



Uma avaliação sobre a assistência pré-natal no município de Xangri-Lá

Jair Ferreira | Faculdade de Medicina - UFRGS

Jorge Alberto Buchabqui | Faculdade de Medicina - UFRGS

Cynthia Isabel Ramos Vivas Ponte | Faculdade de Farmácia - UFRGS

Acadêmicos da Faculdade de Medicina: Diane Moreira do Nascimento, Eliandra da Silveira de Lima, Fernando Souza Pereira, Michele Finkler, Simone Oliveira Medeiros, Ursula Maldaner, Vanessa Piccoli, Rosa Mariani, Rafael Mohr Limberger

O presente artigo traz uma reflexão teórica a partir do trabalho prático de participação de alunos da Faculdade de Medicina (FAMED/UFRGS), no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET SAÚDE), em uma parceria entre a Universidade e a Prefeitura Municipal de Xangri-Lá/RS, desenvolvido dentro das ações da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Apresentamos uma introdução geral sobre a aplicação

do Programa, seguida de uma descrição da sua relação com os alunos de medicina participantes.

A seguir, debatemos a respeito da política de atenção primária em saúde e do cuidado pré-natal. A relevância do tema se justifica, sobretudo, pelos altos índices de mortalidade materna e pré-natal no país, o que levou o Ministério da Saúde a desenvolver o Programa SISPRENATAL. Este trabalho de pesquisa-ação tem caráter

mais quantitativo do que qualitativo, e tem por objetivo específico analisar o impacto da implantação do SISPRENATAL na atenção pré-natal nos Postos de Saúde de Xangri-Lá, baseado em dados retirados dos prontuários das pacientes. Detalhamos os métodos utilizados, os resultados, a discussão e concluímos a respeito dos seus efeitos, até o momento, e estratégias necessárias para o prosseguimento do SISPRENATAL.

A ideia inicial do trabalho surgiu a partir da participação de um grupo de nove alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET SAÚDE). O Programa é uma iniciativa dos Ministérios da Educação e da Saúde, criado em parceria entre a UFRGS e a Prefeitura Municipal de Xangri-Lá, no Estado do Rio Grande do Sul. O Projeto PET Xangri-Lá é um dos, dentre outros projetos, aprovados para execução em nível nacional. Uma das principais finalidades do Programa é inserir o aluno na realidade da comunidade, propiciando um espaço de aprendizado a fim de proporcionar a interação entre os conhecimentos acadêmico, profissional e popular, dentro da realidade das ações desenvolvidas pela Estratégia da Saúde da Família (ESF). O objetivo geral é formar profissionais cada vez mais comprometidos com a realidade social, a partir da aproximação entre os saberes, troca de conhecimentos e experiências, interdisciplinaridade e indissociabilidade entre ensino, extensão e pesquisa.

O município de Xangri-Lá, localizado no litoral norte do Rio Grande do Sul, possui 10.602 habitantes (segundo a contagem da população realizada pelo IBGE em 2007), emancipou-se em 26 de março de 1992. A atenção à saúde pública está estruturada em quatro Postos de Saúde (indicados adiante). No entanto, o município chega a comportar mais de 100 mil habitantes durante o período de veraneio, sendo a população residente composta tanto por moradores aposentados, que em geral buscam a tranquilidade daquele local,

quanto por jovens famílias buscando alternativas de emprego e melhor qualidade de vida. Os quatro postos localizam-se em diferentes locais da cidade, com realidades econômicas bastante heterogêneas entre si, situações que descreveremos brevemente adiante.

Em tempo, esclarecemos que esta pesquisa não necessitou passar por um comitê de ética em pesquisa, pelos dados serem secundários e a consulta ter sido aprovada diretamente pelo Secretário Municipal de Saúde daquele município.

O Projeto PET Xangri-Lá foi realizado em horários extra-curriculares e atrelado à Disciplina MED 07707 – Promoção e Proteção da Saúde da Mulher, do terceiro semestre do curso de medicina, a qual motivou o grupo a fazer um estudo direcionado à saúde da mulher. Desde já esclarecemos que, tendo em vista que o acesso ao pré-natal constitui umas dos cuidados mais relevantes na atenção à saúde do binômio materno-fetal e que medir sua magnitude é um importante indicador do trabalho efetuado pela rede básica de atenção à saúde, o atendimento pré-natal foi escolhido como objeto deste estudo.

