-se também que o início tardio do acompanhamento pré-natal também seria um item relevante, embora isto possa estar relacionado à falta de uma equipe adicional de ESF conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A proposta técnica compreende sete frentes de ação que incluem: conscientização da equipe da unidade, busca ativa (consultas agendadas faltantes, possíveis abandonos, vacinas em atraso), acompanhamento adicional das gestantes e puérperas pelos cadernos dos ACS, reserva de vagas para exames laboratoriais de pré-natal, e mudanças no programa de prontuário eletrônico do município. Argumentos mostram que a proposta é viável do ponto de vista de recursos (humanos e materiais), possivelmente será de rápida aplicação, e acredita-se que seu resultado será um aumento considerável do número de pacientes cadastradas que vão satisfazer a todos os critérios estipulados para gestantes e puérperas pelo Ministério da Saúde.

Palavras-Chave: PHPN, SISPRENATAL, saúde da mulher, ciclo gravídico-puerperal, assistência pré-natal.

## ABSTRACT

The present work aims to offer a technical proposition in order to solve a problematic situation that was identified at a basic health unit at Pinhais – PR, Brazil. The family health unit Weissópolis offers care for hundreds of pregnant and post-delivery patients every year, following the rules established by the Health Ministry. However, it was verified that corresponding data into the SISPRENATAL platform reveals that in many cases the numbers were not reaching the main goals for women health care programs stated by the Health Ministry. To better understand the details, a data collection was necessary and the population was defined by all the pregnant women from the health care unit that were inserted into the system in 2014; by analysing the data it was possible to show that the main reasons for not reaching the stated goals were: less than 6 health care unit appointments, lack of registration of performed exams into the system, missing a health care unit appointment within 42-day after delivery, and lack of the required vaccination (“dupla-adulto”). In addition, the late entry of the pregnant patient into the system is also an important issue, although it may be caused due to a shortage of people in the health care unit, one complete team less than established by the Health Ministry. The technical proposition consists of seven initiatives that include: conscientiousness of the health care unit team, active search (missed appointments, possible desistances, overdue vaccination), additional follow up of pregnant and post-delivery patients based on the health care agent agendas, reservation of lab exam appointments for pregnant patients only, and performing changes in the city medical record software. Considerations regarding people and material resources show that the presented proposition is feasible, it will possibly be quickly implemented and it is believed that the outcome will be a considerable increase on the number of patients that will achieve the goals established for pregnant and post-delivery women by the Health Ministry.

Keywords: PHPN, SISPRENATAL, woman health care, pregnancy and birth, prenatal health care

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DA USFW EM 2014 PELO NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL EFETUADAS.....	28
GRÁFICO 2 - a: NÚMERO DE EXAMES SOLICITADOS POR PACIENTE DURANTE O ATENDIMENTO DE PRÉ-NATAL; b: NÚMERO DE EXAMES REGISTRADOS NO WINSAÚDE POR PACIENTE DURANTE O ATENDIMENTO DE PRÉ-NATAL.....	29
GRÁFICO 3 - NÚMERO DE PACIENTES COM VACINAÇÃO DUPLA-ADULTO.	30
GRÁFICO 4 - SITUAÇÃO DAS PACIENTES CADASTRADAS EM 2014 NA USFW COM RESPEITO À CONSULTA DE PUERPÉRIO.....	30
GRÁFICO 5 - MOTIVOS DO INÍCIO TARDIO DE PRÉ-NATAL PARA AS GESTANTES CADASTRADAS EM 2014 NA USFW.....	31
GRÁFICO 6 - IDADE GESTACIONAL NO INÍCIO TARDIO DE PRÉ-NATAL PARA AS GESTANTES CADASTRADAS EM 2014 NA USFW.....	31
GRÁFICO 7 - a: INDICATIVO DE QUANTAS GESTANTES CONCLUÍRAM TODAS AS METAS DO SISPRENATAL EM COMPARAÇÃO COM AS OUTRAS POSSIBILIDADES; b: MESMO COMPARATIVO DE a SEM LEVAR EM CONTA OS ABORTOS.....	32
GRÁFICO 8 - NÚMERO DE GESTANTES QUE NÃO ALCANÇARAM ALGUMA DAS METAS DO SISPRENATAL, LISTADAS POR CADA META....	33
GRÁFICO 9 - NÚMERO DE CRITÉRIOS DO PHPN NÃO SATISFEITOS POR GESTANTE, DENTRE AS PACIENTES CADASTRADAS NA USFW EM 2014.....	33
GRÁFICO 10 - LISTA DOS MOTIVOS RESPONSÁVEIS PELOS PACIENTES QUE NÃO ATINGIRAM AS METAS DO PHPN POR FALHA EM APENAS UM DOS CRITÉRIOS.....	34
GRÁFICO A1 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DA USFW EM 2014 PELA IDADE NA PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL.....	51
GRÁFICO A2 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DA USFW EM 2014 COM RESPEITO À PARIDADE.....	51
GRÁFICO A3 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DA USFW EM 2014 COM RESPEITO À GESTAÇÃO DE RISCO.....	52

GRÁFICO A4 - MOTIVOS LEVANTADOS PARA CLASSIFICAÇÃO DAS PACIENTES DA USFW EM 2014 COMO GESTANTES DE RISCO.....	52
GRÁFICO A5 - TIPOS DE PARTO APRESENTADOS PELAS GESTANTES CADASTRADAS NA USFW EM 2014.....	53
GRÁFICO A6 - SITUAÇÃO DAS PACIENTES QUE NÃO ATINGIRAM A META DO PHPN APENAS PELO CRITÉRIO DE PUERPÉRIO INCOMPLETO, DENTRE AS GESTANTES CADASTRADAS NA USFW EM 2014.....	53

## LISTA DE ABREVIACÕES E/OU SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Serviço Único de Saúde

DPP - Data Provável de Parto

DUM - Data da Última Menstruação

ESF - Estratégia Saúde da Família

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PMP - Prefeitura Municipal de Pinhais

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RMM - Razão de mortalidade materna

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SISWEB - Plataforma de inserção de dados no SISPRENATAL utilizando a internet

SUS - Serviço Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

USFW - Unidade de Saúde da Família Weissópolis

WINSAÚDE - Programa desenvolvido pela Secretaria de Saúde do município de Pinhais para funcionar como prontuário eletrônico de todos os procedimentos relacionados à área de Saúde no município.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1 APRESENTAÇÃO.....	12
1.2 OBJETIVOS GERAIS .....	13
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
1.4 JUSTIFICATIVA.....	13
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	15
<b>3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA</b> .....	25
3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO.....	25
3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	26
3.2.1 Metodologia da coleta de dados.....	26
3.2.2 Análise dos dados coletados.....	27
<b>4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA</b> .....	35
4.1 PROPOSTA TÉCNICA.....	37
4.1.1 Plano de implantação.....	38
4.1.2 Recursos.....	42
4.1.3 Resultados esperados.....	43
4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas.....	44
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	45
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	46
<b>ANEXO 1</b> .....	50
<b>ANEXO 2</b> .....	51

## 1 INTRODUÇÃO

Nesta seção descreve-se o assunto principal deste trabalho, que consiste em desenvolver um plano de ação estratégico para melhorar o acompanhamento das mulheres durante a gravidez e puerpério na Unidade de Saúde da Família (USF) Weissópolis, no município de Pinhais- PR. Nas próximas subseções encontram-se a apresentação do problema e os objetivos do presente trabalho.

### 1.1 APRESENTAÇÃO

Atuo como enfermeira gerente da USF Weissópolis, no município de Pinhais – PR, e nos últimos anos essa unidade (assim como as outras também) não tem alcançado a meta pactuada pelo município para o SISPRENATAL. Desde 2012 a inserção de dados no sistema nacional passou a ser via Web (SISWEB), e o município optou por desenvolver um programa que centraliza os dados das 10 unidades básicas para posterior lançamento no SISWEB pela Secretaria de Saúde. Embora a solução seja informatizada não se consegue extrair um relatório das informações inseridas, de como está a situação de cada unidade e, principalmente, de como está a evolução do acompanhamento de pré-natal.

Os dados das consultas de pré-natal são inseridos no programa do município, chamado WINSÁUDE, que também não possibilita extrair esses resultados de maneira consolidada. Dado o número elevado de gestantes atendidas (da ordem de 180 pacientes por mês) não é prático acompanhar individualmente cada caso no WINSÁUDE e poder extrair indicadores que possibilitem a tomada de decisão consciente para melhorar o alcance e qualidade da atenção à mulher gestante. A intenção desse projeto é desenvolver um plano de ação visando alcançar as metas do SISPRENATAL e dessa forma melhorar a qualidade de atendimento oferecido às gestantes e puérperas da referida unidade.

## 1.2 OBJETIVO GERAL

O objetivo desse trabalho é propor um plano estratégico de ação de cuidados à gestante e puérpera de forma que a USF Weissópolis alcance de maneira duradoura as metas do SISPRENATAL.

## 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para atingir o objetivo descrito acima são propostos os seguintes objetivos específicos:

- levantar a situação da assistência ao pré-natal e puerpério oferecida às mulheres usuárias da unidade de saúde em questão;
- identificar as dificuldades para atingir as metas do SISPRENATAL;
- desenvolver um planejamento estratégico de ação de cuidado de enfermagem à gestante e puérpera.

## 1.4 JUSTIFICATIVA

Dentre todas as áreas de atendimento em que atuam as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o ciclo gravídico-puerperal é um dos mais fundamentais por acompanhar as pacientes por um longo período de tempo (gravidez, parto, atendimento pós-parto) e envolver um número de diferentes procedimentos (vacinação, consultas de enfermagem, consultas médicas, exames laboratoriais e de diagnóstico etc.). A qualidade da assistência de pré-natal oferecida nessa situação é fundamental visando o bem-estar da gestante e do bebê, de modo a reduzir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015).

O bom acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal é fundamental para ampliar a qualidade de vida da população de Pinhais e acredito que o conhecimento de um panorama detalhado da situação das pacientes atendidas na unidade Weissópolis é importante para que, no papel de gestora, possa traçar um plano estratégico de ações para reverter essa situação e melhorar a qualidade da assistência pré-natal, em particular uma maior atenção para as gestantes e puérperas.

Durante encontros e discussões entre a gerência da unidade e as gerências superiores dentro do Departamento de Assistência à Saúde da Secretaria de Saúde de Pinhais, o município mostrou-se favorável à execução do projeto e houve liberação para o acesso aos dados e demais necessidades de execução que se façam necessárias (Anexo 1). Com isso tornou-se viável fazer a coleta dos dados, analisar essas informações e levantar um panorama geral de utilidade para a gestão dentro do prazo máximo disponível para a execução deste projeto.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Ministério da Saúde criou em 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como objetivo ações de promoção, prevenção e assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2000a). Para verificar a efetividade das ações implantadas e poder obter indicadores confiáveis, foi criado também em 2000 o SISPRENATAL (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento), uma plataforma de coleta de dados que inicialmente foi baseada no preenchimento de formulários em papel nas UBS, mas que recentemente tornou-se de submissão eletrônica (BRASIL, 2000b; BRASIL, 2006).

