



ARTIGO ORIGINAL

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ NATAL E NASCIMENTO: INDICADORES E PRÁTICAS DAS ENFERMEIRAS

PROGRAM FOR HUMANIZATION IN PRENATAL CARE AND CHILDBIRTH: INDICATORS AND PRACTICES OF NURSING

PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN EN PRENATAL Y NACIMIENTO: INDICADORES Y PRÁCTICAS DE LAS ENFERMERAS

Anaê Pavanatto ¹
Luciane Maria Schmidt Alves ²

Doi: 10.5902/2179769211329

RESUMO: Objetivo: conhecer os indicadores de atendimento às gestantes de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, por meio do PHPN, enfatizando os indicadores de processo disponibilizados no SISPRENATAL, como também reconhecer as práticas do profissional enfermeiro das Estratégias de Saúde da Família (ESF) deste município. **Método:** estudo documental e exploratório, descritivo, com abordagem de análise qualitativa. Integram o estudo os dados das gestantes presentes no SISPRENATAL e das entrevistas com as enfermeiras. **Resultados:** o estudo apontou indicadores de assistência ao pré-natal inadequados, bem como inconsistência entre as falas das enfermeiras e os dados do Sistema. **Considerações finais:** apesar de as enfermeiras referirem facilidades para trabalhar com o Programa, os registros no SISPRENATAL são baixos, com prováveis falhas nas anotações das gestantes, ocasionando prejuízo financeiro para este município e dificultando a qualificação da assistência.

Descritores: Cuidado pré-natal; Enfermagem; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT: Objective: To raise awareness about the indicators of care for pregnant women in a city in the state of Rio Grande do Sul through the Program for Humanization of Prenatal and Birth, emphasizing the process indicators available in SISPRENATAL, as well as to recognize the practice of nurses in the Family Health Strategies of this city. **Method:** documentary and exploratory descriptive study, with a qualitative analysis approach. The study is composed of the data of the pregnant women in SISPRENATAL and the interviews with the nurses. **Results:** the study identified inappropriate indicators of prenatal care, as well as inconsistency between the nurses' discourse and data of the system. **Final considerations:** although the nurses reported that it is easy to work with the Program, records in SISPRENATAL are low and there is possibly flaws in the notes of pregnant women in the system, causing financial loss to this city and difficulties in the assistance.

Descriptors: Prenatal care; Nursing; Primary health care.

RESUMEN: Objetivo: Comprender los indicadores de atención a las mujeres embarazadas de un municipio de Rio Grande do Sul (Brasil), mediante el Programa de Humanización del

¹Enfermeira. Bacharel em enfermagem. Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Santa Cruz do Sul (RS), Brasil. E-mail anae.pava@gmail.com

²Enfermeira. Docente da Universidade de Santa Cruz do Sul. Doutoranda em Desenvolvimento Regional. Mestre em Saúde Coletiva. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPs) da UNISC. Santa Cruz do Sul (RS), Brasil. E-mail lucianealves@unisc.br

*Prenatal y Nacimiento, destacando los indicadores de proceso disponibles en el SISPRENATAL, y reconocer las prácticas de los auxiliares de enfermería de las Estrategias de Salud de Familia (ESF) de este municipio. **Método:** estudio documental y exploratorio, descriptivo, con enfoque de análisis cualitativo. Integran el estudio los datos de las mujeres embarazadas presentes en el SISPRENATAL y entrevistas a enfermeras. **Resultados:** la investigación apuntó indicadores de asistencia al prenatal inadecuados, así como inconsistencia entre las palabras de las enfermeras y los datos del Sistema. **Consideraciones finales:** aunque las enfermeras indiquen facilidades para trabajar con el Programa, los registros en SISPRENATAL son bajos, con probables fallos en el registro de las gestantes, ocasionando perjuicio financiero para este municipio y dificultando la cualificación de la asistencia.*