Concordamos com Alexander (2001), ao pontuar que um atendimento de qualidade no pré-natal pode desempenhar um papel importante na redução da mortalidade materna, além de evidenciar outros benefícios à saúde materna e infantil.

O PET saúde de Xangri-Lá e os alunos da medicina

Inicialmente os alunos do PET SAÚDE Xangri-Lá tiveram sua atenção voltada para a obtenção de um vínculo comunitário. Dentre os múltiplos objetivos gerais, estão: o contato com a “vida de médico” e dos demais profissionais da área da saúde e suas correlações; conhecer o ambiente extra-hospitalar; aprender a buscar informações orientadas pelos preceptores,

professores e demais atores do sistema de saúde; a possibilidade da criação de uma visão discente crítica a respeito do seu próprio aprendizado; o reconhecimento da importância de atitudes preventivas para a saúde de pessoas e populações; a aplicação do conhecimento formal dentro da realidade do paciente, articulando estudo e pesquisa e adquirindo uma postura autodidata (no sentido de ter atitudes adequadas diante das situações enfrentadas pelos pacientes).

Como objetivos específicos, temos: propiciar ao estudante a orientação à mulher quanto aos cuidados básicos com a saúde (e, conforme referido, em especial em relação ao pré-natal); aplicar os conteúdos teóricos da disciplina; comunicar-se com as pacientes e familiares de maneira adequada; observar e desenvolver atitudes de profissionais de saúde; observar e relatar sua experiência nestas atividades; treinar apresentação de trabalhos científicos. Neste sentido, avaliamos que embora não tenha sido possível abranger na totalidade alguns destes objetivos imediatos, ainda assim, através dos registros de prontuários e do contato com a comunidade em geral, foi possível alcançá-los, ao menos em parte.

Como dito, em relação ao currículo da medicina a atividade teve como referência a Disciplina MED07707 - Promoção e Proteção da Saúde da Mulher, introdutória no curso da Atenção à Saúde Feminina. Está incluída na 3ª etapa curricular, cuja súmula inclui o contato com estes problemas de saúde, visando à promoção e proteção da mulher, considerando os fatores de risco e medidas para a sua redução ou resolução, e tomando como referência dados epidemiológicos existentes. Inclui também noções básicas do processo saúde e doença, cuidados nas mais diversas fases da vida da mulher, desde o conhecimento do seu corpo e sua funcionalidade, alcançando até temas como adolescência, sexualidade e as interfaces direcionadas com o comportamento. Assim, pretende promover o desenvolvimento pessoal do aluno

ao focar assuntos necessários a sua formação como pessoa, bem como introduzi-lo no cotidiano para "aprender a aprender", e propiciar a observação de atendimentos e participação em atividades que se vinculem ao acolhimento.

No primeiro semestre, os alunos atuaram de modo interdisciplinar, junto aos acadêmicos da enfermagem, farmácia e odontologia, em atividades semanais, sob a supervisão do preceptor local/professor/Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dando ênfase nos seguintes aspectos: visitas domiciliares (VD) nos diferentes ESF do município, nos quais os alunos receberam informações e trocaram ideias.

Os alunos foram divididos em dois grupos de quinze estudantes, que fizeram visitas domiciliares em dias alternados, nas zonas adscritas aos quatro Postos de Referência (PR) da cidade. A atividade propiciou obter algumas caracterizações dos locais de inserção dos Postos, que explicitamos a seguir:

Posto do Guará: Comunidade com renda baseada em atividade de zeladoria de edifícios/casas de veraneio, construção civil, turismo e suporte ao veranista. Local com pouca movimentação e reduzidas atividades de lazer. As ruas da comunidade são calçadas, arborizadas, dispõe de água encanada e ginásio de esportes. Não apresenta pobreza aparente. Há grande contingente de crianças e adolescentes e também de casos de gravidez precoce. Existe alta incidência de uso de antidepressivos. O ESF oferece curso de educação sexual na escola, procurando adequar-se à linguagem popular.

