



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

ANA CAROLINE DE FREITAS HONORATO

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM GESTANTES ASSISTIDAS
PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SETOR
HABITACIONAL SOL NASCENTE, CEILÂNDIA - DF**

BRASÍLIA - DF
2014

ANA CAROLINE DE FREITAS HONORATO

ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM GESTANTES ASSISTIDAS
PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SETOR
HABITACIONAL SOL NASCENTE, CEILÂNDIA-DF

Monografia de Conclusão de Curso como
requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Saúde Coletiva, apresentada à
seguinte banca examinadora:

Prof.^a Dra. PATRÍCIA MARIA FONSECA ESCALDA
Faculdade de Ceilândia – FCE/ UnB

Prof.^a Dra. CLÉLIA MARIA DE SOUSA PARREIRA
Faculdade de Ceilândia – FCE/ UnB

Prof.^a Dra. MARIANA SODÁRIO CRUZ
Faculdade de Ceilândia – FCE/ UnB

BRASÍLIA - DF

2014

Dedico este trabalho à minha família, amigos, as gestantes do Sol Nascente e a todos os profissionais e trabalhadores da saúde que atuam na Atenção Básica, que contribuíram para meu aprendizado e formação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que está presente em todos os momentos da minha vida, por ter me concedido força e coragem durante toda a minha graduação.

À minha mãe, meu exemplo de mulher, que sempre me apoiou e me incentivou. Agradeço ao meu pai por todo o cuidado comigo e por ser um homem tão carinhoso e de um caráter imensurável. Agradeço a minha irmã Luany e às minhas sobrinhas Júlia e Laura, por todo o amor concedido e por estarem sempre ao meu lado. Minha gratidão ao meu namorado Weverson, pelo apoio e companheirismo principalmente no período de realização desse trabalho. Minha imensa gratidão a toda a minha família que é meu alicerce e de onde eu sempre tiro forças e inspiração.

Agradeço especialmente aos meus familiares Marisa, Eliete, Luiza, Caio e Valdinei que me acolheram com tanto amor em seu lar, que me ajudaram em tantos momentos, que depositaram confiança e acreditaram em mim. Ressalto os meus eternos agradecimentos, pois, se não fossem por eles não teria ingressado na UnB. Agradeço ao Marcos, Anaisa, Naiana, Lukas, Filipe, Thâmylla e Nidy pelo apoio, pela generosidade e por tudo que fizeram por mim em Brasília. De forma muito significativa todos vocês participaram da construção da pessoa que sou hoje. Agradeço por todo o aprendizado e pelos bons momentos vividos, sem vocês não teria sido possível a conclusão deste trabalho.

Aos meus amigos, Ana Carolina Esteves, Akeni, Carol Castro, Camila Cortez, Cleverson Rubens, Dalila, Patrícia, Priscila, Jéssica Mendes, Ruth Rangel, Luciana, que me acompanharam durante a faculdade e que sempre estiveram presentes. Obrigada por fazerem parte deste momento tão importante que é o da graduação. Todos vocês contribuíram direta ou indiretamente na minha vida acadêmica e para construção deste estudo.

Agradeço especialmente a minha orientadora professora Dr^a Patrícia Escalda pela competência, dedicação e paciência com que me orientou nesse trabalho. Obrigada por todo o aprendizado e pelos respeitosos momentos de reflexão e discussão compartilhados. Os momentos de orientações e ensinamentos foram essenciais neste processo.

A todos os integrantes do grupo Pet- Saúde que me ajudaram e contribuíram para a realização deste trabalho. Obrigada a todos pelas experiências compartilhadas, pelo auxílio no envio das fichas B-ges e pelas atividades desenvolvidas. Em especial, gostaria de agradecer às preceptoras e enfermeiras Aline Daniel e Soraia pela disponibilidade e apoio no percorrer da pesquisa. Agradeço também os integrantes:

Natália, Elias, Elayne, Luana, Apollo, Ana Carolina e Luiz por toda a ajuda na construção das informações. Agradeço a todos os profissionais da unidade de saúde da família estudada pela atenção e pelo envolvimento na busca pelos prontuários, nas informações das gestantes ou nas dúvidas em relação aos processos e procedimento de trabalho na Atenção Básica. Agradeço a professora Marilac Meireles por toda a atenção concedida e pelos vários materiais de pesquisa disponibilizados que contribuíram para fundamentação teórica desta pesquisa.

A todo corpo docente da UnB- FCE e à banca examinadora composta pelas professoras doutoras: Mariana Sodário Cruz e Clélia Maria de Sousa Parreira, pela disponibilidade e por contribuírem para aperfeiçoamento deste trabalho.

Obrigada a todos!

*“Os sonhos trazem saúde para a emoção, equipam o
frágil para ser autor da sua história, renovam as
forças do ansioso, anima os deprimidos.”*

(Augusto Cury)

RESUMO

O pré-natal permite acompanhar a gestante e identificar situações de risco para a mãe e a criança. Uma atenção à saúde adequada a gestante poderá produzir um impacto favorável na redução da mortalidade materna e perinatal. O acesso ao pré-natal de forma a atender às reais necessidades das gestantes deverá ter sua organização voltada para população adscrita na área de abrangência da unidade de saúde. A saúde da família visa uma integração entre ações preventivas e curativas para o indivíduo e a família de forma integral e contínua. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é uma ferramenta de planejamento, monitoramento e avaliação para as Equipes de Saúde de Família (ESF) no seu território de atuação delimitado em microáreas. O objetivo desse trabalho foi analisar a assistência pré-natal às gestantes residentes nas microáreas de atuação dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família. Quanto ao percurso metodológico trata-se de um estudo epidemiológico descritivo. Foi realizado na área de atuação de três ESF que atuam no Condomínio Sol Nascente/Ceilândia- DF, no período de outubro/13 a outubro/14. O processamento dos dados foi realizado no software Einfo/OMS versão 7.1.4.0 para análise descritiva e distribuição das variáveis. Foram identificadas 138 gestantes nas quais realizavam acompanhamento do pré-natal na unidade básica de saúde. O estudo identificou que a maioria das mulheres jovens adultas (48,6%) na faixa etária entre 20 a 29 anos viviam união estável ou casadas (75,2%) e de baixa escolaridade, 52,1% possuíam o ensino fundamental. Em relação ao número de gestantes cadastradas, uma ESF se destacou por acompanhar 42% das gestantes. Quanto à ocupação 67% não trabalhavam fora de casa. Em relação ao pré-natal, 79% iniciaram as consultas no primeiro trimestre de gestação e 69,1% realizaram mais de seis consultas de pré-natal. Os resultados evidenciam um avanço em relação ao reconhecimento das gestantes residentes na área de atuação das ESF para a sistematização dos dados. Isso implica em uma análise da situação de saúde daquela população a fim de identificar o perfil epidemiológico e eleger os problemas prioritários.