Essas ações para acompanhamento das mulheres em ciclo gravídico-puerperal foram ampliadas em 2011 para incluir as crianças, num pacto para tentar diminuir a mortalidade materna e infantil (números que ainda não estavam acompanhando os padrões internacionais de qualidade) através da criação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011). Para o bom funcionamento desses programas é fundamental que os dados coletados na ponta do atendimento ao público sejam inseridos corretamente no atual Sistema Web que gerencia o SISPRENATAL em nível nacional.

No Brasil, desde o final da década de 80, houve várias iniciativas com o objetivo de melhorar alguns indicadores específicos da saúde. Em 1990, em particular, a razão de mortalidade materna (RMM) no país era de 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos (será usada a nomenclatura  $RMM = 140$  para representar este conceito daqui por diante) (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; CAVALCANTI, 2013). Em setembro de 2000 realizou-se a Cúpula do Milênio das Nações Unidas onde os 189 países ali reunidos estabeleceram os denominados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deveriam ser alcançados até 2015.

Dentre as metas da saúde dos ODM, duas delas dizem respeito à área materno-infantil. São elas: ODM-4, reduzir a mortalidade na infância (para o Brasil, reduzir de 27,4 para 17,9 óbitos por cem mil nascidos vivos); e ODM-5, melhorar a saúde materna (meta Brasil: reduzir a  $RMM = 84,5$  para  $RMM \leq 35$ ). Neste contexto, há vários anos vem se discutindo o modelo de atenção ao pré-natal e parto no Brasil

com o objetivo de atingir padrões aceitáveis, aproximando-se das razões alcançadas em outros países mais desenvolvidos (DI GIOVANNI, 2013).

Pensando nisso, o Ministério da Saúde criou o PHPN através da Portaria GM 569, de 2000 (BRASIL, 2000a), visando incrementar o atendimento à gestante, ao recém-nascido e à puérpera, em particular em termos de acesso, cobertura e, principalmente, qualidade. As ações a serem desenvolvidas devem assegurar um atendimento íntegro e humanizado com respeito às necessidades compreendidas no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2000a; CERON, 2013; OLIVEIRA, 2012; LIMA, 2013a; LIMA, 2013b; ANDREUCCI, 2011a; DUARTE, 2012; CRUZ, 2014).

De acordo com a portaria 569, anexo I, os critérios do PHPN são:

- 1 - Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
- 2 - Garantir os seguintes procedimentos:
  - Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;
  - Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
  - Realização dos seguintes exames laboratoriais:
    - a - ABO-Rh, na primeira consulta;
    - b - VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
    - c - Urina – rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
    - d - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
    - e - HB/Ht, na primeira consulta.
- 1 - Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;
- 2 - Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
  - 1- Realização de atividades educativas;
  - 2 - Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;
- 3 - Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco. (BRASIL, 2000a, anexo I).

Os critérios descritos acima são fundamentais para avaliar o acompanhamento do pré-natal das gestantes atendidas pelo SUS. Para facilitar esse monitoramento, o DATASUS criou um sistema eletrônico para coleta dos dados

relacionados aos critérios acima. O *software* é de âmbito nacional e foi denominado SISPRENATAL (BRASIL, 2000b). Este instrumento de gestão permite que, através do acompanhamento do cumprimento das ações já pré-estabelecidas pelo PHPN, haja a implementação do repasse de verbas aos municípios que cumprem os requisitos mínimos recomendados. Esse recurso financeiro pode ser considerado um estímulo para cada cidade; e esta pode utilizar a verba para melhorar cada vez mais a qualidade dos serviços de assistência pré-natal e ao parto existentes em sua área de abrangência (ANDREUCCI, 2011a; LIMA, 2013a). O Ministério disponibiliza aos municípios o incentivo de R\$ 10,00 por gestante captada de acordo com os critérios do PHPN, mediante repasse fundo a fundo (BRASIL, 2011; DI GIOVANNI, 2013).

São três os instrumentos de coleta de dados existentes no SISPRENATAL: a ficha de cadastramento da gestante, a ficha de registro diário de atendimento e a ficha de cadastramento da interrupção do acompanhamento da gestante (utilizada para encerrar cadastros de pacientes que abortaram, ou mudaram de cidade, ou foram concluir o pré-natal no convênio ou particular). Essas fichas devem ser preenchidas pelos profissionais, médicos ou enfermeiros, que atendem as gestantes e puérperas nas UBS. Posteriormente, esses dados devem ser digitados no sistema informatizado do SISPRENATAL, ou pelo próprio estabelecimento de saúde ou por um representante na Secretaria Municipal de Saúde (LIMA, 2013a).

Em março de 2012 o sistema de gestão de informação da Rede Cegonha desenvolveu o SISPRENATAL WEB. O processo que anteriormente era realizado primeiramente com o preenchimento de fichas de cadastro e acompanhamento (ambas em papel) e depois eram digitadas no sistema, agora passaria a ser intrinsecamente *online*. Cada município organiza-se internamente para digitar os dados no cadastro online da gestante, seja diretamente em cada estabelecimento de saúde ou centralizado na Secretaria Municipal de Saúde (DI GIOVANNI, 2013). O objetivo continua sendo o cadastro da gestante, o monitoramento e a avaliação da atenção ao pré-natal e puerpério prestada nas UBS. Esses dados permitem identificar fatores que caracterizam gravidez de risco e complicações que podem desencadear causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Segundo Ceron *et al.* (2013, p. 654), esse programa incentiva os estados e municípios a realizarem a captação precoce, o cadastramento e o acompanhamento completo da gestante. Até 2013, 3938 municípios utilizaram este *software* fornecido pelo

Ministério da Saúde; na época encontrou-se 544.335 gestantes cadastradas (DI GIOVANNI, 2013).

Segundo Andreucci *et al.* (2011a; 2011b), os dados nacionais referentes ao PHPN ainda refletem uma baixa cobertura, com grandes variações por região do país. Embora o número de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal tenha aumentado, os demais requisitos ainda não atingiram mais de 20% de abrangência. Ainda segundo Andreucci *et al.* (2011a; 2011b), a alimentação posterior dos dados no sistema, o registro e a digitação dos mesmos feita por funcionário desvinculado do atendimento da gestante resultam em informação incompleta ou indisponível, gerando subnotificações de procedimentos no SISPRENATAL.

Esse fato merece bastante atenção, principalmente no município de Pinhais, uma vez que os dados são preenchidos na UBS em uma planilha eletrônica mas esta é enviada posteriormente para a Secretaria e as informações são digitadas no SISPRENATAL WEB por um responsável da própria Secretaria. Essa sequência logística pode gerar erros no preenchimento da planilha ou na digitação dos dados, levando a números não fidedignos em cada critério do PHPN que serão discutidos adiante na seção 3 (LIMA, 2013a). Há dúvidas se os dados que serão apresentados na próxima seção estão completos ou subnotificados no SISPRENATAL. Segundo Andreucci *et al.* (2011b), uma das soluções que poderia diminuir esse problema seria a descentralização da alimentação do sistema, que deveria ser realizado pelo próprio profissional que está atendendo a paciente. Com base em minha experiência profissional, questiono tal sugestão uma vez que na realidade operacional de uma UBS não teríamos tempo para transcrever as consultas no sistema *online*; essa alimentação de dados provavelmente ficaria para um momento futuro, o que também poderia gerar subnotificações involuntárias.

Segundo Ceron *et al.* (2013, p. 654) pode-se observar que após a implantação do PHPN ocorreu um aumento expressivo do número nacional de consultas de pré-natal; em 2003 realizou-se 8,3 milhões de consultas, e em 2009 computou-se 19,4 milhões de atendimentos, um aumento de 125% em poucos anos. Esse crescimento pode ser creditado à ampliação do acesso ao pré-natal promovida pela ação dos ACS (CERON, 2013).

Por outro lado, alguns estudos também evidenciam a baixa adequação das gestantes quanto aos critérios do PHPN. Segundo Oliveira (2012) apenas 5% destas completam todos os procedimentos do programa e segundo Polgliani *et al.* (2014),

esse número seria 4,4%. Isso mostra que grande parte das gestantes cadastradas no SISPRENATAL acabam não completando o processo de assistência pré-natal adequadamente, apresentando um acompanhamento desarticulado e parcial. A realização do conjunto de ações preconizadas pelo Ministério da Saúde deve ser mais valorizada, pois representa os procedimentos mínimos para o atendimento adequado do pré-natal, uma vez que é direito de toda gestante usufruir de todas aquelas ações de forma a obter atendimento digno e de qualidade (OLIVEIRA, 2012). Com isso, percebe-se que a abrangência do PHPN está muito aquém do desejado: existe uma grande adesão de municípios de todo o país, porém o cumprimento das metas ainda precisa ser bastante melhorado (ANDREUCCI, 2011a).

Para que ocorra um atendimento pré-natal de qualidade a gestante deve iniciar o acompanhamento até o quarto mês de gestação, ou mais precisamente, até 120 dias de amenorréia, conforme preconizado pelo PHPN (BRASIL, 2000a). O ideal é que este processo ocorra ainda mais cedo, uma vez que quanto mais precoce se inicia mais fácil fica para antecipar a identificação de gestação de risco; viabiliza-se também a participação em um número maior de consultas, gerando uma diminuição da mortalidade materna e perinatal (OLIVEIRA, 2012; PRUDÊNCIO, 2011). Os estudos demonstram que esses números podem variar: segundo Oliveira (2012), 93,4% das gestantes iniciaram até 120 dias e segundo Polgliani *et al.* (2014) apenas 55,3% o fizeram. Esses números também mostram que os 80% atingidos na USFW (vide seção 3) estão dentro da média nacional. O início tardio do acompanhamento pré-natal pode evidenciar uma fragilidade na organização dos serviços de saúde e lacunas no processo de trabalho junto à captação precoce de gestantes, e também quanto à conscientização da população (POLGLIANI, 2014).

Apesar dos problemas com a qualidade do cuidado prestado, é inegável que o acesso ao pré-natal melhorou no país: o último estudo com abrangência nacional apontou que 77% das gestantes realizaram seis ou mais consultas de pré-natal (OLIVEIRA, 2012). É importante compreender que o número de consultas está diretamente relacionado a complicações maternas e perinatais: quanto maior o número de acompanhamentos efetuados com a gestante, menor a chance de ocorrerem óbitos maternos e perinatais (DOMINGUES, 2015; POLGLIANI, 2014).

A realização dos exames no período gestacional garante uma gravidez e um parto saudáveis. Vários estudos afirmam que as gestantes realizaram mais a

primeira rotina de exames do que a segunda e a terceira (ANDREUCCI, 2011a; DOMINGUES, 2015). As causas são discutidas na literatura e variam desde falhas na organização dos serviços de saúde (dificuldade de agendamento, demora no retorno dos resultados, profissionais que não solicitam todas as rotinas) até pacientes que não realizaram todos os exames solicitados (POLGLIANI, 2014; OLIVEIRA, 2012). Para demonstrar esse fato, Oliveira (2012) apresenta em seu estudo que a cobertura da primeira rotina foi de 94% e que a da segunda rotina foi de 55% a 79,6%.

