

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA EVANGELISTA

PROGRAMA DE PROTEÇÃO À GESTANTE DO ESTADO DE SERGIPE
IMPACTO SOBRE A SAÚDE MATERNO INFANTIL

BRASILIA – DF

2008

MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA EVANGELISTA

***PROGRAMA DE PROTEÇÃO À GESTANTE DO ESTADO DE SERGIPE
IMPACTO SOBRE A SAÚDE MATERNO INFANTIL***

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto
Bezerra Tomaz

BRASÍLIA – DF

2008

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Nazário (in memoriun) e Lourdes, pelo dom da vida e que mesmo tendo restrição de recursos fizeram com que eu enxergasse a educação em primeiro lugar.

A Waterloo e meus filhos, Jonathas e Felipe, por compreenderem minhas ausências.

As mulheres do meu estado, usuárias do SUS, que me permitiram coletar dados para a realização deste trabalho, que poderão qualificar a assistência pré-natal.

AGRADECIMENTOS

Relembrando a trajetória de construção de uma dissertação de mestrado, as lembranças das pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram, vão surgindo:

Agradeço a Deus pela vida, pelas oportunidades que me foram dadas ao longo da minha estrada.

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto B. Tomaz, meu orientador, que com rigor e ternura me incentivou na construção deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Carlos A. Paraguassu.

Ao Dr. Luis Fernando Rolim Sampaio, pelo apoio inestimável durante o mestrado.

Aos professores do curso, que forneceram o alicerce para esta construção.

Aos meus amigos Alzira Guimarães, Ana Angélica Rocha e Sérgio Abreu pela colaboração valiosa na realização deste trabalho.

Ao Fernando Saab e Carlos Botelho, pela oportunidade de participar desse curso de mestrado.

A Fátima Sousa, Leane Carvalho e Rose Nascimento pelo incentivo.

A Helma Kátia, grande colaboradora na arte final deste trabalho!

*A porta da verdade estava aberta
Mas só deixava passar meia pessoa de cada vez [...] em
[...] meios perfis que não coincidiam[...]
em metades diferentes uma da outra[...] e carecia optar.
Cada um optou conforme seu capricho, sua ilusão e sua miopia*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido a partir da questão levantada: “A implantação do Programa de Proteção à Gestante-PPG melhorou a assistência pré-natal e os indicadores materno-infantil em Sergipe?” Trata-se de estudo de pesquisa analítica, ecológico e exploratório baseado em dados secundários, visando verificar o impacto sobre a saúde materno-infantil no período de 2004 a 2006. A população estudada corresponde às gestantes cadastradas no PPG, utilizando dados do Sistema de Informações do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento-SISPRENATAL, Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM, Sistema de Informações sobre Nascidos-Vivos-SINASC e Banco de Dados da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais-APAE. De acordo com os objetivos propostos para este estudo, pode-se concluir que: i) o PPG promoveu uma melhoria nos registros de dados e agregou tecnologia aos cuidados dispensados na assistência pré-natal; ii) observou-se redução do percentual de nenhuma consulta de pré-natal e aumento do número de consultas de pré-natal; iii) não foi possível estabelecer a idade gestacional no momento da primeira consulta; iv) nos resultados relativos à mortalidade infantil houve diminuição de óbitos por infecção bacteriana e doenças do aparelho respiratório e v) quanto a mortalidade materna foi evidenciada uma queda significativa no número de óbitos maternos entre os anos de 2004 e 2006, possivelmente o PPG contribuiu para essa diminuição. Com relação a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, houve melhora na qualidade do registro de dados, com diminuição dos dados ignorados.

Palavras-chaves: acesso ao pré-natal; avaliação; tecnologia utilizada; políticas públicas.

ABSTRACT

This study was developed in response to the issue raised "Did the implementation of The Program for Protection of Pregnant-PPG improve prenatal care and maternal and child indicators in Sergipe?" It is an analytical research study, ecological and exploratory based on secondary data, aiming to verify the impact on maternal and child health in the period 2004 to 2006. The study population corresponds to pregnant women registered in the PPG, using data from The Information System of the Humanization Program in Pre-Natal and Birth-SISPRENATAL, The Information System about Mortality-SIM, The Information System about Live Births-SINASC and Data Bank of the Association of Parents and Friends of Exceptional Children-APAE. According to the proposed objectives for this study, it was concluded that: i) the PPG promoted an improvement in data records aggregating technology to the provided prenatal care; ii) there was no reduction in the percentage of any Pre-natal consultation and an increase was observed at the number of pre-natal consultations; iii) it was not possible to establish the gestational age at the time of the first consultation; iv) in the results regarding infant mortality there was a reduction of deaths due to bacterial infection and respiratory diseases, v) and about maternal mortality it was evidenced a significant drop in the number of maternal deaths between the years 2004 and 2006, possibly the PPG contributed to this decrease. Concerning the proportion of live births with low birthweight, there was improvement in the quality of data registration, with reduction of the ignored data.

Keywords: access to prenatal care; evaluation; technology, public policies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do peso de nascidos vivos por ano de nascimento, Sergipe, 2004 a 2006.	53
Tabela 2. Distribuição do número de consultas pré-natais por ano de ocorrência, Sergipe, 2004 a 2006.	54
Tabela 3. Distribuição de freqüências do tempo da idade gestacional na primeira consulta do acompanhamento pré-natal, por ano de ocorrência, Sergipe, 2004 e 2006.	56
Tabela 4. Distribuição de freqüências do tempo da idade gestacional na primeira consulta do acompanhamento pré-natal, por ano de ocorrência, desconsiderando os dados “não informados”, Sergipe, 2004 e 2006.	58
Tabela 5 - Proporção de óbitos classificados dentro de cada categoria do CID-10, Sergipe, 2004 e 2006.	60
Tabela 6 - Distribuição das freqüências de óbitos infantis segundo o CID 10, Aracaju, 2004 e 2006.	61
Tabela 7 - Distribuição de freqüências de óbitos infantis segundo o CID 10, Lagarto, 2004 a 2006.	61
Tabela 8 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 1 – Estância, Sergipe, 2004 a 2006	68
Tabela 9 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 2 – Itabaiana, Sergipe, 2004 a 2006.	70
Tabela 10 – Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 3 - Nossa Senhora do Socorro, Sergipe, 2004 a 2006.	72
Tabela 11 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 4 - Nossa Senhora da Glória, Sergipe, 2004 a 2006.	74
Tabela 12 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 5 - Propriá, Sergipe, 2004 a 2006.	76
Tabela 13 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 6 - Lagarto, excluídos os dados do município de Lagarto, Sergipe, 2004 a 2006	78
Tabela 14 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 6 - Lagarto, incluindo os dados do município de Lagarto, Sergipe, 2004 a 2006.	80
Tabela 15 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 7 - Aracaju, excluídos os dados do município de Aracaju, Sergipe, 2004 a 2006.	82

Tabela 16 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 7 - Aracaju, incluindo os dados do município de Aracaju, Sergipe, 2004 a 2006.	84
Tabela 17 - Frequência de óbitos maternos por microrregiões, antes (2004), durante (2005) e depois (2006) da implantação do Programa de Proteção a Gestantes	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa das microrregiões de saúde do Estado de Sergipe.	43
Figura 2. Evolução da razão de mortalidade materna por ano de ocorrência, Sergipe, 2004 a 2006.	63
Figura 3: Mapa da 1ª Microrregião de Saúde-Estância, Sergipe.	67
Figura 4 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 1- Estância, Sergipe, 2004 a 2006.	68
Figura 5. Mapa da 2ª Microrregião de Saúde – Itabaiana, Sergipe.	69
Figura 6 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 2 - Itabaiana, Sergipe, 2004 a 2006.	70
Figura 7. Mapa da 3ª Microrregião de Saúde – Nossa Senhora do Socorro, Sergipe.	71
Figura 8 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 3 - Nossa Senhora do Socorro, Sergipe, 2004 a 2006.	72
Figura 9. Mapa da 4ª Microrregião de Saúde – Nossa Senhora da Glória, Sergipe.	73
Figura 10 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 4-Nossa Senhora da Glória, Sergipe, 2004 a 2006.	74
Figura 11. Mapa da 5ª Microrregião de Saúde – Propriá, Sergipe.	75
Figura 12 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 5 - Propriá, Sergipe, 2004 a 2006.	76
Figura 13. Mapa da 6ª Microrregião de Saúde – Lagarto, Sergipe.	77
Figura 14 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 6 - Lagarto, excluídos os dados do município de Lagarto, Sergipe, 2004 a 2006.	78
Figura 15. Mapa da 6ª Microrregião de Saúde – Lagarto, Sergipe.	79
Figura 16 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 6 - Lagarto, incluindo os dados do município de Lagarto, Sergipe, 2004 a 2006.	80
Figura 17. Mapa da 7ª Microrregião de Saúde – Aracaju, Sergipe.	81
Figura 18 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 7 - Aracaju, excluídos os dados do município de Aracaju, Sergipe, 2004 a 2006.	82
Figura 19. Mapa da 7ª Microrregião de Saúde – Aracaju, Sergipe.	83

Figura 20 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 6 - Aracaju, incluindo os dados do município de Aracaju, Sergipe, 2004 a 2006.

84

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS – Atenção Primária em Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CID – Código Internacional de Doença
DINSAMI – Divisão de Saúde Materno Infantil
DN – Declaração de Nascido Vivo
DO – Declaração de Óbito
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal
GPSS – Gestão Plena do Sistema de Saúde
IDB – Indicadores de Dados Básicos
IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMASC – Instituto Manoel dos Santos Carvalho
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MIF – Mulheres em Idade Fértil
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NV – Nascidos Vivos
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPG – Programa de Proteção à Gestante
PSF – Programa Saúde da Família
PSMI – Programa de Saúde Materno Infantil

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

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

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNPES – Secretaria Nacional de Programas Especiais

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução	16
2. Objetivos	22
2.1 Objetivo Geral	22
2.2 Objetivos Específicos	22
3. Revisão da Literatura	23
3.1 – Políticas Públicas – Promoção da assistência universal, integral e equânime	23
3.2. – Acesso ao pré-natal	27
3.3 – Aspectos tecnológicos exigidos na prática da assistência	33
3.4 – Avaliação em sistemas de saúde	36
4. Materiais e Métodos	41
4.1 – Tipo de estudo e sistemas de informações utilizados	41
4.2 – Caracterização da área de estudo	43
4.3 – Logística do Programa de Proteção à Gestante	46
4.4 – População de estudo e coleta de informações	48
4.5 – Descrição das variáveis do estudo e processamento dos dados	49
4.6 – Análise dos dados	51
5. Resultados e discussões	52
5.1 – Análise dos dados referentes ao estado de Sergipe	52
5.1.1 – Peso ao nascer, consulta pré-natal e idade gestacional	52
5.1.2 – Mortalidade infantil	60
5.1.3 – Mortalidade materna	63
5.2 – Análise dos dados referentes às micro-regiões de saúde	65
5.3 - Conclusões	86
6. Referências Bibliográficas	88
Anexo 1 – Modelo de laudos de exames de pré-natal 1ª e 2ª fase	94
Anexo 2 – Ficha de Cadastramento da Gestante – SIS Pré-Natal	96
Anexo 3 – Declaração de Nascido Vivo	98
Anexo 4 – Ficha de Cadastro da Gestante	99
Anexo 5 – Declaração de Óbito	100

Anexo 6 – População de municípios listados por micro-região de saúde, segundo Plano Diretor de regionalização de Sergipe	101
Anexo 7 – Autorização para a utilização dos dados do IMASC-APAE	105

1. INTRODUÇÃO

Durante o período de 2003 a 2006, a gestão estadual da saúde em Sergipe, definiu um modelo de assistência centrado no conceito de vigilância da saúde, através do fortalecimento da atenção primária, objetivando garantir o acesso das mulheres, em todos os ciclos de vida, nos serviços de saúde. A escuta qualificada das Equipes de Saúde da Família - ESF identificou questões relativas à assistência pré-natal que prejudicava a qualidade da assistência sob a ótica do bom cuidado – base da integralidade da atenção (SOUSA, 2004). Dentro das dificuldades encontradas pode-se enumerar a questão do acesso a tecnologia, a serviços laboratoriais e de referência necessários à continuação do trabalho das equipes executoras à população por elas assistidas.

Apesar das mudanças implementadas pelo Ministério da Saúde no campo da atenção primária e da saúde da família, entende-se que muitos aspectos relacionados à formulação de políticas, à construção do conhecimento e à implementação das práticas no setor saúde interagem mutuamente e têm como produto a forma como se prestam os serviços de saúde em determinado contexto histórico ou ainda resultam na disponibilidade ou na escassez de um determinado conjunto de ações e serviços de saúde.

A atenção primária no estado de Sergipe se fortaleceu por se encontrar habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde-GPSS, pela Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS/2002 (BRASIL, 2002b), em vista de 100% dos municípios do Estado estarem habilitados como gestores da atenção primária e certificados para o desenvolvimento de ações de epidemiologia e controle de doenças, ou seja, são responsáveis pela oferta dessas ações aos seus municípios e vem recebendo recursos para essas finalidades, diretamente do Fundo Nacional de Saúde - FNS (SERGIPE, 2005b).

Avaliando dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos–SINASC no ano de 2005, observa-se que ocorreram 36.510 nascimentos, sendo que desses, 30.578 (83,8%) eram nascidos vivos de mães com quatro e mais consultas de pré-natal; 17.211 (47,1%) de mães com sete e mais consultas de pré-natal; 4.083 (11,2%) nascidos vivos de mães com uma a três consultas de pré-natal; 849 (2,3%) de mães sem nenhuma consulta de pré-natal; 197

(0,5%) de mães de nascidos vivos com número ignorado de consultas de pré-natal e 803 (2,2%) de mães com número não informado de consultas de pré-natal. Foi constatado ainda que 2.891 (7,9%) eram nascidos vivos com peso ao nascer abaixo de 2.500 gramas; 33.485 (91,7%) nascidos vivos com peso acima de 2.500 gramas e 134 (0,4%) nascidos vivos com peso ao nascer ignorado (BRASIL, 2005a).

Em Sergipe no ano de 2000 e 2003, constatou-se que a taxa de fecundidade total variou de 2,5 a 2,1 nascidos vivos por mulher, respectivamente. A taxa bruta padronizada de natalidade foi de 19,0 nascidos vivos por 1.000 habitantes quando analisado o ano de 2002 (RIPSA 2003).

A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer de 7,9% foi um importante instrumento de avaliação das condições gerais de vida da gestante, da adequação da escolha do momento de realização do parto, além de também ser um preditor da sobrevivência infantil. A Organização Mundial de Saúde-OMS recomenda percentuais de até 6% de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, considera que valores até 10% são considerados regulares e ruins a partir desse valor. Proporções elevadas estão associadas em geral, a baixo nível de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil (RIPSA, 2002b).

A mortalidade infantil, calculada pelo método direto, através do Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM no estado de Sergipe, está com tendência de declínio. No ano de 2002 ocorreram 28,7 óbitos em menores de um ano por 1.000 nascidos vivos (NV) e em 2005 a taxa de mortalidade foi de 24,1 óbitos por 1.000 NV. Observa-se que apesar da diminuição dos óbitos em menores de um ano a taxa de mortalidade neonatal (menores de 28 dias) é preocupante, em virtude de se encontrar na faixa de 16,2 óbitos por 1.000 NV (SERGIPE, 2006b), taxas elevadas estão geralmente relacionadas a más condições de saúde da mãe e a insatisfatória assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RIPSA, 2002b).

Quando verificado a estratificação dessa taxa de mortalidade neonatal precoce (de 1 a 6 dias) e neonatal tardia (de 7 a 27 dias) observa-se que a taxa de mortalidade neonatal precoce está em 11,8 óbitos por 1.000 NV, representando 48,9% do total de óbitos em menores de um ano de idade, e os óbitos em menores de 28 dias representaram 67,2% do total

de óbitos. Em relação aos óbitos fetais foi verificado o patamar de 660, 575 e 508 para os anos de 2002, 2003 e 2004 respectivamente (SERGIPE, 2006c).

No ano de 2004 ocorreram 54.183 óbitos em menores de um ano em todo país, 47,7% com maior concentração nas Regiões Norte e Nordeste o que correspondeu a 35,7% da população brasileira onde predominam: baixa renda familiar, baixo nível de escolaridade materna, saneamento ainda deficitário, além de outras mazelas que contribuem ou são fatores determinantes e condicionantes para estes resultados (SERGIPE 2005 b).

Na Região Nordeste, a mortalidade infantil é um indicador em que os valores vêm declinando na última década, quando se utiliza o método indireto para se calcular a mortalidade. Em análise dos dados relativos ao ano de 1997 verifica-se uma taxa de 58,3/ 1.000 NV, diminuindo para 36,9/ 1.000 NV no ano de 2003 (RIPSA, 2003).

No estado de Sergipe, a redução da mortalidade infantil foi estabelecida como uma prioridade da gestão estadual, ocorrendo redução deste indicador, registrando um declínio de 31,1/ 1.000 NV em 2001, para 24,1/ 1.000 NV em 2005 (SIM/ SINASC, 2005). Deve-se ressaltar, entretanto, que esses valores, além de ainda serem elevados, não expressam a realidade e nem se distribuem homoganeamente nos diferentes espaços geográficos do Estado (SERGIPE, 2006c).

Outra face do problema que mereceu a atenção dos gestores e técnicos da saúde foi a razão da mortalidade materna. A morte de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao aborto, ao parto e ao puerpério é em sua grande maioria evitável, sendo a taxa de mortalidade materna um indicador consistente sobre a saúde da mulher, que pode vir a retratar iniquidades existentes em determinado território (SERGIPE, 2006b).

A taxa de mortalidade materna estima a frequência de óbitos atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos (RIPSA, 2002b). Essa taxa vem apresentando redução no estado de Sergipe. No ano de 2000, ocorreram 83,5 óbitos maternos por 100.000 NV e em 2005 a taxa apresentada foi de 57,0 óbitos por 100.000 NV, entretanto, ressalta-se que foram investigados em 2003, 34,0% dos óbitos em mulheres em idade fértil, em 2005, 47,8%, muito aquém dos 90% considerados

satisfatórios. Do total de óbitos maternos ocorridos em Sergipe, 100,0% são óbitos maternos diretos, onde as principais causas básicas são: O15 eclampsia (15,7%); O62 anormalidades de contrações uterinas (15,7%) e O85 infecção puerperal (10,5%) (SERGIPE, 2005c).

Convém ressaltar que um fato marcante ocorrido no início do ano de 2004 foram às mortes de cinco recém nascidos em um espaço de dois dias, em uma maternidade de alto risco, única referência para todo o estado. Após rigorosa investigação desses óbitos, realizada pelos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil e a Gerência de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju e Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA ficou constatado que essas mortes ocorreram devido a um conjunto de fatores, entre eles, a falta e/ ou qualidade da assistência pré-natal.