Palavras-chave: assistência ao pré-natal, saúde da família, território.

ABSTRACT

The prenatal allows follow the pregnant woman and identify risks situations for the mother and the child. A health care adequate for the pregnant woman can produce a favorable impact on the reduction of the maternal and perinatal mortality. The access to prenatal to meet the real needs of pregnant women must be organize to meet all this enrolled population at the health unit catchment area. The family health aims an integration between preventive and curative actions for the individual and the family in an integral and continuous way. The Information System of Primary Care (SIAB) is a planning, monitoring and evaluation tool for the Family Health Teams (ESF) in your service territory delimited in micro areas. The objective of this paper was analyze the prenatal assistance for the pregnant women residents at the actuation micro area of the health community agents in the Family Health Teams. About the methodological course, it's a descriptive epidemiological study. The study was realized at the actuation area of three ESF in the Condomínio Sol Nascente/Ceilândia- DF, from October/2013 to October/2014. The data processing was realized in the software Epiinfo/OMS version 7.1.4.0 for analysis descriptive and distribution of variables. It was identified 138 pregnant women, which realized follow of prenatal in the basic health unit. The study identified mostly women young adults (48,6%) in the age group between 20 and 29 years, which lived stable union or married (75,2%) and low schooling, 52,1% had the basic education. About the number of registered pregnant women, one ESF stood out by follow 42% pregnant women. About the occupation, 67% didn't work out home. In relation to prenatal, 79% started the consultations on the first trimester of gestation and 69,1% held more than six prenatal consultations. The results shows an advancement about the recognition of pregnant women living at the actuation area of ESF to the data systematization. This implies in an analysis of the health situation of that population, to identify the epidemiological profile and elect the priority problems.

Keywords: prenatal assistance, health family, territory.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica

ABO-Rh- Tipagem sanguínea ABO e sistema Rh

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CODEPLAN- Companhia de Planejamento do Distrito Federal

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DAB- Departamento de Atenção Básica

DF - Distrito Federal

ESF- Equipe Saúde da Família

Hb/Ht- Hemoglobina e hematócrito

HIV – *Human Immuno deficiency Virus*

IBGE - Instituto Brasileiro de Demografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PET- Programa de Educação pelo Trabalho

PHPN- Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento

PN- Pré-natal

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

RA - Região Administrativa

SHSN- Setor Habitacional Sol Nascente

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

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

SES- Secretaria de Estado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UBS-LAB- Unidade Básica de Saúde- Laboratório

VDRL- *Veneral Disease Research Laboratory*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das gestantes cadastradas, segundo equipe saúde da família (ESF) no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014.....	36
Tabela 2 - Distribuição das gestantes residentes, segundo microárea de atuação dos ACS no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014.....	36
Tabela 3 - Distribuição de gestantes, segundo faixa etária no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014.....	37
Tabela 4 - Distribuição da frequência das gestantes, segundo estado civil no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014.....	39
Tabela 5 - Distribuição de gestantes, segundo nível de escolaridade no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014.....	39
Tabela 6 - Distribuição da frequência de gestantes, segundo início do pré-natal no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014.....	41
Tabela 7 - Distribuição da frequência, segundo fatores de riscos das gestantes no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014.....	42
Tabela 8 - Distribuição da frequência, segundo aferição da pressão arterial na primeira consulta, no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014.....	43
Tabela 9 - Distribuição da frequência, segundo número de consultas pré-natal de gestantes com a data provável do parto até Outubro/2014 no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014.....	44
Tabela 10 - Distribuição da frequência de mulheres que enceraram o pré-natal e tiveram o registro da consulta puerperal no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014.....	45

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	21
3. REFERENCIAL TEÓRICO	22
4. METODOLOGIA.....	29
4.1 TIPO DE ESTUDO	29 29
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	29 29
4.3 FONTE DE DADOS	32
4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	32 2
4.5 PERÍODO DO ESTUDO.....	33 3
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	33 3
4.7 PROCESSAMENTO DE DADOS E ANÁLISE	34 4
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35 5
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
7. REFERÊNCIAS.....	47
8. ANEXO 1: FICHA B-GES ADAPTADA.....	55 e 56
9. ANEXO 2: FICHA B-GES.....	57

1. INTRODUÇÃO

A saúde da mulher se constitui um tema oportuno e pertinente para estudos nos dias atuais, pois ainda é necessário discutir e buscar soluções para o enfrentamento de problemas de morbimortalidade relacionados ao processo da reprodução. Além dos aspectos biológicos, há também outros assuntos como gravidez indesejada, aborto, sexualidade, qualidade da atenção à saúde, anticoncepção, gestação saudável, morbidade relacionada à gestação e morte materna (CECATTI, 2005). Nessa perspectiva, a assistência pré-natal tem merecido destaque na atenção à saúde materno-infantil e na consolidação de práticas e conhecimentos obstétricos e neonatais, bem como, metodologias que permitam a implantação de avaliações rotineiras do atendimento à gravidez (COUTINHO et al., 2003).

Em toda a América Latina morrem 28.000 mulheres por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério. Cerca 98% desse quantitativo, poderiam ser evitadas se as condições de saúde fossem semelhantes as dos países desenvolvidos (BRASIL, 2007a). A persistência de altos índices de mortalidades materna e perinatal motivaram o surgimento de um leque de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal em consequência de deficiências apresentadas tanto na extensão da cobertura como na qualidade do conteúdo das consultas (COUTINHO et al., 2003). No Brasil, observou-se que houve um aumento da cobertura da assistência ao pré-natal e do número de consultas nos últimos 15 anos. Em relação aos óbitos menores de um ano no período de 1997-2006, houve uma redução de todas as mortes evitáveis, exceto daquelas relacionadas a uma adequada atenção pré-natal (DOMINGUES et al., 2012).

Em nações desenvolvidas, as perdas perinatais estão relacionadas principalmente a doenças de difícil prevenção como: más-formações congênitas, deslocamento prematuro de placenta e os acidentes de cordão. Entretanto, em países em desenvolvimento predominam óbitos perinatais por afecções passíveis de prevenção por meio de adequada assistência pré-natal (ANVERSA et al., 2012).