No Brasil é necessário melhorar a cobertura vacinal de gestantes contra o tétano, pois além da inerente proteção materna é elevada a eficácia desse procedimento na prevenção do tétano neonatal (BRICKS, 2003, citado por OLIVEIRA, 2012). Apesar da importância desse fato, é muito difícil as gestantes encontrarem-se 100% imunizadas. O estudo de Polgliani *et al.* (2014) demonstra uma baixa cobertura vacinal, apenas 10% das gestantes estavam imunizadas corretamente entre 31 e 33 semanas de gestação. Como a vacina antitetânica está disponível na maioria dos serviços públicos de saúde, a baixa cobertura pode ser devida à ausência do registro correto no cartão da gestante ou à falta de consciência desta quanto à importância da vacinação adequada (POLGLIANI, 2014).

No período pós-parto, a consulta de puerpério promove um importante momento de troca de informações e experiências com a paciente, pois as mães possuem dúvidas sobre aleitamento materno e cuidados com o bebê, dentre outras. Existem dois tipos de revisão de parto que devem ser disponibilizadas: a precoce, entre sete e dez dias após o parto; e a tardia, até 42 dias pós-parto conforme preconizado pelo PHPN (BRASIL, 2000a). Na primeira devem ser priorizadas as orientações sobre aleitamento materno, cuidados com as mamas, avaliação dos lóquios da episiotomia/cicatriz cirúrgica, além de orientar os cuidados com o bebê. Esse tipo de revisão é menos frequente, ocorrendo em apenas 7% das puérperas segundo Oliveira (2012). A consulta de puerpério tardio é a mais realizada, ocorrendo em 58% dos casos (OLIVEIRA, 2012) ou em 73,2% dos casos (DOMINGUES, 2015). Esses números enfatizam a avaliação do PHPN publicada pelo Ministério da Saúde em 2008 que identificou a consulta de puerpério como uma das fragilidades do Programa (LIMA, 2013a).

Além das situações descritas anteriormente, mostrou-se que também existe uma baixa adequação do atendimento público no ciclo gravídico-puerperal aos

critérios do PHPN devido à ausência do registro correto de informação na carteirinha da gestante, à ausência de cumprimento dos protocolos pelos profissionais de saúde e à falta de organização dos serviços públicos de saúde (POLGLIANI, 2014).

Por fim, os indicadores de processo do PHPN permitem avaliações quantitativas (e indiretamente, qualitativas) do acompanhamento da gestação e parto. A proporção de gestantes que cumpre o mínimo sugerido pelo Programa pode ser determinada, mas a qualidade do cuidado não pode ser avaliada por meio dos mesmos índices (ANDREUCCI, 2011b). Apesar disto, segundo Andreucci e Cecatti (2011a, p. 1062), “o monitoramento dos resultados é uma importante ferramenta de gestão, capaz de gerar ações programáticas e estratégicas baseadas no perfil da população alvo”.

Em 2009, a OPAS/OMS escreve um documento constatando que os sistemas de saúde das Américas, incluindo o Brasil,

são segmentados e fragmentados, com baixo nível de desempenho, gerando dificuldade de acesso aos serviços, baixa qualidade técnica, uso irracional e insuficiente dos recursos disponíveis, aumentando os custos e diminuindo a satisfação dos usuários dos serviços de saúde. (OPAS, 2009 citado por DI GIOVANNI, 2013).

Visando superar essa fragmentação, ainda em 2009, a OPAS/OMS propõe um novo modelo de organização para os sistemas de saúde, por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (DI GIOVANNI, 2013). Assim o Ministério da Saúde define RAS como (BRASIL, 2010) “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. O Ministério da Saúde propõe então RAS temáticas, sendo a Rede Cegonha uma delas. Esta foi normatizada pela Portaria 1459 (BRASIL, 2011), com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério, e a assistência à criança com até 24 meses de vida (BRASIL, 2011; CAVALCANTI, 2013; CRUZ, 2014).

A implementação da Rede Cegonha não modificou as metas do PHPN; ela estabelece que a Atenção Primária à Saúde como unidade básica deve realizar pré-natal de risco habitual, captar precocemente a gestante (até 12 semanas), encaminhar ao pré-natal de alto risco quando necessário, acolher as intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidades, realizar os exames de pré-natal, prevenção e tratamento de DST/HIV/AIDS e hepatite, vincular

a gestante desde o pré-natal ao local (hospital, maternidade) onde o parto será realizado, e fornecer apoio nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o parto. Além disso, deve garantir a consulta pós-parto e visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana após o nascimento, o incentivo ao aleitamento materno, a orientação quanto à alimentação complementar saudável, e o acompanhamento da criança até dois anos (BRASIL, 2011; DI GIOVANNI, 2013).

Esse novo modelo de atenção proposto pela Rede Cegonha qualifica ainda mais o cuidado, aprimorando as boas práticas de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, promovendo a saúde materno-infantil, prevenindo a morbidade e mortalidade evitáveis, evidenciando a normalidade do processo parto-nascimento, promovendo a “desospitalização” e a “desmedicalização” do parto, tornando os atendimentos mais humanizados.

Levando em consideração a meta da ODM de redução da RMM, o Brasil progrediu de uma RMM = 68 em 2010 para RMM = 44 em 2015 (WHO, 2015). Esses números, quando comparado aos 140 óbitos por cem mil nascidos vivos (RMM = 140) de 1990, demonstram uma queda apreciável no número de óbitos maternos, apesar de não ter sido possível alcançar a meta de RMM  $\leq$  35 esperada pela OMS. Esta diminuição pode com certeza ser atribuída à melhoria na qualidade da assistência pré-natal promovida pelo PHPN e, mais recentemente, pela Rede Cegonha, lembrando que o óbito materno brasileiro é reflexo da qualidade da assistência oferecida às gestantes (OLIVEIRA, 2012).

A análise dos dados quantitativos dos indicadores prioritários da Rede Cegonha permite identificar que a redução da mortalidade infantil no Brasil alcançou, em 2012 (três anos antes da data estipulada pela OMS), os índices preconizados pelos ODM (17,9 óbitos por cada mil crianças nascidas vivas). Segundo o Ministério da Saúde, somente nos últimos 3 anos a queda da taxa de mortalidade infantil foi de 9%, caindo de 18,6 mortes por mil crianças nascidas vivas em 2010 para 16,9 em 2012 (DI GIOVANNI, 2013). Esses dados confirmam que o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país, que está estreitamente vinculado ao cuidado no período da gestação, do nascimento e do recém-nascido (DI GIOVANNI, 2013).

O Brasil alcançou destaque e reconhecimento internacional pelo modelo de atenção à saúde adotado, ao alcançar antes do prazo da OMS a redução da mortalidade infantil. Nosso país é apontado como exemplo a ser seguido na redução

da mortalidade materna e infantil, de modo que as recomendações descritas anteriormente (PHPN, Rede Cegonha) são reconhecidas como funcionais. Ao analisarmos cada uma das metas preconizadas neste âmbito, podemos observar que são serviços já implantados na maioria dos municípios brasileiros; pode-se pensar que para melhorar os números de baixa cobertura apresentados nesta seção, não é necessário criar novos modelos de atenção à saúde, mas sim promover adequações na maneira como as unidades de saúde realizam os procedimentos. Em suma, nota-se que atualmente temos mais um problema de gestão (em várias esferas) do que uma necessidade de mudança de paradigma.

O monitoramento e a avaliação são partes fundamentais do planejamento e da gestão. Devem subsidiar a tomada de decisão dos gestores a partir da identificação de problemas e da reorientação de ações e serviços de saúde realizados. Mendes (2011, p. 193) define o monitoramento como “acompanhamento dos objetivos quantitativos e qualitativos predefinidos em termos de estrutura, processos e resultados com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade dos serviços”. A avaliação em saúde tornou-se uma ferramenta importante e indispensável para o planejamento e a gestão dos serviços em saúde. Segundo Oliveira (2012), avaliar significa determinar, apreciar ou fazer julgamentos. Pode-se avaliar qualquer intervenção, cuidado de saúde ou organização (OLIVEIRA, 2012). Pensando nisso, as avaliações periódicas do serviço de saúde devem se tornar uma prática rotineira a fim de identificar os nós críticos e propor ações para garantir a realização dos critérios mínimos de assistência à saúde (POLGLIANI, 2014).

Em suma, já é estabelecido nacional e internacionalmente que as ações tomadas pelo país na área de saúde materno-infantil são efetivas e apresentam bons resultados em termos de indicadores gerais; apesar desses resultados positivos, estudos mostram que há sérias deficiências quando se analisa a cobertura em termos das metas específicas do PHPN. Para tornar essas ações promovidas por este Programa e pela Rede Cegonha mais efetivas é necessário um esforço de gestão em saúde pública; a avaliação de todo o processo de acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal deve ser constante e baseada em termos de critérios de qualidade que permitam identificar as eventuais fragilidades, permitindo assim ao gestor tomar decisões que melhorem significativamente a efetividade do cuidado à

gestante e à puérpera, reduzindo ainda mais os índices de mortalidade materna e perinatal.

### 3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Nesta seção serão discutidas a metodologia empregada na coleta dos dados das gestantes e a análise que foi realizada sobre estes dados para identificar mais claramente a situação-problema e levantar indicadores que permitam a elaboração de um plano de ação futuro.

#### 3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

Conforme comentado anteriormente, o projeto será desenvolvido junto à USF Weissópolis, no município de Pinhais.

Pinhais emancipou-se em 20/03/1992, sua área total é de 60.749 km<sup>2</sup>, sua população é de 117.008 habitantes pelo censo IBGE 2010. Uma curiosidade sobre esta cidade é que não possui zona rural, sendo um município estritamente urbano (PINHAIS, 2013).

A USF em questão está situada no bairro Weissópolis, região Sul do município. As novas instalações da unidade foram inauguradas em 03/07/2015, seguindo o modelo padrão do Ministério da Saúde, com 503 m<sup>2</sup> de área construída, dispõe de uma equipe de 45 funcionários (médicos, equipes de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), farmacêutico, administrativo, estagiários, dentistas, equipe de saúde bucal, serviços gerais). A unidade atende uma população de aproximadamente 17.000 habitantes, possuindo uma das maiores abrangências populacionais do município (PINHAIS, 2013). No momento a USFW possui três equipes completas de Saúde da Família, o que está abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde (que seria uma equipe para cada 4000 habitantes) (BRASIL, 2012c), gerando uma demanda acima da média e, portanto, impossibilitando o atendimento ideal à população.