Descriptor: Atención prenatal; Enfermería; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas de Saúde da Mulher são alvo de grandiosos investimentos financeiros, sendo prova disto as ações em saúde que vêm sendo implantadas há décadas para essa população. Esta conquista surgiu a partir da mobilização das próprias mulheres, por meio dos movimentos feministas em 1980, os quais reivindicaram a democratização das decisões governamentais e à participação ativa nos processos decisórios pertinentes à saúde.¹

Em 1984, houve a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e, em 2000, foi aprimorado e denominado Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Com a implementação destes programas, o Brasil apresentou uma queda de 51% no número de mortes maternas, quando o indicador de mortalidade passou de 141 para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Até 2015, o objetivo é reduzir o índice para 35 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos.²

O PHPN tem por objetivo cuidar da saúde da mulher desde o período crítico da gravidez, até o parto e puerpério, bem como da saúde da criança.³ Em suas diretrizes também enfatiza a afirmação dos direitos da mulher, destacando a humanização como estratégia para melhorar e focar na qualidade da saúde desta população.⁴

Em termos operacionais e financeiros, o PHPN estabelece diretrizes para estimular e auxiliar estados e municípios a realizarem um adequado acompanhamento do pré-natal. Para tanto devem seguir, no mínimo, as seguintes recomendações: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação, atingir no mínimo seis consultas de acompanhamento pré-natal, realizar uma consulta no puerpério, garantir exames laboratoriais, aplicação de vacina antitetânica, realização de atividades educativas, classificação de risco gestacional e garantir atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.⁵

A Portaria GM/MS nº 569/570 de 1º de junho de 2000 instituiu que cada município cadastrado no PHPN deverá receber um incentivo de R\$ 10,00 mediante o cadastramento de cada gestante de até 120 dias e R\$ 40,00 por gestante na conclusão do pré-natal, desde que cumpra o elenco mínimo de procedimentos estabelecidos pelo Programa.⁶

Para monitorar o PHPN, desenvolveu-se o Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL). Este sistema é essencial para a implementação de ações em saúde no âmbito municipal, estadual e federal, pois gera os indicadores de processo de assistência ao pré-natal e os disponibiliza por localidade e período.⁵

Durante muitos anos, o pré-natal era realizado somente pelo profissional médico. Porém, em 1987, o Ministério da Saúde definiu a participação do enfermeiro como membro



da equipe de saúde que presta assistência direta à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.⁷ De acordo com decreto nº 94.406/87, as consultas de pré-natal de baixo risco e revisão de puerpério podem ser realizadas pelo profissional enfermeiro.⁵

Neste contexto, os enfermeiros estão em excelente posição para entender a promoção da saúde e para assumir um papel de liderança no cuidado primário das mulheres e de suas famílias.⁸

Diante do exposto, este estudo pretende conhecer os indicadores de atendimento às gestantes de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, por meio do PHPN, enfatizando os indicadores de processo disponibilizados no SISPRENATAL, como também reconhecer as práticas do profissional enfermeiro das Estratégias de Saúde da Família (ESF) deste município. O intuito é o de evidenciar a efetividade da assistência ao pré-natal no município, bem como as facilidades, dificuldades e estratégias dos profissionais enfermeiros no desenvolvimento do PHPN.

MÉTODO

Escolheu-se uma pesquisa documental, descritiva, apontando os indicadores de processo da assistência ao pré-natal, a partir de dados das gestantes presentes no SISPRENATAL. Realizou-se, também, um estudo de caráter exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, para conhecer a realidade dos enfermeiros em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul.

Para levantamento epidemiológico e apontar a realidade da assistência ao pré-natal do município em estudo, utilizou-se como fonte de dados o SISPRENATAL. Os dados representam as gestantes cadastradas no PHPN no ano de 2011.

O SISPRENATAL recebe informações das fichas de cadastramento da gestante e as fichas de registro diário dos atendimentos. Após lançar os dados no sistema, o SISPRENATAL elabora e disponibiliza os indicadores de processo, tomando como base de cálculo a estimativa do número de nascidos vivos do município no mesmo ano.⁹ A obtenção destes dados ocorreu por meio do profissional responsável pelo programa no município. Estes dados obtidos compõem uma tabela única, sendo descritos apenas os indicadores e interpretados com base na literatura atual.