Com isso, apesar da ampliação na cobertura pré-natal, ainda se observa uma grande incidência de sífilis congênita e hipertensão arterial sistêmica, o que representa uma das causas mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no país e também porque somente uma pequena parcela das gestantes consegue realizar o elenco mínimo de ações preconizadas por organismos oficiais de saúde (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2005). Estudos e pesquisas mostram que com a permanência destes indicadores, têm-se levantado discussões para serem ainda trabalhadas com esta população. A assistência pré-natal, apesar de ter crescido nos últimos anos, ainda é baixa devido às desigualdades no uso da assistência em relação as regiões mais vulneráveis (COIMBRA, 2003).

Segundo Ribeiro et al. (2004, p. 06):

[...] a cobertura do pré-natal consiste um dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica do SUS. Como envolve toda a cadeia de procedimentos que os serviços devem realizar para outras ações de atenção básica, o funcionamento do pré-natal reflete aspectos da atuação de outros programas. A importância da atenção ao pré-natal como política governamental é evidente e expressa no conjunto de normas que regem a operação do SUS.

O pré-natal (PN) possui como finalidade assegurar o desenvolvimento da gestação, preparar a mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação normal permitindo assim, um parto de um recém-nascido saudável e o bem estar materno e neonatal. Para tanto, são necessários profissionais envolvidos às gestantes e familiares a fim de promover atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2005). O pré-natal é uma etapa fundamental para o monitoramento da gestante que busca identificar e intervir nas situações de risco à saúde tanto para mãe quanto para o bebê evitando assim futuras complicações (COSTA et al.,2013).

No Brasil, a principal estratégia de efetivação e organização da Atenção Básica, e de operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Estratégia Saúde da Família, inicialmente apresentado como programa, e em seguida considerado uma estratégia saúde da família, de

reorientação do modelo assistencial, com caráter substitutivo das práticas convencionais (GOMES et al., 2011).

No âmbito do SUS, a atenção pré-natal com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias. Estados e municípios devem dispor de uma rede de serviços organizada para atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2005).

Na estratégia saúde da família, cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e por agentes comunitários da saúde (ACS), os quais não podem ultrapassar doze, havendo ou não a vinculação de outros profissionais como odontólogo e auxiliar ou técnico de saúde bucal (BRASIL, 2009a). Quando a equipe não é composta pela formação mínima, é chamada de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tanto nas ESF quanto no PACS, o profissional enfermeiro é o responsável direto pelas ações dos ACS, sendo seu supervisor local (VASCONCELOS, 2010).

A Atenção Básica (AB), além dos princípios e diretrizes do SUS, orienta-se também pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, participação social. Dentre esses princípios destaca-se a longitudinalidade, que trata do acompanhamento do paciente ao longo do tempo pela equipe de saúde e é considerada a característica central na AB (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Em relação ao ACS, este é o elo entre a equipe e a comunidade, pois conhece as necessidades no âmbito social e no âmbito profissional. De acordo com a portaria nº 648/ GM 28/13 os ACS desenvolvem ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Equipe de Saúde da Família (ESF); trabalham com base geográfica definida (microárea); necessitam estar em contato permanente com a família desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; desenvolvem o cadastramento das pessoas de sua microárea e atualização dos dados; buscam orientar as famílias quanto aos serviços de saúde; desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos; acompanhamento, por meio das visitas domiciliares de todas as famílias e indivíduos de sua responsabilidade

(BRASIL, 2006a). O ACS exerce um papel fundamental no acompanhamento, monitoramento e assistência da gestante, uma vez que há a formação de um vínculo de afetividade e confiança entre a gestante e o profissional, além de melhorar a adesão ao pré-natal e contribuir para a insegurança, ansiedade e para a participação das grávidas em grupos de gestantes da unidade básica de saúde. (VASCONCELOS, 2010).

É importante salientar que o pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes com a utilização de conhecimentos técnico-científicos, sendo a unidade básica de saúde (UBS) a porta de entrada das gestantes no sistema único de saúde. A UBS é ponto de atenção estratégico para o acolhimento e acompanhamento longitudinal da gestante garantindo uma assistência continuada além de avaliações sobre a situação de saúde materna e neonatal. Deve estar articulada com toda a rede de atenção e suas ações precisam ser direcionadas para a cobertura de toda a população alvo da sua área de abrangência. (BRASIL, 2012b; GONÇALVES, et al., 2008).

As equipes da atenção básica devem organizar os serviços e ofertar ações de cuidado integral e articulado com outros pontos de atenção referentes à saúde materno-infantil. Diante disso, cada equipe da UBS precisa conhecer ao máximo a população adscrita de mulheres em idade fértil e aquelas que pretendem engravidar, por meio de trabalhos multiprofissionais a fim de potencializar ações e integração das ações de caráter individual e coletivo. Quanto maior o vínculo houver entre a mulher e a UBS maiores as chances de aconselhamento pré- concepcionais, detecção precoce da gravidez e início do pré-natal. Diante disso, as equipes devem buscar estratégias para solucionar os problemas de saúde dessa população sob sua responsabilidade sanitária mesmo quando necessita de atenção em outros serviços do sistema. Os profissionais precisam estar inseridos nas atividades de planejamento, promoção da saúde, controle social, educação permanente e devem realizar ações de prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades do indivíduo, proporcionando um atendimento humanizado. Além disso, é de grande importância o seu envolvimento dentro de todo o processo que envolve a saúde materno-infantil na atenção básica: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua

de informações, realização de cuidados em saúde prioritariamente no âmbito da UBS, do domicílio e dos demais espaços comunitários. (BRASIL, 2012a)

É de grande relevância o acompanhamento das gestantes pelas equipes de estratégia saúde da família, visto que esta oferece uma melhor atenção à saúde das gestantes. Considerando a discussão apresentada, este estudo pretende analisar a assistência ao pré-natal às gestantes residentes nas microáreas de atuação dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família.

A pesquisa tem como ponto central o processo de coleta, tratamento e análise de dados da assistência pré-natal realizada na Unidade Básica de Saúde - Laboratório Regional (UBS-LAB), Ceilândia- DF. O presente trabalho consiste em uma integração ao Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET- SAÚDE). Além da introdução e dos objetivos, essa monografia está estruturada em referencial teórico, metodologia, resultados e discussão e por fim considerações finais.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a assistência ao pré-natal às gestantes residentes nas microáreas de atuação dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família no Setor Habitacional Sol Nascente, Ceilândia-DF.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Descrever o perfil epidemiológico e sociodemográfico das gestantes residentes na área de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde da unidade de saúde da família - laboratório regional, Ceilândia-Df.
- Identificar as gestantes cadastradas nas equipes de saúde da família.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

As políticas de saúde das mulheres no Brasil começaram a surgir no começo do século XX, o acesso das mulheres aos serviços de saúde era em função de ações de educação sobre higiene e puericultura tendo em vista o cuidado com as crianças e redução da mortalidade infantil (VILLELA; MONTEIRO, 2005). Na segunda metade do século XX, as ações se estendem às mulheres, mas se restringiam apenas à saúde materno-infantil. Os programas elaborados na época preconizavam as especificidades biológicas durante a gravidez, parto e puerpério e no papel social da mulher como mãe, doméstica e cuidadora (BRASIL, 2011a). Deste modo, percebe-se que as práticas de saúde da mulher continham uma concepção voltada para a produção e reprodução.