Considerando o problema vivenciado pelo estado relativo à mortalidade dos recém-nascidos e aos principais fatores identificados como resultantes dos óbitos, a SES Sergipe, tendo conhecimento do Programa de Proteção a Gestante-PPG, já implantado nos estados de Mato Grosso do Sul e de Goiás, com resultados positivos, decidiu implantar o programa acima referido, atrelando-o ao SISPRENATAL, com o objetivo de garantir não só o aumento da cobertura pré-natal, mas, sobretudo, a melhoria da qualidade da assistência, em vista desse programa exigir um número mínimo de seis consultas de pré-natal e também um elenco mínimo de exames e procedimentos, que por si só garantem a melhoria da qualidade da assistência pré-natal. O PPG foi então implantado em Sergipe, em 29 de agosto de 2005, com adesão inicial de 92,0% (69) dos municípios e com uma cobertura, até aquele momento de 97,3% (73) dos municípios. Para efetivação do programa foi realizada uma aliança estratégica com a APAE, que já possuía o programa implantado em outros estados. Essa aliança permitiu prestar um serviço de forma contínua, no próprio momento da consulta pré-natal e com racionalização de custos.

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve, portanto, ser organizada para atender às reais necessidades das mulheres gestantes, mediante utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso (BRASIL, 2000a). Um dos principais indicadores do prognóstico ao nascimento é o acesso à assistência pré-natal. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados

maternos. Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a OMS, o número adequado seria igual ou superior a seis consultas.

O Programa de Proteção a Gestante-PPG foi uma iniciativa estadual estabelecida como uma estratégia que procura somar esforços e ampliar o alcance da política nacional de proteção ao binômio mãe - filho, em fase vulnerável da existência humana. O PPG resultou da soma de um trabalho coordenado pela Secretaria de Estado da Saúde-SES em conjunto com os municípios que aderiram à proposta e contou com a parceria do Instituto Manoel dos Santos Carvalho-IMASC, entidade da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais-APAE.

Para operacionalização do PPG, foi pactuada na Comissão Intergestores Bipartite-CIB a forma da participação do estado e municípios no repasse de recursos financeiros para custeio do PPG. Os municípios que se encontravam na Gestão Plena da Atenção Básica-GPABA assumiram 50% dos insumos, o estado os outros 50% e os municípios que se encontravam em Gestão Plena do Sistema Municipal-GPSM arcaram com 75% dos custos, cabendo ao estado os outros 25% do valor total. Faz-se importante ressaltar que esse valor cobrado refere-se à tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS, sendo que 40% ficavam sob responsabilidade da APAE. Com esse orçamento o PPG apresenta um custo de apenas 60% da tabela acima mencionada.

A metodologia utilizada para operacionalização do PPG no estado de Sergipe foi a mesma desenvolvida pelo Instituto Manoel dos Santos Carvalho-IMASC, que realiza a coleta de material em papel filtro, o que possibilita a detecção precoce, o diagnóstico definitivo, o acompanhamento clínico e tratamento (na rede pública, envolvendo a equipe multidisciplinar), com uma relação custo benefício economicamente viável e socialmente aceitável.

Foi realizada uma aliança estratégica com a APAE/SE, uma vez que essa entidade, em outras localidades, já detinha o suporte tecnológico para a operacionalização do Programa. Essa aliança permitiu prestar um serviço de forma contínua, no próprio momento da consulta pré-natal e com racionalização de custos.

O PPG como política pública aglutina a agregação tecnológica e facilidade de acesso o que desperta interesse dos profissionais que trabalham nas equipes considerando que a agregação tecnológica rompe com a idéia da assistência na atenção primária como sendo reducionista e funcionando sob a ótica de mercado, uma cesta básica dirigida para os pobres, os que não dispõem de capacidade econômica para pagar por ações e serviços – um pacote mínimo, o SUS dos pobres (PAIM, 2002a).

A partir dessas considerações, levantou-se o seguinte questionamento: a implantação do Programa de Proteção a Gestante-PPG melhorou a assistência pré-natal no estado de Sergipe? A implantação do Programa contribuiu para melhorar os indicadores maternos e infantis?

Para responder a esse questionamento foi realizado este estudo que aborda o impacto do Programa de Proteção à Gestante sobre a saúde materno-infantil no estado de Sergipe, implantado como uma estratégia para ampliar o acesso ao serviço de pré-natal, melhorar a qualidade da assistência pré-natal e conseqüentemente, reduzir a mortalidade materna e infantil, compromisso prioritário da política de saúde do governo de Sergipe definida pela gestão no período compreendido entre 2003 a 2006.

Dessa forma, o presente estudo verificou o impacto do PPG sobre a saúde materna e infantil no estado de Sergipe em referência ao desenvolvimento das ações de saúde prestadas as gestantes, que devem se refletir nos sistemas de avaliação do pré-natal.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar o impacto do Programa de Proteção a Gestante-PPG sobre a saúde materna infantil no Estado de Sergipe no período de 2004 a 2006.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar o número de consultas pré-natal no SISPRENATAL e no SINASC antes e após a implantação do Programa de Proteção à Gestante considerando o período de 2004 a 2006;
- Comparar a idade gestacional da primeira consulta pré-natal antes e após a implantação do PPG no período de 2004 a 2006;
- Analisar as taxas mortalidade materna e infantil no período de 2000 a 2006
- Analisar a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer no período de 2000 a 2006.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Quatro dimensões deverão ser consideradas no presente estudo: políticas públicas que promovem uma assistência universal, integral e equânime à mulher, o acesso ao pré-natal, os aspectos tecnológicos exigidos na prática da assistência e a avaliação dos serviços de saúde na assistência pré-natal.

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS - PROMOÇÃO DE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL, INTEGRAL E EQUÂNIME.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os sistemas de atenção à saúde, são um conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WHO, 2000). Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais, organizadas deliberadamente, para responder as necessidades, demandas e representações *das* populações, em determinada sociedade e em certo tempo (MENDES, 2007 no prelo). O sistema de atenção à saúde “corresponde àqueles componentes ou elemento do sistema social que se têm diferenciado, formal ou informalmente, para fornecer ações de saúde a uma população” (ROUX et al., 1990). Procura-se destacar que as ações de saúde realizadas decorrem de um dado processo de trabalho que atende certa finalidade (MENDES, GONÇALVES, 1979).

A finalidade do processo de trabalho em saúde varia social e historicamente. Daí que, os modelos assistenciais precisam ser revistos e reatualizados a partir da análise continuada da situação de saúde de uma dada população e da reflexão sobre a finalidade das práticas de saúde em cada sociedade e em distintas conjunturas (PAIM, 1992).

Definem-se como modelos assistenciais, combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e das necessidades sociais de saúde historicamente definidas (TEIXEIRA, PAIM, 1990; PAIM, 1993). Dentre essas propostas de mudança da forma de assistir a população, podem ser

citadas as ações definidas como Atenção Primária em Saúde (APS), que em 1979, por ocasião da Assembléia Mundial de Saúde, foi confirmado o consenso alcançado na conferência realizada em Alma Ata dois anos antes, em que definia a APS como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessível a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Organização Mundial da Saúde, Declaração de Alma-Ata, 1978).

Starfield, (2002) relata que a atenção primária em saúde é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção para todas as condições, exceto as mais incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. A atenção primária é diferente da atenção por consulta, que é de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade em longo prazo (atenção terciária) por varias características. A APS trata dos problemas mais comuns e menos definidos.

Até os anos 80, a política pública de saúde voltada à população feminina restringia-se ao ciclo gravídico-puerperal – o atendimento ao pré-natal, parto e puerpério – preconizado pelo Programa de Saúde Materno Infantil-PSMI, o qual foi criado, no final dos anos 60, pela Divisão de Saúde Materno Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde-DINSAMI/SNPES, tendo sido implementado pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

O PSMI seguia as recomendações da Organização Pan-americana de Saúde - OPAS, que priorizava as estratégias de intervenção em grupos de riscos ou em situações de vulnerabilidade e era caracterizado pela verticalidade – com estratégias e recursos próprios e sem articulações entre as várias propostas de implementação e demais programas e estratégias.

A verticalidade programática não facultava a articulação com os outros programas contemporâneos do PSMI, mesmo que oferecessem ações também voltadas para problemas femininos, por exemplo: o controle do câncer de colo uterino realizado pelo Programa de Doenças Crônico-Degenerativas, não articulava com o PSMI no tocante ao diagnóstico do câncer ginecológico em mulheres que freqüentavam o pré-natal, de forma que a mesma mulher, para acessar os cuidados à saúde, devia buscar, em momentos diferentes, equipes e prontuários distintos. Desse modo, a desarticulação entre os programas dificultava o acesso e impedia uma ação mais integrada entre os serviços, caracterizando-os como irracionais, do ponto de vista gerencial e operacional, pois eram burocráticos e desenvolviam baixo impacto sobre os indicadores.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento–PHPN foi instituído com o objetivo declarado de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido. Quanto à assistência à gestação, o PHPN determina os parâmetros de acesso e freqüência do atendimento e a solicitação de exames complementares básicos. Entretanto, o Programa não menciona as atividades clínico-obstétricas de execução obrigatória numa consulta pré-natal, permitindo apenas uma análise parcial do processo da assistência à gestação.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde–NOAS 01/2002, (BRASIL, 2002b), estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério e prevê a organização de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, através da organização de territórios estaduais. As redes de atenção à saúde definem-se como serviços de saúde de prestação contínua a uma população definida, cujo sistema de saúde é responsável pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários.

Os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde caracterizam-se por foco nas necessidades de saúde da população, coordenação e integração do cuidado, que deve ser contínuo, conter informação sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários, governança, gestão, profissionais com metas a serem alcançados e contínua melhoria dos serviços (SHORTEL et al., 1996).

Na construção das redes de atenção à saúde, economias de escala e escopo são dois conceitos importantes. O primeiro refere-se a situações em que os custos médios de longo prazo caem em função do volume de atividades. E o segundo ocorre quando a variedade dos serviços ofertados por uma mesma unidade produtiva aumenta (ALETRAS, JONES E SHELDON, 1977).

Numa proposta com vistas à melhoria e humanização da assistência no período gravídico-puerperal, o Ministério da Saúde refere como condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério, a responsabilidade dos serviços de saúde, em receber com dignidade a mulher e o recém-nascido, a adoção de práticas humanizadas e seguras, o que implica na organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas (BRASIL, 2000a).

Na década de 80, evidenciou-se no Brasil um enfoque mais amplo, com a formulação da proposta de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que incluía pela primeira vez serviços públicos que contemplavam a mulher no seu ciclo vital, visando à incorporação da própria mulher como sujeito ativo no cuidado à saúde, considerando todas as etapas da vida (BRASIL, 1984).

3.2 ACESSO AO PRÉ-NATAL

Nas relações entre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, observa-se que o paciente decide utilizar um serviço de saúde em função de três variáveis: custos de oportunidade da utilização, severidade percebida da condição em relação à saúde “normal”, e expectativa esperada da efetividade da atenção à saúde (CARR-HILL, PLACE E POSNET, 1997).

O acesso é associado aos custos sociais e econômicos, que incluem os horários inconvenientes de abertura das unidades de saúde e outros serviços. Os custos econômicos incluem os gastos com deslocamento, tempo de espera, demora nos resultados. Esses custos tendem a ser maiores na atenção primária à saúde que na atenção secundária e principalmente na terciária. A influência da distância tende a ser maior nas pessoas pobres e nos portadores de necessidades especiais (CARR-HILL, PLACE E POSNET, 1997).

A assistência pré-natal tem por finalidade acolher a mulher desde o início da gravidez. A adesão da mulher ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que será essencial para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal ainda verificados no Brasil. No que tange especificamente ao acompanhamento da gestante, deve-se ter como objetivos: captar gestantes não inscritas no pré-natal, reduzir faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco, acompanhar a evolução da gestação, desenvolver trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar (BRASIL, 2000a).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher–PAISM (BRASIL, 1984), teve como objetivo geral reduzir a morbidade e mortalidade da mulher em todas as fases da vida, garantindo à população feminina, de acordo com suas necessidades, o acesso aos serviços de saúde de diferentes complexidades a partir da unidade sanitária local. Como parte de seus objetivos específicos constam a ampliação da cobertura e melhoria da qualidade das ações de pré-natal, parto e puerpério e a realização de ações de educação participativa em todas as atividades desenvolvidas.

A assistência pré-natal é definida, desde a implantação do PAISM como os cuidados de saúde dispensados à mulher visando assegurar a higidez de seu organismo e o crescimento e desenvolvimento adequados de seu concepto, reduzindo assim a morbidade e mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 1984).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), para a adequada assistência à mulher e ao recém nascido no momento do parto, todas as unidades integrantes do SUS têm como responsabilidades: atender a todas as gestantes que as procurem; estabelecer mecanismos de vinculação pré-natal/parto; estabelecer mecanismos de cadastramento das gestantes no pré-natal, até o 4º mês da gestação e garantir condições para a realização: a) da primeira consulta de pré-natal até o 4º mês da gestação; b) de, no mínimo, 6 consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; c) de 1 consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento.

Em geral a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a executar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. É importante ressaltar que o enfermeiro tem sido apontado pela Organização Mundial de Saúde, como o profissional melhor preparado para esse tipo de atenção. Além disso, de acordo com a lei do exercício profissional da enfermagem, decreto-lei n.º. 794906/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro (BRASIL, 2000a).

A assistência pré-natal não pode prevenir todas as principais complicações do parto, causas importantes de mortalidade materna, mas algumas intervenções no pré-natal poderão favorecer o prognóstico materno e preveni-la. Promover a saúde materna contempla a recomendação do número ideal e da qualidade das consultas de pré-natal, o estabelecimento de programa de imunização materna e a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes da gestação. O manual técnico preparado pelo Grupo de Investigações de Estudo de Controle Pré-natal da Organização Mundial de Saúde - OMS considera ideal a realização de quatro consultas no pré-natal e uma no período pós-parto. Na primeira visita, que é recomendada até a 16ª semana de gestação, deverá ser investigado o risco obstétrico

identificando os antecedentes obstétricos, a gestação atual e a história clínica geral. A detecção de qualquer risco implicaria atenção especializada, com exame/avaliação e seguimentos adicionais e, se necessário, a referência da atenção primária para um serviço de nível de maior complexidade. Importante destacar que a classificação do risco e a necessidade de referência para centros mais especializados deverão ser constantemente avaliados. Na ausência de risco, o acompanhamento pré-natal deverá seguir as recomendações para a atenção primária na assistência pré-natal.

A magnitude do problema da morte materna no Brasil é reflexo da qualidade da assistência recebida pelas mulheres durante o ciclo gravídico puerperal e, principalmente, da desintegração dos serviços de atenção à saúde da gestante (TANAKA, 2000).

No conjunto de medidas tomadas pelo Ministério da Saúde, em um plano com distintas etapas, o lançamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento- PHPN deveriam somar-se a outras importantes estratégias já em andamento para a melhoria da assistência obstétrica. O PHPN instituiu critérios para qualificar a assistência e um sistema de informações, o SISPRENATAL, para monitorar o cumprimento dos mesmos e acompanhar indicadores de qualidade definidos. (BRASIL, 2000c).

No cenário de intervenções de saúde pública voltadas para a saúde da mulher, o PHPN apresenta-se como uma estratégia singular. A maioria dos programas para a saúde de gestantes foi elaborado em países desenvolvidos, mesmo quando o seu formato visava atender as necessidades de países em desenvolvimento e, em geral, foram iniciativas internacionais baseadas em metas para a redução da morte materna. Embora praticamente todos os países ofereçam a assistência pré-natal, a avaliação indireta mais comumente realizada é o monitoramento da mortalidade materna. É uma intervenção planejada em um país em desenvolvimento, estruturada com medidas para as diferentes instâncias da assistência, com um desenho que buscava mudar um paradigma na atenção, com estabelecimento de critérios mínimos, com o incentivo financeiro rigorosamente atrelado ao cumprimento desses critérios e com um sistema de informações que permitia o monitoramento e a avaliação da assistência em curso (BRASIL, 2000c).

Há um longo caminho no sentido de incluir na rotina a avaliação sistemática das atividades da saúde. A grande maioria dos gestores ainda não incorporou o sistema de informações enquanto instrumento de gestão. Nesse sentido, o PHPN deverá necessariamente demandar esforços para que ele seja utilizado como ferramenta de monitoramento das ações e a incorporação da avaliação como atividade regular, possibilitando aos executores, na ponta do sistema, intervir e corrigir rumos (BRASIL, 2000c).

O PHPN foi planejado e discutido como uma política nacional em atenção aos direitos das mulheres, buscando efetivar uma ação fundamental para a melhoria da qualidade obstétrica e a redução da mortalidade materna e perinatal, em conjunto com outras medidas adotadas para alcançar esse objetivo como o limite percentual no pagamento das cesáreas e a implantação de um sistema de atenção à gestação de alto risco. Durante sua implantação, mobilizou, em tempo relativamente curto, quase quatro mil municípios e permitiu a ratificação de muitas hipóteses sobre a assistência pré-natal, com um macro diagnóstico da saúde materna (SERRUYA et al., 2004).

Em municípios onde o PHPN foi prioridade, várias iniciativas foram sedimentadas em relação à qualidade da atenção. Nas inúmeras observações realizadas, o pré-natal foi resgatado como estratégia importante e seu monitoramento cuidadosamente feito, inclusive com a implementação de atividades recomendadas, mas não obrigatórias, como a visita da gestante à maternidade e a presença de acompanhantes no momento do parto. As coordenações locais referiam-se à instituição do Programa como a possibilidade de concretizar várias atividades para a qual não se sentiam empoderadas. Seguramente, existem ainda muitos aspectos dessa estratégia que devem ser conhecidos e os seus desdobramentos avaliados.

Estados e municípios devem garantir atenção pré-natal e puerperal de acordo com alguns parâmetros, entre eles:

- Realizar no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;

- Desenvolver os seguintes exames laboratoriais: ABO–Rh, hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo a trigésima semana de gestação; Urina tipo 1, sendo um na primeira semana e outro na trigésima semana de gestação; Testagem anti-HIV – na primeira e trigésima semana de gestação; Sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame de preferência, próximo a trigésima semana de gestação; Sorologia para toxoplasmose na primeira consulta;
- Monitorar a atenção pré-natal e puerperal, de forma organizada e estruturada. Para isso foi disponibilizado pelo Datasus o SISPRENATAL – Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, de uso obrigatório nas unidades de saúde e que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante. Essa avaliação prevê a utilização de indicadores de processo por localidade e período. Apesar da obrigatoriedade da utilização desse sistema de informação, o que se constatava, era que a sua utilização era muito precária, as gestantes não estavam sendo cadastradas.

As ações de saúde da mulher devem estar voltadas para a cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação dessas ações sobre a saúde materna e perinatal. Para uma assistência pré-natal efetiva deve-se garantir (NOGUEIRA, 1994):

- a) Discussão permanente com a população da área, em especial com as mulheres, sobre a importância da assistência pré-natal na unidade de saúde e nas diversas ações comunitárias;
- b) Identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal se dê ainda no 1º trimestre da gravidez, visando às intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas. Deve-se garantir a possibilidade das mulheres realizarem o teste de gravidez na unidade de saúde sempre que necessário. O início precoce da assistência pré-natal e sua continuidade requerem preocupação permanente com o

vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção;

- c) Acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres grávidas, visando assegurar o seguimento da gestante durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos, acompanhando-a tanto na unidade de saúde como em seu domicílio, e por meio de reuniões comunitárias;
- d) Sistema eficiente de referência e contra-referência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, para toda a clientela, conforme a exigência de cada caso. Toda gestante encaminhada para um nível de atenção mais complexo deverá levar consigo o cartão da gestante, bem como informações sobre o motivo do encaminhamento e dos dados clínicos e laboratoriais de interesse. Da mesma forma, deve-se assegurar o retorno da gestante à unidade básica de origem, com todas as informações necessárias para o seguimento do pré-natal.

