



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Costa, Ana Maria; Guilhem, Dirce; Machado Telles Walter, Maria Inêz
Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde
Revista de Saúde Pública, vol. 39, núm. 5, outubro, 2005, pp. 768-774
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240149011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde

Antenatal care within Brazil's Unified Health System

Ana Maria Costa^a, Dirce Guilhem^b e Maria Inêz Machado Telles Walter^c

^aSecretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil.

^bDepartamento de Enfermagem. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília(UnB).

Brasília, DF, Brasil. ^cCentro de Pesquisa de Opinião Pública. UnB. Brasília, DF, Brasil

Descritores

Cuidado pré-natal. Saúde da mulher. SUS (Br). Serviços de saúde materna. Mulheres grávidas. Avaliação de programas. Qualidade dos cuidados de saúde.

Resumo

Objetivo

Analisar o atendimento ao pré-natal em unidades de saúde, com o intuito de obter uma linha de base que subsidie futuros estudos avaliativos.

Métodos

Realizou-se estudo exploratório para avaliação da atenção do Sistema Único de Saúde à saúde de mulheres grávidas, por meio de inquérito auto-aplicado em gestores municipais de saúde sobre amostra probabilística do tipo aleatória estratificada de 627 municípios que, submetida à técnica de expansão, permitiu análises para 5.507 municípios. O período de coleta de dados foi de outubro de 2003 a abril de 2004. O questionário captou informações sobre a prioridade às distintas modalidades de atenção, além de dados sobre a oferta de atenção e estimativa declarada de atendimento de demanda. Foram realizados os testes de qui-quadrado e *t* de Student para verificação de independência entre variáveis qualitativas e a igualdade entre médias, respectivamente.

Resultados

Dos municípios analisados, 43,8% (n=2.317) não atendiam ao risco gestacional; 81% (n=4.277) e 30,1% (n=1.592) referiram atender acima de 75% da demanda do pré-natal de baixo e alto risco, respectivamente; 30,1% (n=1.592) atendiam acima de 75% da demanda de alto risco. Atenção ao baixo risco ($\chi^2=282,080$; $P<0,001$ n=4.277) e ao alto risco ($\chi^2=267,924$; $P<0,001$ n=5.280) estiveram associadas à região geográfica, tamanho do município e modalidade de gestão no Sistema Único de Saúde. A garantia de vaga para o parto também esteve associada à modalidade de gestão.

Conclusões

Houve lacunas relacionadas à oferta e qualidade da atenção ao pré-natal no Sistema Único de Saúde. A municipalização amplia a oferta de pré-natal, mas há desigualdades entre regiões e entre municípios de diferentes dimensões populacionais.

Keywords

Antenatal care. Women's health. Unified Health System (SUS-Br). Maternal health services. Pregnant women. Program evaluation. Quality of health care.

Abstract

Objective

To assess antenatal care in health care units, so as to obtain a baseline for future evaluation studies.

Methods

A self-applied inquiry was conducted among municipal health managers within a

Correspondência/ Correspondence:

Ana Maria Costa
SQN 313 Bloco I Apto 503
70766-090 Brasília, DF, Brasil
E-mail: anamariacosta@terra.com.br ou
ana.costa@saude.gov.br

Trabalho realizado na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Baseado na tese de doutorado apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, em 2004. Financiada pela Ford Foundation, por meio da pesquisa "Avaliação da Atenção à Mulher" na Universidade de Brasília. Recebido em 26/7/2004. Reapresentado em 2/5/2005. Aprovado em 6/8/2005.

probabilistic stratified random sample of 627 municipalities which, through expansion technique, extended the analysis to 5,507 municipalities. Data was collected from October 2003 to April 2004. The survey appraised information about the priority granted by the managers to each modality of care, as well as data concerning characteristics of the assistance provided and the declared estimate of the demand being covered. The Chi-square test and Student's t-test were performed in order to verify independence among the qualitative variables and mean differences, respectively.