Em resposta do governo para alguns problemas sanitários relacionados à saúde materno-infantil, foram implementados alguns programas verticais, o Programa de Saúde Materno- Infantil, em 1975, e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco, em 1978. As políticas de saúde eram voltadas para uma prática assistencialista e intervencionista (NETO et al., 2008). As críticas da sociedade civil organizada, em especial os movimentos de mulheres e profissionais de saúde, perante aos programas com enfoque no binômio mãe-filho tiveram uma forte atuação na agenda política e contribuíram para elaboração de propostas de atendimento à mulher em todos os ciclos de vida e que atendessem suas necessidades. Já na década de oitenta houve a criação do Programa de Assistência Integral a Saúde das Mulheres – PAISM. (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

O surgimento do PAISM, demonstrou que o governo estava procurando agilizar a atenção à saúde da população em geral, expandir e consolidar a rede de serviços básicos de prestação de ações integrais de saúde identificadas por critérios epidemiológicos, impacto e transcendência, dentre essas atividades estavam àquelas voltadas para o grupo materno-infantil. O objetivo do programa previa uma assistência integral clínico-ginecológica e educativa; aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; planejamento

familiar; câncer de colo de útero e mama; assistência contraceptiva e doenças sexualmente transmissíveis – DST (BRASIL, 1984; OSIS, 1998).

Diante do contexto socioeconômico alarmante que se encontrava o país e grande parte pelos movimentos sociais que lutavam pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, os que defendiam os direitos dos cidadãos e organizações de intelectuais da área da saúde constituiu-se o Movimento da Reforma Sanitária que logo em seguida deu origem ao SUS – Sistema Único de Saúde (BITTENCOURT, 2013). A partir do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 no qual, provocou ampla mobilização social, puderam-se explicitar as diretrizes para a reorganização do sistema em que levou os Constituintes à promulgação da Constituição Federal de 1988 que estabelecia saúde como um direito de todos e dever do estado, além disso, o relatório deixava claro como resultado das discussões a necessidade de criação de um Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007b).

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e no parto permanece como um desafio para a assistência. O PAISM apresentou um olhar mais amplo à saúde da mulher, obrigando os serviços e gestores a pensarem de forma mais abrangente e refletirem sobre a heterogeneidade das estratégias adotadas na organização do sistema. Entretanto, a implantação do programa foi muito diferenciada em todo o país, mesmo aqueles que adotaram um conjunto de atividades preconizadas pelo PAISM tiveram questionamentos relacionados sobre a qualidade da assistência e indicadores de resultados maternos e perinatais que continuavam alarmantes. (SERRUYA et al., 2004).

Em 1991 teve início o Programa de Agentes Comunitários (PACS) que tinha como finalidade contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna e para a reorganização dos serviços municipais de saúde além de uma integração efetiva entre comunidade e as unidades de saúde. A partir da experiência do PACS e com a intenção de ampliar o modelo assistencial vigente na época, em 1994 o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF) que visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua tendo como objeto central uma reorientação do modelo assistencial e partir da atenção básica e com os princípios do SUS facilitando também o levantamento de informações de saúde num território definido diante do princípio da vigilância em saúde (ROSA; LABATE, 2005). Desde 1999, o PSF

passou a ser considerada uma estratégia estruturante com a intenção de inserir uma nova dinâmica na organização dos serviços. A Estratégia Saúde da Família preconiza que a equipe de saúde da família tenha caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição da população, cadastramento e acompanhamento da população residente (ESCOREL et al., 2007).

De acordo com Neto et al. (2012), no âmbito da assistência pré-natal, a implantação do PSF em unidades de saúde traz benefícios e espera-se que realize o máximo de atividades educativas, clínicas e diagnósticas. De acordo com o autor, embora apresente vantagens em potencial, a ESF ainda não alcança todos os municípios do país. Em alguns deles convivem as UBS tradicionais, o PACS e ESF, seguindo lógicas distintas dentro de um mesmo território. O PACS pressupõe que os agentes comunitários de saúde e enfermeiros dentro de sua área adscrita, dentre outras ações de promoção e prevenção de agravos, identifiquem e encaminhem gestantes ao pré-natal, acompanhem a vacinação periódica por meio do Cartão da Gestante, identifiquem situações de risco e as encaminhem aos setores responsáveis. Tendo em vista que o atendimento pré-natal nem sempre é realizado com os mesmos profissionais, necessitou-se de um meio de comunicação entre o atendimento do PN realizado em nível primário e a assistência ao parto realizado a nível secundário. O Cartão da gestante é um instrumento de registro, contendo os principais dados do acompanhamento da gestante tanto em relação às mães quanto aos serviços (CAMPOS et al., 1996).

O Ministério da Saúde implementou no ano de 2000, em todo território brasileiro, o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) que tinha como objetivo uma melhora na qualidade e acesso à assistência além de estratégias para a estruturação do programa nos municípios. Foi estabelecido um protocolo mínimo de ações em atenção obstétrica de forma igualitária no país, o PHPN foi o resultado da política de enfrentamento às questões ainda sem resolução após a instituição do PAISM. Além de meta de atendimento humanizado o PHPN incluía a necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes de forma a diminuir mortalidade materna e perinatal (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Os critérios estabelecidos no PHPN foram: no mínimo 6 consultas de acompanhamento pré-natal, sendo que preferencialmente uma aconteça no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação; uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento; exames laboratoriais, tais como: a) ABO-Rh, na primeira consulta; b) VDRL na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; c) exame de urina na primeira consulta e outro na trigésima semana; d) glicemia de jejum, um na primeira consulta e outra na trigésima também; e) hemoglobina e hematócrito (HB/Ht) na primeira consulta; testagem anti-HIV; aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, realização de atividades comunicativas; classificação de risco gestacional realizada na primeira consulta; garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência (BRASIL, 2002a). O programa visa garantir uma identificação precoce de todas as gestantes da comunidade e o início do acompanhamento no primeiro trimestre da gravidez objetivando a continuidade da assistência em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2005).