Após uma revisão ampla sobre este tema, realizada entre 1976 e 1996, há evidência de uma sensibilidade do acesso à distância na atenção primária à saúde - APS, tanto nas populações urbanas quanto rurais, e isso é particularmente importante na educação em saúde e detecção de doenças; há evidência de associação negativa entre distância e utilização de mamografias e citologia cervical; não há evidências de associação entre distância e utilização de radioterapia para câncer de mama, entre acessibilidade e utilização de internações hospitalares agudas; entretanto o acesso a atenção primária à saúde é influenciado pela severidade percebida do problema e pela distância (CARR-HILL, PLACE E POSNET, 1997).

3.3 ASPECTOS TECNOLÓGICOS EXIGIDO NA PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA

A consolidação da hegemonia da medicina obstétrica na atenção ao pré-natal como forma de garantir a atenção ao parto, também veio acompanhada de uma série de práticas, que têm por finalidade intervir, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, constituindo o paradigma tecnocrático de atenção obstétrica, no qual os méritos das intervenções tecnológicas são supervalorizados (WHO, 1996).

Em decorrência ao processo de mobilização social, feministas e profissionais da saúde iniciaram, em parceria com o Ministério da Saúde, a elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadania, o que resultou na estruturação das bases fundamentais do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM lançado no início dos anos 80 deu ênfase aos cuidados básicos de saúde e destacou a importância das ações educativas no atendimento à mulher, trazendo assim, a marca diferencial em relação a outros programas. Desse modo, como um dos componentes das ações básicas de saúde, a ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde, estar inserida em todas as atividades e deve ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional de saúde e a clientela, com o objetivo de levar a população a refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças, novos hábitos para a solução de seus problemas (BRASIL, 1984).

O profissional deve ser, portanto, um instrumento para que a cliente adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decida sobre a vida e a saúde. Um dos momentos na vida dessa mulher, em que ela vivencia uma gama de sentimentos, é durante a gravidez que, se desejada, traz alegria, se não esperada pode gerar surpresa, tristeza e, até mesmo, negação. Ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do

parto, de não poder amamentar, entre outros, são também sentimentos comuns presentes na gestante. A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (RIOS, 2007).

Um fato importante que se ressalta com a implantação do PAISM é o estímulo à participação da (o) enfermeiro (a) nas ações de saúde da mulher, especialmente na assistência pré-natal.

Como descrito na Lei n.º 498 de 25 de julho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem, cabe ao enfermeiro realizar consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem; como integrante da equipe de saúde: prescrever medicamentos, desde que estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; oferecer assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera e realizar atividades de educação em saúde.

O atendimento pré-natal pode contribuir na detecção de alterações no desenvolvimento fetal, minimizando os problemas pós-natais, e, conseqüentemente, a mortalidade infantil.

A proposta de articular a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde no desenvolvimento de ações do Pré-Natal, organizando e regulando o conjunto dessas ações através do lançamento do PPG procurou priorizar a questão de exames laboratoriais e de referência, identificados como um dos maiores empecilhos à integralidade da atenção visto o “gargalo” no processo de acesso das gestantes a essas ações.

Nesse sentido, há uma tensão entre o que se tem disponível para as gestantes, a dificuldade do acesso à tecnologia e o impacto de um programa público que garanta o acesso

a um número maior de exames laboratoriais que procuram diagnosticar doenças prevalentes no período gestacional.

3.4 AVALIAÇÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE

A importância da avaliação em sistemas e serviços de saúde se constitui em uma prática institucionalizada em sistemas de saúde desenvolvidos e seus resultados contribuem para as decisões nas suas políticas e práticas de saúde.

No Brasil, a prática da avaliação, mais desenvolvida no que diz respeito ao uso de indicadores gerais de monitoramento no SUS, é ainda incipiente nos serviços de saúde. As avaliações acontecem, mais frequentemente, em situações pontuais quando a necessidade e a oportunidade de se compreender o que ocorre no exercício do cotidiano da atenção à saúde, permitem a realização de pesquisas, habitualmente com participação da academia, que têm por objetivo estudar o desempenho dos serviços e produzir recomendações que orientem soluções para os problemas identificados. No entanto, a implementação de mudanças nas práticas se mostra dependente de condições que extrapolam a realização das pesquisas havendo um distanciamento e descontinuidade entre o momento da produção do conhecimento e as condições para a sua utilização no redirecionamento das práticas (NOVAES, 2000).

A disseminação no Brasil, de forma mais ampla, do programa de atenção pré-natal ocorreu com a implantação do PAISM. Desde esse período, têm ocorrido mudanças significativas quanto ao aumento da cobertura e da média do número de consultas, bem como quanto ao início mais precoce do pré-natal.

É a avaliação do processo de um programa de saúde que analisa realmente o seu funcionamento, pois contempla os cuidados efetivamente fornecidos e recebidos na assistência. Assim, são igualmente importantes tanto as atividades dos profissionais envolvidos no diagnóstico e na terapêutica, quanto as atividades dos pacientes na procura e na utilização dos tratamentos disponibilizados (DONABEDIAN, 1988).

A qualidade na atenção à saúde apresenta dois componentes básicos: a definição e medida do estado de saúde e das mudanças ou diferenças deste estado; e a especificação do cuidado médico associado com qualquer resultado relativo a um estado de saúde. Segundo o referencial teórico sistêmico proposto pelo autor a tríade estrutura, processo e resultado, a

avaliação do processo reflete exatamente a essência da qualidade da atenção à saúde e contribui para chamar a atenção sobre a necessidade de corrigir o curso do programa ou projeto ainda em andamento. Com isso, a aplicação de critérios de qualidade para avaliar o processo da assistência pré-natal proporciona identificar o desempenho do serviço e evidencia a qualidade da assistência, sendo esta uma das condições para garantir a efetividade dos cuidados à gestante (DONABEDIAN, 1988).

A desobediência às normas e rotinas do programa - principalmente a inadequação dos registros das consultas -, tem sido um dos principais obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal (DONABEDIAN, 1988).

Para estimar a qualidade dos serviços, é recomendada a análise da estrutura, do processo e do resultado, considerando o estudo do processo como a melhor forma para investigar-se o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de assistência (DONABEDIAN, 1988).

Com relação à qualidade da atenção dedicada ao pré-natal, os principais problemas referem-se ao não-cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não-preenchimento de registros e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades (SILVEIRA, 2001).

A necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde é considerável e a avaliação parece ser a melhor solução. Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (HARTZ, 1997).

O indicador de mortalidade infantil estima o risco de morte de nascidos vivos durante seu primeiro ano de vida, é o mais tradicional, por ser, reconhecidamente, aquele que expressa não só o nível de saúde de uma determinada população, mas também o seu padrão socioeconômico e tem sido universalmente utilizado como índice sintetizador de desenvolvimento. Serve também para avaliar o nível de saúde na assistência pré-natal, atenção ao parto e nascimento, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no primeiro ano

de vida e também as condições de saneamento básico e acesso aos serviços de saúde (LAURENTTI et al., 1985).

Devido ao grande problema encontrado na metodologia para cálculo direto da mortalidade infantil, para caracterizar as diferentes situações de saúde encontradas, foi necessário elaborar indicadores que pudessem ser construídos por dados disponíveis. De forma geral, os óbitos infantis podem ser classificados em dois grandes grupos, de acordo com a idade da criança. O componente neonatal, quando a morte ocorre dentro das quatro primeiras semanas de vida está associado principalmente às causas perinatais e às anomalias congênitas, e o componente pós-neonatal ou tardio, que se relaciona principalmente às doenças infecciosas e à desnutrição (SZWARCOWALD et al., 1997).

O cálculo da taxa, a partir de dados obtidos de sistemas de registro contínuos, ou seja, o SIM e o SINASC podem exigir correções de subenumeração de óbitos infantis e de nascidos vivos. As estimativas demográficas da mortalidade infantil estão sujeitas as imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, que se fundamentam em pressupostos de difícil verificação em condições reais. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações. As estimativas estão calcadas em tendências históricas, podendo não refletir o padrão demográfico atual (RIPSA, 2002b).

Morte materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (WHO, 1995) é: a *“morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou após medidas em relação a ela, porem não devida a causas acidentais ou incidentais”*.

As mortes maternas correspondem ao capítulo XV do CID-10–Gravidez, Parto e Puerpério (excluídos os códigos O96 e O97), acrescentando-se as mortes consideradas maternas, mas que se classificam em outros capítulos do CID, especificamente: i – doença causada pelo HIV (B20-B24), desde que a mulher esteja grávida no momento da morte ou tenha estado grávida até 42 dias antes da morte; ii – necrose pós-parto da hipófise (E23.0); iii – osteomalácia puerperal (M83.0); iv – transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53) (RIPSA, 2002b).

Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério em razão de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer dessas causas. Correspondem aos óbitos codificados na CID 10 como: O00.0 a O08.9; O11 a O23.9; O24.4; O26.0 a O92.7; D39.2; E23.0; F53 e M83.0 (WHO,1995).

Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não por causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Correspondem aos óbitos codificados na CID 10 como: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9; O25; O98.0 a O99.8; A34; B20 a B24 (após criteriosa investigação). Os óbitos codificados como O95 devem ser relacionados à parte como morte obstétrica não especificada (WHO,1995).

Em pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças no ano de 2002, verificou-se uma subnotificação significativa no número de óbitos maternos. Dentre as conclusões dessa pesquisa, há um sub-registro de 40%, devendo-se então aplicar um fator de ajuste de 1,4, referendado pelo Comitê de Mortalidade da Ripsa, para que a razão da mortalidade materna seja mais fidedigna com a realidade.

Entre os esforços desenvolvidos no sentido de melhorar a qualidade da atenção ao binômio mãe-filho, e evitar mortes de mulheres jovens, que deixam crianças órfãs e famílias desprotegidas, destaca-se a importância que tem no Estado o modelo de atenção que toma como referência o princípio constitucional da universalidade e da integralidade da atenção à saúde e procura ter como referência as formulações teóricas relacionadas ao conceito de vigilância da saúde.

A proporção de óbitos de mulheres em idade fértil–MIF investigados demonstra a capacidade da Vigilância Epidemiológica e dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna em realizar a primeira etapa da investigação de óbitos. Todos os óbitos de MIF deveriam ser extensivamente investigados (BUENO; COSTA E LIMA 2002).

A qualidade pode ser entendida como a intervenção capaz de alcançar o melhor balanço entre benefícios e riscos. Foi proposto um modelo unificado para aferição da

qualidade envolvendo o balanço entre riscos, benefícios e custos do cuidado. Em 1990, passou-se a considerar a qualidade um fenômeno complexo a ser definido a partir dos seguintes atributos do cuidado médico: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Em 1991 definiu-se a qualidade como um julgamento tanto sobre o componente técnico quanto sobre as relações interpessoais entre o cliente e o profissional, naquilo que estas características têm de “bom” (VIEIRA DA SILVA, 1994).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO E SISTEMAS DE INFORMAÇÕES UTILIZADOS

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa analítica, ecológica e exploratória, baseada em dados secundários provenientes do Sistema de Informações do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento–SISPRENATAL.

Trata-se de estudo comparativo, baseado na série histórica de antes e após a implantação do PPG. O estudo considera o ano 2000 como marco inicial de análise dos indicadores de saúde infantil e materna, estendendo-se até o ano de 2006 e identifica o efeito da intervenção no período 2005 a 2006 analisando a população estimada de gestantes no estado para esse período.

O SISPRENATAL permite o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no sistema. Este sistema possui definição do elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal considerada adequada e permite o acompanhamento das gestantes desde o início da gravidez até a consulta do puerpério, através da ficha de cadastramento da gestante (ANEXO 3). Aliado ao SISPRENATAL foi utilizado o Sistema de Informações de Nascidos Vivos–SINASC, implantado no Brasil em 1990, com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados. Por intermédio desses registros foi possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do SUS, como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido. Foram utilizadas informações oriundas da Declaração de Nascidos Vivos-DN (ANEXO 4), Cadastro das Gestantes no Programa de Proteção à Gestante–PPG, Ficha de Cadastro da Gestante (ANEXO 5) e Sistema de Informações sobre Mortalidade–SIM, criado a nível nacional em 1975, para a obtenção regular de dados sobre mortalidade, que proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde e Declaração de Óbito–DO (ANEXO 6). O estado de Sergipe faz o acompanhamento desses sistemas através de software para tabulação dos dados, o tabwin.

O maior interesse na presente abordagem foi avaliar a iniciativa sob o aspecto de fortalecimento e direcionamento de políticas públicas comparando o resultado alcançado pelo programa no período de setembro de 2005 a setembro de 2006, através do banco de dados do PPG, SIM, SINASC e SISPRENATAL nos aspectos epidemiológicos, tecnológicos, ampliação de cobertura, taxas de mortalidade materna e infantil, o baixo peso ao nascer e a cobertura do pré-natal.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO



Figura 1. Mapa das microrregiões de saúde do Estado de Sergipe.

O estado de Sergipe, situado na Região Nordeste, ocupa uma área de 21.910,348 Km², correspondente a 2,6% do território nacional e 14,1% da Região Nordeste, com uma população estimada de 2.000.768 habitantes para o ano de 2005 composta de 49% do sexo masculino e 51% do feminino reunidos nos seus 75 municípios. Apresenta uma taxa de crescimento de população anual de 2,2 (2000-2003), com uma densidade demográfica de 85 habitantes por Km². Dos 75 municípios sergipanos, apenas dois deles registram uma população acima de 100.000 habitantes: Aracaju (505.287 habitantes) e Nossa Senhora do Socorro (179.058 habitantes); 76,7% (50 municípios) apresentam uma população menor de 20.000 habitantes e destes, 51,9% (28 municípios) tem menos de 10.000 habitantes (SERGIPE, 2005b).

De acordo com o PDR–Plano Diretor de Regionalização, o estado está dividido em 7 (sete) microrregiões: Estância, Itabaiana, Nossa Senhora do Socorro, Nossa Senhora da Glória, Propriá, Lagarto e Aracaju (fig. 1).

Em 2003, a taxa de analfabetismo, na população maior de 15 anos e a de escolaridade, inferior a quatro anos de estudo, foram consideradas elevadas e mostram índices de 19% e 34%, respectivamente. Um dado em destaque, é que no período de 1991 a 2000, deu-se um crescimento de 13,8% na taxa de alfabetização, que passou de 58,5% para 72%. O analfabetismo de Sergipe possuiu uma menor taxa (19%), quando se compara á região Nordeste (23%) e demais Estados da região – Alagoas (30%), Piauí (28%), Paraíba (25%), Maranhão (24%), Ceará e Rio Grande do Norte (23%), Pernambuco (22%) e Bahia (21%) (IDB 2004 Brasil /RIPSA). O índice de 21,9% de analfabetos entre os homens é maior do que o das mulheres sergipanas que é 18,8%. Esses resultados servem como referência para o incremento dos investimentos governamentais em educação, vez que, ampliando a análise do analfabetismo em Sergipe, observa-se que, o índice de 20,2% representa ainda, quase o dobro do valor de 11,84% registrado no país (IBGE, 1991; 2000; SERGIPE, 2005b).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDH-M divulgado pelo IPEA/PNUD, que agrega a avaliação de três indicadores – renda, educação e longevidade -, revela que o Estado de Sergipe apresentou uma variação positiva, passando de 0,597 em 1991, para 0,682 em 2000. Deve-se ressaltar que este último índice é superior a maioria daqueles registrados em estados da região Nordeste, a exemplo: Paraíba (0,661), Piauí (0,656), Maranhão (0,636) e Alagoas (0,649). Entretanto, é necessário destacar que em 2003, 47% da população sergipana ainda tinha uma renda familiar per capita de até meio mínimo por mês (RIPSA, 2004). Essas pessoas vivem abaixo da linha da pobreza e inteiramente à margem do processo econômico.

Verifica-se que a taxa de desemprego entre a população economicamente ativa que se encontrava desempregada no ano de 2003 é elevada: 9%. A taxa de trabalho infantil da população entre 10 e 14 anos que se encontra trabalhando ou procurando trabalho é de 14% (RIPSA, 2004) e refere-se a um contingente de meninos e meninas fora da escola, que já trabalham na lavoura, carvoarias, pedreiras, para ajudar no sustento da família.

Entre aqueles que estão trabalhando formalmente, mais de 30% da força de trabalho ocupa atividades do ramo terciário, determinando a prevalência desse setor na formação do PIB - Produto Interno Bruto, per capita sergipano (R\$ 5.082,00 em 2003), sendo este, o melhor índice entre os Estados da Região Nordeste. O Estado de Sergipe destaca-se o complexo petroquímico, tanto por sua participação no PIB, na geração de emprego e renda, assim como poder político (RIPSA, 2004).

Em Sergipe, a Atenção Primária está estruturada no Programa Saúde da Família-PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, que interagem e se complementam, com cobertura no PSF de 89,7%, competência dezembro/ 2005, enquanto que na região nordeste apresenta uma cobertura de 58,7% e o Brasil 40,3% (SERGIPE, 2005 b).

Em 1998 existia um contingente de 62 Equipes de Saúde da Família-ESF, em 2002, o estado já apresentava 383 ESF e na competência junho/2006 estavam integradas ao Programa 501 ESF com 3.344 Agentes Comunitários de Saúde-ACS, 293 equipes de saúde bucal, sendo 290 ESB na modalidade I, composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário e 3 na modalidade II, composta por um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental, distribuídos nas 527 unidades básicas/ centro de saúde, que atuam em 73 municípios, cobrindo 90,7% da população. O PACS cobre 96,8% da população sergipana.

Compondo a área de saúde existem ainda 74 postos de saúde, 95 clínicas especializadas/ ambulatório de especialidades, 34 hospitais gerais, 10 hospitais especializados, 71 policlínicas, 7 prontos socorros gerais, 1 maternidade para gestantes de alto risco e 1 pronto socorro especializado que se articula com o PACS/PSF complementando o atendimento da demanda existente na rede de serviços de saúde para os diversos procedimentos e ações (SERGIPE, 2005b).

4.3 LOGÍSTICA DO PROGRAMA DE PROTEÇÃO À GESTANTE

A metodologia desenvolvida pelo PPG agrupa e sistematiza de forma objetiva os procedimentos de diagnósticos clínicos no atendimento de mulheres portadoras das principais infecções e manifestações patológicas. O serviço de saúde cadastra a gestante no SIS Pré-Natal e como o programa se divide em duas fases, ficam garantidas quatro consultas de pré-natal das seis consultas obrigatórias pelo SIS. Na primeira fase são realizados os exames de Toxoplasmose IgG e IgM, Citomegalovírus IgM, Rubéola IgG e IgM, Sífilis recombinante, HBsAg, Anti-HBc IgG, Anti HCV, HIV I e II, PKU Materno, HTLV I e II, TSH, Chlamydia IgA e Chagas, e na 2ª fase são realizados os exames de Sífilis recombinante, Toxoplasmose IgM e HIV (Anexo 2).