Posto do Centro (Sambaqui): Região semelhante àquela do Posto Guará, com atividades de renda também similares. No entanto, a população tem uma faixa de renda (ainda menor no Sambaqui, propriamente). Há problema com drogas, especialmente o crack. A localização dos postos facilita o acesso à população. Há diversos programas sendo oferecidos, mas a adesão da

população é parcial. Embora os ACS não sejam ainda efetivos, já que não concursados, seu trabalho merece incentivo diante da relevância que assume. Quanto à comunicação entre os ESF e os setores, verifica-se falta de contato e demora na tomada de decisões. A Saúde, em geral, está bem organizada. A comunidade dispõe de escola de ensino fundamental e médio, além de creche. Os espaços públicos são utilizados para a promoção da saúde. Há a participação ativa dos gestores permitindo bom acesso da população na discussão dos problemas. Levantamentos epidemiológicos existem, mas mais restritos ao compromisso burocrático/institucional, não sendo divulgados à comunidade. Percebe-se que as palestras ajudam, especialmente quando as crianças levam as ideias aos pais. Talvez fossem necessárias atividades mais dinâmicas, oficinas, eventos, etc. A ideia da formação de multiplicadores poderia ser benéfica para melhores resultados, pois seria “a comunidade falando para a própria comunidade”, seguindo a mesma estratégia dos AAs. A este respeito diz um ACS: “Como é bom ouvir de fora opiniões que nos emocionam... um incentivo a mais, [senão] parece que a coisa não anda.”

Posto Figueirinha: Comunidade de trabalhadores na construção civil, turismo e suporte ao veranista. A maioria dos moradores são oriundos de áreas da grande Porto Alegre/RS. Presença de crianças e adolescentes com mais de um filho. Algumas dificuldades verificadas: área de ocupação, esgoto a céu aberto, gravidez na adolescência, falta de perspectivas de vida, falta de saneamento básico, há muitos “pés de galinha” (canos colocados para captar a água, próximo a esgotos), lixo, crianças brincando junto com muitos animais soltos e sem controle de zoonoses. Nesse sentido, é interessante uma iniciativa de tentar sensibilizar as pessoas para uma educação integrada e voltada para aquela realidade. Saúde é sinônimo de “remédio”: o consumo de medicamentos aumentou dez vezes em um curto período, fruto de uma liberalidade de acesso aos medicamentos. Mas será que

se reflete na melhoria de vida? Os indicadores melhoraram? Nas visitas domiciliares constatou-se que a própria população não tem interesse em discutir no centro comunitário, o interesse público é preponderante em relação às crianças (preferidas antes do adulto ou do idoso). A comunidade desconhece os Agentes Comunitários de Saúde.

Outros problemas identificados na localidade do Posto Figueirinha: baixo nível de escolaridade, assim as políticas públicas, em especial as de saúde devem ter uma linguagem que os entenda e os alcance. Quanto a uma política de planejamento familiar, mesmo existindo não é utilizada; muitas gestantes parecem não ter interesse no assunto. Entre os focos a serem trabalhados, foram sugeridos como principais: o problema do lixo, a gravidez na adolescência, a valorização e avaliação do uso de ervas medicinais.

Posto Rainha do Mar: Comunidade aparentemente mais esclarecida e informada quanto às questões de saúde. Após a apresentação do Projeto com os alunos e ACS, procurou-se conhecer como são as famílias e sua relação com o posto. Esta comunidade está distante aproximadamente sete quilômetros da sede do município. O posto de saúde é novo e dispõe de medicação, curativos, pediatra, consultório médico franciscano, sala de dentista, ultra-som na sala do dentista, raio X, dispensário de medicamentos, sala de vacinas, tudo disponível pelo SUS. As sugestões foram no sentido das visitas domiciliares com participação dos Agentes, dando uma visão mais ampla, pois nem tudo é problema de saúde, pode abranger outros âmbitos (educacional, ambiental, etc.), incluir trabalho com a saúde mental, tabagistas. Todas as iniciativas possibilitaram o aprendizado acadêmico associado às vivências salientadas.