Results

Almost half (43.8%; n=2,317) of the municipalities did not attend gestational risk; 81% (n=4,277) and 30.1% (n=1,592) reported that they attend over 75% of the demand for low and high risk antenatal respectively; 30.1% (n=1,592) attend over 75% of the demand for high risk care. Care for low risk ($\chi^2=282,080$; $P<0.001$ n=4,277) and for high risk pregnancies ($\chi^2=267.924$; $P<0.001$ n=5,280) were associated to geographic region, municipality's size and management modality within the Unified Health System. The guarantee of vacancy for labour and birth was also associated to management modality.

Conclusions

There were gaps related to the provision and the quality of antenatal care within the Unified Health System. Municipal based health care extends the provision of antenatal care, but there are inequalities among regions and among municipalities according to demographic size.

INTRODUÇÃO

As ações mais importantes para o controle da mortalidade materna são dependentes do acesso e da qualidade da atenção realizada pelos serviços de saúde, especialmente na atenção ao parto e puerpério. O acompanhamento ao pré-natal tem impacto na redução da mortalidade materna e perinatal,¹¹ desde que as mulheres tenham acesso aos serviços, os quais devem ter qualidade suficiente para o controle dos riscos identificados.¹⁰ A atenção pré-natal tem como objetivos principais: assegurar a evolução normal da gravidez; preparar a mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação normais; identificar o mais rápido possível as situações de risco. Essas medidas possibilitam a prevenção das complicações mais frequentes da gravidez e do puerpério.⁷

A atenção à mulher na gestação deve ser concluída somente depois da consulta puerperal, mas, a atenção ao puerpério no País não é realizada a contento, apesar da elevada cobertura de vacinação BCG aplicada no primeiro mês do recém-nascido.⁸ Além disso, a atenção pré-natal tem potencial destacado como indicativo de qualidade dos serviços,¹ não apenas por dispor de indicadores formais para o seu monitoramento, mas por constituir modalidade de atenção tradicional nos serviços de atenção básica.

No Brasil e na América Latina, há desigualdades regionais relativas à cobertura de atenção ao pré-natal.¹¹ Atualmente admite-se que a morte materna é situação extrema que ocorre na gravidez, no parto e

puerpério, cujas circunstâncias devem ser investigadas não apenas quanto aos aspectos clínicos, mas também quanto aos fatores não exatamente relacionados ao sistema de saúde.⁴

Diversos autores correlacionam o risco da morte materna à escolaridade da mulher gestante, delimitando as influências socioeconômicas da população em relação aos riscos. O baixo nível de escolaridade está associado desfavoravelmente à precocidade do início do pré-natal, assim como à adesão e à concentração ou número de consultas na atenção ao pré-natal.^{3,7} A escolaridade está ainda associada ao baixo peso da criança ao nascer, à perimortalidade, neomortalidade e mortalidade infantil, assim como ao aumento do número de partos.^{2,10}

Também são considerados fatores de risco para as mulheres grávidas: a paridade; a hipertensão arterial durante a gravidez; baixo ganho de peso; a anemia e a idade da mulher abaixo de 18 e acima de 35 anos.² Muitas dessas situações associadas ao risco são passíveis de alguma intervenção por parte dos serviços de saúde.

Assim, o presente estudo teve por objetivo analisar o atendimento ao pré-natal em unidades de saúde do SUS, com o intuito de obter uma linha de base que subsidie futuros estudos avaliativos.

MÉTODOS

Realizou-se estudo exploratório do tipo inquérito

para avaliação da atenção do SUS à saúde de mulheres grávidas.

Para tanto, foi selecionada uma amostra probabilística de 627 municípios aplicando pesos amostrais baseados na população e Região geográfica, permitindo a todos os municípios brasileiros a mesma oportunidade de compor a amostra em cada estrato. Essa amostra foi sorteada com base no cadastro municipal do Censo Demográfico de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (IBGE). Os 25 estratos da amostra foram definidos combinando as cinco regiões geográficas com as cinco classes de tamanho do município (até 5.000 habitantes; de 5.001 a 10.000; de 10.001 a 20.000; de 20.001 a 50.000 e acima de 50.000). Esse resultado foi o seguinte no seu total: 50 municípios sorteados no Centro Oeste, 195 no Nordeste, 60 para o Norte, 190 para o Sudeste, 132 na região Sul, totalizando a amostra de 627 municípios.