## 3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

### 3.2.1 Metodologia da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada manualmente, utilizando o WINSÁUDE e tendo como base uma listagem das pacientes cadastradas no SISPRENATAL em 2014. A lista das pacientes foi obtida junto ao Departamento de Assistência à Saúde da Secretaria de Saúde de Pinhais, com a pessoa responsável pela digitação dos dados do município no SISWEB. Essa lista continha o nome de cada paciente, seu registro no WINSÁUDE, e outras informações administrativas. Uma vez que a informação sobre os principais requisitos do PHPN para o acompanhamento mínimo desejado (vide seção 2) não se encontrava neste documento, a coleta de dados realizou-se mediante acesso direto ao prontuário eletrônico das pacientes via WINSÁUDE. Para cada uma das 240 gestantes cadastradas em 2014 foi acessado seu prontuário, o que possibilitou a extração das seguintes informações:

- Data da primeira consulta (assumida como data do cadastramento da gestante no sistema);
- Idade gestacional no momento do cadastro;
- Idade da paciente no momento do cadastro;
- Número de consultas de pré-natal efetuadas até o nascimento;
- Número de rotinas de exames solicitadas;
- Número de rotinas de exames registradas no prontuário eletrônico;
- Situação da vacinação dupla-adulto;
- Se a captação da gestante não se deu nos 120 dias, qual o motivo;
- Verificação da consulta de puerpério em até 42 dias;
- Se a consulta de puerpério não foi realizada dentro do prazo, qual o motivo;

- Tipo de parto;
- Idade gestacional no parto;
- Gravidez de risco; motivos.

Os dados foram coletados em cinco dias mediante acesso ao sistema WINSÁUDE usando computador disponível na Secretaria de Saúde do município de Pinhais – PR.

### 3.2.2 Análise dos dados coletados

De posse de todas as informações comentadas na seção anterior, a análise de dados consistiu, num primeiro instante, da tabulação dos indicadores que constam das exigências do Ministério da Saúde para o PHPN (BRASIL, 2000a). O GRÁFICO 1 mostra um dos principais indicadores deste trabalho, o número de consultas de pré-natal realizadas. Nota-se que os dados apresentam-se em duas distribuições principais, uma centrada em torno de 6-7 consultas e outra em torno de 1-2 consultas. Em termos estatísticos, a distribuição em torno de 6-7 consultas nos diz que a atuação da USFW está razoável, uma vez que o pico dessa distribuição corresponde à meta do PHPN. A distribuição em torno de 1-2 consultas demonstra uma falha grave, pois as gestantes não foram acompanhadas adequadamente. Porém, como será comentado mais adiante, os motivos dessa falta de acompanhamento são cruciais para o gestor identificar quais dos casos poderiam ter sido falha da USF e quais estariam fora das possibilidades de ação do gestor (gestantes que se mudaram, saíram do SUS para atendimento particular ou conveniado, etc.).

Uma segunda informação extraída dos dados é a faixa etária das pacientes. Dada a amplitude dos valores optou-se por agrupar as menores de idade em um único extrato, e as grávidas com idades acima de 18 anos em extratos de 4 anos. Isto está indicado no GRÁFICO A1 (vide Anexo 2), onde pode-se ver que a maior concentração de pacientes registradas em 2014 encontra-se na faixa de 18 a 25 anos (45,4%), uma população mais jovem. Apenas 12,5% das pacientes têm menos

de 18 anos e 11,7% são consideradas gestantes idosas (acima de 35 anos).

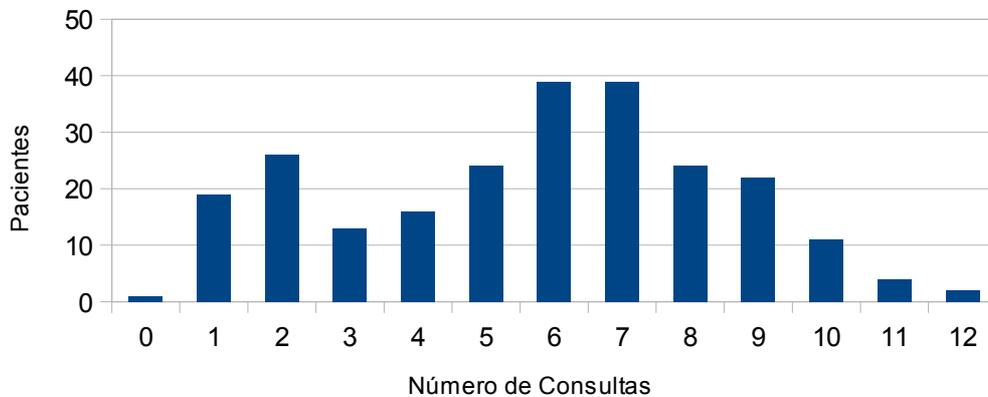


GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DA USFW EM 2014 PELO NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL EFETIVADAS. FONTE: O AUTOR (2015).

A população das gestantes analisadas apresenta 45% de primigestas, enquanto que 14% são quadrigestas ou mais (GRÁFICO A2 no Anexo 2). Esses casos foram levantados por requererem, talvez, um pouco mais de orientação da equipe durante a assistência pré-natal: as primigestas pela falta de experiência com a gravidez; e as múltiparas demonstram algo de deficiência de planejamento familiar (ação da equipe) mas também um fator de risco de ruptura uterina, e devem ser devidamente orientadas.

Com respeito ao risco gestacional, apenas cerca de 20% das 240 gestantes foram consideradas de alto risco, por razões muito diversificadas. Dignas de nota foram: doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), com 17,4% dos casos; idade materna (extremos inferior e superior em idade) com mais 17,4%; e diabetes gestacional (10,9%). Mais detalhes encontram-se no Anexo 2 (GRÁFICOS A3 e A4).

Das pacientes acompanhadas, tivemos 5% de abortos. Os casos remanescentes vieram a termo (vide GRÁFICO A5 do Anexo 2), sendo que 46% por parto normal, 29% por parto cesariana e em 20% dos partos não foi possível extrair essa informação (paciente abandonou o acompanhamento).

Outro item que consta das metas do SISPRENATAL é a realização dos exames de rotina (BRASIL, 2000a). O GRÁFICO 2 apresenta o número de exames solicitados (nas consultas de pré-natal) em comparação com o número de exames efetivamente registrados no prontuário eletrônico (WINSAUDE). Nota-se que a grande maioria das pacientes (72,9%) tiveram os exames solicitados dentro da

norma (GRÁFICO 2a), mas este valor acabou sendo reduzido (64%) quando observados os exames devidamente registrados no WINSÁUDE (GRÁFICO 2b). Este número é significativo, mas ainda está longe do ideal. A discrepância entre exames solicitados e exames registrados pode indicar que a gestante não os realizou ou também que a paciente os fez e nas consultas subsequentes o médico eventualmente esqueceu-se de registrá-los. Em particular, isto ocorreu com muita frequência para a terceira rotina de exames preconizada pelo PHPN, onde 174 casos (72,5% da amostragem) não tiveram esse registro realizado (independente da causa). Isto deverá ser investigado como um dos pontos a serem atacados no plano de ação discutido na seção 4.

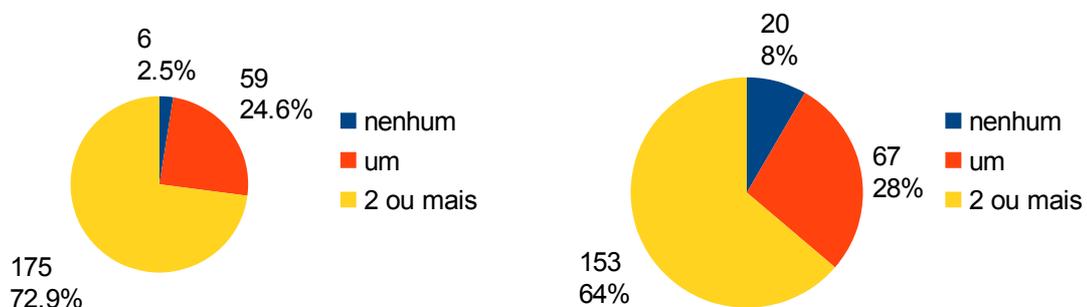


GRÁFICO 2 - a: NÚMERO DE EXAMES SOLICITADOS POR PACIENTE DURANTE O ATENDIMENTO DE PRÉ-NATAL; b: NÚMERO DE EXAMES REGISTRADOS NO WINSÁUDE POR PACIENTE DURANTE O ATENDIMENTO DE PRÉ-NATAL. FONTE: O AUTOR (2015).

O próximo item obrigatório para atingir as metas do SISPRENATAL é a vacinação dupla-adulto. É preconizada a aplicação de 3 doses (ou o reforço caso a vacinação esteja em dia). Verificou-se que 71,7% das pacientes foram devidamente imunizadas, como pode ser visto no GRÁFICO 3, porém este número poderia ter sido melhor tendo em vista que a vacinação é uma das ações principais da UBS. Os 4,6% que não fizeram a vacina são relacionados a pacientes que não deram continuidade às consultas de pré-natal (vide GRÁFICO 1), como será discutido mais à frente. No GRÁFICO 3, o item “Incompletas” refere-se aos casos onde pelo menos uma dose da dupla-adulto foi aplicada mas não se atingiu a meta.

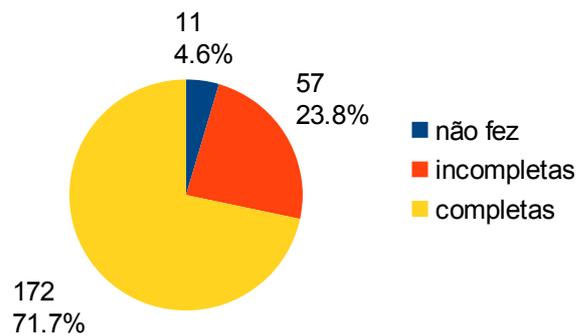


GRÁFICO 3 - NÚMERO DE PACIENTES COM VACINAÇÃO DUPLA-ADULTO COMPLETA, INCOMPLETA OU NÃO REALIZADA. FONTE: O AUTOR (2015).

A realização da consulta de puerpério em até 42 dias é outra das metas do PHPN que deve ser reforçada e controlada pelo SISPRENATAL. O GRÁFICO 4 mostra que, no caso dos dados coletados, 60% das pacientes cumpriram a meta de passarem pela consulta de puerpério em no máximo 42 dias após o parto. Uma parcela mínima realizou este procedimento em atraso, porém observou-se um número alto (37,5%) de abandonos (quando a paciente abandona as rotinas) e não-comparecimento, somados. Como será discutido adiante, percebe-se que uma parte desses casos poderia ser revertida com ações como busca ativa; porém o conhecimento dos dados das gestantes cadastradas em tempo real é que permitiria uma melhor resposta da gestão sobre o assunto deste trabalho.

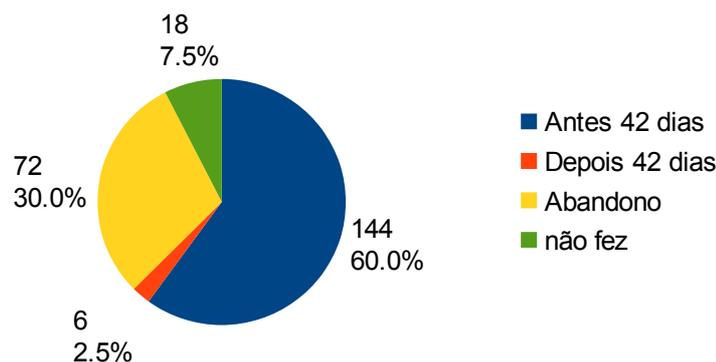


GRÁFICO 4 - SITUAÇÃO DAS PACIENTES CADASTRADAS EM 2014 NA USFW COM RESPEITO À CONSULTA DE PUERPÉRIO. FONTE: O AUTOR (2015).