A segunda etapa do Programa consistiu nessa atividade de pesquisa, na qual os nove alunos de medicina se dedicaram à coleta de dados e posterior elaboração deste artigo.



A política de atenção primária em saúde

Afim de que atendêssemos aos preceitos de assistência integral, diversas variáveis foram sendo articuladas na busca de um serviço mais próximo da população que os utilizava, tanto geograficamente quanto de uma proximidade relacional, modificando também os aspectos ligados à relação médico-paciente.

Entre os anos de 1983 e 1984, conforme aponta Spink e Matta (2007), foi formatado o Projeto de Ações Integradas em Saúde (AIS), que criara então os compromissos da União com Estados e Municípios no que tange ao acesso integral e descentralizado aos serviços de saúde.

Como consequência de um relatório contendo dados norteadores de ações em saúde, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, organiza-se, então, o Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme o Artigo 196, da Constituição Federal de 1988, (com concepção moderna) visa atender às demandas de saúde de modo descentralizado, gratuito, universal e integral. Também, conforme a Lei passamos a compreender o acesso à saúde como direito de todos e de responsabilidade do Estado.

Assim, segundo Starfield (2002), criam-se as unidades de atenção básica (primária) em saúde,

as quais são descritas como devendo ser possuidoras de metodologias avançadas e férteis em saúde, na medida em que dialoguem com a comunidade na qual estão inseridas, tornando a pessoa participativa em seu próprio processo de cuidado, em uma caminhada efetiva na promoção da vida.

Aponta a autora, que:

“(...) a atenção primária envolve o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos e a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento.” (STARFIELD, 2002, p.20)

A mesma autora, refere que as unidades de atenção básica em saúde devem ter uma abordagem, que:

“(...) forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, (...) oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. A atenção primária integra a atenção à saúde quando há mais de um problema deste âmbito em voga e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.” (STARFIELD, 2002, p. 28)

Conforme Mendes (1999), os dados estatísticos revelam uma resolução de até 90% dos casos em nível primário, o que, em termos práticos, significa uma excelente otimização de custos. Para tanto, tais políticas também são passíveis de reorganização, na medida em que se tornam dinâmicas e construídas, muitas vezes, no dia-a-dia das equipes e unidades de saúde. A esse respeito, na mesma obra, Starfield reflete que avaliações dos serviços de atenção primária são fundamentais, tanto em nível de prognóstico individual quanto no de sistemas de saúde. Desta forma, uma metodologia viável deve envolver aspectos básicos do processo de investigação científica (metodologia rigorosa), mas também um aspecto mais colaborativo e sistêmico. Deve criar meios de informar-se junto à comunidade, para obter um retrato mais nítido do(s) problema(s), para um aprimoramento constante das práticas.

O cuidado pré-natal

O pré-natal é uma ação prioritária na redução da morbimortalidade materno-infantil. Seus benefícios são inquestionáveis quando se alcançam altas coberturas e boa qualidade da atenção. Baseado em tais necessidades na atenção à mulher e, sobretudo à gestante, foi criado em nível nacional o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, o SISPRENATAL (2008).. Ele permite o monitoramento da assistência às gestantes de cada município.

O sistema tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal e também da assistência ao parto e puerpério, bem como da assistência neonatal. Sua finalidade é subsidiar municípios, estados e o Ministério da Saúde com informações funda-

mentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, através deste Programa (SISPRENATAL).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios para avaliação da qualidade da assistência, a saber: um mínimo de 6 consultas por gestação; início do acompanhamento pré-natal o mais precocemente possível; distribuição das consultas durante o pré-natal (no mínimo uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º trimestre, três no 3º trimestre e uma até 42 dias do puerpério); solicitação de exames complementares obrigatórios, dos quais foram neste estudo avaliados apenas uma amostra deles (urina, glicemia de jejum na primeira consulta, na trigésima semana sendo repetida no parto e sorologia para sífilis (VDRL) nos três trimestres da gestação).