A presteza do resultado não ultrapassa 21 dias e o aumento da adesão no SISPRENATAL reflete-se no ganho em saúde que também aumenta, pois o diagnóstico precoce facilita o atendimento à gestante. Outro ponto importante é que com a adesão ao SISPRENATAL e cumprindo todas as etapas, o município agrega mais recursos ao Piso de Atenção Básica. Dessa forma, com a articulação da SES e as SMS no desenvolvimento de ações de pré-natal, organizando e regulando o conjunto dessas ações, foi priorizada a detecção precoce, diagnóstico definitivo, acompanhamento clínico e tratamento das possíveis intercorrências identificadas.

O PPG agrega como vantagens, a melhoria na saúde da gestante e do conceito tanto no aspecto individual com ganho tecnológico para o sistema local de saúde como coletivo, visto que amplia a notificação e conseqüente melhoria dos aspectos epidemiológicos, com possibilidade de bloqueio na transmissão de várias patologias.

A articulação da SES e das SMS no desenvolvimento de ações do Pré-Natal, organizando e regulando o conjunto dessas ações através do lançamento do PPG procurou priorizar a questão de exames laboratoriais e de referência, identificados como um dos maiores empecilhos à integralidade da atenção visto o “gargalo” no processo de acesso das gestantes a essas ações.

Na operacionalização do PPG também se procurou ampliar a notificação e conseqüente melhoria dos aspectos epidemiológicos, com possibilidade de bloqueio na transmissão de várias patologias.

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO E COLETA DE INFORMAÇÕES

A população do estudo corresponde às gestantes cadastradas no PPG. Os municípios foram listados por microrregião de saúde utilizando-se por referência o Plano Diretor de Regionalização do estado de Sergipe - PDR, relativo ao ano de 2002 (Anexo 6), assinalando ao seu lado as respectivas populações estimadas de gestantes de cada município.

A coleta dos dados foi realizada no período de novembro de 2006 a março de 2007 utilizando-se os sistemas de informações SISPRENATAL, SINASC e SIM que deram suporte para a instrumentalização da análise dos dados.

4.5 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Foram considerados os registros dos pesos dos recém-nascidos vivos, número de consultas pré-natal e semana gestacional de início do acompanhamento pré-natal durante os anos 2004, 2005 e 2006 ocorridos no estado de Sergipe, desconsiderando os dados provenientes das cidades de Aracaju e Lagarto, haja vista, estes municípios, não terem aderido a implantação do PPG.

- a) Peso ao nascer: os pesos dos recém-nascidos foram classificados em 4 categorias: <2,5 kg; 2,5kg a 2,99Kg; 3,0kg a 3,99 kg; 4 kg ou mais e ignorado;
- b) Consultas pré-natais: divididas em 5 categorias: nenhuma, 1-3, 4-6, 7 ou mais consultas e ignorado;
- c) Idade Gestacional da primeira consulta dividida por semana gestacional: ≤ 12 semanas, 13 a 24 semanas, ≥ 25 semanas e não informados- NI;
- d) Os dados referentes à mortalidade infantil, provenientes do estado de Sergipe durante os anos 2004, 2005 e 2006, classificados segundo a categoria de Código Internacional de Doenças-CID-10, e calculadas as proporções de óbitos para cada causa de morte. Posteriormente as proporções do ano 2004 (antes) e do ano 2006 (após a implantação do programa) foram comparadas utilizando o teste z. Foram analisados separadamente os dados do Estado excluindo os municípios de Aracaju e Lagarto, e os dados de cada um destes municípios. Ressalta-se que a interpretação das informações referentes aos diagnósticos deve ser analisada com muito critério, pois os prontuários não são exatos na hora de classificar os diagnósticos;
- e) Os dados referentes à mortalidade materna foram processados a partir de dados do estado de Sergipe durante os anos 2004, 2005 e 2006, classificados segundo a categoria de Código Internacional de Doenças - CID-10, e calculadas as proporções de óbitos para cada causa de morte. Posteriormente as proporções do ano 2004 (antes) e

do ano 2006 (após a implantação do programa) foram comparadas utilizando o teste z. Ressalta-se que a interpretação das informações referentes aos diagnósticos deve ser analisada com muito critério, pois os prontuários não são exatos na hora de classificar os diagnósticos;

- f) Foram também processadas informações relativas às microrregionais de saúde para identificar com mais clareza o comportamento das variáveis analisadas.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise das informações foi criado um banco de dados em planilha do programa Microsoft para Windows Excel, com dados do SINASC, SIM e SISPRENATAL. Os dados foram analisados a partir desse banco no programa SPSS 13 para Windows.

Foi utilizado teste de chi-quadrado (χ^2) para verificar associação entre variáveis. Foi utilizado também o teste z para comparação de proporções. O nível de significância para esses testes foi de alfa de 0,05.

Os dados, após consolidados, estão apresentados em gráficos e tabelas para uma melhor visualização dos resultados encontrados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISE DOS DADOS REFERENTES AO ESTADO DE SERGIPE

5.1.1 PESO AO NASCER, CONSULTA PRÉ-NATAL E IDADE GESTACIONAL.

O peso dos nascidos vivos referente aos anos de 2004, 2005 e 2006 da implantação do PPG que são apresentados na tabela 1, evidenciaram que ocorreu homogeneidade dos dados relativos ao baixo peso ao nascer (< 2,5 kg), uma vez que, foi verificado um aumento nos três anos em análise, o mesmo ocorrendo com as demais categorias analisadas. Após a realização do teste do chi-quadrado, verificou-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre elas ($\chi^2= 40,99$, $gl=8$, $p <0,001$). Isso demonstra que o perfil da distribuição da população em cada uma das categorias foi diferente de ano em ano. Porém, a força dessa associação, medida mediante o coeficiente de contingência corrigido (CC*) demonstrou ser muito fraca (CC*=0,028) considerando que 100% da variabilidade encontrada nos pesos dos recém-nascidos vivos, apenas 2,8% estaria explicado pelas diferenças entre os anos de 2004, 2005 e 2006.

Embora as afecções controladas no PPG sejam condicionantes do baixo peso ao nascer o não comparecimento ao pré-natal aparece como um fator associado na questão do baixo peso e prematuridade (ARAGÃO et al., 2004).

A importância do número de consultas pré-natais em relação ao baixo peso e prematuridade foi avaliada e concluiu-se que há redução do risco de ambos os desfechos. Intervenções na melhoria da atenção pré-natal produziram resultados imediatos (KILSZTAJN et al., 2003)

Tabela 1 - Distribuição do peso de nascidos vivos por ano de nascimento, Sergipe, 2004 a 2006.

ANO	PESOS DOS RECÉM NASCIDOS					Total
	< 2,5 kg	2,5 a 3 kg	3 a 4 kg	> 4 kg	Ignorado	
2004	1883	5238	15968	1637	181	24847
	7,4%	21,1%	64,2%	6,6%	0,7%	100%
2005	2056	5626	16958	1763	130	26533
	7,7%	21,2%	63,9%	6,6%	0,5%	100%
2006	1906	5188	15747	1552	85	24478
	7,8%	21,2%	64,3%	6,3%	0,3%	100%

Uma análise similar foi realizada para avaliar a associação entre o número de consultas pré-natais e o tempo de implantação do PPG. Os resultados estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição do número de consultas pré-natais por ano de ocorrência, Sergipe, 2004 a 2006.

ANO	CONSULTAS PRÉ-NATAIS					Total
	Nenhuma	1-3 vezes	4-6 vezes	7 ou mais	NI/ignorado	
2004	799	3250	9515	10465	828	24857
	3,2%	13,1%	38,3%	42,1%	3,3%	100%
2005	752	3397	11368	10221	795	26533
	2,8%	12,8%	42,8%	38,5%	3,0%	100%
2006	399	3015	10288	10304	472	24478
	1,6%	12,3%	42,0%	42,1%	1,9%	100%

Verifica-se que ocorreu uma redução do percentual de nenhuma consulta, possivelmente, em virtude das gestantes terem melhorado o acesso aos serviços de saúde, em decorrência da implantação do programa. Em relação ao número de 1-3 consultas, houve uma diminuição das freqüências. Evidenciou-se também um aumento do número de consultas no ano de 2005 referentes à freqüência de 4 - 6 consultas, diminuindo posteriormente no ano de 2006. Referente às gestantes que tiveram 7 ou mais acompanhamentos pré-natais constatou-se que ocorreu uma diminuição em 2005, voltando a elevarem-se os percentuais no ano de 2006. Novamente, foi observado, que as freqüências de dados ignorados também diminuíram talvez, pelo melhor preenchimento das informações coletadas. A análise de chi-quadrado demonstrou existir uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($\chi^2=360,22$, gl=8, $p<0,001$), ressalta-se que o perfil de distribuição das freqüências para cada categoria foi diferente dentro de cada ano. A força de associação, porém, indica que apenas 8,4% desta variação podem ser explicadas em função da variável ano (CC=0,0842).

O American College of Gynecology and Obstetrics (ACOG) estipula um mínimo de 11 a 14 consultas pré-natais. A OMS tem evidenciado através de estudos que para gestações de baixo risco, agendas com menor número de consultas, desde que sejam respeitados os

padrões mínimos de atendimento, não falharam na detecção de doenças ou resultaram em piores desfechos (SIKORSKI et al., 2004 e PATRIDGE et al., 2005)

Tabela 3. Distribuição de freqüências do tempo da idade gestacional na primeira consulta do acompanhamento pré-natal, por ano de ocorrência, Sergipe, 2004 e 2006.

ANO	IDADE GESTACIONAL				Total
	≤ 12 sem	13-24 sem	≥ 25 sem	NI	
2005	1837	2918	617	775	6147
	29,9%	47,5%	10,0%	12,6%	100%
2006	6457	9656	1451	5778	23342
	27,7%	41,4%	6,2%	24,8%	100%

NI=Não informados

A tabela 3 mostra a distribuição de freqüências de mães que iniciaram controle pré-natal em cada categoria de idade gestacional¹. Verifica-se que ocorreu uma redução das freqüências das gestantes que iniciaram o acompanhamento pré-natal antes ≤ 12 semanas de gravidez (29,9%) em 2005, para (27,7%) em 2006. Referente ao início do acompanhamento pré-natal de 13- 24 e ≥ 25 semanas verifica-se que ocorreu diminuição das freqüências em todos os anos analisados. O teste de chi-quadrado demonstrou que os perfis de distribuição mudaram de ano para ano ($\chi^2=494,298$, gl=6, $p<0,001$), demonstrando que a aplicação do programa de proteção à gestante influenciou no intervalo de tempo entre o início da gravidez e o início do controle pré-natal. Porém, esta associação entre as duas variáveis mostrou uma força fraca ($CC^*=0,1476$)².

Com o intuito de confirmar as diferenças encontradas, foram realizados testes z entre as porcentagens encontradas em cada categoria nos anos de 2005 e 2006. Foram encontradas diferenças em todas as categorias de idade gestacional ($p<0,008$ em todos os casos). No ano de 2006 foi registrada uma porcentagem menor de mães que consultaram antes das 12, 13-24 e 25 ou mais semanas de gravidez. Já para a categoria “não informado” foi registrada uma porcentagem maior de mães durante o ano de 2006. Ressalta-se, no entanto, que estes dados

¹ Os dados relacionados a tabela 3 foram disponibilizados pelo banco de dados da APAE, pois o SISPRÉNATAL encontrava-se em processo de implantação nos municípios e até então não era obrigatório e a partir da implantação do PPG todos os municípios ao aderirem passaram a alimentar o referido sistema, pois era requisito para o funcionamento do programa.

apresentaram um viés, pois houve uma grande quantidade de registros onde não foi possível estabelecer a idade gestacional no momento da primeira consulta. Porém se forem desconsiderados os dados da categoria NI, as porcentagens correspondentes a cada categoria e em análise novamente das categorias, mediante o teste z, foi verificado a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os anos 2005 e 2006 (tabela 4). Constata-se ainda que no ano de 2006 foi iniciado mais controles pré-natais por parte de mães com 12 semanas de gestação ou menos, em comparação ao ano de 2005 ($p=0,034$). Da mesma forma, em 2006 foram registradas menos consultas pré-natais iniciando em idades gestacionais de 25 semanas ou mais, em comparação a 2005 ($p<0,001$). Na categoria de 13 a 24 semanas não foram encontradas diferenças significativas ($p=0,204$).

Tabela 4. Distribuição de frequências do tempo da idade gestacional na primeira consulta do acompanhamento pré-natal, por ano de ocorrência, desconsiderando os dados “não informados”, Sergipe, 2004 e 2006.

ANO	IDADE GESTACIONAL			Total
	≤ 12 sem	13-24 sem	≥ 25 sem	
2005	1837	2918	617	5372
	29,9%	47,5%	10,0%	100%
2006	6457	9656	1451	17564
	27,7%	41,4%	6,2%	100%

Vários estudos evidenciam que a população de gestantes de maior risco – que, em geral, são aquelas mais desprovidas de proteção social: as de baixa renda, de menor escolaridade, as adolescentes, entre outras – são as que apresentam os piores indicadores de utilização desses serviços (NOGUEIRA, 1994; VICTORA, 1999; GAMA, 2004 e GOMES, 1995).

Autores como CALDERON et al, 2006; CARVALHO, 2004; COUTINHO, 2003 identificam que problemas e falhas na assistência pré-natal são característica comum entre os países em desenvolvimento e influenciada diretamente pelo grau de desenvolvimento econômico-cultural-tecnológico da região.

Neste caso podemos aferir que o PPG pode ter facilitado o acesso das gestantes mais necessitadas melhorando o acesso a assistência de qualidade. Essas referências apontam que intervenções específicas relacionadas a promoção da saúde materna, prevenção dos riscos e garantia de suporte nutricional durante a gestação, além de critérios para investigação do risco gestacional e inclusão da gestante no componente básico do modelo de assistência pré-natal contribuem para definição de prioridades na prevenção de mortes maternas e reforça a importância da normatização dos sistemas de atenção a gestantes no nível primário e nos casos de necessidade de referência.

A recomendação de se iniciar o pré-natal assim que a gestação seja diagnosticada objetiva fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco (SERRUYIA et al., 2004).

5.1.2 MORTALIDADE INFANTIL

Os resultados relativos à mortalidade infantil estão apresentados nas tabelas 5 a 8. Nas tabelas 5 e 6 os dados referem-se ao estado de Sergipe, a tabela 7 reporta-se ao município de Aracaju e a tabela 8 ao município de Lagarto. Ressalta-se que os municípios de Aracaju e Lagarto, foram os dois únicos municípios do estado que não aderiram ao PPG. Nas informações procedentes ao estado de Sergipe foram encontradas diferenças entre os anos de 2004 e 2006 nas categorias Infecções Bacterianas (CID A). Nos municípios de Aracaju e Lagarto não foram encontradas diferenças.

Tabela 5 - Proporção de óbitos classificados dentro de cada categoria do CID-10, Sergipe, 2004 e 2006.

CID10	2004	2006	Z	P
Infecções bacterianas	0,085	0,057	2,123	0,034
Infecções virais, parasitárias e micoses	0,003	0,008	0,879	0,379
Neoplasias malignas	0,001	0,003	0,121	0,904
Neoplasias benignas	0,008	0,006	0,048	0,961
Transtornos imunitários e hemotopoéticos	0,026	0,028	0,170	0,865
Doenças do sistema nervoso	0,002	0,004	0,156	0,876
Doenças do aparelho circulatório	0,004	0,004	-0,185	0,854
Doenças do aparelho respiratório	0,064	0,048	1,299	0,194
Doenças do aparelho digestivo	0,001	0,008	1,703	0,089
Doenças de pele	0,001	0,001	-0,611	0,541
Doenças do aparelho osteomuscular	0,001	0,000	-0,070	0,944
Doenças do aparelho genitourinário	0,006	0,003	0,575	0,565
Afecções originadas no período perinatal	0,634	0,648	0,556	0,578
Malformações congênitas	0,113	0,135	1,295	0,195
Não classificadas	0,034	0,038	0,292	0,077
Causas externas	0,001	0,000	-0,070	0,944
Outras causas externas	0,007	0,006	-0,232	0,817

O número de casos de morte é muito pequeno, o que impossibilita o uso do teste chi-quadrado. Foram escolhidos os anos de 2004 e 2006, considerando antes e após o ano de implantação. O que está se comparando são as proporções de mortes por cada diagnóstico entre esses dois anos.

Tabela 6 - Distribuição das frequências de óbitos infantis segundo o CID 10, Aracaju, 2004 e 2006.

CID10	2004	2006	z	p
Infecções bacterianas	0,0583	0,0212	1,612	0,107
Transtornos imunitários e hemotopoéticos	0,0049	0,0212	0,998	0,318
Doenças do aparelho respiratório	0,0631	0,0423	0,695	0,487
Doenças do aparelho genitourinário	0,0049	0,0053	-0,648	0,517
Afecções originadas no período perinatal	0,6893	0,6931	-0,0273	0,978
Malformações congênitas	0,1505	0,1534	-0,0586	0,953
Não classificados	0,0146	0,0159	-0,305	0,76
Outras causas externas	0,0049	0,0106	0,0749	0,94

Tabela 7 - Distribuição de frequências de óbitos infantis segundo o CID 10, Lagarto, 2004 a 2006.

CID10	2004	2006	z	p
Doenças do aparelho respiratório	0,0606	0,0606	-0,516	0,606
Afecções originadas no período perinatal	0,7879	0,7879	-0,301	0,763
Malformações congênitas	0,0303	0,0606	0	1
Não classificados	0,0303	0,0606	0	1

Uma questão a ser apontada é que os municípios citados são os que concentram melhores condições socioeconômicas e de disponibilidade de serviços de saúde. A questão envolve a agregação tecnológica e facilidade/dificuldade de acesso a exames complementares

que produzem incremento na qualidade pré-natal notadamente em relação a doenças e agravos que devem ser obrigatoriamente investigado no período gravídico. No estudo sobre óbitos infantis por causas evitáveis foi apontado o adequado controle na gravidez e ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce como uma das categorias de análise, aliado a atividades de imunoprevenção, a adequada atenção ao parto a criação de parcerias com outros setores (BOING & BOING, 2008).

5.1.3 MORTALIDADE MATERNA

A figura 2 mostra a evolução da mortalidade materna no estado de Sergipe no período de 2004 a 2006. Foi evidenciada uma queda no número de óbitos maternos entre os anos de 2004, 2005 e 2006 após a implantação do PPG. A razão de mortalidade materna foi 96,6; 71,6 e 40,9 por cada 100.000 nascidos vivos respectivamente. A comparação destas proporções mediante o teste z revelou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os anos 2004 e 2005 ($z=10,189$, $p<0,001$), 2004 e 2006 ($z=24,484$, $p<0,001$) e entre 2005 e 2006 ($z=15,053$, $p<0,001$), demonstrando que houve uma diminuição estatisticamente significativa (não devida ao acaso) da mortalidade materna, podendo-se afirmar que possivelmente a implantação do Programa tenha contribuído para a diminuição da mortalidade materna.