Conforme discutido na seção 2, não basta que as pacientes compareçam ao número mínimo de consultas de pré-natal, mas é uma das metas do PHPN que se faça a captação precoce das gestantes (início até 120 dias de gestação). Isto permitiria uma melhor atenção à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal

(BRASIL, 2000a). Com respeito aos dados levantados da USFW, a primeira consulta de pré-natal tem ocorrido dentro dos parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde, com 80% das pacientes atendidas de acordo com a meta. O GRÁFICO 5 levanta os principais motivos para o início tardio do pré-natal. Pode-se ver que 45% destes casos são de pacientes que vieram de outro município ou de atendimento conveniado/particular; esses casos não podem ser nem previstos nem controlados pelo gestor, uma vez que a paciente entra no sistema ela será adequadamente acompanhada, porém já se sabe de antemão que a meta não será atingida nestes casos "importados". No GRÁFICO 6 podemos verificar que a grande maioria (60%) teve seu início entre 17 a 21 semanas, que não é muito acima da meta, e isto deve ser analisado em termos de quais ações a USF poderia realizar para captar mais precocemente essas gestantes, melhorando esse indicador do SISPRENATAL.

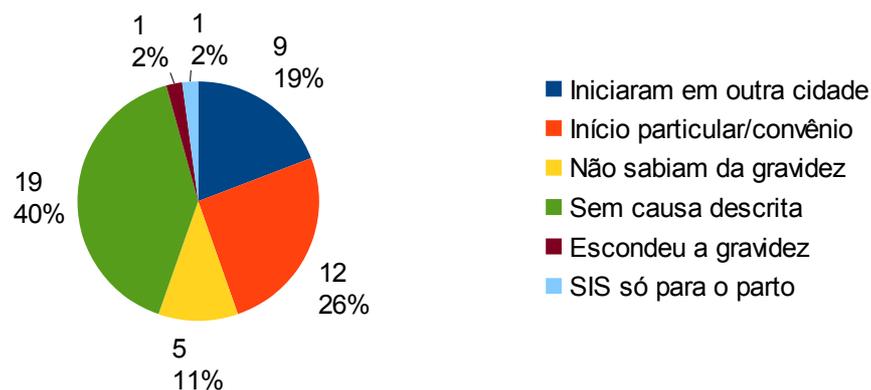


GRÁFICO 5 - MOTIVOS DO INÍCIO TARDIO DE PRÉ-NATAL PARA AS GESTANTES CADASTRADAS EM 2014 NA USFW. FONTE: O AUTOR (2015).

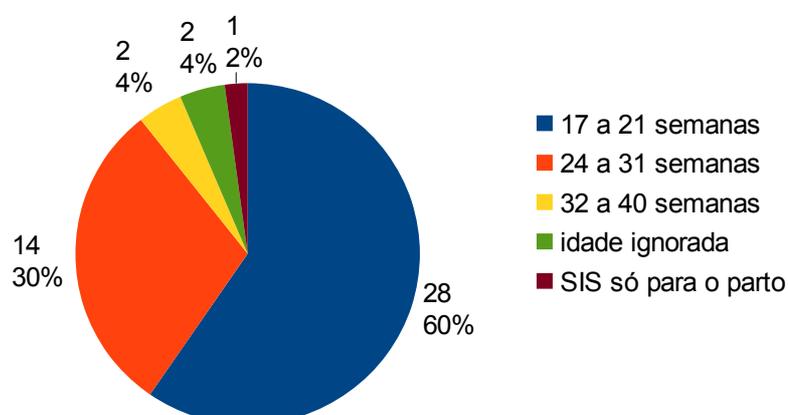


GRÁFICO 6 - IDADE GESTACIONAL NO INÍCIO TARDIO DE PRÉ-NATAL PARA AS GESTANTES CADASTRADAS EM 2014 NA USFW. FONTE: O AUTOR (2015).

Uma informação importante extraída dos dados é a quantidade de gestantes que concluíram o SISPRENATAL no ano de 2014 na referida unidade. Conforme demonstra o GRÁFICO 7a, apenas 32% das pacientes puderam ter seus cadastros concluídos, 63% estão incompletos e 5% abortaram. O GRÁFICO 7b demonstra como essa situação fica um pouco pior ao se excluir os abortos. Esses números demonstram que a USFW encerrou corretamente apenas um terço de suas gestantes no ano em questão. Serão necessárias várias mudanças no planejamento da unidade para que essas metas consigam ser atingidas em um ano próximo.

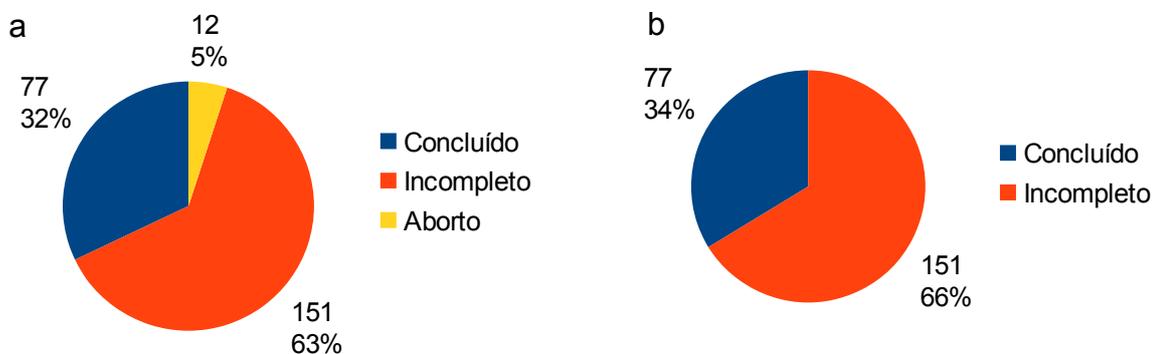


GRÁFICO 7 - a: INDICATIVO DE QUANTAS GESTANTES CONCLUÍRAM TODAS AS METAS DO SISPRENATAL EM COMPARAÇÃO COM AS OUTRAS POSSIBILIDADES; b: MESMO COMPARATIVO DE a SEM LEVAR EM CONTA OS ABORTOS. FONTE: O AUTOR (2015).

Continuando a análise dos dados extraídos, o GRÁFICO 8 apresenta o número de ocorrências nas quais algum critério do SISPRENATAL não foi atingido. Frequentemente uma dada gestante não satisfaz mais de um critério, portanto a somatória dos eventos registrados no GRÁFICO 8 ultrapassa o número de gestantes cadastradas em 2014. Fica claro que esses números são responsáveis pela baixa conclusão de metas descritas no GRÁFICO 7, e precisam ser melhorados. Em particular, o número de consultas de puerpério que não foram realizadas, que se considera grande, e o número de consultas que não atingiram o mínimo solicitado pelo PHPN em vários casos. Esses resultados poderiam ser melhorados através de uma busca ativa mais organizada, como discutiremos em mais detalhe na seção 4.

Refinando um pouco mais essa análise, foram separados o número de critérios faltantes para concluir a meta estipulada pelo PHPN por gestante. O GRÁFICO 9 demonstra que 55% dos casos consistem em gestantes para as quais faltaram apenas uma ou duas das metas, o que reflete que com um pouco mais de

engajamento da equipe da USFW provavelmente esses casos poderiam ser revertidos. Claro que a análise não é tão simples como sugere esta primeira leitura, tendo em vista que vários dos casos listados nos GRÁFICOS 8 e 9 são de gestantes que vieram de outra cidade ou vieram de atendimento conveniado/particular (início tardio), e algumas simplesmente abandonaram o acompanhamento (contribuindo para quase todos os critérios do GRÁFICO 8).

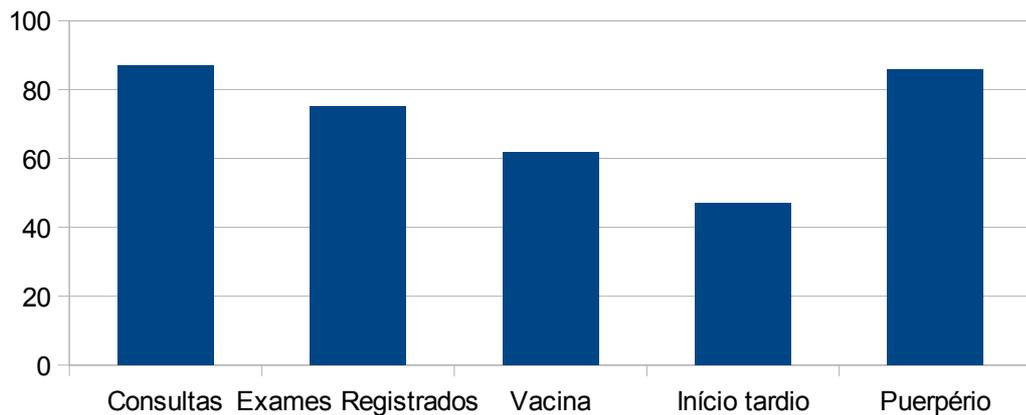


GRÁFICO 8 - NÚMERO DE GESTANTES QUE NÃO ALCANÇARAM ALGUMA DAS METAS DO SISPRENATAL, LISTADAS POR CADA META. FONTE: O AUTOR (2015).

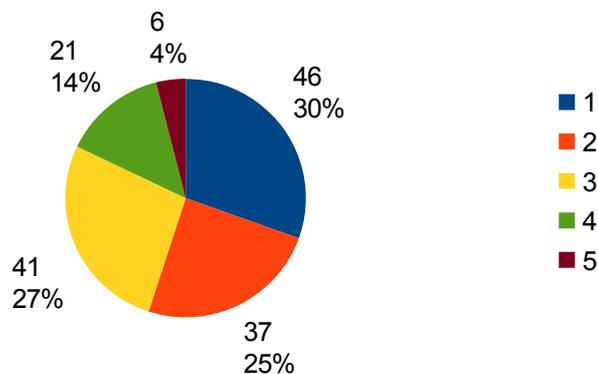


GRÁFICO 9 - NÚMERO DE CRITÉRIOS DO PHPN NÃO SATISFEITOS POR GESTANTE, DENTRE AS PACIENTES CADASTRADAS NA USFW EM 2014. FONTE: O AUTOR (2015).

Um dos critérios importantes da atenção à gestante preconizado pelo Ministério da Saúde é a realização de uma consulta de puerpério em até 42 dias após o parto. Vemos do GRÁFICO 8 que em 86 casos esta meta não foi atingida. Os dados mostram (GRÁFICO A6 do Anexo 2) que o atraso em comparecer a esta consulta não é tão frequente, infelizmente a grande maioria (93%) dos casos onde esta meta não foi alcançada se deve a pacientes que nunca retornaram após o parto (abandono). Acredito que uma ação de busca ativa pela equipe de Saúde da Família

poderia diminuir muito (ou mesmo resolver completamente) esse panorama, aumentando para mais de 65% o número de pacientes que cumpririam as metas do PHPN.