Cada estrato da amostra foi submetido ao respectivo fator de expansão permitindo análise dos resultados por inferência para 5.507 municípios. O nível de confiança adotado foi de 95%.

O instrumento de coleta de dados constituiu-se de quatro blocos de perguntas. O primeiro continha informações administrativas do município; o segundo, perguntas sobre prioridade política atribuída ao pré-natal, pré-natal de alto risco, parto e puerpério; no terceiro, o questionário abordou aspectos relacionados à qualidade da atenção à mulher gestante, previstas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN); e no quarto bloco, investigou-se a cobertura da oferta das ações de pré-natal na rede municipal estimada pelo gestor.

Para participar do estudo, foi garantido ao gestor, ou o outro profissional por ele indicado, o tratamento agrupado das informações dos municípios.

O período de coleta de dados foi de outubro de 2003 a abril de 2004. Foi realizado processo permanente de crítica aos questionários respondidos, visando à consistência das respostas fornecidas.

Para o tratamento estatístico dos dados, foi usado o programa SPSS. Foram realizados os testes de hipóteses qui-quadrado e *t* de Student para verificação de independência entre variáveis qualitativas e a igualdade entre médias, respectivamente.

Analisou-se o grau de prioridade referido pelos gestores municipais às atividades de pré-natal, pré-natal

de risco, atendimento ao parto e ao puerpério; a qualidade da atenção oferecida pelos municípios em comparação com as estratégias preconizadas pelo PHPN. Foram realizadas análises que correlacionam a qualidade da atenção e a cobertura ao pré-natal de baixo e alto risco com os dados regionais e populacionais.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CEP-SES/DF). Por se tratar de resposta espontânea sobre temática de interesse público, foi concedida dispensa do termo de consentimento livre e informado.

RESULTADOS

O número de municípios com alta prioridade simultânea para a atenção ao pré-natal, ao pré-natal de alto risco, ao parto e ao puerpério foi de 45,3% dos municípios estudados ($n=2.493$). Dentre esses municípios que declararam elevada prioridade a essas atividades, 34,2% (853) estão localizados na região Nordeste, contrastando com 8,9% ($n=222$) da região Centro-Oeste.

Entre os municípios que declararam alta prioridade às ações de atenção à gravidez, parto e ao puerpério, 93,3% ($n=2.319$) deles realizam busca ativa das gestantes para ingresso no atendimento ao pré-natal, o que é coerente com as normas do PHPN.

O vínculo construído entre a mulher e o profissional foi apontado como importante quesito para a humanização da atenção, para a adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao pré-natal. No entanto, nesse mesmo observou-se que em 33,2% ($n=824$) não é sempre o mesmo profissional que acompanha a mulher na atenção ao pré-natal.

Tanto na atenção ao pré-natal quanto nas alternativas recomendadas no atendimento ao parto, a presença e o papel da enfermeira obstetra têm sido incentivados no País, devido à sua contribuição para ampliação da cobertura e qualidade dos serviços. Contudo, em 72,6% desses municípios ($n=1.773$) as secretarias municipais de saúde não empregam enfermeiros obstetras na rede de serviços de saúde.

Em relação ao atendimento ao parto, a garantia de vagas na maternidade no momento do parto é referida por 93,6% dos municípios ($n=2.326$). Apenas 159 municípios, representando 6,4% ($n=159$) do total que afirma prioridade máxima ao atendimento às mulheres no ciclo gestacional, não garantem às mulheres vaga na maternidade.

*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cadastro de municípios. Censo Demográfico, 2000. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm> [5 jul 2004]

A tranquilidade adquirida por meio da garantia de atendimento no momento do parto é fundamental para a humanização da atenção às gestantes. O PHPN preconiza que as mulheres visitem e conheçam o local do parto, ao longo de sua gestação. Em 65,3% (n=1.589) dos municípios com alta prioridade às atividades de atenção ao ciclo gestacional é permitido visitar o local do parto durante a gestação. Em 34,7% (n=843) deles, as mulheres não visitam a maternidade na rotina do pré-natal.