A assistência pré-natal é uma das mais antigas ações desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde no Brasil. Várias medidas vêm sendo tomadas para ampliar o acesso das mulheres ao acompanhamento pré-natal, para qualificar as ações nele desenvolvidas e para modificar o modelo de atenção ao parto (LAGO; LIMA, 2009). Com a implantação do PHPN, os dados das gestantes dos municípios e Distrito Federal vêm sendo atualizados em um sistema informatizado para o acompanhamento, o SISPRENATAL (sistema eletrônico para a coleta de informações sobre o acompanhamento pré-natal), um instrumento criado pelo departamento de informática do SUS (DATASUS) para coleta de dados dentro do contexto do programa (CECATTI, 2011).

Diante da consolidação do SUS e seus princípios, na perspectiva de melhorias na organização e funcionamento do sistema, foi estruturado uma série de ações estratégicas por meio de Programas de Saúde e Pactos com vistas à efetivação dos direitos à saúde. No Brasil, a cobertura do pré-natal consiste em um dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, a atenção básica é definida como um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção

da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”, sendo esta desenvolvida pelas práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe, direcionada a um território delimitado, com responsabilidade sanitária e considerando a dinâmica do território.

Na Atenção Básica (AB) é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados para o enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença. Para tanto, as equipes de saúde devem se organizar sobre uma base territorial, onde a distribuição dos serviços siga uma lógica de delimitação de área de abrangência, de maneira a desenvolver responsabilidade sanitária para que as atividades sejam voltadas ao cuidado longitudinal das famílias da comunidade, integralidade da atenção com ações permanentes de vigilância em saúde. As ações de vigilância em saúde devem estar incorporadas no cotidiano das equipes de atenção básica/ saúde da família (BRASIL, 2008a).

A vigilância em saúde tem no princípio da territorialidade sua principal premissa. Ela se conceitua como conjunto de atividades voltadas para identificação, análise, monitorização, controle e prevenção dos problemas de saúde de uma comunidade (BRASIL, 2002b). Assim, consegue-se definir problemas e um conjunto de prioridades bem como obter os recursos para atender às necessidades de saúde daquele território (CAMPOS, 2003). O território de um distrito sanitário ou município, além de um espaço delimitado geograficamente, verifica-se a interação entre população-serviços e caracteriza-se com uma população específica que vive em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde e que interagem com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. O reconhecimento desse território é importante para a caracterização dessa população e de seus problemas de saúde e torna-se um instrumento básico para adoção de políticas de organização das ações de saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A vigilância em saúde, entendida como uma forma de pensar e agir tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes (BRASIL, 2008a). A vigilância em saúde engloba ações coletivas de saúde e uma observação contínua utilizando da epidemiologia no planejamento, programação e avaliação dos serviços de

saúde, incluindo ainda outras áreas de conhecimento (BRASIL, 2002b). A avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações, decorre em grande parte das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção (FELISBERTO, 2004). O papel das informações como ferramenta para avaliação, o monitoramento e o planejamento do conjunto de ações desenvolvidas no âmbito da política de saúde tem sido referido por diversos autores (AZEVEDO et al., 2006).

Dentre as bases de dados existentes no SUS encontra-se o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), implantado em 1998 para monitoramento e avaliação dos resultados da Estratégia Saúde da Família. O SIAB é um sistema de informação com dados gerados pelos profissionais de saúde das equipes de saúde da família, coletados nos domicílios em áreas cobertas pelo PACS e ESF. Tais informações são obtidas por meio de fichas de cadastramento e acompanhamento e analisadas com base em relatórios específicos (MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

De acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB) o SIAB foi desenvolvido pelo DATASUS (departamento de informática do SUS) para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes de saúde da família (DAB, 2012). O sistema é alimentado conforme as informações são coletadas nas visitas domiciliares do ACS, do atendimento médico e de enfermagem realizado na unidade básica de saúde ou domicílios. Esse sistema contém dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados sócio sanitários alcançados (SILVA, 2005).

Portanto, o SIAB é um instrumento gerencial para dar suporte operacional para os gestores e profissionais de saúde, auxiliar e agilizar o processo de tomada de decisão, pois se caracteriza por descrever a realidade socioeconômica, sinalizar as ações prioritárias baseado nas necessidades da população (AZEVEDO et al., 2006). As fichas que estruturam o trabalho das ESF e que compõem o SIAB são utilizadas para realizar cadastramento das famílias (Ficha A), acompanhamento domiciliar (Ficha B), ficha para acompanhamento da criança (Ficha C) e para registro de atividades, procedimentos e notificações das pessoas adscritas nos territórios das equipes

(Ficha D). As fichas B são divididas entre Ficha de gestantes (Fichas B-GES); ficha de hipertensos (Ficha B-HA); ficha de diabéticos (Ficha B- DIA); ficha de pessoas com tuberculose (Ficha B-TB); ficha de pessoas com hanseníase (Ficha B-HAN) (DAB, 2012). O SIAB representa uma fonte de dados em potencial, depois de registradas as informações os dados servem para auxiliar as ESF em seu processo de trabalho além de servir como fonte para estudos nas áreas de saúde coletiva. O sistema se caracteriza por ser territorializado, ou seja, fornece indicadores populacionais de uma determinada área de abrangência (SILVA, 2005).

O uso dos dados disponíveis pelo SIAB possibilita produzir informações para localizar problemas sanitários, planejar as ações e tomar decisões. O registro, a qualidade e a confiabilidade desses dados são condições necessárias para a institucionalização do monitoramento e para organização do trabalho na ótica da vigilância em saúde (MATO GROSSO, 2011).

O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que, produzindo informações sintéticas e em tempo eficaz, permite uma avaliação situacional, com a identificação e correção das ações monitoradas e, por conseguinte intervenções oportunas (GARCIA, 2001). As atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção à saúde são imprescindíveis para a implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde diante o monitoramento da situação de saúde da população, o trabalho e os resultados das ações. Faz-se necessário a incorporação da avaliação como prática sistemática na atenção básica, pois proporciona aos gestores subsídios para elaborar estratégias de intervenção e induz a uma ação para implementar a informação como instrumento de análise dentro das práticas assistenciais (BRASIL, 2004; TAMAKI et al, 2012).