Os integrantes do estudo qualitativo são os profissionais responsáveis por organizar, desenvolver e monitorar o PHPN, composto por 11 enfermeiras das ESFs. Cabe ressaltar que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não integraram esta etapa da pesquisa, por não haver enfermeiros atuando em cada Unidade e os que ali atuam, não agregam dados para contemplar o Programa.

As profissionais enfermeiras participaram por meio de entrevista, que seguiu um roteiro com questões semiestruturadas, abertas e fechadas, sendo estas gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas. As entrevistas com as enfermeiras foram realizadas em horários agendados de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e ocorreram nas respectivas ESFs, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados qualitativos foram analisados à luz da Análise de Conteúdo,¹⁰ onde se realizou a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, estas consistem as operações estatísticas e determinam os resultados. Em seguida definiram-se as categorias: Práticas dos enfermeiros no desenvolvimento do PHPN e Estratégias das enfermeiras para contemplar o PHPN.

A pesquisa foi fundamentada nos princípios éticos de acordo com a Resolução 196/1996, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi aprovado no dia 27 de dezembro do ano de 2012 pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer 183.960/13. Atribuiu-se a cada integrante da pesquisa a

letra “E” seguida pela numeração de 1 a 11, de acordo com a ordem cronológica da realização da entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Identificação dos indicadores de processo da assistência ao pré-natal

No ano de 2011, o município em estudo inscreveu no programa 786 gestantes, que realizaram a primeira consulta com até 120 dias de gestação. O sistema utilizou como base de cálculo o número de nascidos vivos (1.478) deste município no ano de 2011.

Os indicadores de processo gerados pelo SISPRENATAL estão representados na Tabela 1.

Tabela 1 - Descrição dos Indicadores de processo do SISPRENATAL, no ano 2011.

Indicador de processo	%
Captação precoce da gestante de até 120 dias.	46,01
Número mínimo de seis consultas de pré-natal.	44,83
Número mínimo de seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.	38,35
Número mínimo de seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos.	16,59
Gestantes inscritas que receberam a 2ª dose, a dose reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica	39,81
Gestantes inscritas que realizaram o teste de HIV.	71,04

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo/SISPRENATAL, 2011.

O estudo apontou que menos da metade das gestantes chegam aos serviços de saúde no primeiro trimestre (até 120 dias), indicando que os profissionais de saúde precisam atentar para a captação precoce da gestante. Um estudo realizado no município de São Bernardino/SC, no período de 2004 a 2007, identificou que 65% das gestantes realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal no primeiro trimestre, demonstrando neste município também não houve efetividade na captação precoce das gestantes, sendo dessa forma elas perdem de realizar os primeiros exames de rotina, iniciando tardiamente as consultas de pré-natal.¹¹

Identificou-se que, neste município, o percentual de gestantes que realizou o mínimo seis consultas de pré-natal é insatisfatório. Pressupõe-se que estes índices baixos possam estar relacionados à captação tardia das gestantes, como também à falta de capacitação dos profissionais de saúde no que se refere ao preenchimento das fichas de acompanhamento ao pré-natal ou até mesmo falha no lançamento dos dados no Sistema.

Já conforme o relatório de gestão do município de Sanharó, Recife, no ano 2007, no que se refere ao número de consultas pré-natal, o município atingiu um excelente indicador, totalizando um percentual de 98,88%, cumprindo satisfatoriamente o indicador de processo para avaliação da assistência, preconizado pela PM 569/2000 do PHPN.¹²

Outro indicador avaliado foi o percentual de gestantes inscritas que realizou as seis consultas de pré-natal e a revisão de puerpério, no qual, novamente, os índices mostraram-se deficientes, sugerindo que o município está perdendo incentivo financeiro, o qual poderia ser revertido para a qualificação da assistência ao pré-natal.