A presença de um acompanhante, familiar ou profissional, no período de trabalho de parto e do próprio parto tem sido valorizada como forma de favorecer o conforto, a saúde e o bem-estar das mulheres e dos recém-nascidos. Em 58,9% (n=1.433) dos municípios com alta prioridade ao período gestacional, não é admitida a presença de um acompanhante no momento do parto.

A Tabela 1 apresenta aspectos relacionados à qualidade e ao acesso da atenção às gestantes. Foi elevada (96,6%) a percentagem de municípios (n=5.286) que declararam atribuir alta prioridade a oferta de atenção ao pré-natal, sendo que destes, 85,7% (n=3.441) atribuem alta prioridade ao pré-natal de alto risco.

No cruzamento entre as duas variáveis “prioridade para a modalidade de atenção ao pré-natal de alto risco” e “prioridade para a modalidade de atenção ao pré-natal”, observou-se que 85,4% (n=3.405) atribuem, simultaneamente, alta prioridade ao pré-natal e

ao pré-natal de risco ($\chi^2=1.005,024$; $P<0,001$).

Embora possa ser atribuída correlação significativa de média intensidade ($r=0,491$) às prioridades atribuídas ao atendimento ao pré-natal e ao pré-natal de risco, o teste *t*-pareado apresenta diferença significativa entre as médias ($t=25,297$ e $P<0,001$). Este resultado evidencia que a prioridade média ao pré-natal de baixo risco (m=9,55) é maior que a prioridade média atribuída pelos gestores ao pré-natal de alto risco (m=8,72). Tal resultado é previsível, pois as maiores dificuldades na oferta de ações de saúde pelos municípios são de procedimentos de média e alta complexidade.

Quanto à associação com a região geográfica ($\chi^2=70.371,024$; $P<0,001$), 96,6% do total dos municípios (n=5.285) conferem alta prioridade ao pré-natal de baixo risco. Dos municípios que conferem baixa ou média prioridade, 8,3% (n=43) são da região Norte e 4,0% (n=18) da Centro-Oeste (Tabela 2).

As desigualdades regionais ficaram mais evidentes nos resultados relativos à prioridade ao pré-natal de alto risco, também associada à região geográfica ($\chi^2=127,888$; $P<0,001$). A alta prioridade no atendimento ao risco é mais concentrada na região Sul com 92,5% (n=762), enquanto na região Centro-Oeste, 11,8% (n=44) dos municípios conferem baixa prioridade (Tabela 2).

A prioridade também está associada ao tamanho do município, tanto nos casos do atendimento ao pré-

Tabela 1 - Qualidade do pré-natal em municípios com alta prioridade às ações de atenção à gravidez, parto e puerpério e nos demais municípios. Brasil, 2004.

Qualidade do pré-natal	Municípios com alta prioridade N (%)	Demais municípios N (%)	Total da amostra N (%)
Realização de busca ativa para pré-natal	2.319 (93,3%)	2.653 (88,6%)	4.972 (90,7%)
Não é sempre o mesmo profissional que acompanha a mulher no pré-natal	824 (33,2%)	781 (26,3%)	1.605 (29,4%)
Não há emprego de enfermeiros obstetras nas redes municipais	1.773 (72,6%)	2.479 (83,5%)	4.252 (78,6%)
Não garante vaga na maternidade para o parto	159 (6,4%)	395 (13,3%)	554 (10,2%)
Não garante à mulher a visita prévia ao local do parto, durante a gestação	843 (34,7%)	1.598 (54,6%)	2.441 (45,6%)
Não permite a presença de um acompanhante no período de trabalho de parto e do próprio parto	1.433 (58,9%)	2.031 (70,7%)	3.464 (65,3%)

Fonte: Ministério da Saúde, 2003-2004

Tabela 2 - Percentual de prioridades ao pré-natal segundo risco, por Região. Brasil, 2004.