A porta principal para o acesso ao pré-natal no SUS é representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) exercem uma função importante no acompanhamento não só da gestante, mas também de toda a família. Iniciado em 1994, o então Programa de Saúde da Família (PSF), hoje ESF, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. Dados do Ministério da Saúde de 2006, afirmam que 44,9% da população brasileira está coberta pelo Programa, sendo que 5.081 municípios estão se beneficiando dessa estratégia, somando-se a 25.964 Equipes de Saúde da Família em atuação no país.

Segundo o Estudo nº 41/2005, efetuado pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, verificou-se, que nos municípios onde há cobertura dos Programas de ACSs e de Saúde da Família, houve a melhoria dos indicadores. A redução da mortalidade infantil, o aumento do número de gestantes que recebem assistência pré-natal, e a ampliação do atendimento nas unidades de saúde. E, de maneira geral, também passou a existir um maior acompanhamento dos problemas de saúde da população.

Pesquisa e extensão

Neste ponto, dialogamos com Perillo (2001), que ao se dedicar à identificação de alguns desafios a serem superados, trouxe a luz pontos relevantes para justificar esta pesquisa-ação, quais sejam:

- Os altos índices de mortalidade materna e perinatal no país justificam a necessidade de medidas para monitorar e reduzir a mortalidade, bem como a melhoria da qualidade da assistência perinatal;
- O Ministério da Saúde, baseado nas necessidades de atenção à saúde da mulher gestante, desenvolveu o Programa de Humanização do pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL), em 2008;
- A criação do SISPRENATAL, por consistir em um sistema informatizado que possibilita monitorar a cobertura e qualidade do pré-natal, parto e puerpério.

Esse trabalho teve caráter mais quantitativo do que qualitativo, e tem por objetivo analisar o impacto da implantação do SISPRENATAL na atenção pré-natal nos Postos de Saúde de Xangri-Lá, baseado em dados retirados dos prontuários das pacientes.

Mesmo que em um curto espaço de tempo (dois anos), os dados obtidos por esta comparação poderão servir para avaliar o que foi identificado, salientado e, eventualmente, modificado, tomando como balizador o registro efetuado através do SISPRENATAL. Os resultados talvez sirvam para que se dinamizem os dados estatística e burocraticamente assentados, e criem-se motivos que estimulem novas pesquisas que melhorem a qualidade da atenção existente.

O município de Xangri-Lá possui três postos, sendo que um deles – o do Centro – se desmembra em dois, o do próprio bairro Centro (Sambaqui) e o do bairro da Figueirinha,

totalizando os quatro postos de referência de que tratamos anteriormente. Os outros dois postos são: Guará e Rainha do Mar. Este, o mais longínquo dentre eles, distante aproximadamente sete quilômetros da sede do município. Os quatro postos de atenção básica à saúde são todos rotulados na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Cada um dos postos identificados possui um sistema de registro próprio e contamos com a colaboração dos ACS de cada um destes locais, para que pudéssemos acessar as pastas com registros das gestantes que se enquadrassem no modelo de busca, tratando-se de um *estudo de coorte histórico*, ou seja, retrospectivo. Para tanto, pela disponibilidade de registros médicos confiáveis, estes foram resgatados através da revisão dos prontuários de gestantes (como referido autorizada pelo gestor municipal de saúde).

Então, dois grupos de gestantes foram formados, e tiveram seus partos acontecidos em dois períodos bem determinados: um primeiro grupo de gestantes, cujos partos aconteceram entre 01 de outubro de 2008, a 30 de setembro de 2009; o segundo grupo considerou as gestantes que tiveram seus partos entre 01 de janeiro de 2007, a 31 de dezembro de 2007. Foram analisados dados relativos à idade das gestantes, à idade gestacional da primeira consulta, ao número total de consultas no pré-natal e por trimestre, com solicitação de três tipos de exames laboratoriais básicos (glicemia, exame comum de urina e VDRL). A tabulação elaborada (tabelas) fornecerá subsídios para conclusões que possam servir de indicadores parciais.