Conforme mostrado no GRÁFICO 9, 30% das gestantes não completaram as metas por apenas um único critério não satisfeito. Uma análise sobre quais os motivos que constituem os 47 casos do GRÁFICO 9 onde apenas uma das metas não foi cumprida é apresentada no GRÁFICO 10. Nela, pode-se ver que a consulta de puerpério (41%) e a vacinação dupla-adulto (26%) respondem conjuntamente por dois terços dessas gestantes. Embora os 15% de início tardio estejam fora das possibilidades de ação da gestora da Unidade, os outros pontos (em especial os dois citados) poderiam ter sido minimizados caso tivessem sido identificados a tempo. Na atual situação, o monitoramento de dados pelo WINSAÚDE deve ser realizado paciente a paciente, uma tarefa que levaria um tempo considerável e poderia inviabilizar a atuação do gestor da unidade nas outras atividades que lhe são atribuídas.

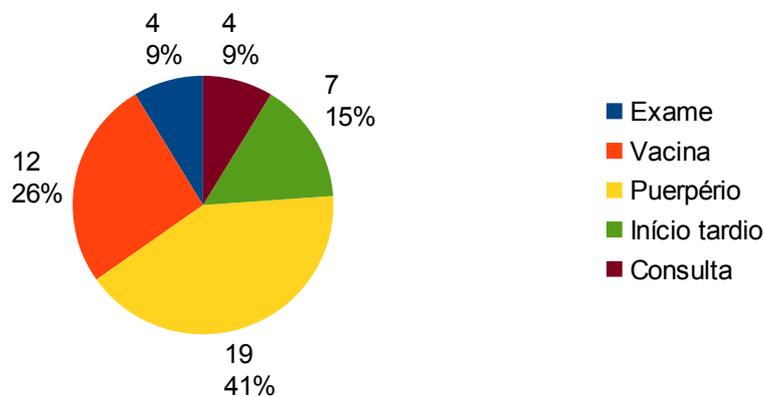


GRÁFICO 10 - LISTA DOS MOTIVOS RESPONSÁVEIS PELOS PACIENTES QUE NÃO ATINGIRAM AS METAS DO PHPN POR FALHA EM APENAS UM DOS CRITÉRIOS. FONTE: O AUTOR (2015).

Uma última análise geral remete ao que foi discutido na seção 3.1. Acredito que parte da deficiência geral ao atendimento à gestante e à puérpera que foi relatada nesta seção poderia ser bastante reduzida caso a USFW tivesse instalada a quarta equipe completa de ESF. Seriam mais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde que poderiam ampliar a cobertura à população do bairro em questão e, provavelmente, evitar pelo menos os 20% de casos de perda unitária comentadas no GRÁFICO 9.

#### 4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Com base no que foi levantado na seção anterior, percebe-se que 32% das gestantes tiveram seu cadastro no SISPRENATAL concluído com êxito, 5% das pacientes abortaram, e 63% das gestantes tiveram seu cadastro incompleto, por razões variadas. Essa situação das gestantes de 2014 da USFW é similar ao perfil nacional descrito na seção 2 e mostra que há uma grande deficiência no acompanhamento das gestantes e puérperas que precisa ser revertido. Com base no que foi discutido na seção 3.2.2, serão feitas na sequência algumas considerações gerais em cima dos dados levantados e depois será proposto um plano de ação para poder melhorar o problema identificado.

Com relação a alguns itens apontados na seção 3.2.2, como consultas de puerpério perdidas, abandono do pré-natal, consultas de pré-natal faltantes, fica claro que a USF precisa organizar-se para realizar buscas ativas atrás dessas gestantes, seja com o intuito de recapturá-las para o acompanhamento ou pelo menos para garantir um encerramento de sua ficha no SISPRENATAL. Porém este tipo de ação do gestor precisa ser baseada em indicativos atualizados. Com a dificuldade atual de se obter informação sobre as pacientes de maneira mais ágil, fica difícil para o gestor poder desencadear essas ações. Embora seja complicado acompanhar essas consultas pelo WINSÁUDE, o caderno dos ACS contém um registro de informações (DUM, DPP, vacinas, datas das consultas de pré-natal e puerpério etc.) que pode ser utilizado para um acompanhamento periódico das gestantes. Como cada agente trabalha com um número limitado de usuários, esse controle pode ser realizado sem um ônus muito grande para cada ACS. Será uma ferramenta importante para realizar esse controle mais frequente e também para poder encerrar os cadastros das pacientes que se mudaram de cidade, passaram para o atendimento particular/conveniado ou tiveram aborto (casos considerados de abandono, gerando a grande concentração de gestantes com apenas 1-2 consultas de pré-natal conforme apresentado no GRÁFICO 1).

Outra das falhas observadas foi quanto à diferença entre os exames solicitados e registrados (vide GRÁFICO 3), que precisa ser acompanhada. Várias linhas de ação podem ser pensadas: sensibilizar o profissional médico para a importância do correto registro dos exames no WINSÁUDE; verificar se as gestantes

realmente realizaram os exames solicitados, especialmente com respeito à terceira rotina. Esta é realizada a partir de 37 semanas (BRASIL, 2011) e alguns questionamentos deverão ser investigados: a gestante não realizou? O laboratório dispunha de agendamentos dentro do prazo ideal? Houve tempo hábil de realizar o retorno quando de posse do exame?

Outro indicador trazido pelo GRÁFICO 8 é que 62 pacientes (25,8% das gestantes de 2014) não atingiram a meta no quesito vacinação (já excluindo os abortos). Este é um procedimento que precisa ser melhorado no âmbito da USF já que isto é uma das atividades prioritárias em saúde pública. Isso será reforçado a nível operacional diário na USFW para ampliar ainda mais o atendimento e a cobertura do SISPRENATAL, mediante busca ativa dos faltosos, conscientização da importância da imunização para as gestantes, e orientação à equipe para verificação contínua da carteira de vacinação das pacientes.

Como último grande tópico, temos o caso da consulta de puerpério. Vemos no GRÁFICO 8 que esse critério não foi alcançado por 35,8 % das pacientes; dentre estes, vários são casos de abandono no decorrer do pré-natal, cujo cadastro permaneceu em aberto. Inclusive, o que é de grande importância para o gestor, a perda da consulta de puerpério dentro dos 42 dias após o parto foi responsável por praticamente metade dos casos (41%) em que o cadastro ficou incompleto por apenas uma das metas do SISPRENATAL (conforme GRÁFICO 10). Acredito que tanto a busca ativa como o controle pelo caderno dos ACS (conforme descrito anteriormente) poderia diminuir esses números de maneira significativa.

Em diversas vezes surgem situações sobre as quais não se pode ter governabilidade; em cada ponto apresentado na seção 3 há casos que o gestor não consegue intervir/controlar, como por exemplo: mudança de endereço, pacientes que vêm de outra localidade, gestantes que vêm de (ou vão para) atendimento conveniado/particular para o SUS no meio do pré-natal, fatalidades como aborto. Alguns desses casos permanecem com o cadastro no SISPRENATAL em aberto se não for realizada busca ativa para o encerramento; outros (como gestantes que ingressam para continuar o pré-natal no SUS) serão atendidas adequadamente porém já se sabe que não cumprirão as metas por causa do ingresso tardio.

Um último ponto que deve ser registrado é que uma parcela das gestantes que tiveram início tardio em consultas de pré-natal também se deve ao fato de que a USFW não possui o número adequado de equipes completas de ESF, e o número

de ACS disponíveis não consegue cobrir totalmente os 17.000 moradores do bairro. Assim, se tomarmos o número de gestantes com ingresso tardio sem causa referida (19 casos, segundo o GRÁFICO 5), poderíamos estipular que esses 8% de todas as gestantes de 2014 seriam a margem aceitável que define a cobertura possível nas atuais condições da USFW.

Como consequência do que foi exposto acima, a próxima seção traz a proposta de um plano de ação para reverter essa situação-problema.

#### 4.1 PROPOSTA TÉCNICA

Nesta seção descrevem-se as mudanças organizacionais necessárias para atingir as metas do SISPRENATAL pactuadas pelo município, conforme descrito na seção 1, melhorando a qualidade da assistência ao ciclo gravídico-puerperal realizada na USFW. A proposta consiste em uma lista de ações que devem ser executadas continuamente para alcançar o objetivo do presente projeto técnico. A discussão da finalidade de cada item e as características de sua implementação serão apresentadas na seção 4.1.1. Os itens da Proposta Técnica são os seguintes:

- 1) Detalhar os dados do diagnóstico à equipe da USFW (médicos, enfermagem e ACS) os números e a discussão apresentada na seção 3.2.2, e com isso conscientizar a equipe sobre a importância de melhorar nossos índices de atendimento às gestantes e puérperas;
- 2) Realizar busca ativa nas seguintes frentes:
  - 2.1) Consultas de pré-natal e puerpério faltantes (pacientes agendadas que não compareceram às respectivas consultas);
  - 2.2) Busca dos casos de abandono de pré-natal;
  - 2.3) Busca dos casos de vacinação em atraso;
- 3) Levantamento das DPP de cada mês e acompanhamento para realização do puerpério dentro dos 42 dias;

- 4) Acompanhamento semanal da evolução do atendimento das pacientes gestantes através das anotações dos cadernos dos ACS;
- 5) Reservar 5 vagas diárias da cota dos exames laboratoriais da USFW para a realização das rotinas do pré-natal;
- 6) Gerar no WINSÁUDE um aviso de não realização da consulta de puerpério;
- 7) Solicitar mudanças no programa WINSÁUDE para gerar relatórios que sejam apropriados para um acompanhamento fácil da situação das gestantes nas unidades de saúde.

Como se pode ver dos itens da proposta acima, não há mudanças drásticas na organização, na estrutura e no funcionamento da USFW para a realização das ações necessárias. Conforme será descrito na seção seguinte, a implementação da Proposta baseia-se em reforçar de maneira geral os procedimentos que já são realizados no atendimento das pacientes gestantes e puérperas, e inserir algumas pequenas rotinas de controle e busca para manter um monitoramento constante das atividades relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal.

#### 4.1.1 Plano de implantação

Nesta seção serão descritos os procedimentos para execução de cada um dos itens da Proposta Técnica, indicando prazos, responsáveis pelas ações necessárias, e a forma de monitoramento dessas ações. Os itens da implantação da Proposta Técnica são os seguintes:

- 1) Na USFW existem reuniões internas da equipe a cada 15 dias, com duração de três horas. A ideia é que em uma dessas reuniões a gerente da unidade apresente ao grupo (através de slides de powerpoint) os resultados e a análise realizada na seção 3.2.2, seguida de comentários mais específicos sobre os itens da Proposta Técnica (seção 4.1.1) que se pretende implementar. Espera-se que a equipe absorva a ideia e a

partir das discussões sobre a implantação dos itens ela possa colaborar, eventualmente apontando meios mais eficientes, se possível, para a efetivação da proposta. Ao mesmo tempo, iniciar-se-á um trabalho de conscientização de toda a equipe sobre diversos pontos de importância: o médico/enfermeiro devem solicitar e registrar devidamente as três rotinas de exames preconizadas (BRASIL, 2011); o médico/enfermeiro (na consulta), a equipe de enfermagem (na pré-consulta) e os ACS (nas visitas mensais) devem conferir as vacinas constantes na carteirinha das gestantes; a equipe de recepção deve reservar a quota de 5 exames laboratoriais exclusivamente para gestantes, conforme descrito anteriormente. Estima-se que a apresentação dos dados e da proposta leve uma reunião completa e as discussões posteriores, junto com os lembretes de conscientização dos médicos, equipe de enfermagem e ACS, tomem aproximadamente uma hora das três reuniões seguintes. A conscientização, de forma geral, será reforçada no cotidiano da unidade.