Região	Baixo risco				Alto risco			
	Baixa	Média	Alta	Total	Baixa	Média	Alta	Total
Norte	3,3	5,0	91,8	100,0	4,4	8,5	87,1	100,0
Nordeste	1,5	0,5	97,9	100,0	6,7	6,7	86,7	100,0
Sudeste	1,5	1,6	97,3	100,0	5,6	9,7	84,7	100,0
Sul	0,8	3,1	96,1	100,0	3,3	4,2	92,5	100,0
Centro-Oeste	2,0	2,0	96,0	100,0	11,8	19,3	69,0	100,0
Total	1,4	2,0	96,6	100,0	5,9	8,3	85,7	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, 2003-2004

Tabela 3 - Distribuição de nível de prioridades (%) para a atenção pré-natal de alto risco, por tamanho do município. Brasil, 2004.

Tamanho do município	Baixa	Média	Alta	Total
Até 5.000	8,5	6,3	85,2	100,0
5.001 a 10.000	5,6	9,4	85,0	100,0
10.001 a 20.000	7,7	9,4	82,9	100,0
20.001 a 50.000	2,3	5,7	92,0	100,0
50.001 e mais	4,1	12,2	83,8	100,0
Total	6,0	8,3	85,7	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, 2003-2004

natal de baixo como no de alto risco. A atenção ao pré-natal de alto risco ($\chi^2=59,908$; $P<0,001$) é de baixa prioridade para 8,5% (n=71) dos municípios com menos de 5.000 habitantes, ao passo que, entre os municípios com população maior que 50.000, apenas 4,1% (n=18) deles declararam baixa prioridade ao alto risco (Tabela 3).

O atendimento da demanda por parte dos serviços fornece, indiretamente, o volume das atividades oferecidas pelo município às gestantes, ou seja, uma medida de estimativa de cobertura. Porém, por se tratar de estimativa declarada pelo gestor, é passível de vies de resposta em função da tendência de o informante superestimar a oferta de serviços municipais.

As Tabelas 4 e 5 mostram a distribuição do percentual de demanda do pré-natal de baixo e alto risco, respectivamente, atendida entre as regiões geográficas.

Em relação à estimativa de atendimento à demanda do pré-natal de baixo risco, 81,0% ($\chi^2=282,080$; $P<0,001$ n=4.277) dos municípios informou atender a mais que 75% da sua demanda. Marcando a desigualdade, 2,0% (n=106) dos municípios declararam não atender sequer ao pré-natal de baixo risco,

e 4,7% dos municípios têm baixa cobertura, ou seja, atendem a uma demanda menor que 50%. O percentual de atendimento à demanda está associado à região geográfica ($\chi^2=282,080$; $P<0,001$). O percentual de municípios com atendimento da demanda ao pré natal acima de 75% apenas é inferior a 80% nas regiões Norte (64,4%; n= 331) e Nordeste (78,7%; n=1.273).

Tal situação agrava-se substancialmente no caso do atendimento ao alto risco, dado que 43,8% (n=2.317) dos municípios não atendem a esta modalidade de demanda e apenas 30,1% (n=1.592) do atendimento é acima de 75%. A Tabela 5 apresenta esses resultados, onde há associação significativa entre eles e a região geográfica ($\chi^2=267,924$; $P<0,001$).

As diferenças na oferta de atenção às mulheres gestantes estão associadas à dimensão populacional dos municípios, como acontece com o atendimento à demanda do pré-natal de alto risco ($\chi^2=375,254$; $P<0,001$). Entre os 1.311 municípios com até 5.000 habitantes, 59,0% (n=774) não atendem ao risco gestacional e apenas 22,1% (n=290) atendem acima de 75% da demanda. Dos 490 municípios com mais de 50.000 habitantes, 50,8% (n=249) atendem à demanda acima de 75%.

Tabela 4 - Estimativa da demanda atendida pelo município na atenção ao pré-natal de baixo risco por região geográfica. Brasil, 2004.