Foi verificado em um estudo realizado no município de Quixandá/CE, no período de 2002 a 2004, que houve aumento na porcentagem de gestantes cadastradas que realizaram seis consultas de pré-natal (64,98%), mas quando incluída a variável consulta puerperal a esse indicador, a porcentagem decaía (37,5%).⁹

Considerando o indicador que aponta o número de gestantes inscritas que realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos, desvelaram-se índices expressivamente baixos, sinalizando que está havendo falha na assistência ao pré-natal. Pesquisa realizada no município de Quixandá/CE, esse indicador também apontou índices baixos, 40,22%, mas quando compararam esse, em outros períodos identificaram que o município vem aprimorando esse número.⁹

Quanto às imunizações pela vacina antitetânica, identificaram-se níveis inferiores. Enfatiza-se que o município em estudo não apresenta déficit de doses da vacina, percebendo-se a necessidade de implantar ações para adequar esse indicador. Quando comparado com outro município que aponta dados iniciais à implantação do PHPN, confirma-se que esse indicador necessita da atenção dos profissionais de saúde. Pesquisa realizada no município de Quixandá/CE 2002 a 2004 identificou que os dados relativos às imunizações das gestantes demonstraram melhoria expressiva no decorrer dos anos, atingindo 90,9% das gestantes.⁹

O indicador que avalia o percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste de HIV apresentou resultados positivos, mas quando comparado com outro estudo, percebe-se que esse indicador precisa ser aperfeiçoado. O município de Sanharó/Recife, no ano 2007, alcançou um excelente indicador, atingindo um percentual de 99,44%, contemplando o que preconiza o Ministério da Saúde e enfatizando que este indicador demonstra que o município tem preocupação com a transmissão vertical do HIV.¹²

Prática dos enfermeiros no desenvolvimento do PHPN

Em relação à identificação dos entrevistados, foi possível contextualizar o perfil dos enfermeiros, sendo, majoritariamente, do gênero feminino (100%), com idades que variam entre os 31 e 40 anos de idade (73%) e que atuam neste serviço de saúde pelo período de um a três anos (46%).

Levando-se em consideração a proposta do Ministério da Saúde no que se refere ao PHPN, as integrantes do estudo foram questionadas com relação à captação precoce das gestantes em até 120 dias, as quais referendaram ser uma atividade fácil (73%). As enfermeiras que mencionaram difícil (9%) e regular (18%), justificaram que enfrentam dificuldades para atingir as metas, pois algumas gestantes possuem plano de saúde privado ou trabalham no horário de atendimento da ESF; outras enfatizam que muitas não compreendem a importância do pré-natal, como as gestantes adolescentes e usuárias de drogas.

A adesão da mulher ao pré-natal precoce objetiva fortalecer o seu acompanhamento sistemático. O sucesso do pré-natal provém deste início precoce, de ter cobertura universal e ser realizado de forma periódica, de modo que possam ser integradas as ações preventivas e terapêuticas, como também o rastreamento de eventuais fatores de risco.⁹

As enfermeiras também foram interrogadas se as gestantes realizam o elenco mínimo de consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde. Com relação a esse questionamento, mencionaram ser uma atividade fácil (100%), ressaltando que na maioria das vezes superaram as expectativas.

Conforme o Ministério da Saúde, durante o pré-natal deve ser realizado um número mínimo de seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre.⁵ Realizar seis consultas durante o pré-natal é o mínimo necessário para garantir o acompanhamento dos parâmetros que avaliam a evolução da gestação e a detecção de fatores de risco e agravos que poderão surgir.

Também é o momento de as gestantes e sua família prepararem-se para o parto e puerpério.⁹

Quanto aos exames laboratoriais preconizados pelo programa, as enfermeiras mencionaram ser uma atividade fácil (100%) e fizeram referência ao modelo de trabalho do município, onde os exames são autorizados na própria unidade de saúde e muitas opções na escolha de laboratórios de análise clínica, conveniados ao Sistema Único de Saúde.