Os dados foram expressos por número de casos (proporção), média \pm desvio padrão (DP). A comparação e teste de relevância entre as variáveis categóricas foram feitas utilizando o teste *qui-quadrado*, com resíduos ajustados padronizados e, quando indicado, usando a correção de Yates. Foi estabelecido um nível de significância de 5%.

Resultados

De agosto de 2009, a dezembro de 2009, foram selecionadas 132 gestantes que tiveram seus prontuários analisados quanto às informações pertinentes à pesquisa. A média do número de gestantes selecionadas por postos foi de 33 ± 9 (média \pm DP). A idade geral das gestantes esteve entre $26,19 \pm 6,73$ por posto, como segue: Guará $26,1 \pm 5,91$; Figueirinha $25,07 \pm 8,59$; Rainha do Mar $27,53 \pm 6,24$; Centro $26,04 \pm 6,29$.

As três primeiras tabelas mostram os dados pesquisados referentes aos exames solicitados às gestantes. O requerimento dos exames tanto EQU quanto do VDRL e do exame de glicemia nas consultas indicaram não serem significantes nas análises realizadas ($p > 0,05$), demonstrando que ainda não há registro adequado ou ausência de registro de solicitação do exame com a implantação do SISPRENATAL (vide Tabelas 1, 2 e 3).

A Tabela 4 refere-se à realização da primeira consulta antes da 20ª semana de gestação. Observa-se que após a implantação do SISPRENATAL, as primeiras consultas então sendo realizadas antes da 20ª semana de gestação (91,14% das gestantes) em comparação com o período anterior (77,36%), apresentando uma significância limítrofe ($p = 0,05$), demonstrando que o registro do SISPRENATAL pode ter influenciado em uma convocação precoce das gestantes pelos profissionais da saúde envolvidos (vide Tabela 4).

A Tabela 5 analisa o número de consultas e se elas seguem o padrão de uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três consultas no 3º trimestre de gestação. Evidencia-se que apesar do SISPRENATAL, não há um padrão, como o proposto, nas consultas das gestantes nesses postos (vide Tabela 5).

O pré-natal é considerado adequado quando a gestante inicia o acompanhamento antes da 20ª semana de gestação e realiza seis ou mais

consultas. É considerado inadequado quando a gestante inicia o pré-natal após a 27ª semana de gestação ou realiza menos de três consultas durante a gravidez (normal, de baixo risco). A qualidade do pré-natal é intermediária nas demais situações.

Para a proteção e diminuição da morbimortalidade materno-fetal, assim que a gravidez é detectada, a gestante deve ser incentivada a buscar o atendimento pré-natal, já que tal acompanhamento assistencial permite a identificação precoce de fatores de risco que possam afetar a saúde tanto da mãe quanto do feto e, consequentemente, previne possíveis complicações futuras.

$\chi^2 = 1,24$; $p = 0,27$

| | Sím | Não | Total |
|-------------------|--------------|-------------|------------|
| Com SIS pré-natal | 63 (79,75%) | 16 (20,25%) | 79 (100%) |
| Sem SIS pré-natal | 47 (88,68%) | 06 (11,32%) | 53 (100%) |
| Total | 110 (83,33%) | 22 (16,67%) | 132 (100%) |

Tabela 1: Realização do EQU

$\chi^2 = 1,32$; $p = 0,25$

| | Sím | Não | Total |
|-------------------|--------------|-------------|------------|
| Com SIS pré-natal | 61 (77,22%) | 18 (22,78%) | 79 (100%) |
| Sem SIS pré-natal | 46 (86,79%) | 07 (13,21%) | 53 (100%) |
| Total | 107 (81,06%) | 25 (18,94%) | 132 (100%) |

Tabela 2: Realização do teste de Glicemia

$\chi^2 = 0,97$; $p = 0,33$

| | Sím | Não | Total |
|-------------------|--------------|-------------|------------|
| Com SIS pré-natal | 62 (78,48%) | 17 (21,52%) | 79 (100%) |
| Sem SIS pré-natal | 46 (86,79%) | 07 (13,21%) | 53 (100%) |
| Total | 108 (81,82%) | 24 (18,18%) | 132 (100%) |