Nesse sentido, para desenvolver ações voltadas ao acesso e para qualidade do pré-natal é necessário estabelecer indicadores para monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde. Vale ressaltar que para a melhoria da qualidade do pré-natal e para o alcance de bons resultados para saúde materna e infantil é necessário um bom uso da informação e elaboração de um diagnóstico situacional que oriente as ações da equipe para enfrentamento dos problemas de saúde (BRASIL, 2012c).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, que se caracteriza por ter como objetivo traçar o perfil epidemiológico da população de gestantes cadastradas e cobertas pela área de abrangência das equipes da Estratégia Saúde da Família. A epidemiologia descritiva visa desvelar os problemas de saúde-doença em nível coletivo, de acordo com a distribuição de doenças e agravos à saúde, em função das variáveis de tempo, espaço e às pessoas (ROUQUAYROL, 2003).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

De acordo com a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PNAD) da Companhia de Planejamento do Distrito Federal- CODEPLAN a região administrativa de Ceilândia/DF possui uma área urbana de 29,10KM² e está situada a 26 quilômetros de Brasília. A população estimada no ano de 2013 era de 449.592 habitantes. Ela está subdividida territorialmente nos setores: Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia norte, P sul, P norte, Setor O, Expansão do Setor O, QNQ, QNR, Setores de Indústria e de Materiais de Construção e parte do Incra (área rural da região administrativa), setor Privê e condomínios com condição fundiária irregular, como o Pôr do Sol e o Sol nascente. (GOVERNO DISTRITO FEDERAL, 2013).

O estudo foi realizado no setor Habitacional Sol Nascente (SHSN). De acordo com censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE a população era estimada em 56.483 habitantes. O SHSN ainda está em processo de regularização, e é considerado o segundo maior aglomerado urbano do Brasil (IBGE, 2010; MADER, 2012). De acordo com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) a regional de saúde de Ceilândia/DF conta com um Hospital Regional, com 12 Centros de Saúde, 1 Unidade de Pronto

Atendimento (UPA), 1 Posto de Saúde Rural, 1 Posto de Saúde Urbano e 2 Unidade Básicas de Saúde (SES, 2014). O SHSN ainda não possui unidade de saúde em seu território, de acordo com a divisão territorial da SES-DF, a população do SHSN conta com a cobertura do Centro de Saúde número 8, o Centro de Saúde número 10 e o Centro de saúde número 12 (SES, 2014).

A coleta de dados foi realizada no território de atuação de três equipes de saúde da família (ESF) de uma Unidade Básica de Saúde - Laboratório Regional (UBS-LAB). A estrutura física atual é dividida entre um laboratório regional de análises clínicas e com a unidade de saúde da família e está localizada no setor P norte de Ceilândia/DF. O centro de saúde número 8 (CS8) é a unidade de referência para o UBS-LAB no que diz respeito a procedimentos tais como, vacinação, exames laboratoriais e dispensação de medicamentos.

A unidade de saúde da família estudada conta com 5 consultórios de clínicas básicas, 1 consultório de odontologia, 1 sala de triagem, 1 sala de reunião e 1 sala administrativa. São constituídas 4 equipes de saúde da família. Cada ESF é composta por um enfermeiro responsável, um médico, dois técnicos de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde. Também conta com 2 recepcionistas, 2 guardas patrimoniais, e uma equipe de limpeza. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 7h às 18h. As ESF atendem a população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no entanto, como a cobertura das ESF não é 100% da população residente, casos esporádicos, que se caracterizam por pequenas urgências também são atendidos nessa unidade.

O acolhimento da gestante é uma forma de garantir e facilitar o acesso não apenas para as gestantes assistidas da área, mas para aquelas da demanda espontânea e não programada. As usuárias que são acompanhadas regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em outros momentos diversos do acompanhamento programado. O acolhimento é uma prática que deveria ser presente nas relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores da saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas é uma prática constitutiva e que pode acontecer de variadas formas (BRASIL, 2011b).

As 138 gestantes analisadas nesse estudo são moradoras do SHSN e realizam o acompanhamento do pré-natal na UBS-LAB. O cadastro das gestantes no pré-natal é realizado por meio das marcações de consultas e visitas domiciliares da equipe e dos ACS. As gestantes ou mulheres com suspeita de gravidez tem prioridade na marcação de consultas, a recepcionista faz o encaminhamento para a equipe responsável pela população residente na área de abrangência, de acordo com o endereço da usuária. Se durante a visita domiciliar a ESF ou o ACS identificar na família uma gestante ou uma mulher com possibilidade de estar grávida será agendada uma consulta com a enfermeira de equipe. Também no acompanhamento ambulatorial (médico ou de enfermagem) caso seja apresentada a suspeita de gravidez no momento da consulta já é realizado o teste rápido de gravidez e se houver confirmação naquele momento já realiza o cadastro no pré-natal.

A primeira consulta de pré-natal (PN) é realizada preferencialmente com a enfermeira e o número de consultas dependerá do trimestre que a gestante deu início ao PN. O número de consultas de pré-natal será estabelecido de acordo com a necessidade e avaliação do profissional. As consultas deverão ser mensais até a 32ª semanal, da 32ª até a 36ª é quinzenal e a partir da 36ª a consulta é semanal.

Ao fazer o cadastro no pré-natal é aberto um prontuário físico, pois a unidade de saúde ainda não conta com a informatização dos sistemas de saúde. É elaborado o cartão de pré-natal da gestante com as informações do período gestacional, histórico de outras gestações, agendamento de consultas, antecedentes familiares, exames laboratoriais entre outros. Juntamente ao prontuário fica um espelho do cartão da gestante para o acompanhamento das informações pelos profissionais. Na unidade é realizado o teste rápido de gravidez, teste rápido de sífilis e o de HIV (vírus da imunodeficiência humana). Para a realização dos outros exames, para a vacinação ou para a entrega de medicamentos a gestante é referenciada para o CS8.

4.3 FONTE DE DADOS

O instrumento de coleta de dados para essa pesquisa foi a ficha B-ges adaptada. Após uma avaliação da utilização da ficha B-Ges do SIAB pelos profissionais das ESF identificou-se a necessidade de agregar outras variáveis para que a mesma pudesse fornecer todas as informações relevantes para a pesquisa sobre a situação de saúde da população de gestantes. Com isso a equipe composta por estudantes/preceptores e tutora do PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) e movimento social, em conjunto com os ACS elaborou um instrumento de coleta de dados com os campos necessários para melhorar a qualidade da informação e possibilitar o monitoramento. O movimento social constituiu-se pela participação de mulheres líderes comunitárias do SHSN. Elas tiveram um papel essencial, tanto para a construção da ficha, quanto para o desenvolvimento do PET- Saúde, devido ao contato direto com a comunidade e o conhecimento das reais necessidades de saúde daquela população. Essa equipe elaborou uma ficha B-ges adaptada (Anexo1) no qual preservou todas as variáveis da ficha original (Anexo 2). Se as informações não eram encontradas na ficha, por falta de preenchimento, buscavam-se as informações nos prontuários de atendimento e no espelho do cartão da gestante. O preenchimento dos dados da gestante é realizado pelo ACS ou por outro profissional da equipe na ficha de cadastramento da família (ficha A) e na ficha de acompanhamento das gestantes (Ficha B-ges).