2) Sobre a busca ativa, ela pode ser realizada de formas diferentes dependendo do objetivo, então os próximos subitens descrevem essas especificidades:

2.1) Pretende-se realizar um controle diário a respeito das consultas de pré-natal e puerpério que foram devidamente agendadas para os médicos e enfermeiros da USFW, de forma que se alguma paciente faltar a equipe de enfermagem (um técnico ou auxiliar que será designado para essa função) vai saber, e no dia seguinte à falta (preferencialmente no início da manhã) será realizada tentativa de contato telefônico para descobrir o motivo do não-comparecimento e tentar um reagendamento. Caso o contato não seja possível, pretende-se deslocar um ACS da equipe para fazer o contato pessoalmente no dia seguinte. Com isso a intenção é garantir que o número de consultas de pré-natal e a consulta de puerpério (antes dos 42 dias) sejam realizadas apropriadamente. Caso identifique-se abandono (pelas causas já descritas nas seções 3.2.2 e 4.1), o cadastro no SISPRENATAL pode ser devidamente encerrado. Estima-se que, no caso de haver alguma paciente faltante, o

procedimento de localização e contato levará algo em torno de meia hora. A inclusão dos nomes das gestantes faltosas na rotina de visita dos ACS deve requerer um tempo de aproximadamente uma hora (já levando em conta o deslocamento do funcionário).

2.2) Este caso difere-se do anterior porque no momento de implantação da Proposta Técnica haverá pacientes já em acompanhamento e as ações serão implementadas para todas as gestantes cadastradas na USFW. Utilizando o relatório do SISPRENATAL e cruzando a informação com os dados dos cadernos do ACS (acrescidos dos dados do WINSAÚDE), pode-se identificar as pacientes que não compareceram às últimas consultas, o que poderia caracterizar abandono. O enfermeiro responsável pelo SISPRENATAL irá obter o relatório das gestantes cadastradas e verificar quais destas deixaram de comparecer às consultas regularmente. Este repassará esses nomes para os ACS que irão realizar busca ativa dessas pacientes para poder retomar o atendimento adequadamente ou encerrar o cadastro no SISPRENATAL caso configure-se abandono. Este item será realizado apenas uma vez, ao início da implantação; a partir desse momento, a busca ativa descrita no item 2.1 será suficiente para manter o cadastro atualizado. Com base no tempo empregado para a coleta de dados do presente trabalho (seção 3), e sabendo que o enfermeiro responsável pelo SISPRENATAL não poderá dedicar-se exclusivamente para a execução do item 2.2 (por ter outras atribuições ao longo do dia), estima-se que serão necessários de 15 a 20 dias para que o levantamento seja realizado. A busca ativa pelos ACS terá duração similar ao que foi descrito no item 2.1, mas será dado um prazo de 5 dias para que eles retornem com a informação requerida para o enfermeiro. Esse prazo baseia-se nos dados levantados na seção 3.2.2. Supondo que a amostragem de pacientes de 2016 seja similar à de 2014, o GRÁFICO 1 mostra que 99 pacientes apresentaram consultas de pré-natal abaixo do recomendado, e dividindo essa população pelo número de ACS da USFW temos

algo em torno de 6 gestantes por agente e neste caso o prazo de cinco dias para a busca ativa me parece suficiente.

- 2.3) Para a execução deste item, é necessário fazer o mesmo levantamento descrito no item 2.2 (listagem das gestantes cadastradas no SISPRENATAL mais conferência de cada prontuário no WINSAUDE). Esta atividade será, portanto, realizada simultaneamente ao item 2.2. Pelos resultados do GRÁFICO 8, 62 gestantes não completaram o esquema vacinal, e dividindo-se pelo número de ACS teremos aproximadamente 4 gestantes por agente, o que sugere que um prazo de 5 dias para a execução da busca ativa pelos ACS continua a ser razoável.
- 3) Com base em suas anotações (caderno dos ACS) cada agente vai levantar um pequeno relatório de quantas gestantes estão com a DPP indicada para o mês em curso. Com base nisto, os ACS farão um acompanhamento para que essas pacientes específicas realizem a consulta de puerpério no prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2011). Esta tarefa, ao início de cada mês, deve levar algo em torno de 10 minutos para ser realizada.
- 4) Fica sob responsabilidade dos ACS informar o enfermeiro da equipe caso suas anotações indiquem que alguma das gestantes não compareceu às suas consultas no mês. Este procedimento não requer muito tempo pois deverá informar ao enfermeiro da equipe apenas os casos de consulta não realizada, e reforça as ações do item 2 da Proposta Técnica.
- 5) Com a ordem da gerência para que as vagas sejam devidamente reservadas, deve-se apenas verificar a conscientização da equipe da recepção para que a medida seja cumprida.
- 6) O gerente da USFW deve solicitar ao responsável pela operação do WINSAUDE que insira um lembrete automático caso a puérpera falte à sua consulta. Isto auxiliará o monitoramento das consultas de puerpério no momento do acesso do prontuário eletrônico para alimentação mensal do SISPRENATAL pelo enfermeiro responsável.

- 7) O gerente da USFW solicitará ao funcionário responsável pela operação do WINSAÚDE que modifique o programa para que seja possível gerar relatórios de gestantes cadastradas, de faltosas (em alguma das consultas), de partos ocorridos no mês no hospital do município, relatórios das gestantes a partir da DUM, e relatório de gestantes por microárea de cada ACS. O acesso fácil a estes relatórios (que não estão disponíveis hoje em dia) são essenciais para um monitoramento eficiente de todas as ações da Proposta Técnica apresentada.

Pode-se ver, pelo que foi descrito nesta seção, que a implementação da Proposta Técnica é viável pois vai requerer um tempo de dedicação dos profissionais da USFW que é compatível com suas atividades diárias. O relatório geral necessário para o item 2 é o que mais tempo irá requerer para sua elaboração, e isto poderá ser diminuído caso as modificações descritas no item 7 (WINSAÚDE) venham a ser implementadas. Desta forma, estima-se que o tempo total de implementação da Proposta deve girar em torno de um mês.

Como forma de monitoramento da execução da Proposta, serão realizados novos relatórios gerais (como descritos no item 2) após 3 meses e após nove meses do início dos trabalhos (devido ao tempo de coleta de dados). No momento este procedimento é trabalhoso (vide item 2.2 desta seção) porém com a implementação das modificações comentadas no parágrafo anterior o monitoramento poderá ser feito praticamente em tempo real diretamente pelo gerente da Unidade, permitirá alimentar o SISPRENATAL de maneira mais simples e rápida e permitirá ao gestor planejar e acompanhar mais facilmente as ações e metas estipuladas.

#### 4.1.2 Recursos

Para a implantação desta proposta técnica na USFW, o ideal seria a abertura da quarta equipe de ESF, em acréscimo ao quadro atual da Unidade, porém isso não será possível num futuro próximo. Tirando este ponto, as ações propostas na seção 4.1.1 incluem os recursos humanos, de infra-estrutura e de materiais de consumo já em uso na USFW. Como a meta de aumentar o número de cadastros completos no SISPRENATAL incluirá um número maior de consultas de

pré-natal e puerpério que serão feitas, mais visitas dos ACS, realização de acompanhamentos de agenda e dos cadernos dos ACS, vemos que precisaremos de mais tempo dos profissionais da USFW voltados ao cuidado do ciclo gravídico-puerperal. A vinda de um médico extra poderia minimizar o impacto do número de consultas necessárias (de acordo com os números da seção 3.2.2, estimamos 390 consultas extras em 12 meses, uma média de 32,5 consultas a mais) porém isso poderia ser negociado junto aos médicos da unidade ou conseguindo um médico extra alguns dias no mês para auxiliar no atendimento das gestantes. Sem médico extra, a única alternativa seria reduzir o número de consultas das outras especialidades em favor de um maior atendimento às gestantes. Quanto aos ACS, cada um teria um número relativamente pequeno de gestantes em sua microárea, então o acompanhamento proposto na seção 4.1.1 não tomaria um tempo considerável de suas atividades normais.

#### 4.1.3 Resultados esperados

Com a implementação da Proposta Técnica espera-se obter os seguintes resultados:

- Cobertura vacinal de 100% entre as gestantes;
- Realizar as consultas de puerpério em 95% das gestantes cadastradas, uma vez que sempre há casos sobre os quais não se tem governabilidade;
- Encerramento correto dos casos de abandono, seja qual for o motivo;
- Diminuição drástica da falta de registro da terceira rotina de exames;
- Realizar pelo menos 6 consultas de pré-natal em 95% das gestantes cadastradas, desconsiderando os casos de abandono confirmados.

Como ocorre em toda previsão, é necessário identificar as margens de tolerância para o trabalho. Do que foi levantado na seção 3 e comentado no início desta seção, aceita-se 8% de perdas de cadastros de gestantes por início tardio devido ao fato de que a USFW não dispõe de uma quarta equipe de ESF como

preconizado pelo Ministério, e isso reduz a eficiência de cobertura que a Unidade pode oferecer.

#### 4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Analisando os itens da Proposta Técnica da seção 4.1.1, podemos levantar os seguintes riscos e suas possíveis soluções:

- Perda do comprometimento da equipe ao longo do tempo: como a rotina da USFW é muito intensa, sabe-se que a equipe acaba priorizando algumas atividades em detrimento de outras, em algumas situações, e cabe ao gestor da Unidade manter um incentivo constante aos membros da equipe quanto às ações da presente Proposta;
- Falta de conscientização das gestantes sobre a importância do correto acompanhamento do pré-natal (vacina, consultas, exames): para evitar tal fato, a USFW incentiva a participação de todas as pacientes no Grupo de Gestantes, onde já se trabalham todos os assuntos que elas precisam saber sobre o desenvolvimento da gravidez e parto.
- Casos sem governabilidade: conforme discutido na seção 3, há situações que fogem do controle do gestor, como mudança de cidade, saída do SUS para pré-natal conveniado/particular, entrada no SUS apenas para parto, abortos etc. Esses casos estão fora do escopo de ação do gestor.

## 5 CONCLUSÃO

Foi realizada uma coleta de dados relacionados à situação de todas as gestantes cadastradas na USFW no ano de 2014. A análise dessas informações gerou indicadores que permitiram a criação de um plano de gestão amplo, envolvendo desde ações junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na ampliação da cobertura até a identificação de gestantes de risco em tempo real e seu acompanhamento em todas as fases do pré-natal e puerpério.

Este plano de ação deve reduzir o tempo de tomada de decisões quanto ao acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal, otimizará o processo das consultas de pré-natal, poderia reduzir morbimortalidade materna e infantil, e também trará melhorias na inserção de dados no SISPRENATAL, aumentando a cobertura do município e, com isso, favorecendo a entrada de recursos federais.