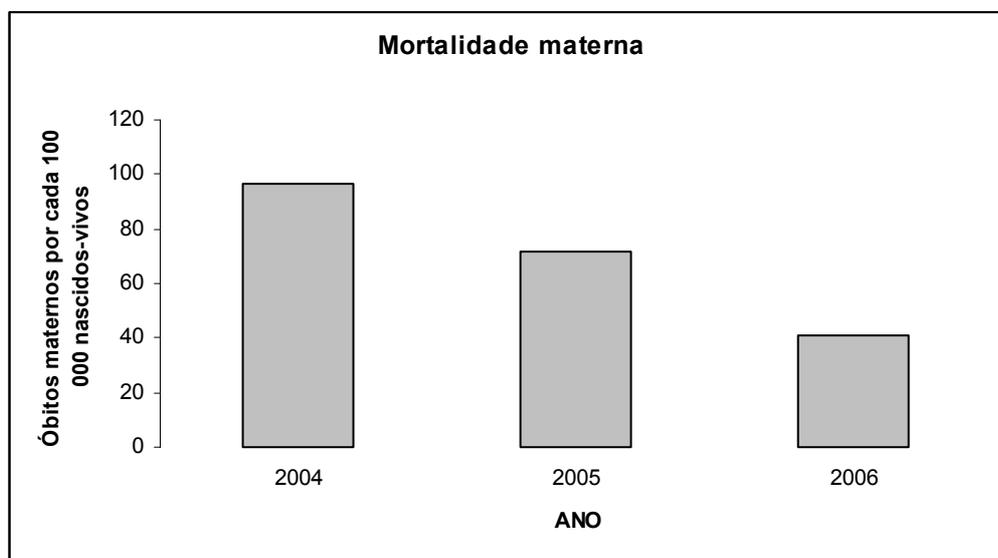


Figura 2. Evolução da razão de mortalidade materna por ano de ocorrência, Sergipe, 2004 a 2006.

Destaca-se que as doenças cobertas pelo PPG justificam até a ausência de dados epidemiológicos sobre esses agravos porque não eram pesquisados usualmente na rede pública e a partir de sua execução refletem positivamente em uma melhor assistência e

redução de risco ao binômio mãe-filho. Nesse sentido, há uma tensão entre o que se tem disponível para as gestantes, a dificuldade do acesso à tecnologia e o impacto de um programa público que garanta o acesso a um número maior de exames laboratoriais que procuram diagnosticar doenças prevalentes no período gestacional.

Além dessas vantagens para a melhoria na saúde da gestante e do concepto, também se procurou ampliar a notificação e conseqüente melhoria dos aspectos epidemiológicos, com possibilidade de bloqueio na transmissão de várias patologias.

5.2 - ANÁLISE DOS DADOS REFERENTES ÀS MICRORREGIÕES DE SAÚDE

Com o intuito de analisar o comportamento dos indicadores estudados nas 7 microrregiões existentes no estado de Sergipe, os dados referentes ao peso ao nascer, número de consultas realizadas no pré-natal foram analisados por cada microrregião. Ressalta-se que foi realizada a análise separadamente das informações nas microrregiões 5 e 7, em vista de nestas microrregiões, estarem localizados os municípios de Lagarto e Aracaju respectivamente, municípios que não aderiram ao PPG. Os municípios de Lagarto e Aracaju, por não terem aderido ao PPG, podem ser considerados “controle” neste estudo. Assim, foram analisadas informações por microrregiões excluindo e incluindo os municípios acima mencionados.

No decorrer da apresentação dos resultados pode ser observada a localização geográfica de cada microrregião no estado de Sergipe, disponibilizadas através das Figuras 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 e 19.

Foi verificado em análise mais detalhada por microrregião que houve resultados diferentes entre as subdivisões geográficas do estado de Sergipe, encontrando associação estatisticamente significativa entre os pesos dos recém-nascidos e o ano para as microrregiões 1 e 3, 6 ($\chi^2 > 16,623$, gl=8, $p < 0,035$) e, com significância marginal, para a microrregião 5 ($\chi^2 = 13,723$, gl=8, $p = 0,089$). Porém, a força da associação entre estas variáveis foi fraca, explicando em todos os casos menos de 7,0% da variabilidade observada. Entretanto, pode-se afirmar que houve uma diminuição do número de recém-nascidos com dados de peso ignorados em todas as microrregiões de saúde.

Os dados relativos ao número de consultas pré-natais foram divididos por microrregiões segundo a localização geográfica do nascimento, conforme mencionado anteriormente. Esta análise mostrou a existência de associação entre a variável número de consultas e o ano em todas as microrregiões ($\chi^2 > 154,547$, gl=8, $p < 0,001$). A análise da força de associação demonstrou que a variável “ano” explica entre 13,0% e 39% da variabilidade do número de consultas pré-natais para cada microrregião. A tendência geral encontrada na

análise é explicitada a seguir: em geral ocorreu uma diminuição na porcentagem de mães que tiveram acompanhamento pré-natal e no número de dados ignorados, um aumento da porcentagem de mães que consultaram 1 a 3, e 4 a 6 vezes, e resultados não conclusivos para a categoria 7 e mais vezes.

As questões relacionadas com as condições biológicas e ambientais são consideradas como relações bem estabelecidas com a mortalidade materna e infantil. Dentre as ambientais a garantia da existência dos serviços de saúde e da acessibilidade da população são centrais para o correto acompanhamento do pré-natal e os resultados obtidos apontam lacunas relacionadas à oferta do pré-natal, a desigualdades da atenção entre regiões e entre municípios de diferentes dimensões populacionais (COSTA et al., 2005).

MICRORREGIÃO 1: Estância

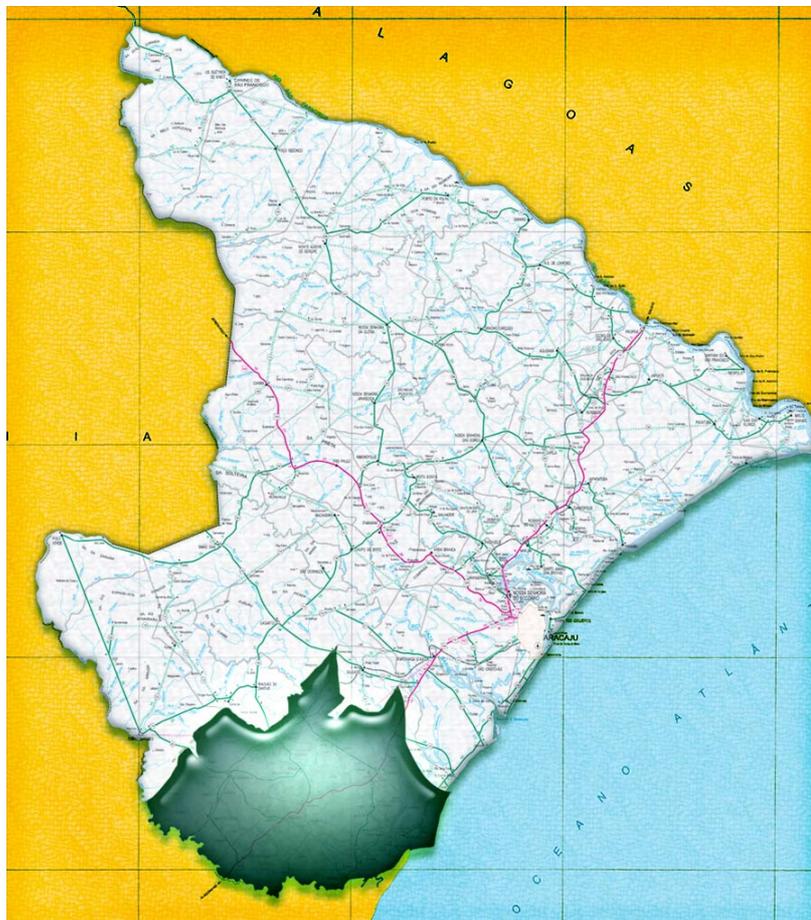
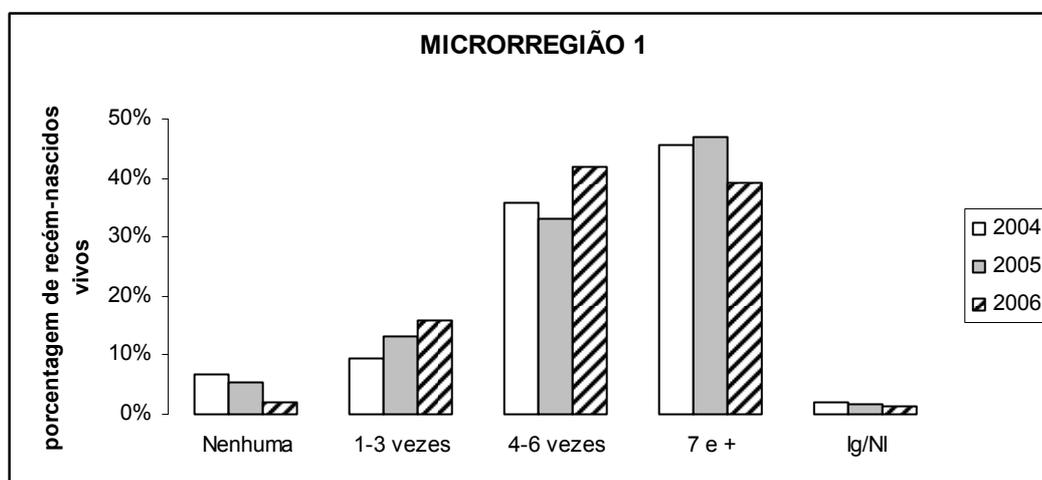


Figura 3: Mapa da 1ª Microrregião de Saúde-Estância, Sergipe.

Tabela 8 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 1 – Estância, Sergipe, 2004 a 2006.

ANO	PESO NASCIDOS VIVOS					Total
	< 2,5 kg	2,5 a 3 kg	3 a 4 kg	> 4 kg	Ignorado	
2004	266 6,2%	832 19,2%	2872 66,4%	330 7,6%	23 0,5%	4323 100%
2005	324 7,1%	962 21,0%	1930 64,1%	336 7,4%	19 0,4%	4571 100%
2006	293 7,2%	880 21,5%	2628 64,2%	278 6,8%	13 0,3%	4092 100%

$\chi^2=16,623$, gl=8, p=0,034. CC*=0,043.



$\chi^2=264,873$, gl=8, p<0,001. CC*=0,173.

Figura 4 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 1- Estância, Sergipe, 2004 a 2006.

MICRORREGIÃO 2: Itabaiana

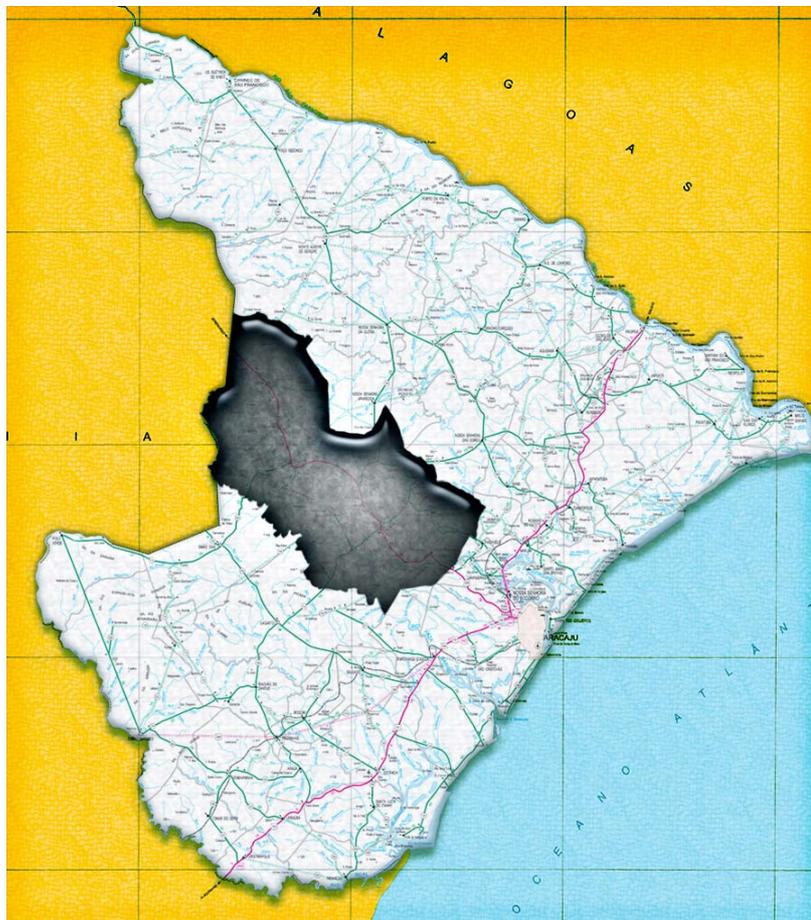
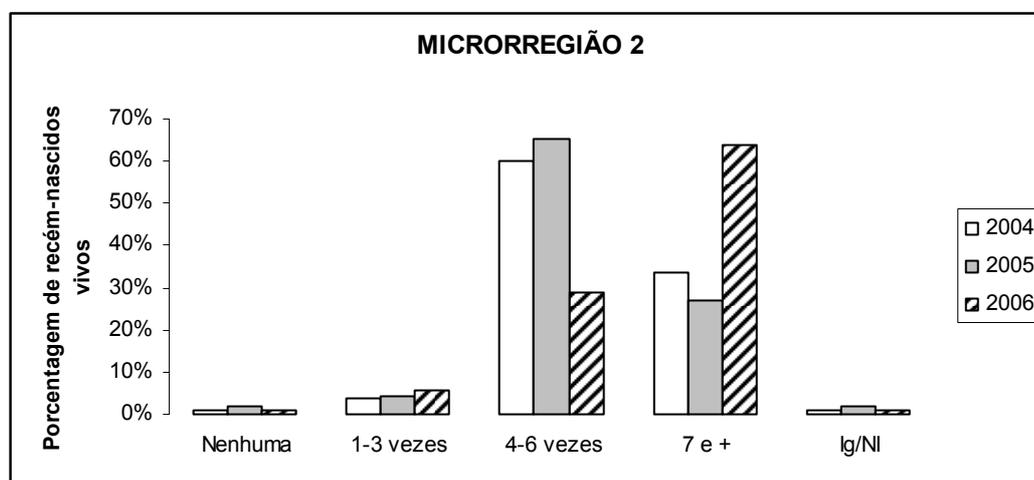


Figura 5. Mapa da 2ª Microrregião de Saúde – Itabaiana, Sergipe.

Tabela 9 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 2 – Itabaiana, Sergipe, 2004 a 2006.

ANO	PESO NASCIDOS VIVOS					Total
	< 2,5 kg	2,5 a 3 kg	3 a 4 kg	> 4 kg	Ignorado	
2004	279	919	2499	213	24	4323
	7,1%	23,4%	63,5%	5,4%	0,6%	100%
2005	359	1084	3133	289	14	4879
	7,4%	22,2%	64,2%	5,9%	0,3%	100%
2006	297	833	2424	219	12	3785
	7,8%	22,0%	64,0%	5,8%	0,3%	100%

$\chi^2=11,189$, gl=8, p=0,191. CC*=0,036.



$\chi^2=1430,746$, gl=8, p<0,001. CC*=0,391.

Figura 6 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 2 - Itabaiana, Sergipe, 2004 a 2006.

MICRORREGIÃO 3: Nossa Senhora do Socorro

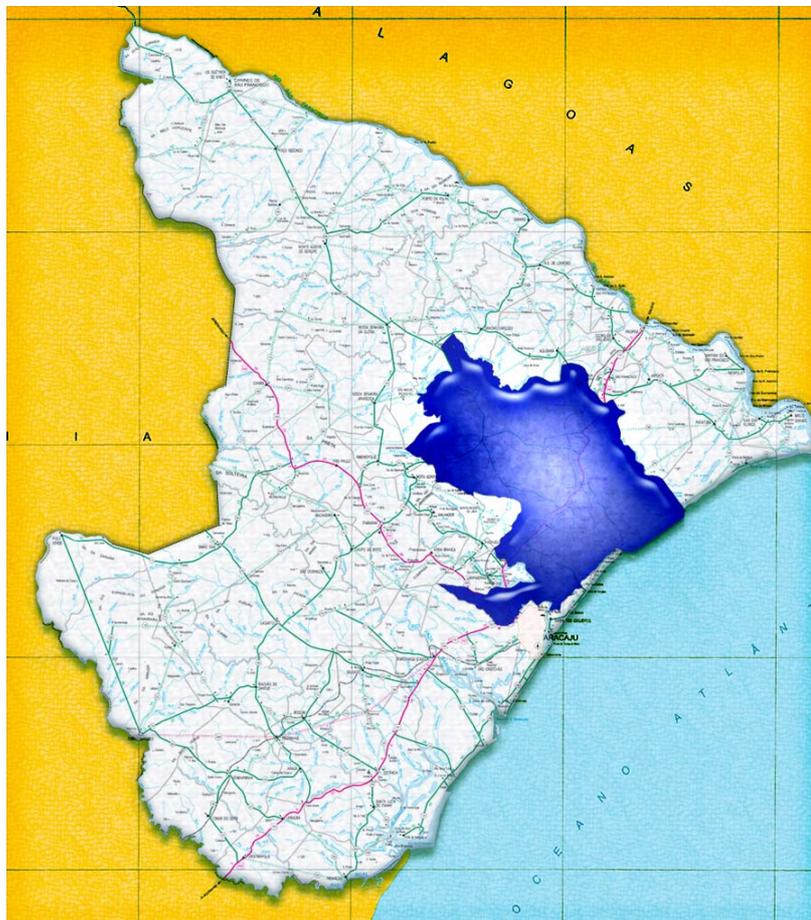
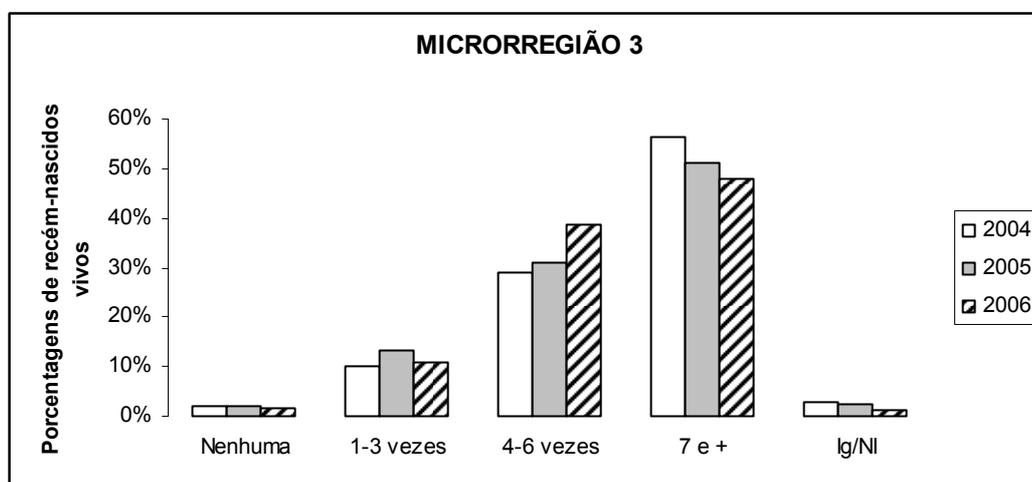


Figura 7. Mapa da 3ª Microrregião de Saúde – Nossa Senhora do Socorro, Sergipe.

Tabela 10 – Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 3 - Nossa Senhora do Socorro, Sergipe, 2004 a 2006.

ANO	PESO NASCIDOS VIVOS					Total
	< 2,5 kg	2,5 a 3 kg	3 a 4 kg	> 4 kg	ignorado	
2004	458 8,4%	1160 21,2%	3444 63,1%	369 6,8%	30 0,5%	5461 100%
2005	530 9,1%	1279 21,8%	3682 62,9%	349 6,0%	16 0,3%	5856 100%
2006	499 9,0%	1181 21,3%	3549 64,1%	299 5,4%	6 0,1%	5534 100%

$\chi^2=29,233$, gl=8, $p<0,001$. CC*=0,05.