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram cadastradas 154 gestantes que realizavam o pré-natal na UBS-LAB, entretanto 6 gestantes mudaram de endereço no período estudado e 10 usuárias não foram encontradas as informações necessárias para o estudo nas fichas e nem nos prontuários. Com isso a população estudada foram 138 gestantes residentes nas microáreas.

4.5 PERÍODO DO ESTUDO

O período de estudo foi de outubro de 2013 a outubro de 2014 que corresponde o período de análise das gestantes cadastradas no SIAB.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

- As variáveis estudadas da ficha B-Ges adaptada para análise das frequências absolutas e relativas foram:
- ESF de acompanhamento;
- Microárea de residência;
- Registro de endereço;
- Idade da gestante (1- 14 a 19 anos, 2- 20 a 29 anos, 3- 30-39, 4- 40 anos ou mais). O ministério da saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para delimitar o período da adolescência de 10 a 19 anos;
- Estado civil (1- casada, 2- estável, 3- solteira, 4- outros);
- Educação (1- nenhum, 2- fundamental, 3- médio, 3- superior);
- Início do pré-natal (1- 1º trimestre, 2- 2º trimestre, 3- 3º trimestre);
- Ocupação da gestante (1-trabalha fora 2-não trabalha fora);
- Fatores de riscos (6 ou mais gestações; natimorto/aborto; tabagista; 36 anos ou mais; menor que 20 anos; edema; estado nutricional; sangramento; infecção do trato urinário; pressão alta; diabetes; etilismo; outras drogas);
- Aferição da pressão arterial na primeira consulta pré-natal (1- normal, 2- limítrofe e 3- pressão alta estágio 1);
- Intercorrência registrada;
- Relato de falta de aceitação com a gestação na primeira consulta;

- Para aquelas gestantes com data provável do parto até outubro de 2014 foi identificado:
- Número de consultas de pré-natal (1- 0 a 5 consultas, 2- 6 consultas ou mais).
- Para as mulheres que encerraram a gestação foi identificado:
Registro da consulta puerperal (1- não registrada, 2- registrada).

4.7 PROCESSAMENTO DE DADOS E ANÁLISE

Todas as informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados construído no Software Excel em seguida os dados foram processados no software EpiInfo versão 7.1.4.0 para análise descritiva e distribuição das variáveis.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo é parte do projeto de pesquisa “Análise espacial das informações de saúde: estratégia para intervenção na atenção básica, Ceilândia - DF” e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS, parecer no 273/2013.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo analisou 138 gestantes cadastradas no SIAB residentes nas microáreas de atuação dos ACS e que realizam o pré-natal na unidade de saúde da família no setor P norte, Ceilândia/DF. As gestantes eram acompanhadas por três equipes de saúde da família, a equipe 1 possuía 26,8% das gestantes identificadas, a equipe 2 com 31,2% e já a equipe 3 possuía o maior número de gestantes acompanhadas, 42% (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição das gestantes cadastradas, segundo equipe saúde da família (ESF) no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014

Equipe Saúde da Família	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
ESF 1	37	26,8
ESF 2	43	31,2
ESF 3	58	42,0
Total	138	100,0

Tabela 2 - Distribuição das gestantes residentes, segundo microárea de atuação dos ACS no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014

Microáreas de residência	ESF 1		ESF 2		ESF 3	
	N	%	N	%	N	%
Microárea1	7	19,0	12	27,9	7	12,1
Microárea2	6	16,2	7	16,3	15	25,9
Microárea3	8	21,6	9	20,9	12	20,7
Microárea4	8	21,6	6	14,0	14	24,1
Microárea5	8	21,6	9	20,9	10	17,2
Total	37	100,0	43	100,0	58	100,0

Observa-se na tabela 2, que a equipe 1 quase não houve variação no número de gestantes por microárea, já na equipe 2 uma microárea se destaca por concentrar quase 30% de gestantes. Em seguida, 50% das gestantes da equipe 3 são residentes da microárea 2 e da 4. O principal propósito da

territorialização é permitir que as equipes de saúde da família (ESF) possam eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, isso irá refletir na definição de ações mais adequadas e para o planejamento e programação local (BRASIL, 2008a). Com isso, se faz necessário que a UBS entenda o território, não apenas como um espaço delimitado geograficamente, mas com um olhar para a realidade local e a situação de saúde daquela população. Se uma microárea se destaca pelo número de gestantes é preciso identificar os fatores sejam eles, demográficos, socioeconômicos ou epidemiológicos, para atribuir a tal situação. Isso implica em um reconhecimento e mapeamento do território que irá contribuir para uma efetiva atenção a saúde. Tendo como base que as ESF realizam um trabalho por meio de delimitação de área, verificou-se que apenas uma ficha não tinha o endereço registrado pelo ACS sendo que o registro é imprescindível para a organização dos serviços.

Tabela 3 - Distribuição de gestantes, segundo faixa etária no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014

Faixa etária	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
14-19 anos	34	24,7
20-29anos	67	48,6
30- 39 anos	34	24,6
40 anos ou mais	3	2,1
Total	138	100,0

De acordo com a tabela 3, a faixa etária com o maior número de gestantes é a de 20 a 29 anos, que representa 48,6%. Seguido pela faixa etária entre 30 a 39 anos com 24,6%, já entre 14 e 19 anos há 20,7% das gestantes e 2,1% (4) possuíam 40 anos ou mais. A idade média foi 27,7 anos variando entre 14 e 44 anos.

Comparando esses resultados com outros estudos, percebem-se dados semelhantes, grande parte das gestantes se concentra em adultas jovens (20-29 anos) e adolescentes abaixo de 20 anos. Uma pesquisa realizada em Porto Alegre mostra que pouco mais da metade (51,7%) estava nessa faixa etária entre 20-29 anos (GOMES; CÉSAR, 2013). O percentual de gestantes

adolescentes do SHSN está abaixo do percentual indicado por Leite et al., (2013) no Espírito Santo, a pesquisa realizada mostrou que 27,2% das gestantes concentravam-se em adolescentes.

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública tanto no Brasil como em outros países. Inúmeros fatores podem ser associados para essa taxa de gestação entre adolescentes, dentre eles estão início precoce da vida sexual, sexo sem proteção, nível de escolaridade e socioeconômicos baixos, estado civil, violência doméstica e a falta de perspectivas pessoais são variáveis que se constituem fatores de risco potenciais para a gravidez (BELO; SILVA, 2004). Em países desenvolvidos a média de idade ao primeiro parto aumentou para 25,2, 28,3, e 29,6 anos respectivamente para Estados Unidos, Suécia e Canadá. Esses dados estão associados a uma melhor qualidade de vida e um bom planejamento familiar (SILVA; SURITA, 2009).