Tabela 3: Realização do VDRL

$\chi^2 = 3,83$; $p = 0,05$

| | Sím | Não | Total |
|-------------------|--------------|-------------|------------|
| Com SIS pré-natal | 72 (91,14%) | 07 (8,86%) | 79 (100%) |
| Sem SIS pré-natal | 41 (77,36%) | 12 (22,64%) | 53 (100%) |
| Total | 113 (85,61%) | 19 (14,39%) | 132 (100%) |

Tabela 4: Realização da primeira consulta antes da 20ª semana de gestação

$\chi^2 = 0,89$; $p = 0,35$

| | Sím | Não | Total |
|-------------------|-------------|-------------|------------|
| Com SIS pré-natal | 33 (41,77%) | 46 (58,23%) | 79 (100%) |
| Sem SIS pré-natal | 17 (32,08%) | 36 (67,92%) | 53 (100%) |
| Total | 50 (37,88%) | 82 (62,12%) | 132 (100%) |

Tabela 5: Realização das consultas de acordo com o padrão

Devido a tal importância, faz-se necessário medir o quanto deste trabalho efetuado pela rede básica de atenção à saúde, representa em termos de promoção da saúde da mulher.

Nesse artigo, foi discutido o caráter particular de uma ação primária em saúde. Conforme aponta a literatura, os profissionais envolvidos nesse ramo de atividade estão sujeitos à demandas contínuas e geralmente devem empreender um relacionamento mais estreito com os(as) usuários(as) de saúde.

Assim, subentende-se que a atuação nesse contexto exige dos profissionais e do próprio sistema de saúde um amplo esforço, bem como uma capacidade de adaptação e evolução constantes. Contudo, os resultados percebidos até então indicam que estamos no caminho certo na conquista de condições melhores de saúde, de modo a tornar-se, de fato, acessível integralmente a todos os cidadãos.

Os dados epidemiológicos, embora não possam ser considerados como animadores (pois evidenciam poucos resultados de significância estatística nas ações empreendidas em nível primário), podem de algum modo, determinar políticas com

foco na implementação, qualificação e ampliação dessas ações, que seriam benéficas à toda população, em maior ou menor escala.

Esse estudo de coorte retrospectivo mostrou que até agora o SISPRENATAL apenas acrescentou um registro de dados e ainda não interferiu na qualidade e melhor prestação de serviço à população. Além disso, os registros de prontuários ainda são muito precários não podendo ser avaliada uma mudança no tipo de anotações e solicitações de exames e procedimentos das consultas. Observam-se grandes nuances populacionais, tanto socioeconômicas quanto culturais. Os Postos em áreas mais carentes apresentaram resultados inferiores aos demais, todavia nada estatisticamente significante.

Têm-se como propostas para melhoria do SISPRENATAL: desenvolver estratégias para melhorar a captação precoce de gestantes e a busca ativa daquelas faltosas no pré-natal e puerpério (via ACS, ESF); a sensibilização dos profissionais para a melhoria no registro das informações; a capacitação dos profissionais de saúde através da instituição de protocolos assistenciais, a exemplo do constante no trabalho de Hoepfer (2006). ◀

Referências

- Alexander, GR; Kotelchuck, M. **Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges and directions for future research.** Public Health Reports, jul/aug. 2001
- Spink, MJ; Matta, GC. O SUS no contexto histórico da atenção à saúde no Brasil. In Spink, MJ. (Org). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- Starfield, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília/DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.
- Mendes, EV. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1999. Disponível em: <http://Sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Index.php?area=01>. Acesso: 09.03.2010.
- Ministério da Saúde (BR). **Atenção Básica e a Saúde da Família.** [citado em: 15 de junho de 2006]. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em 08.03.2010.
- Perillo, RD; Ishitani, L; Monteiro, RP; Accioly, MC. **SISPRENATAL: Desafios a serem superados.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, PRODABEL, 2001.
- Hoepfer, D. **Utilização do protocolo de assistência ao pré-natal de baixo risco na rede de atenção básica.** Monografia (especialização). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Curso de Especialização em Gestão em Saúde. Porto Alegre: UFRGS, 2006. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/12319>.