Região geográfica	Demanda de baixo risco atendida N (%)				Não atende	Total
	0 a 25%	25 a 50%	50 a 75%	75 a 100%		
Norte	17 (3,3)	9 (1,8)	122 (23,7)	331 (64,4)	35 (6,8)	514 (100,0)
Nordeste	18 (1,1)	70 (4,9)	238 (14,7)	1.273 (78,7)	9 (0,6)	1.617 (100,0)
Sudeste	26 (1,6)	35 (2,2)	184 (11,6)	1.298 (81,8)	44 (2,8)	1.587 (100,0)
Sul	9 (0,8)	26 (2,3)	78 (6,8)	1.010 (88,5)	18 (1,6)	1.141 (100,0)
Centro-Oeste	18 (4,3)	9 (2,1)	28 (6,7)	366 (86,9)	-	421 (100,0)
Total	88 (1,7)	158 (3,0)	650 (12,3)	4.278 (81,0)	106 (2,0)	5.280 (100,0)

Fonte: Ministério da Saúde, 2003-2004

Tabela 5 - Estimativa da demanda atendida pelo município na atenção ao pré-natal de alto risco por região geográfica. Brasil, 2004.

Região geográfica	Demanda de alto risco atendida N (%)				Não atende	Total
	0 a 25%	25 a 50%	50 a 75%	75 a 100%		
Norte	26 (5,2)	53 (10,6)	78 (15,7)	141 (28,3)	200 (40,2)	498 (100,0)
Nordeste	114 (7,0)	97 (5,9)	263 (16,1)	510 (31,2)	649 (39,7)	1.633 (100,0)
Sudeste	140 (8,8)	114 (7,1)	61 (3,8)	447 (28,0)	833 (52,2)	1.595 (100,0)
Sul	88 (7,7)	52 (4,6)	113 (9,9)	395 (34,6)	493 (43,2)	1.141 (100,0)
Centro-Oeste	44 (10,5)	63 (15,0)	72 (17,1)	99 (23,6)	142 (33,8)	420 (100,0)
Total	412 (7,8)	379 (7,2)	587 (11,1)	1.592 (30,1)	2.317 (43,8)	5.287 (100,0)

Fonte: Ministério da Saúde, 2003-2004

No que tange à modalidade de gestão, a autonomia municipal conferida pela Gestão Plena de favorece a oferta de atenção ao risco na gravidez. Há associação entre este tipo de gestão e o atendimento ao pré-natal de risco ($\chi^2=97,888$; $P<0,001$). Dos municípios que atendem a mais que 75% da demanda, 35,5% ($n=228$) estão em Gestão Plena de Sistema contra 28,2% ($n=1.161$) que estão na modalidade de Gestão Plena da Atenção Básica. Mesmo assim, 30,2% ($n=194$) dos 643 municípios em Gestão Plena de Sistema não atendem ao risco gestacional e, entre os 4.119 municípios de Atenção Básica, o volume cresce para 47,3% ($n=1.949$).

Há associação significativa entre a modalidade de gestão e a garantia de vaga na maternidade ($\chi^2=93,709$ e $P<0,001$; $n=4.918$). Em 93,7% ($n=651$) dos municípios em Gestão Plena do Sistema ($n=695$) há garantia de vagas na maternidade, confirmando a possibilidade de melhoria na oferta de atenção ao parto nos municípios sob vigência dessa modalidade de gestão.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados interessam aos gestores públicos do SUS e aos movimentos sociais que atuam no controle social da saúde. A disponibilidade de informações sobre a oferta de serviços para as mulheres nos municípios permite redirecionar os processos de gestão de serviços e fornece subsídios ao controle social do sistema.

Por meio da Portaria 569/GM de 1/6/2000, o Ministério da Saúde estabelece diretrizes e princípios norteadores para o PHPN entre os quais destaca-se o conjunto dos direitos relacionados a: universalidade do atendimento ao pré natal, ao parto e puerpério digno e de qualidade às gestantes, acesso com visita prévia ao local do parto, presença do acompanhante no momento do parto e atenção humanizada e segura ao parto. Esses direitos são ainda extensivos ao recém-nascido, em relação à adequada assistência neonatal.⁶ Às mulheres em situação de risco gestacional o Ministério da Saúde alerta para que seja garantido o acesso aos serviços necessários.