[...] quando vem uma mulher com menstruação atrasada, 'tá' grávida, ela recebe os exames e autoriza na própria unidade, escolhe o laboratório, logo em seguida o pré-natal é agendado [...]. (E4)

O Ministério da Saúde prevê a realização dos seguintes exames laboratoriais básicos: Tipagem Sanguínea (ABO - Rh), sorologia para HIV 1 e 2 e Hemograma (Hemoglobina/Hematócrito), na primeira consulta. VDRL (Hematimetria, *VeneralDiseaseResearchLaboratory*), urina de rotina e glicemia de jejum também devem ser realizados na primeira consulta, mas repetidos na trigésima semana da gestação. As sorologias para toxoplasmose, rubéola e citomegalovírus devem ser incluídas sempre que disponíveis. Os exames laboratoriais básicos são indispensáveis ao acompanhamento pré-natal, pois complementam a análise dos dados clínicos e obstétricos, atrelados à definição de possíveis diagnósticos e às condutas cabíveis aos mesmos.⁹

Com relação às gestantes realizarem o reforço ou a imunização da vacina antitetânica, as entrevistadas referiram adesão das gestantes em 100%, mas enfatizam que, às vezes, este processo é prejudicado devido à dificuldade de atualização do esquema vacinal, principalmente, quando as gestantes migram de outros municípios. Nesse sentido, enfatiza-se, também, que alguns usuários dos serviços de saúde são considerados nômades, pois tem dificuldade de vínculo com a própria moradia, o que conseqüentemente, reflete no atrelamento dos mesmos ao serviço de saúde.

[...] às vezes demora devido à atualização do esquema vacinal, este é o caso das pacientes de outros municípios, que não trazem a carteirinha [...].(E5)

Para avaliar a condição vacinal da gestante, é imprescindível a apresentação do cartão vacinal, contendo o registro de imunidade anterior à gestação atual. Somente assim será possível definir a conduta correta no que se refere à imunização antitetânica.⁹

A conduta para gestantes não imunizadas é administrar três doses da vacina antitetânica. Gestantes incompletamente imunizadas, ou seja, com menos de três doses, devem completar o esquema de três vacinações. Em gestantes previamente imunizadas, sendo a última dose há menos de cinco anos, não é necessário vacinar. Gestantes com três doses ou mais, sendo a última há mais de cinco anos, deverão fazer uma dose de reforço.^{7,13}

É importante salientar que as gestantes que necessitam contemplar algum desses esquemas citados devem iniciar o quadro vacinal após a vigésima semana de gestação, respeitando o intervalo entre cada dose de, no máximo, sessenta dias ou no mínimo trinta dias. Esta vacina é indicada para prevenir o tétano neonatal.^{7,13}

A articulação do atendimento hospitalar e atenção primária/ESF promovem a integralidade do cuidado ao binômio mãe/bebê. O agir em rede permite aos profissionais de saúde construir estratégias que favoreçam a qualidade da assistência em saúde. No que se refere ao processo de revisão de puerpério, 72% das enfermeiras referiram ser uma atividade fácil. Nesse sentido, afirmam (91%) existir referência e contra referência entre o

hospital e ESF para agendamento de puericultura e, com o intuito de contemplar esse processo, muitas delas mencionaram agendar a revisão de puerpério para a mesma data da puericultura e asseguram (82%) que esse trabalho em rede agiliza o processo.

Este estudo aponta que as profissionais enfermeiras demonstram preocupação em qualificar a assistência no puerpério. O puerpério é o período em que o organismo da mulher retorna à situação do estado pré-gestacional, que inicia na primeira hora após a dequitação da placenta e se encerra após quarenta e dois dias. No pós-parto, a mulher se depara com o desafio de cuidar de si e da criança e na consulta puerperal são estabelecidas orientações que amenizam seus medos e ansios, avalia-se o processo da amamentação e também é introduzido um método contraceptivo adequado.¹⁴⁻¹⁵

Estratégias das enfermeiras para contemplar o PHPN

Diante das facilidades e dificuldades que foram mencionadas na categoria anterior pelas profissionais enfermeiras, destacam-se as estratégias por elas desenvolvidas para garantir o sucesso do PHPN.