$\chi^2=200,172$, gl=8, $p<0,001$. CC*=0,132.

Figura 8 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 3 - Nossa Senhora do Socorro, Sergipe, 2004 a 2006.

MICRORREGIÃO 4: Nossa Senhora da Glória

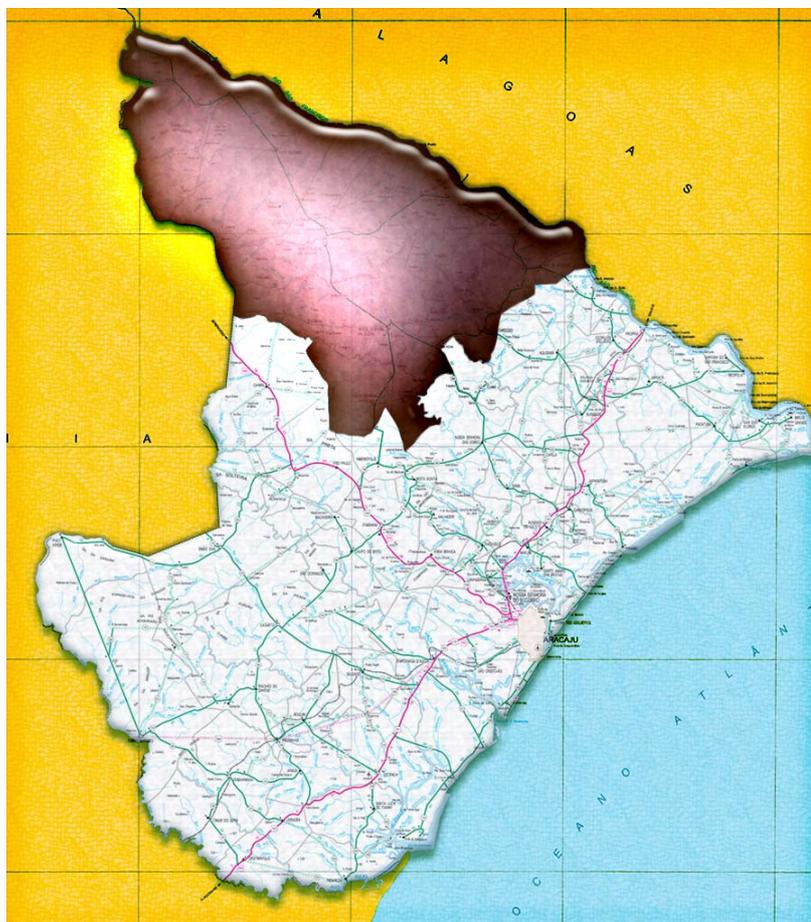
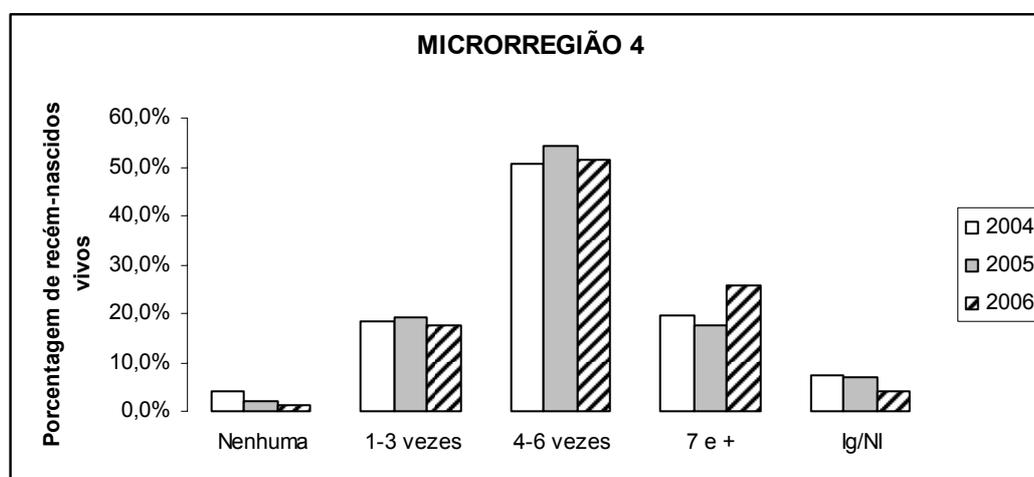


Figura 9. Mapa da 4ª Microrregião de Saúde – Nossa Senhora da Glória, Sergipe.

Tabela 11 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 4 - Nossa Senhora da Glória, Sergipe, 2004 a 2006.

ANO	PESO NASCIDOS VIVOS					Total
	< 2,5 kg	2,5 a 3 kg	3 a 4 kg	> 4 kg	ignorado	
2004	235 7,4%	646 20,4%	2096 66,1%	182 5,7%	13 0,4%	3172 100%
2005	213 6,2%	688 19,9%	2298 66,6%	241 7,0%	9 0,3%	3449 100%
2006	216 6,5%	641 19,2%	2236 67,0%	235 7,0%	7 0,2%	4092 100%

$\chi^2=13,137$, gl=8, p=0,107. CC*=0,044.



$\chi^2=154,547$, gl=8, p<0,001. CC*=0,1514.

Figura 10 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 4-Nossa Senhora da Glória, Sergipe, 2004 a 2006.

MICRORREGIÃO 5: Propriá

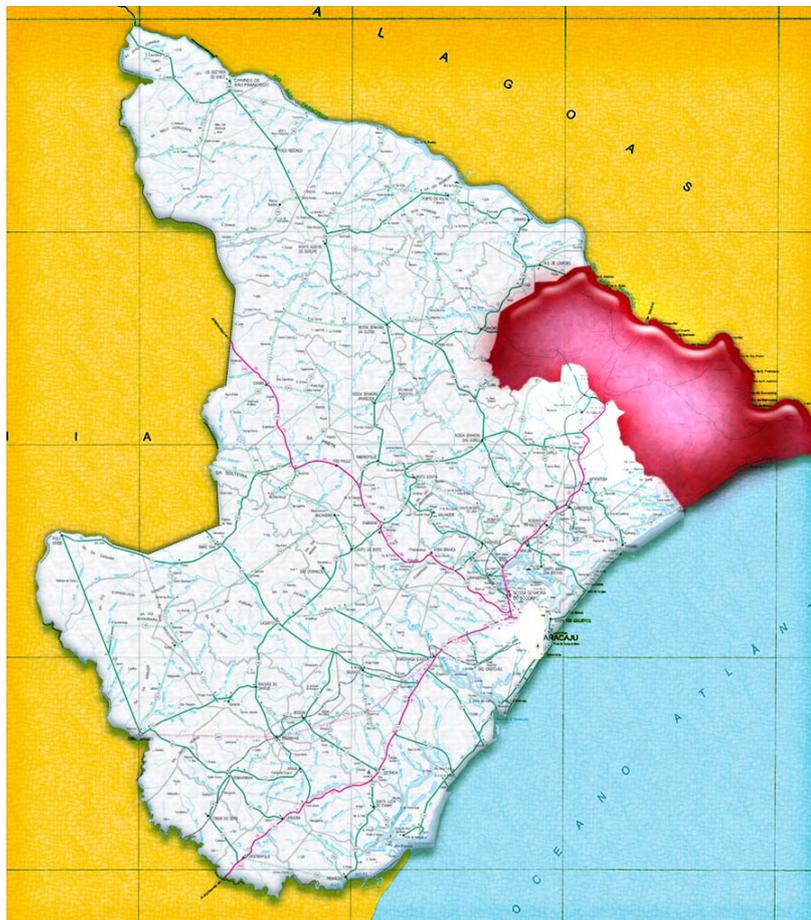
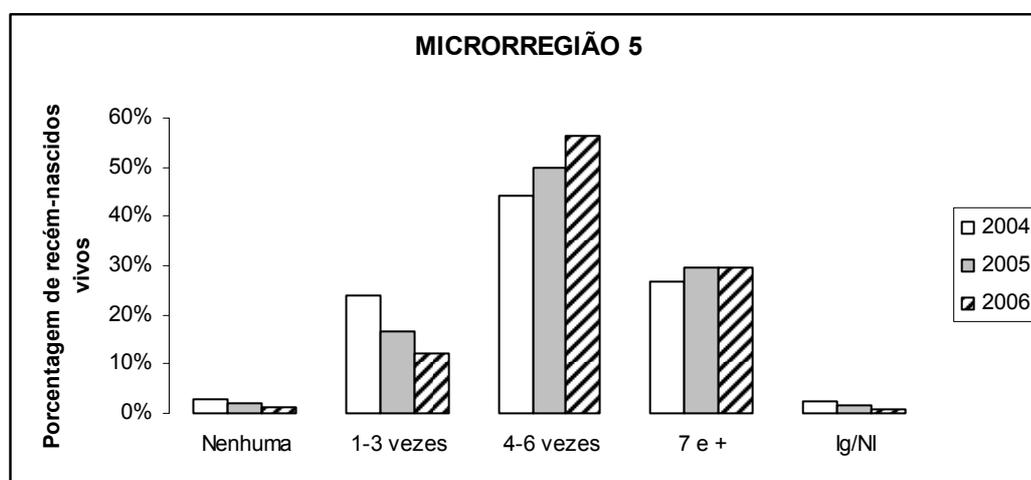


Figura 11. Mapa da 5ª Microrregião de Saúde – Propriá, Sergipe.

Tabela 12 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 5 - Propriá, Sergipe, 2004 a 2006.

ANO	PESO NASCIDOS VIVOS					Total
	< 2,5 kg	2,5 a 3 kg	3 a 4 kg	> 4 kg	ignorado	
2004	162 7,3%	489 21,9%	1392 62,4%	155 7,0%	31 1,4%	2229 100%
2005	178 7,6%	487 20,7%	1481 62,9%	190 8,1%	18 0,8%	2354 100%
2006	162 7,1%	448 19,7%	1475 64,8%	176 7,7%	15 0,7%	2276 100%

$\chi^2=13,723$, gl=8, p=0,089. CC*=0,054.



$\chi^2=164,617$, gl=8, p<0,001. CC*=0,1875.

Figura 12 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 5 - Propriá, Sergipe, 2004 a 2006.

MICRORREGIÃO 6: Lagarto (excluindo o município de Lagarto)

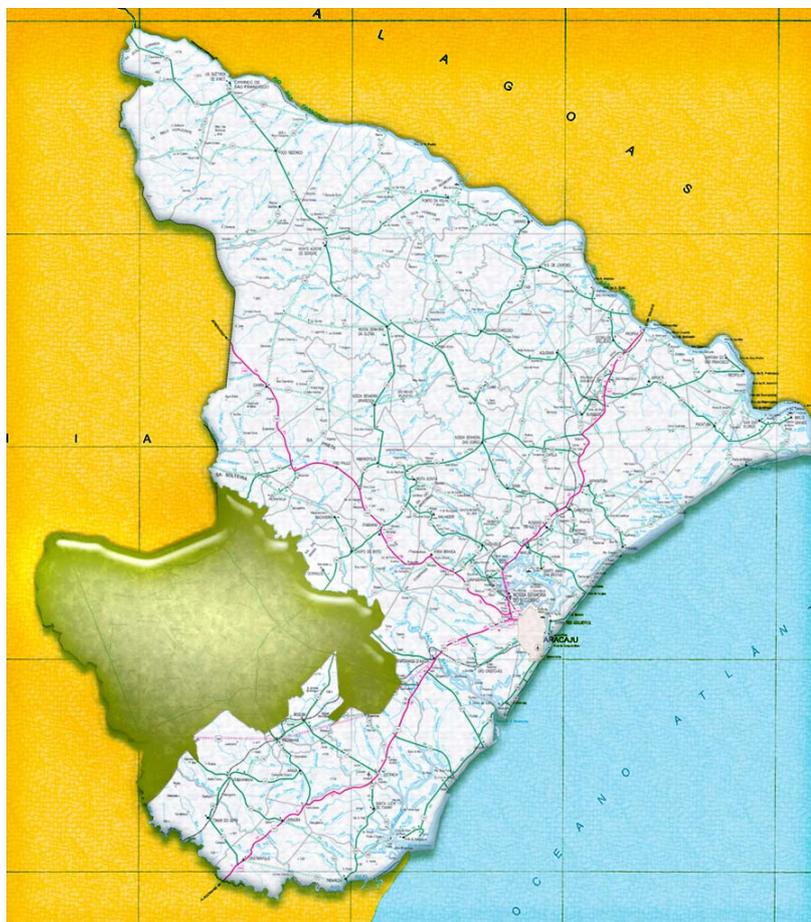
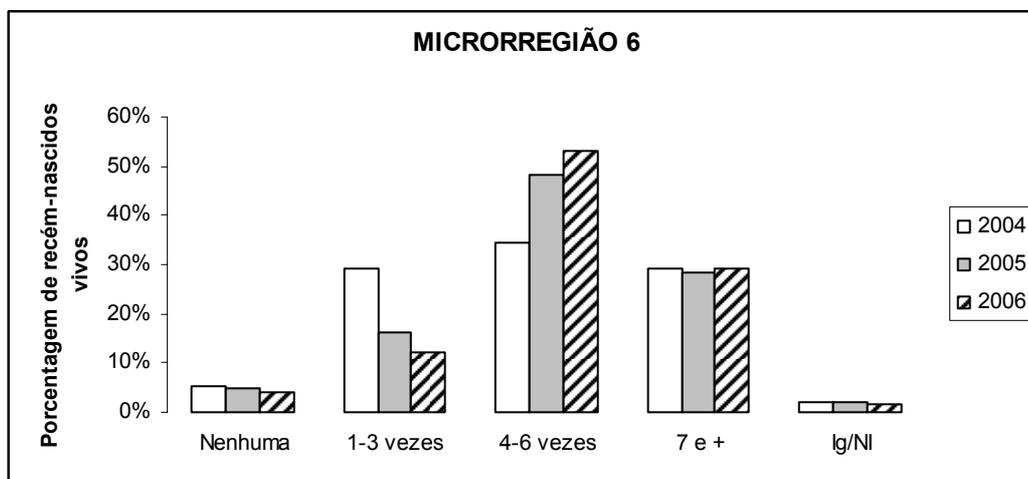


Figura 13. Mapa da 6ª Microrregião de Saúde – Lagarto, Sergipe.

Tabela 13 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 6 - Lagarto, excluídos os dados do município de Lagarto, Sergipe, 2004 a 2006.

ANO	PESO NASCIDOS VIVOS					Total
	< 2,5 kg	2,5 a 3 kg	3 a 4 kg	> 4 kg	ignorado	
2004	173 7,0%	497 20,0%	1578 63,7%	177 7,1%	54 2,2%	2479 100%
2005	151 7,3%	444 21,5%	1283 62,2%	136 6,6%	49 2,4%	2063 100%
2006	169 7,6%	517 23,2%	1390 62,5%	126 5,7%	23 1,0%	2225 100%

$\chi^2=23,037$, gl=8, p=0,003. CC*=0,071.



$\chi^2=301,054$, gl=9, p<0,001.

Figura 14 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 6 - Lagarto, excluídos os dados do município de Lagarto, Sergipe, 2004 a 2006.

MICRORREGIÃO 6: Lagarto

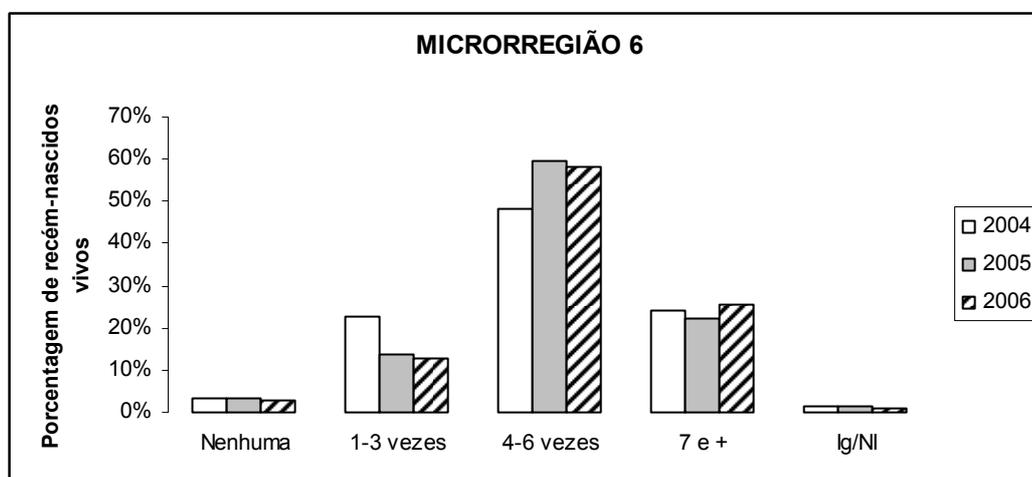


Figura 15. Mapa da 6ª Microrregião de Saúde – Lagarto, Sergipe.

Tabela 14 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 6 - Lagarto, incluindo os dados do município de Lagarto, Sergipe, 2004 a 2006.

ANO	PESO NASCIDOS VIVOS					Total
	< 2,5 kg	2,5 a 3 kg	3 a 4 kg	> 4 kg	ignorado	
2004	315 7,5%	893 21,4%	2662 63,7%	251 6,0%	56 1,3%	4177 100%
2005	290 7,7%	882 23,3%	2334 61,6%	232 6,1%	52 1,4%	3790 100%
2006	312 8,0%	932 23,8%	2431 62,0%	217 5,5%	30 0,8%	3922 100%

$\chi^2=17,043$, gl=8, p=0,030. CC*=0,046.



$\chi^2=218,746$, gl=8, p<0,001. CC*=0,1646.

Figura 16 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 6 - Lagarto, incluindo os dados do município de Lagarto, Sergipe, 2004 a 2006.

MICRORREGIÃO 7 (excluindo o município de Aracaju): Aracaju

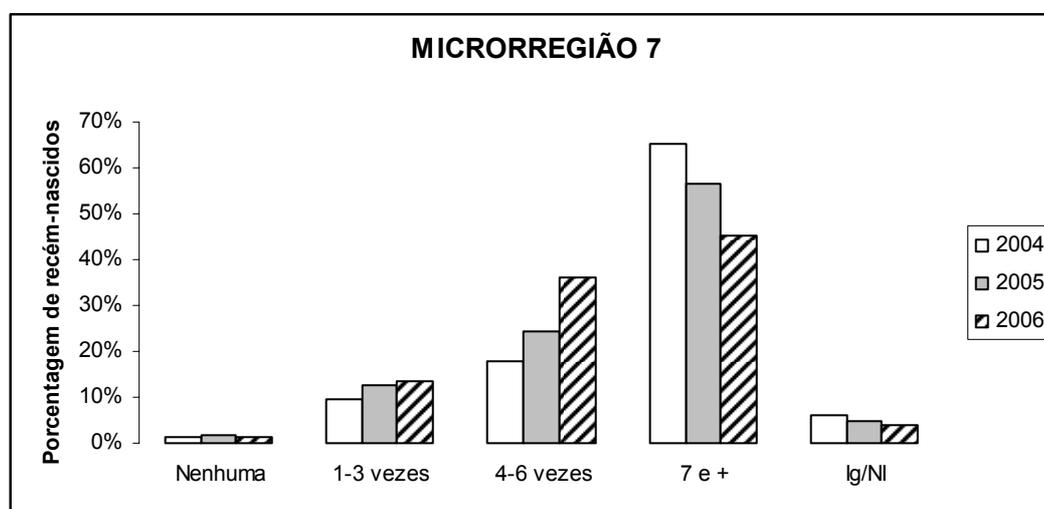


Figura 17. Mapa da 7ª Microrregião de Saúde – Aracaju, Sergipe.