A posterior implantação da Proposta, realizada com sucesso, poderá servir de projeto-piloto para uma estratégia a ser aplicada nas demais unidades de saúde do município de Pinhais, levando a uma melhora na Gestão na área desta proposta.

## REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun. 2011a.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G.; MACCHETTI, C. E; SOUZA, M. H. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 854-863, out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000, Criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. 2000a. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html)>. Acesso em 18/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 570, de 01 de junho de 2000, Normatização Complementar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. 2000b. Disponível em <[http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/saude/portaria\\_gm\\_570\\_2000.pdf](http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/saude/portaria_gm_570_2000.pdf)>. Acesso em 19/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico – 3ª Edição**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em 07/02/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, Criação do Programa Rede Cegonha. 2011. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em 18/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco – Série A. Normas e Manuais Técnicos – Cadernos de Atenção Básica, n. 32.** Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, 2012b, V. 43, n. 1, p. 1-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica – Série E. Legislação em Saúde.** Brasília, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde, Sistema de Pré-Natal. Disponível em <<http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=01>>. Acesso em 03/10/2015.

BRICKS, L. V. Vaccines in pregnancy: a review of their importance in Brazil. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo**, v. 58, n. 5, p. 263-274, 2003.

CAVALCANTI, P. C. S.; GURGEL JR., G. D.; VACONCELOS, A. L. R.; GUERRERO, A. V. P. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, out./dez. 2013.

CERON, M. I.; BARBIERI, A.; FONSECA, L. M.; FEDOSSO, E. Assistência pré-natal na percepção das puérperas provenientes de diferentes serviços de saúde. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 653-662, maio/jun. 2013.

CRUZ, R. S. B. L. C.; CAMINHA, M. F. C.; FILHO, M. B. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. **Rev. Bras. Ciências da Saúde**. São Caetano do Sul, v. 18, n. 1, p. 87-94. jan. 2014.

DI GIOVANNI, M. **Rede Cegonha: da Concepção à Implantação**. 99 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) – Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M.; VIELLAS, E. F.; DIAS, M. A. B.; TORRES, J. A.; THEME-FILHA, M. M.; GAMA, S. G. N.; LEAL, M. C. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 37, n. 3, p. 140-147, mar. 2015.

DUARTE, S. J. H. Motivos que levam as gestantes a fazerem o pré-natal: um estudo das representações sociais. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. XVIII, n. 2, p. 75-82, ago. 2012.

LIMA, A. P.; CORRÊA, A. C. P. A produção de dados para o Sistema de Informação do Pré-Natal em unidades básicas de saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 876-883, ago. 2013a.

LIMA, S. S. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. **Aquichán**, Bogotá, v. 13, n. 2, p. 261-269, maio/ago. 2013b.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde. 2011.

OLIVEIRA, R. L. A. **Avaliação da assistência pré-natal no município de Botucatu – SP na perspectiva dos diferentes modelos de atenção básica**. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2012.

PINHAIS. Prefeitura Municipal de Pinhais. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Pinhais, 2013.

POLGLIANI, R. B. S.; LEAL, M. C.; AMORIM, M. H. C.; ZANDONADE, E.; NETO, E. T. S. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, jul. 2014.

PRUDÊNCIO, P. S. **Adaptação cultural e validação para uso no Brasil do instrumento *Patients Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC)***. 188 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

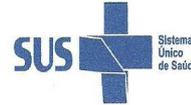
WHO. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations (joint report). **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Executive Summary**. Geneva, 2015.

**ANEXO 1**

Autorização do município para a realização do presente projeto.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAIS**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
Secretaria Municipal de Saúde



Pinhais, 28 de outubro de 2015.

Ilma. Sra. Katia Gaberz Kirschnik  
Coordenadora da Unidade de Saúde da Família Weissópolis  
Prefeitura Municipal de Pinhais

Cara Sra. Katia,

Conforme solicitado em comunicação do dia 27 de outubro de 2015, venho por meio desta autorizar que seja desenvolvido o projeto de pesquisa proposto utilizando os dados referentes à Unidade de Saúde da Família Weissópolis, de forma a completar os requisitos para a Especialização em Gestão em Saúde da UFPR. Atenciosamente,

Viviane Maysa Tomazoni Renaud  
Diretora Departamento de Assistência à Saúde

## ANEXO 2

Neste anexo são apresentados alguns gráficos com dados que foram comentados na seção 3.

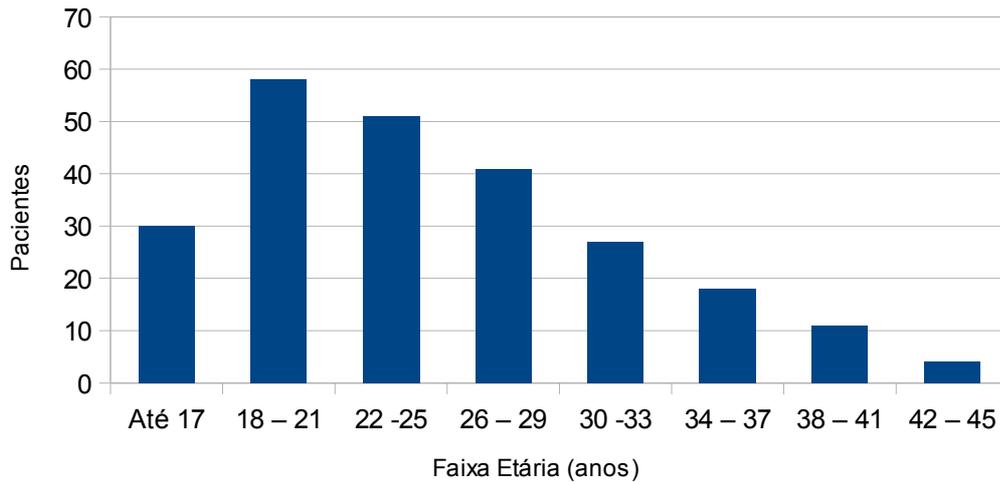


GRÁFICO A1 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DA USFW EM 2014 PELA IDADE NA PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL. FONTE: O AUTOR (2015).

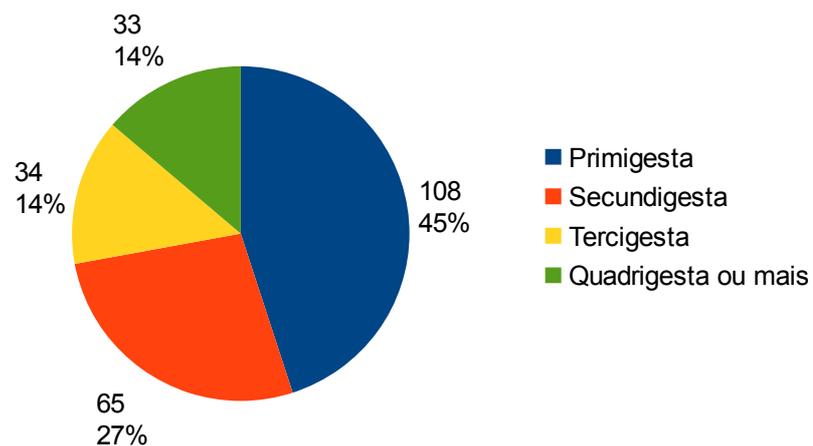


GRÁFICO A2 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DA USFW EM 2014 COM RESPEITO À PARIDADE. FONTE: O AUTOR (2015).

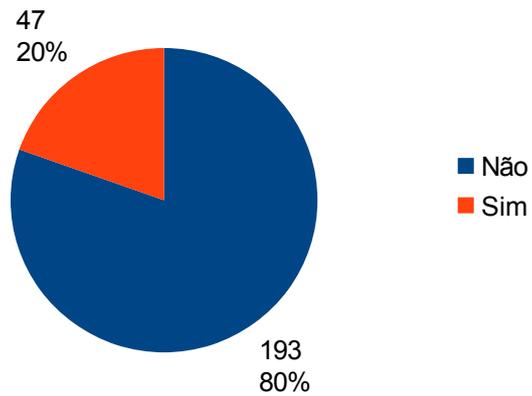


GRÁFICO A3 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DA USFW EM 2014 COM RESPEITO À GESTAÇÃO DE RISCO. FONTE: O AUTOR (2015).

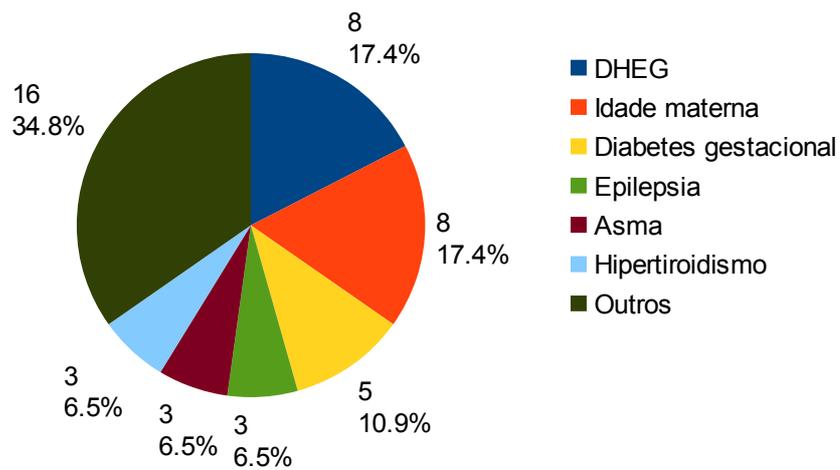


GRÁFICO A4 - MOTIVOS LEVANTADOS PARA CLASSIFICAÇÃO DAS PACIENTES DA USFW EM 2014 COMO GESTANTES DE RISCO. FONTE: O AUTOR (2015).

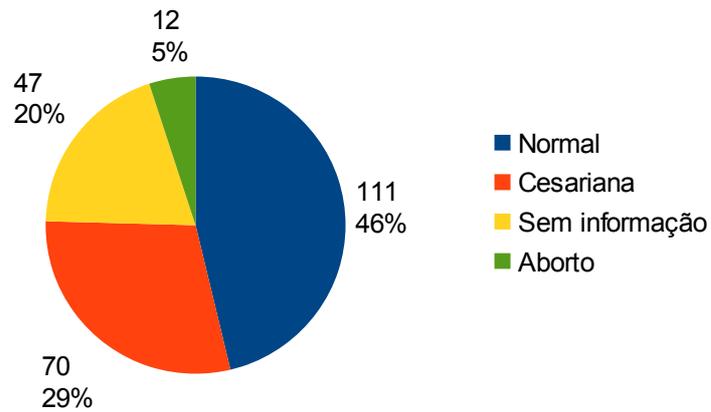


GRÁFICO A5 - TIPOS DE PARTO APRESENTADOS PELAS GESTANTES CADASTRADAS NA USFW EM 2014. FONTE: O AUTOR (2015).



GRÁFICO A6 - SITUAÇÃO DAS PACIENTES QUE NÃO ATINGIRAM A META DO PHPN APENAS PELO CRITÉRIO DE PUERPÉRIO INCOMPLETO, DENTRE AS GESTANTES CADASTRADAS NA USFW EM 2014. FONTE: O AUTOR (2015).