À luz dos depoimentos analisados percebeu-se que as enfermeiras, no âmbito da ESF, se reconhecem coordenadoras dos Programas e destacam que o trabalho de modo multidisciplinar e a sensibilização de toda equipe é fundamental para o desenvolvimento eficaz das ações dos Programas de Saúde preconizados pelo Ministério da Saúde. Assim, um profissional revela:

[...] eu sou a coordenadora, sou a enfermeira responsável, mas eu não sou responsável por esse programa ou aquele, é a equipe toda [...]. (E11)

Muitos estudos confirmam que os profissionais enfermeiros possuem um papel fundamental nas equipes de saúde da família, destacando que estes são articuladores em diversos trabalhos e capazes de atuar como agentes de mudança, pois estão sempre na busca de novas práticas de saúde para contemplar a melhoria da qualidade de vida da população.¹⁶⁻¹⁷

O trabalho em equipes multiprofissionais é imprescindível para a concepção da integralidade nas práticas em saúde. Além de contribuir na organização do trabalho nos serviços, busca atender as necessidades de saúde da população em questão.¹⁸

Percebeu-se que, quando questionados sobre quem faz a captação precoce das gestantes para o pré-natal, a grande maioria fez referência ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), o que reafirma o papel deste trabalhador, que faz o elo entre serviço de saúde e comunidade. Em termos de estratégia, as enfermeiras revelam monitorar a efetividade da participação das gestantes ao pré-natal e quando comprovam sua ausência, acionam o ACS para que seja feita a busca ativa. Assim foi afirmado:

[...] quando se identifica que a gestante não está vindo às consultas de pré-natal, é feita a busca ativa pelo Agente Comunitário [...]. (E4)

O monitoramento da adesão das gestantes ao pré-natal é um modo de proporcionar continuidade ao cuidado. Identificar as gestantes faltosas ao pré-natal possibilita realizar ações como a busca ativa por meio de visita domiciliar realizada pela equipe de saúde, ações estas que promovem melhoria nos indicadores de qualidade.¹⁹

Em termos de estratégias, as enfermeiras mencionaram que realizam grupos de gestantes e enfatizam que as atividades educativas favorecem o acolhimento, contribuindo para a formação de vínculos desse público e sua família ao serviço de saúde. Além disso,

ressaltaram que esses grupos precisam contemplar assuntos atrativos, de modo que proporcionem um diálogo que enfatiza o esclarecimento de dúvidas e a troca de experiências entre as gestantes que, por vezes, estão passando por situações semelhantes.

[...] temos os grupos de gestantes, procura-se trabalhar temas que interessam a elas para que venham à procura disso; por exemplo, desenvolvimento fetal, desenvolvimento de toda a gravidez, trouxe um vídeo [...] é muito difícil elas virem no serviço, mas elas se interessaram pelos temas, tiraram dúvidas[...] então eu acho que é isso que tem que fazer [...]. (E10)

O acolhimento e a formação de vínculos são aspectos fundamentais para o saber fazer da equipe multiprofissional. O acolhimento se traduz na organização do serviço de saúde, pois qualifica o atendimento, a demanda, e garante a acessibilidade e a formação de vínculo com o usuário do serviço.²⁰ O grupo de gestantes é imprescindível no contexto educativo e promotor da saúde da mulher. Neste sentido, ele proporciona atividades participativas que favorecem a interação entre as gestantes e proporcionam a aquisição de informações sobre o processo da gestação e parto. A troca de experiências entre gestantes possibilita a percepção do individual no coletivo, diminuindo a ansiedade através dos discursos semelhantes.²¹

Também destacaram como estratégia garantir a acessibilidade, flexibilidade e disponibilidade de horário para as gestantes efetivarem as consultas de pré-natal.