Tabela 15 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 7 - Aracaju, excluídos os dados do município de Aracaju, Sergipe, 2004 a 2006.

ANO	PESO NASCIDOS VIVOS					Total
	< 2,5 kg	2,5 a 3 kg	3 a 4 kg	> 4 kg	ignorado	
2004	260 8,0%	695 21,3%	2087 64,0%	211 6,5%	6 0,2%	3259 100%
2005	301 9,0%	682 20,3%	2151 64,0%	222 6,6%	5 0,1%	3361 100%
2006	270 8,4%	688 21,3%	2045 63,3%	218 6,8%	9 0,3%	3231 100%

$\chi^2=4,866$, gl=8, p=0,772. CC*=0,027.



$\chi^2=372,249$, gl=8, p<0,001. CC*=0,2337.

Figura 18 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 7 - Aracaju, excluídos os dados do município de Aracaju, Sergipe, 2004 a 2006.

MICRORREGIÃO 7 (incluindo o município de Aracaju): Aracaju

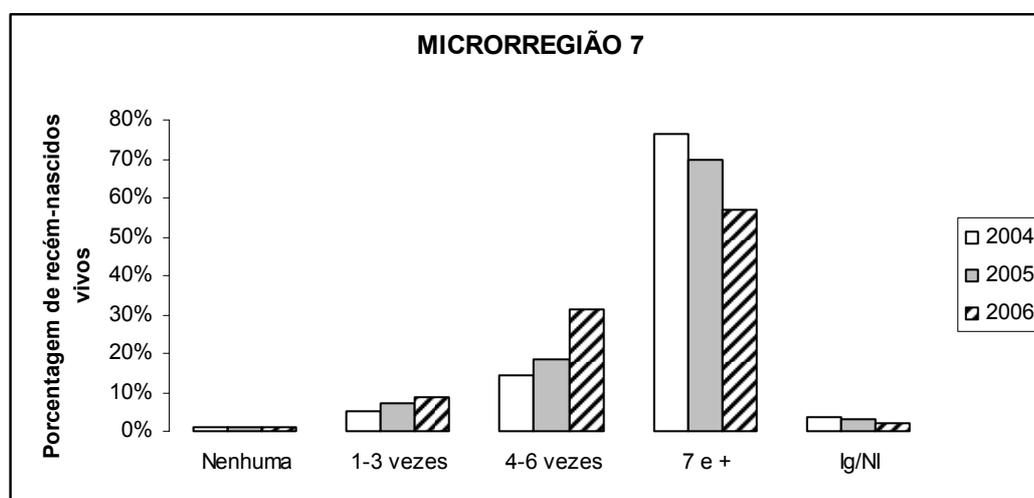


Figura 19. Mapa da 7ª Microrregião de Saúde – Aracaju, Sergipe.

Tabela 16 - Distribuição do peso ao nascer de nascidos vivos, Microrregião 7 - Aracaju, incluindo os dados do município de Aracaju, Sergipe, 2004 a 2006.

ANO	PESO NASCIDOS VIVOS					Total
	< 2,5 kg	2,5 a 3 kg	3 a 4 kg	> 4 kg	ignorado	
2004	1059	2704	7713	788	18	12282
	8,6%	22,0%	62,8%	6,4%	0,1%	100%
2005	1082	2682	8144	811	16	12735
	8,5%	21,1%	63,9%	6,4%	0,1%	100%
2006	1042	2633	8024	845	23	12567
	8,3%	21,0%	63,8%	6,7%	0,2%	100%

$\chi^2=9,239$, gl=8, p=0,323. CC*=0,019.



$\chi^2=1446,007$, gl=8, p<0,001. CC*=0,2373.

Figura 20 - Distribuição do número de consultas pré-natais, Microrregião 6 - Aracaju, incluindo os dados do município de Aracaju, Sergipe, 2004 a 2006.

Tabela 17 - Frequência de óbitos maternos por microrregiões, antes (2004), durante (2005) e depois (2006) da implantação do Programa de Proteção a Gestantes

Microrregião	Nº de óbitos maternos/ano		
	2004	2005	2006
1- Estância	1	3	0
2- Itabaiana	4	0	0
3- Nossa Senhora do Socorro	3	4	1
4- Nossa Senhora da Glória	5	1	2
5- Própria	2	1	1
6- Lagarto	1	0	0
7- Aracaju	8	9	6

5.3 – CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos propostos para este estudo, podemos concluir que:

1 - Ao procurar verificar o impacto do Programa de Proteção a Gestante-PPG sobre a saúde materna infantil no Estado de Sergipe no período de 2004 a 2006, podemos identificar que a iniciativa promoveu uma melhoria nos registros de dados e agregou tecnologia aos cuidados dispensados no pré-natal. Sem dúvida a iniciativa de implantar o PPG passa pelo desafio dos gestores em promover avanços nos modos de assistir a população e garantir o direito à saúde. A descentralização dos níveis de decisão permitiu ao Estado de Sergipe a escolher uma tecnologia múltipla, mesmo em situação de recursos restritos o que conforma uma melhoria na capacidade instalada nas redes locais e regionais, qualificando o sistema de saúde. A incorporação desses produtos e programas nos serviços de saúde foi possível graças à capacidade de manter a inter-relação entre os atores necessários para consecução da melhora da assistência que permitiu a ampla implantação do PPG no Estado. A observação empírica dos processos de decisão de incorporação tecnológica nos serviços de saúde do Brasil constitui um desafio importante.

2 - Após análise dos dados observou-se redução do percentual de nenhuma consulta de pré-natal e diminuição do número de 1 a 3 consultas, com aumento do número de 4 a 6 consultas e de 7 consultas.

3 - Esse foi o grande limitador do trabalho, pois nos anos de 2004 e até agosto/2005 os municípios estavam em processo de implantação do SISPRENATAL, que não era um sistema de informação que bloqueava recursos financeiros, portanto não obrigatório. Para realizar essa análise seria necessário avaliar uma série temporal maior, observou-se que ocorreu uma força fraca na associação das duas variáveis, não sendo possível estabelecer a idade gestacional no momento da primeira consulta. Constatou-se que no ano de 2006 foram iniciados mais controles pré-natais por parte de mães com 12 semanas de gestação ou menos, em comparação ao ano de 2005. Da mesma forma, em 2006 foram registradas menos consultas pré-natais iniciando em idades gestacionais de 25 semanas ou mais, em comparação a 2005. Na categoria de 13 a 24 semanas não foram encontradas diferenças significativas.

4- Para aferir avanços consistentes nos indicadores de saúde materna e infantil seria necessário um tempo maior que o utilizado. O que acabou não sendo possível tendo em vista a interrupção do programa nos anos subsequentes. O que se pode observar é que nos resultados relativos à mortalidade infantil não foi possível utilizar o teste chi-quadrado, devido a frequência baixa de óbitos. Houve melhora no ano de 2006 em relação ao ano de 2004 na diminuição de óbitos por infecção bacteriana e doenças do aparelho respiratório, que são causas sensíveis por intervenção da atenção primária em saúde. Quanto a mortalidade materna, foi evidenciada uma queda no número de óbitos maternos entre os anos de 2004 e 2006. A razão de mortalidade materna foi 96,6 em 2004, 71,6 em 2005 e 40,9 por cada 100.000 nascidos vivos em 2006. A comparação destas proporções mediante o teste z revelou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os anos estudados, podendo-se afirmar que possivelmente a implantação do PPG tenha contribuído para a diminuição da mortalidade materna.

5 - Ocorreu homogeneidade dos dados relativos ao baixo peso ao nascer ($< 2,5$ kg), uma vez que, foi verificado um aumento nos três anos em análise, o mesmo ocorrendo com as demais categorias analisadas, exceto os dados ignorados, pois houve uma melhora na qualidade do registro de dados.

É importante frisar a necessidade de aprofundar a pesquisa avaliativa e ampliar as variáveis contextuais dos modelos de análise aqui utilizados, considerando as discretas melhoras que os resultados apontaram, como também a dificuldade de provar modificações em decorrência da fraca associação nos indicadores pesquisados. É de considerar também a possibilidade de cruzar dados de outras realidades onde o programa foi implantado e onde ainda se mantenha em funcionamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALETRAS, V.; JONES, A. & SHELDON, T.A., 1997. Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T.A. & POSNETT, J. – Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.
2. ARAGÃO, L.V. et al., 2004. Fatores de risco para prematuridade em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, jan./fev. 2004, vol.20, no.1, p.57-63.
3. BOING, A.F. & BOING, A.C., 2008. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol. 24, no. 2 [citado 2008-07-10], pp. 447-455
4. BOLETIM DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2000. Sala de Situação; Ano IV, nº. 1, janeiro/março 2000.
5. BRASIL, 1984. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases da ação programática. Brasília, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6)
6. BRASIL, 1986. Ministério da Saúde. Pré-natal de baixo risco: normas e manuais técnicos. Brasília, 1986.
7. BRASIL, 1994. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília: COMIN; 1994.
8. BRASIL, 2000a. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. 3ª Ed. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2000.
9. BRASIL, 2000b. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco. Manual técnico, 3ª ed. Brasília, 2000.
10. BRASIL, 2000c. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humaniza o no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Brasília; 2000
11. BRASIL, 2002a. Ministério da Saúde, Termo de Referência para o Projeto de Avalia o Nacional do Programa de Humaniza o no Pré-Natal e Nascimento. Ministério da Saúde, 2002.
12. BRASIL, 2002b. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Portaria n . 373, de 27 de fevereiro de 2002, aprova a Norma Operacional de Assistência   Saúde-NOAS 01/2002.

13. BRASIL, 2004. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes, 2004.
14. BRASIL, 2005a. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise da Situação de Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, 2005, <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvSE.def>
15. BRASIL, 2005b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, Brasília, 2005.
16. BRASIL, 2005c. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília, 2005.
17. BUENO, H.; COSTA LIMA, JR., 2002. Sala de Situação de Saúde, versão 1.0; Brasília – DF, Rede Interagencial de Informação em Saúde – RIPSAs, Julho/2002 – Publicação em CD room.
18. CALDERON, I.M.P. et al., 2006. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.28 nº. 5. Rio de Janeiro, maio 2006.
19. CAR-HILL, R.; PLACE, M. & POSNETT, J., 1997. Access and the utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T. & POSNETT, J. - Concentration and choice in healthcare. London, The Royal Society of Medicine Press, 1997.
20. CARVALHO, D.S. et al., 2004. Avaliação da implantação de programas de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad. Saúde Pública* v.20 supl.2 Rio de Janeiro 2004
21. COSTA, A.M.; GUILHEM, D. & WALTER, M.I.M.T., 2005. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, Oct. 2005, vol.39, no.5, p.768-774.
22. COUTINHO, T. et al., 2003. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v.25 n.10 Rio de Janeiro nov./dez. 2003

23. DONABEDIAN, A. 1988. The definition of quality: a conceptual exploration. Explorations in quality assessment and monitoring. volume 1: the definition of quality and approaches to its assessment. A. Donabedian. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press.
24. DONABEDIAN, A., 1988. The quality of care - how come it be assessed? J Am Med Assoc. 1988
25. DUARTE, C.M.R., 2007. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. *Cad. Saúde Pública*, 2007.
26. GAMA, S.G.N. et al., 2004. Desigualdades Sócio-econômicas do Baixo Peso ao Nascer e da Mortalidade Perinatal no Município do Rio de Janeiro, 2001. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (supl.1): S-44-S-51.
27. GOMES, M.A.S.M., 1995. Aspectos da Equidade do Atendimento à Gestação e ao Parto Através da Percepção das Usuárias. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro, IFF/FIOCRUZ.
28. HARTZ, Z.M.A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; LEAL, M.C., 1997. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z.M.A., organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 1997.p. 29-48.
29. KILSZTAJN, S. et al., 2003. Prenatal care, low birth weight and prematurity in São Paulo State, Brazil 2000. *Rev Saúde Pública*, v.37, n.3, p. 303-10, 2003.
30. LAURENTTI et al., 1985. Estatísticas de Saúde. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária,1985.
31. LEÃO E.M.; MARINHO, L.F.B., 2002. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. *Prom Saúde* 2002; 3: 31-6
32. MENDES GONÇALVES, R.B., 1979. Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico. Dissertação de mestrado, área de Medicina Preventiva do Curso de Pós Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979, 209p.
33. MENDES, E.V., 2007. Revisão Bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Maio/2007. No prelo.
34. NAGAHAMA, E.E.I. et al., 2006. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cadernos de Saúde Pública* v.22 n°. 1 Rio de Janeiro, jan 2006.

35. NOGUEIRA, M.I., 1994. Assistência Pré-natal - *Prática de saúde a Serviço da Vida*. São Paulo: Editora Hucitec,1994.
36. NOVAES, H.M.D., 2000. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:547-9.
37. OMS. Organização Mundial de Saúde, 1996. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. (Publicação OMS/SRF/MSM/96.24).
38. OPS/OMS, 1978. Declaração de Alma- Ata, 1978.
39. PAIM J.S.; TEIXEIRA, M.G., 1992. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica, Anais. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde-CENEPI, p.93-144, 1992.
40. PAIM, J.S., 1993. A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários In: Mendes EV, Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, HUCITECABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, p. 187 - 220, 1993.
41. PAIM, J.S., 2002a. Organização em serviços de saúde: modelos assistenciais e práticas de saúde – cap.24, In: Paim, JS - Saúde, Política e Reforma Sanitária, ISC, Salvador, Ba. 2002 p.325-348.
42. PAIM. J.S., 2002b. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? – cap- 26 in: Paim, J. S. – Saúde , Política e Reforma Sanitária, ISC, Salvador, Ba. 2002 .p. 361 –362
43. PARTRIDGE, C.; HOLMAN, J.R., 2005. Effects of a Reduced-Visit Prenatal Care Clinical Practice Guideline. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2005; 18: 555-560.
44. RIOS, C.T.F. et al., 2007. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* v.12 n.2 Rio de Janeiro mar./abr. 2007
45. RIPSA, 2002a. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos, Brasil, 2002 (IDB-2002).
46. RIPSA, 2002b. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações – Ripsa. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 299p.: il.

47. RIPSAs, 2003. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos, Brasil, 2003 (IDB-2003).
48. RIPSAs, 2004. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos, Brasil, 2004 (IDB-2004).
49. ROUX et al., 1990. Participación social y sistemas locales de salud. In: Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos y experiencias. OPAS. Publ. cient. nº 519, Washington, D.C., E.U.A. 1990.
50. SERGIPE, 2002. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Aracaju, 2002.
51. SERGIPE, 2005a. Secretaria de Estado da Saúde. Agenda Estadual de Saúde. Aracaju, 2005.
52. SERGIPE, 2005b. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2004-2007. Aracaju 2005.
53. SERGIPE, 2005c. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de Gestão 2003 - 2004. Aracaju, 2005.
54. SERGIPE, 2006a. Secretaria de Estado da Saúde. Agenda Estadual de Saúde. Aracaju, 2006.
55. SERGIPE, 2006b. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de Gestão 2005. Aracaju 2006b.
56. SERGIPE, 2006c. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade. Aracaju, 2006.
57. SERRUYA, S.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G., 2004. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública* 2004: 20
58. SERRUYA, S.J. et al., 2004. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do pré-natal e nascimento. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* vol.4 no.3 Recife July/Sept. 2004
59. SHORTELL, S.M. et al., 1996 - Remaking health care in America: building organized delivery systems. San Francisco, Jossey-Bass, 1996.
60. SIKORSKI, J.; WILSON, J.; CLEMENT, S. 1996. A randomized controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. *BMJ.* 1996; 312: 546-553.

61. SILVEIRA, D.S. et al., 2001. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública* v.17 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2001
62. SOUSA, M. F., 2004 (org.). A real-idade do PSF – conversando com quem faz. Rio de Janeiro, CEBES, 2004. 143 p., ilus. tab. graf..
63. SPINDOLA, T.; PENNA, L.H.G.; PROGIANTI, J.M., 2006. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev. esc. enferm. USP* v.40 n.3 São Paulo set. 2006
64. STARFIELD, B., 2002. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saude, 2002.
65. SZWARCCWALD et al., 1997. Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13 (3):503-516, jul - set, 1997.
66. TANAKA, A.C.A., 2000. Mortalidade materna: reflexo da má qualidade e da desintegração dos serviços de saúde. *Jornal da Rede Saúde* 2000; 20:5-8
67. TEIXEIRA, M.G.L.C.; PAIM, J.S., 1990. Os Programas Especiais e o Novo Modelo Assistencial. *Cadernos de Saúde Pública* 1990; 6 (3): 264-77.
68. TESTA, M., 1997. Analisis de instituciones hipercomplejas. In Merhy, E & Onoko, R: agir em saúde – um desafio para o público. Hucitec – Lugar Editorial: Buenos Aires. São Paulo, 1997.
69. VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. & VAUGHAN, J.P., 1999. Epidemiologia da Desigualdade: *Um Estudo Longitudinal de 6.000 Crianças Brasileiras. Centro de Estudos da Saúde*. 2.ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 1999
70. VIEIRA-DA-SILVA et al., 1994. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91, jan/ mar, 1994
71. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados a Saúde – 10ª Revisão – CDCD, São Paulo; 1995
72. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000. Addressing the Links Between Indoor Air Pollution, Household Energy and Human Health. WHO-USAID Global Consultation Meeting Report, Washington, D.C.