As orientações específicas para o pré-natal contidas na Portaria definem que o atendimento deve ser iniciado até o quarto mês da gestação e a concentração mínima de seis consultas por período gestacional. Define ainda um conjunto de exames laboratoriais e procedimentos requeridos para o cumprimento dos objetivos da atenção qualificada e humanizada às gestantes.⁶

Essa mesma Portaria estabelece que as autoridades

sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia de tais direitos.^{2,5,6} A responsabilidade sobre a prestação de serviços, que agora recai sobre os municípios, faz os gestores municipais da saúde atores fundamentais no processo. A descentralização da gestão da saúde tem sido responsável pela expansão da cobertura oferecida pelo SUS.

A estratégia de Humanização no Pré-Natal e Nascimento é objeto do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em março de 2004 pelo Ministério da Saúde.⁵ Esse pacto tem como meta a redução de 15% sobre as taxas de mortes de mulheres e recém-nascidos até o final do ano de 2006 e em 75% até o ano de 2015. Os resultados do presente estudo evidenciam os desafios para o cumprimento desse Pacto.

Se a atenção ao pré-natal de baixo risco é realizada para estabelecer um processo de vigilância à saúde das mulheres gestantes, com o propósito de controlar riscos, é necessário garantir a estrutura ambulatorial e hospitalar adequada ao atendimento aos riscos identificados. Idealmente, todo serviço de atenção ao pré-natal de baixo risco deveria dispor da possibilidade de referência dos casos de alto risco identificados.

Entre os desafios relacionados à descentralização para a prestação de serviços de saúde está a persistência das disparidades inter e intra-regionais. A literatura sobre o tema tem advertido sobre a hipótese de que um círculo vicioso seja estabelecido por políticas descentralizadoras e que problemas e virtudes da descentralização se distribuam equitativamente, consolidando as desigualdades inter e intra-regionais. Esta situação neutraliza o objetivo último da descentralização, qual seja o de permitir maior liberdade e governabilidade às instâncias públicas de gestão e às sociedades locais.⁹

Os resultados do presente estudo confirmam a expansão do atendimento à demanda, revelando indícios de melhoria na atenção pré-natal. Entretanto, destaca as lacunas e os desafios necessários ao aperfeiçoamento da atenção às mulheres gestantes, nas suas distintas demandas. Persistem desigualdades regionais e populacionais, cujas evidências surgem nos dados referentes à disponibilidade de estrutura adequada ao atendimento de alta e média complexidade. Salienta-se a necessidade de estratégias diferenciadas para o enfrentamento dessas situações e de promoção da equidade do acesso aos serviços e da conquista da saúde.

É necessário realizar avaliações da atenção às mulheres gestantes, voltadas à capacidade operativa dos

municípios nas suas distintas condições, especialmente relativas à modalidade de gestão. Essas avaliações requerem ainda outras modalidades de estudos avaliativos que informem sobre a qualidade da atenção que vem sendo oferecida no SUS às distintas necessidades e ciclos de vida da mulher.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Lynn Dee Silver da Universidade de Brasília e ao Prof. Dr. José Guilherme Cecatti da Universidade Estadual de Campinas pela contribuição na formulação do projeto e discussão dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd GD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003;25:717-24.
2. Escobar JAC, Darias LS, Espinosa MAG, Castañeda LR, Herrera YG G, Niurka PR et al. Risk factors for low birthweight in a Cuban hospital, 1997-2000. *Rev Panam Salud Publica* 2002;12:180-4.
3. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad Saúde Pública* 2001;17:1025-9.
4. Kilsztajn S, Rossbach AC, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública* 2003;37:303-10.
5. Ministério da Saúde. Ano da mulher. Brasília (DF); 2004. (Série E. Legislação em Saúde).
6. Ministério da Saúde. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
7. Osís MJD, Hardy E, Faundes A, Alves G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1993;27:49-53.
8. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Brasil no panorama da atenção obstétrica. *Rev Brasileira de Saúde Materno-Infantil Recife*, 4(3):269-279.
9. Souza C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002;7:431-42.
10. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstetr* 2002;24:293-9.
11. Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. *São Paulo Med J* 2001;119(1):33-42.