[...] é facilitado o horário, por exemplo, se a mulher não trabalha, geralmente nós organizamos o pré-natal nas terças feiras à tarde, mas se a mulher trabalha e ela tem uma dificuldade de vir, é facilitada a consulta de pré-natal pelo período da manhã, não é aquela coisa engessada, o pré-natal tem que ser à tarde [...]. (E4)

Facilitar o acesso não se configura em haver várias portas de entrada aos serviços de saúde, mas sim unidades de saúde que se disponham a oferecer um atendimento integral, que promovam ações contínuas, que visem à qualidade da assistência. No entanto, é preciso que as equipes de saúde reconheçam a variedade de necessidades dos usuários e garantam um atendimento resolutivo.²⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se que os indicadores de assistência ao pré-natal deste município apresentaram-se extremamente baixos quando comparados com os de outros estudos. Também, as informações obtidas através destes indicadores não condizem com os relatos das profissionais enfermeiras, que revelaram, na maioria das vezes, desenvolverem facilmente o que preconiza o PHPN.

Outro fator preocupante e relacionado aos baixos índices dos indicadores de processo do município são as possíveis falhas ou atrasos no lançamento dos dados junto ao SISPRENATAL, que não é informatizado. Sendo assim, todas as unidades de saúde encaminham suas fichas de cadastramento e atendimento diário das gestantes a um único local para serem lançadas no Sistema. Se este lançamento não for criterioso, os indicadores podem não ser plausíveis.

Pode-se afirmar que o município está deixando de arrecadar recursos financeiros, o que limita a qualificação da assistência ao pré-natal na Atenção Primária e,



consequentemente, nas unidades hospitalares vinculadas ao Programa. Nesse sentido, sugere-se que sejam oferecidas capacitações aos profissionais responsáveis por agregar os dados ao Sistema.

Espera-se que estes resultados proporcionem reflexões aos profissionais e gestores para que implementem novas práticas em saúde, na perspectiva de qualificar a assistência nos serviços de saúde. Assim, este estudo aponta para novas pesquisas que enfatizem outros indicadores de saúde, com o intuito de apresentar as práticas e as ações em saúde desenvolvidas neste município.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes RAQ, Narchi NZ, organizadores. *Enfermagem e saúde da mulher*. Barueri, SP: Manole; 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Comunicação Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde [Internet]. Brasília (DF), 2012 maio 26-28 [acesso em 2012 ago 27]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/262728052012.pdf>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
4. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 [acesso em 2013 maio 2];43(1):98-104. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000100013&script=sci_arttext.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica; 32).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 570, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - Incentivo à assistência Pré-natal. Brasília (DF); 2000.
7. Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 maio-jun [acesso em 2013 maio 2];61(3):349-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a12v61n3.pdf>.
8. Orshan SA. *Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
9. Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [acesso em 2013 maio];42(1):105-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/14.pdf>.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
11. Assad FM, Rech CRA. Avaliação da atenção pré-natal na Unidade Básica de Saúde de São Bernardino - SC. *Rev Saúde Públ Santa Cat, Florianópolis*. 2010 jul/dez;3(2):20-33.
12. Silva DF, Maciel MCC, Torres MPMR. Resultado dos indicadores de processo apresentados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Município de



Sanharó, 2007 [monografia de especialização]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2008.

13. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Vacinação da Mulher. SBIM & FEBRASGO; 2012.

14. Ravelli APX. Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2008 mar [acesso em 2013 abr 8];29(1):54-9. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5264/2998>.

15. Souza KV, Cubas MR, Arruda DF, Carvalho PRQ, Carvalho CMG. A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. Rev Gaúch Enferm. 2008 jun;29(2):175-81.

16. Sant'anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Erdmann AL, Soares JFS. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2010 mar [acesso em 2013 abr 8];31(1):92-9. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10891/8623>.

17. Brondani Junior DA, Heck RM, Ceolin T, Viegas CRS. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2011 jan-abr [acesso em 2012 jun 14];1(1):41-50. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/1841/1510>.

18. Pereira RCA. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP; 2011.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília; 2012.

20. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2011 set [acesso em 2013 abr 8];32(3):451-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300003&script=sci_arttext.

21. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2011abr-jun [acesso em 2013 abr 8];13(2):199-210. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a06.html>.

Data de recebimento: 11/11/2013

Data de aceite: 30/10/2014

Contato do autor responsável: Anaê Pavanatto

Endereço postal: Rua 28 de setembro, 1394. CEP 96810-234 - Santa Cruz do Sul (RS). Brasil.

E-mail: anae.pava@gmail.com