7. ANEXOS

ANEXO 1 – MODELO DE LAUDO DE EXAMES DE PRÉ-NATAL – 1ª E 2ª FASE



ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS

Fundada em 10 de Junho de 1967

C.N.P.J.: 03.025.707/0001-40

Serviço de Referência

PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL

PROGRAMA ESTADUAL DE PROTEÇÃO A GESTANTE

Nome: **NOME DA GESTANTE 2**

Sis Pré Natal: **SISPRENATAL 2** Sem. Decl.: **12**

Dt Nasc: **01/01/1980** Sem. Atual.: **18**

Dt Últ. Mens.: **20/10/2004** Posto Coleta: **HOSP. SANTA CASA - CGR**

Dt. P. Parto: **27/07/2005** Cidade: **CAMPO GRANDE** UF: **MS**

Dt Coleta: **01/02/2005** Tipo Material: **PAPEL FILTRO S&S903 1º AMOSTRA**

Dt Cadastro: **10/02/2005** Fase do PPG: **1ª FASE** Cód Col.: **50089998 - 1**

Dt Exame: **09/02/2005**

Dt Imp.: **23/02/2005**

50089998



	Valor Referência	Resultado
TOXOPLASMOSE		
ANTI-TOXOPLASMA GONDII IgG	Reagente > 15,0 UI/mL	>250,0 UI/mL
Enzyme-Immunoassay	Não Reagente < 15,0 UI/mL	
ANTI-TOXOPLASMA GONDII IgM	Não Reagente	Nao Reagente
Enzyme-Immunoassay		
RUBÉOLA		
ANTI IgG PARA RUBÉOLA	Reagente > 10,0 UI/mL	>200 UI/mL
Enzyme-Immunoassay	Não Reagente < 10,0 UI/mL	
ANTI IgM PARA RUBÉOLA	Não Reagente	Nao Reagente
Enzyme-Immunoassay		
DOENÇA DA INCLUSÃO CITOMEGALICA		
ANTI IgG PARA CITOMEGALOVÍRUS	Reagente > 0,4 UI/mL	4,5 UI/mL
Enzyme-Immunoassay	Não Reagente < 0,4 UI/mL	
ANTI IgM PARA CITOMEGALOVÍRUS	Não Reagente	Nao Reagente
Enzyme-Immunoassay		
SÍFILIS		
ANTI-TREPONEMA PALLIDIUM	Não Reagente	Nao Reagente
Enzyme-Immunoassay		
SIDA		
ANTI-HIV 1 e 2 (METODOLOGIA I)	Não Reagente	Nao Reagente
Enzyme-Immunoassay		
CHAGAS		
ANTI-TRIPANOSSOMA CRUZI (METODOLOGIA I)	Não Reagente	Nao Reagente
Enzyme-Immunoassay		
HEPATITE - B		
ANTI-HBc	Não Reagente	Nao Reagente
Enzyme-Immunoassay		
HBsAg	Não Reagente	Nao Reagente
Enzyme-Immunoassay		
HEPATITE - C		
ANTI-HCV	Não Reagente	Nao Reagente
Enzyme-Immunoassay		
FENILCETONÚRIA MATERNA		
PKU MATERNO	Alterado > 4,0 mg/dL	0,28 mg/dL
Enzimático	Normal < 4,0 mg/dL	
HTLV		
HTLV - 1	Não Reagente	Nao Reagente
Enzyme-Immunoassay		
HTLV - 2	Não Reagente	Nao Reagente
Enzyme-Immunoassay		
HIPOTIREOIDISMO		
TSH (TIREOTROPINA)	Alterado > 10,0 µU/mL	2,5 µU/mL
Fluorimetria por tempo resolvido	Normal <10,0 µU/mL	

UNIDADE I

Centro de Educação Especial Girassol - CEDEG
Av. Joana D'arc, 1450
B. Santa Branca - CEP 79070-901
Fone/Fax: (67) 317-4890

UNIDADE II



Av. Mato Grosso, 861 - Jd. Wolfgründ
CEP 79002-231 - Fone: (67) 317-4888
Fax: (67) 317-4850
www.ipdapae.org.br
e-mail: ipd@ipdapae.org.br

UNIDADE III



(Ambulatório)
Rua Padre João Crippa, 3162
B. São Francisco - CEP 79010-180
Fone: (67) 368-7800

UNIDADE IV

Chácara da APAE
Av. Tamandaré, 6001
Jardim Centenário - CEP 79117-010
Fone: (67) 365-0731

S&S 903 LOT W 031 Nº 10530178

2ª AMOSTRA



Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos
 Fone: (0xx67) 383-3420 - Fax: (0xx67) 324-8568
 E-mail: ipd@ipdapae.org.br - Site: www.ipdapae.org.br
 Campo Grande - MS



PROGRAMA DE PROTEÇÃO À GESTANTE DE MATO GROSSO DO SUL



PROGRAMA DE PROTEÇÃO À GESTANTE DE MATO GROSSO DO SUL



PROGRAMA DE PROTEÇÃO À GESTANTE DE MATO GROSSO DO SUL

PACIENTE / GEST			
ENDEREÇO		PRONTUARIO	
CIDADE		ESTADO	DATA DA COLETA

Autorizo a Realização dos Exames do Programa de Proteção a Gestante de MS (inclusive HIV)

Assinatura..... RG:.....

ANEXO 2 – FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE (frente)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I – ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

1. Nome da Unidade de Saúde	2. Código da Unidade no SIASUS
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. N.º da Gestante no SISPRENATAL	8. Gestante acompanhada pelo PSF		
	Código da Área	Microárea	
9. Nome da Gestante	10. Data Nascimento		
	/ /		
11. Nome da Mãe da Gestante			
12. Endereço Residencial		Número	
Complemento	Bairro	Município	CEP

PREENCHER COM APENAS UM DOS SEGUINTE DOCUMENTOS

13. N.º do Cartão SUS	14. N.º do CPF		
15. Certidão de Nascimento ou Casamento			
Nome do Cartório		Livro	Folha
16. Identidade			
Número		Órgão Emissor	
17. Carteira de Trabalho			
Número		Série	UF
18. Data da 1ª Consulta Pré-Natal		19. Data da última menstruação	
/ /		/ /	
20. Responsável pela primeira Consulta Pré-Natal			

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I – ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

1. Nome da Unidade de Saúde		2. Código da Unidade no SIASUS		DATA	
3. Nome do Município		4. Código do Município no IBGE		5. UF	
				6. Código da UF no IBGE	

N.º	Número da gestante no SISPRENATAL	Consulta Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	HIV	Vacina anti-tetânica			Consulta Puerperal
										1ª dose	2ª dose	Reforço	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

Preencher as quadriculadas "Consulta Pré-natal e Consulta Puerperal" com o código da atividade do profissional, conforme tabela: 01 – Enfermeira; 22 – Ginecologia; 29 – Obstetrícia; 59 – Médico do PSF; 60 – Enfermeira do PSF; 73 – Ginecologia/Obstetrícia; 74 – Medicina Geral Comunitária; 76 – Enfermeira do PACS; 79 – Enfermeira Obstetra; 84 – Médico (qualquer especialidade). No caso dos exames, assinalar com "X" quando o resultado do exame for analisado pelo médico ou enfermeira que realizou a consulta naquele dia. No caso da vacina antitetânica, assinalar com "X" de acordo com o Cartão da Gestante.

ANEXO 3 – DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

Usamos papéis autocolantes VCP
 Programa VCP
 Pela Qualidade

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo Nº 37904601

I Cartório

1 Cartório Código 2 Registro 3 Data

4 Município 5 UF

II Local de Ocorrência

6 Local da Ocorrência
 1 Hospital 2 Outros Estab. Saúde 3 Domicílio 7 Estabelecimento Código
 4 Outros 9 Ignorado

8 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da mãe (Rua, praça, avenida, etc) Número Complemento 9 CEP

10 Bairro/Distrito Código 11 Município de ocorrência Código 12 UF

III Mãe

13 Nome da Mãe 14 Cartão SUS

15 Idade (anos) 16 Estado Civil 17 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 18 Ocupação habitual e ramo de atividade 19 Núm. de filhos tidos em gestações anteriores (obs.: utilizar 99 se ignorado)
 1 Solteira 2 Casada 3 Viúva 4 Separada judicialmente/divorciada 5 Ignorado
 1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 7 4 De 8 a 11 5 12 e mais 6 Ignorado
 Nascidos vivos Nascidos mortos

Residência da mãe
 20 Logradouro Número Complemento 21 CEP

22 Bairro/Distrito Código 23 Município Código 24 UF

IV Gestação e Parto

25 Duração da gestação (em semanas)
 1 Menos de 22 2 De 22 a 27 3 De 28 a 31 4 De 32 a 36 5 De 37 a 41 6 42 e mais 9 Ignorado

26 Tipo de gravidez
 1 Única 2 Dupla 3 Tripla e mais 9 Ignorado

27 Tipo de parto
 1 Vaginal 2 Cesáreo 9 Ignorado

28 Número de consultas de pré-natal
 1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 6 4 7 e mais 9 Ignorado

V Recém Nascido

29 Nascimento Data Hora 30 Sexo
 M - Masculino F - Feminino
 I - Ignorado

31 Índice de Apgar
 1º minuto 5º minuto

32 Raça/cor
 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena

33 Peso ao nascer em gramas

34 Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica?
 1 Sim 2 Não 9 Ignorado Qual? Código

VI Identificação

35 Polegar direito da mãe 36 Pé direito da criança

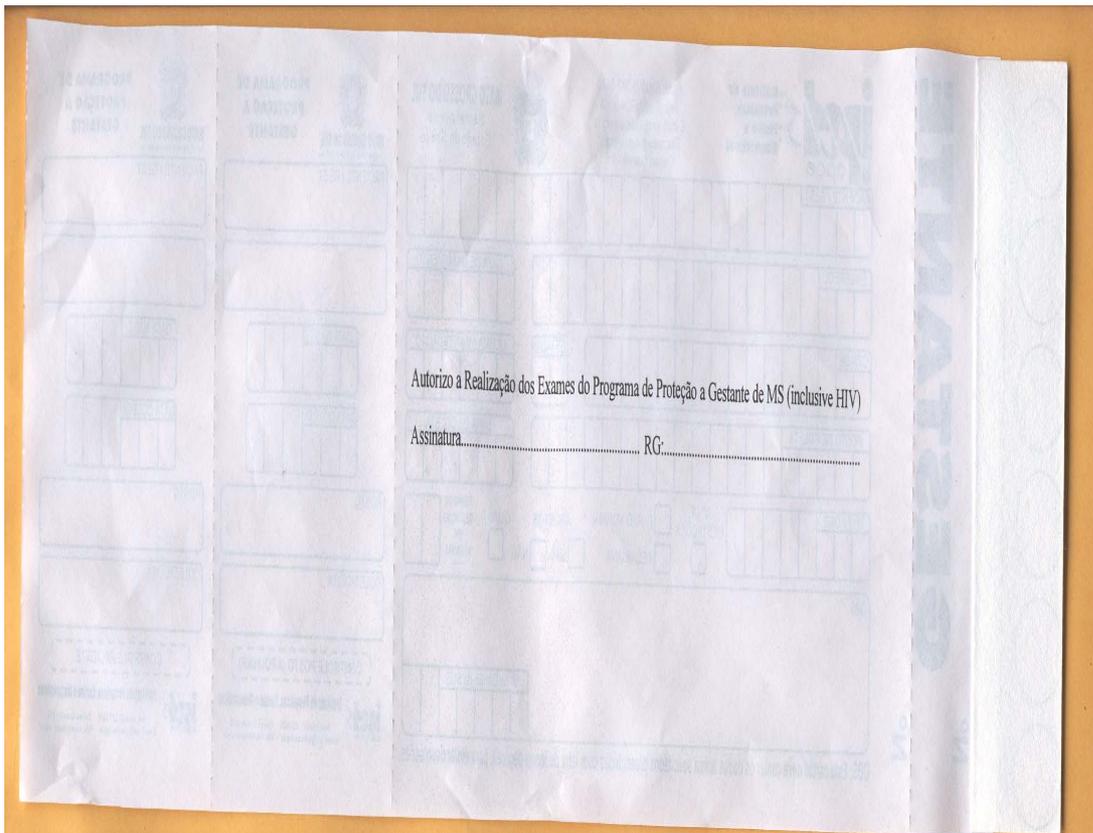
VII Preenchimento

37 Responsável pelo preenchimento Nome 38 Função 39 Identidade 40 Órgão Emissor 41 Data

ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
 O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
 Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

Versão 08/04.1 - Impressão 02/006

ANEXO 4 – FICHA DE CADASTRO DA GESTANTE



S&S 6633 LOT 10001

GESTANTE

Nº

Nº

ipd Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos

Fone: (067) 363-3420
Fax: (067) 324-8568
E-mail: ipd@ipdape.org.br
Site: www.ipdape.org.br
Campo Grande - MS

MATO GROSSO DO SUL
Secretaria de Estado de Saúde

PROGRAMA DE PROTEÇÃO À GESTANTE

MATO GROSSO DO SUL
Secretaria de Estado de Saúde

PACIENTE / GEST.											
ENDEREÇO						DATA DE NASCIMENTO					
CIDADE				ESTADO		ÚLTIMA MENSTRUACÃO				DATA NASC.	
POSTO DE COLETA						DATA DA COLETA					
TELEFONE		Nº DE GESTAÇÕES		PARTO NORMAL		ABORTOS		QUANT. GESTAÇÃO EM SEMANAS			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
OBS.										Nº do Cartão do SUS	

OBS: Este cartão deve conter os dados acima solicitados preenchidos com letra de forma (legível), para evitar devoluções.

ipd Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos

Fone: (067) 363-3420 - Campo Grande / MS
E-mail: ipd@ipdape.org.br - Site: www.ipdape.org.br

ipd Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos

Fone: (067) 363-3420 - Campo Grande / MS
E-mail: ipd@ipdape.org.br - Site: www.ipdape.org.br

ANEXO 5 – DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Car	4 Município	5 UF				
Identificação	7 Tipo de óbito	8 Óbito Data / / Hora :	9 RIC	10 Naturalidade Código		
	11 Nome do Falecido					
	12 Nome do Pai		13 Nome da Mãe			
	14 Data de Nascimento / /	15 Idade	16 Sexo	17 Raça/Cor		
	18 Estado Civil	19 Escolaridade (em anos de estudos concluídos)	20 Ocup. habitual e ramo de atividade	Código		
Residência	21 Logradouro (Rua, praça, av., etc.)		Código	Número	Complemento	22 CEP
	23 Bairro/Distrito	Código	24 Município de residência		Código	25 UF
	26 Local de ocorrência do óbito		27 Estabelecimento		Código	
Ocorrência	28 Endereço da ocorrência (Rua, praça, av., etc.)		Número	Complemento	29 CEP	
	30 Bairro/Distrito	Código	31 Município de ocorrência		Código	32 UF
	<p style="text-align: center;">PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO</p> <p style="text-align: center;">INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE</p>					
Fetal ou menor que 1 ano	33 Idade	34 Escolaridade (em anos de estudos concluídos)	35 Ocup. hab. e ramo ativ. da mãe	Código	36 Nº de filhos tidos	
					Nasc.Vivo	Nasc.Morto
	37 Duração da gestação (em semanas)	38 Tipo de gravidez	39 Tipo de parto	40 Morte em relação ao parto		
	41 Peso ao Nascer	42 Nº da DN				
Condições e causas do óbito	ÓBITOS EM MULHERES		ASSISTÊNCIA MÉDICA			
	43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?		44 A morte ocorreu durante o puerpério?		45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	
	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:					
	46 Exame complementar?		47 Cirurgia?		48 Necrópsia?	
	49 CAUSA DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA					
	PARTE I					
	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte			a) <input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Devido ou como consequência de:			b) <input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Devido ou como consequência de:			c) <input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Devido ou como consequência de:			d) <input style="width: 100%;" type="text"/>		
CAUSAS ANTECEDENTES						
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica						
PARTE II						
Outras condições significativas que contribuíram para morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima						
MÉDICO	50 Nome do médico		51 CRM	52 O médico que assina atendeu ao falecido?		
	53 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)				54 Data do Atestado / /	
TERMAS	Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico)					
	56 Tipo	57 Acidente do trabalho		58 Fonte de Informação		

ANEXO 6 – POPULAÇÃO DE MUNICÍPIOS LISTADOS POR MICRO-REGIÃO DE SAÚDE, SEGUNDO O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DE SERGIPE, 2005.

Municípios	Micro-região	População IBGE 2005	Estimativas gestantes
Araúá	001	11.090	200
Boquim	001	24.927	449
Cristinápolis	001	16.357	294
Estância	001	62.217	1.120
Indiaroba	001	14.119	254
Itabaianinha	001	38.320	690
Pedrinhas	001	8.320	150
Santa Luzia do Itanhy	001	14.924	269
Tomar do Geru	001	13.818	249
Umbaúba	001	21.908	394
Subtotal	001	226.000	4.068
Areia Branca	002	17.508	315
Campo do Brito	002	16.277	293
Carira	002	19.243	346
Frei Paulo	002	13.035	235
Itabaiana	002	84.315	1.518
Macambira	002	6.325	114
Malhador	002	12.423	224
Moita Bonita	002	11.713	211
Pedra Mole	002	2.936	53
Pinhão	002	5.755	104
Ribeirópolis	002	16.320	294
São Domingos	002	10.207	184
Subtotal	002	216.057	3.889

Municípios	Micro-região	População IBGE 2005	Estimativas gestantes
Capela	003	27.406	493
Carmópolis	003	10.960	197
Cumbe	003	3.850	69
General Maynard	003	2.554	46
Japaratuba	003	15.525	279
Maruim	003	15.938	287
Muribeca	003	7.364	133
Nossa Senhora das Dores	003	23.816	429
Nossa Senhora do Socorro	003	171.842	3.093
Pirambu	003	8.770	158
Rosário do Catete	003	8.019	144
Santo Amaro das Brotas	003	10.705	193
Siriri	003	7.301	131
Subtotal	003	314.050	5.653
Canindé de São Francisco	004	21.684	390
Feira Nova	004	5.478	99
Gararu	004	11.926	215
Gracho Cardoso	004	5.736	103
Itabi	004	5.388	97
Monte Alegre de Sergipe	004	12.836	231
Nossa Senhora Aparecida	004	8.088	146
Nossa Senhora da Glória	004	29.062	523
Nossa Senhora de Lourdes	004	6.872	124
Poço Redondo	004	29.699	535
Porto da Folha	004	27.034	487
São Miguel do Aleixo	004	3.643	66
Subtotal	004	167.446	3.014

Municípios	Micro-região	População IBGE 2005	Estimativas gestantes
Amparo de São Francisco	005	2.366	43
Aquidabã	005	19.640	354
Brejo Grande	005	7.355	132
Canhoba	005	4.030	73
Cedro de São João	005	5.540	100
Ilha das Flores	005	9.006	162
Japoatã	005	14.569	262
Malhada dos Bois	005	3.622	65
Neópolis	005	20.482	369
Pacatuba	005	11.565	208
Própria	005	28.823	519
Santana do São Francisco	005	3.738	67
São Francisco	005	2.726	49
Telha	005	2.909	52
Subtotal	005	136.371	2.455
Lagarto	006	90.344	1626
Poço Verde	006	21.418	386
Riachão do Dantas	006	20.585	371
Salgado	006	20.231	364
Simão Dias	006	39.705	715
Tobias Barreto	006	46.676	840
Subtotal	006	238.959	4.301

Municípios	Micro-região	População IBGE 2005	Estimativas gestantes
Aracaju	007	498.618	8.975
Barra dos Coqueiros	007	20.992	378
Divina Pastora	007	3.657	66
Itaporanga d'Ajuda	007	28.712	517
Laranjeiras	007	26.452	476
Riachuelo	007	8.827	159
Santa Rosa de Lima	007	6.323	114
São Cristóvão	007	75.354	1.356
Subtotal	007	668.935	12.041
	Total		
	geral	1.967.818	35.421

ANEXO 7 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DO IMASC-APAE



Instituto Manoel dos Santos Carvalho de Pesquisas e Diagnósticos
R. Maruim, 107 - CEP - 49010-160 - Aracaju-SE
Fonelfax: (79) 3211-1937 3211-8900 imasc@ipedapae.org.br

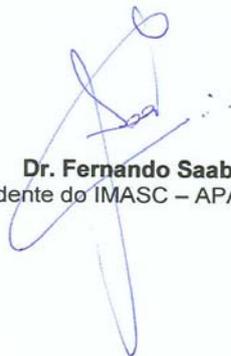


LABORATÓRIO DE TRIAGEM PRÉ-NATAL

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a Sr^a. Maria José de Oliveira Evangelista, a utilizar os dados do Programa de Proteção à Gestante do Estado de Sergipe – PPG-SE em sua dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde junto a Universidade de Brasília – UNB.

Aracaju, 05 de Junho de 2008.



Dr. Fernando Saab
Superintendente do IMASC – APAE ARACAJU