É importante que haja uma devida atenção ao planejamento familiar para uma livre e informada escolha de ter ou não filhos. O não planejamento deve-se a falta de oportunidade para aquisição de um método anticoncepcional e de orientação principalmente para as adolescentes. Um adequado planejamento familiar contribui para diminuir o número de gestações não desejadas e abortamentos provocados, diminui o número de cesáreas e ligação tubária, aumenta o intervalo entre gestações e possibilita a prevenção e/ou postergação de gravidez em mulheres adolescentes ou com patologias crônicas (BRASIL, 2006b). Percebe-se que na população de gestantes deste estudo houve um maior número de gravidezes desejadas entre as mulheres com idade acima de 35 anos, entretanto, embora sejam desejadas não há informação na ficha se a mesma foi planejada.

O aumento na incidência da gravidez em mulheres antes dos 20 anos e após os 35 anos é uma realidade. As gestações em idade mais avançadas está cada dia mais frequente e a gravidez na adolescência é um dos problemas de saúde reprodutiva mais relevante no mundo. Alguns estudos sugerem que adolescentes e mulheres com 35 anos ou mais são suscetíveis a um maior risco de resultados perinatais adversos e morbimortalidade materna (SANTOS et al., 2009).

Tabela 4 - Distribuição da frequência das gestantes, segundo estado civil no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014

Estado Civil	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Casada	37	29,6
União Estável	57	45,6
Solteira	26	20,8
Outros	5	4,0
Total	125	100,0

No tocante à situação conjugal das gestantes, a tabela 4, mostra que 75,2 % das gestantes convivem com um companheiro em união estável ou são casadas e 20,8% são solteiras. No que se refere ao estado civil os resultados estão de concordância aos outros estudos. Em Salvador, 79, 1% das gestantes eram casadas ou viviam em união estável e 19,8% eram solteiras (RODRIGUES et al., 2011). Já em um estudo realizado por Gaioso et al. (2014) no estado do Maranhão, observou-se um número maior para as gestantes casadas (47%) do que para as que viviam em união estável (26,5%).

De acordo com Barreto et al. (2013) as mulheres que possuem um companheiro tendem a receber maior apoio durante a gestação, o que contribui para a adesão aos serviços de saúde. Com isso, foi possível identificar neste estudo que dentre as gestantes, as que possuíam um companheiro realizaram um número superior de consultas de pré-natal em relação às solteiras.

Tabela 5 - Distribuição de gestantes, segundo nível de escolaridade no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014

Escolaridade	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Nenhum	1	0,8
Fundamental	64	52,1
Médio	54	43,9
Superior	4	3,2
Total	123	100,0

De acordo com a tabela 5, 52,1% declararam possuir apenas o Ensino Fundamental seguido de 43,9% delas que possuíam o ensino médio e apenas 3,2% tinham o ensino superior. De acordo com a pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional de Parto e Nascimento (2014) metade das puérperas entrevistadas apresentavam o ensino fundamental e 8,9% o ensino superior. Mais de 80% referiam viver com companheiro e a média de idade era 25,7 anos (LEAL, 2014).

A questão da saúde não está apenas relacionada com a disponibilidade de serviços, mas está intrinsecamente ligada à capacidade de auto cuidado da população e que é influenciada pelo seu nível de instrução (NOGUEIRA, 1994). A escolaridade materna tem sido apresentada como variável independente e está relacionada à mortalidade materna e morte fetal. A escolaridade é fator que demonstra a percepção da mulher sobre a assistência pré-natal à saúde materno- infantil, sabe-se que quanto maior a instrução da gestante, ela terá chances duas vezes maior de efetuar mais de seis consultas (HAIDAR et al., 2001). As desigualdades sociais dificultam o acesso ao serviço de saúde, com isso a taxa de fecundidade é inversamente proporcional à renda e à sua escolaridade (BARALDI et al., 2007). A baixa escolaridade pode predispor ao aparecimento de situações potencialmente de risco para mãe e recém-nascido, além de estar associado ao aumento de número de partos (HAIDAR et al., 2001).

Quanto à ocupação da gestante (trabalhar fora ou não trabalhar fora), a maior parte das gestantes declarou não trabalharem fora de casa (67%), assim como outros achados da literatura. Apesar das gestantes não possuírem trabalho formal, isso não indica que elas não possuam alguma renda com outros tipos de ocupação. A baixa escolaridade interfere negativamente as perspectivas de estudo e mercado de trabalho. Das gestantes estudadas abaixo de 20 anos, 80% possuía o ensino fundamental, a gestação precoce contribui para o atraso escolar, considerando que muitas abandonam a escola após a ocorrência da gravidez. Um estudo identificou que 65,4% das adolescentes que abandonaram o ensino fundamental, 31% alegou a gravidez como motivo para o abandono escolar (BELO; SILVA, 2004). Além disso, como a maioria das gestantes são jovens ainda não possuem capacitação profissional, o que acarreta dificuldade para um progresso na escolarização e

na inserção na vida profissional. A idade e a escolaridade são fatores determinantes para que essas gestantes exerçam um trabalho remunerado (SPINDOLA; SILVA, 2009).

Tabela 6 - Distribuição da frequência de gestantes, segundo início do pré-natal no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014

Início do PN	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Primeira consulta no 1º trimestre	109	79,0
Primeira consulta no 2º trimestre	28	20,3
Primeira consulta no 3º trimestre	1	0,7
Total	138	100,0

Já em relação à distribuição das gestantes segundo o início de pré-natal (tabela 6), 79% das gestantes iniciaram no primeiro trimestre de gestação e 20,3% no segundo trimestre. Pode-se atribuir a esse início precoce, levando em consideração a primeira consulta, à busca ativa dos ACS em suas áreas de atuação. Esse é um percentual favorável para uma adequada atenção de pré-natal. A adesão precoce se deve ao reconhecimento das gestantes dentro das microáreas, pois ao identificar uma gestante ou mulher com possibilidade de gestação receberá encaminhamento para marcação de consulta.

Os resultados encontrados nesse estudo comparados com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS estão abaixo do percentual da região Centro-Oeste que teve 87,1% dos nascidos vivos cujas mães realizaram pré-natal no primeiro trimestre, na região Sul obteve 97,6% e na região Norte 76,9% (BRASIL, 2008b). De acordo com o estudo Nascer no Brasil: Inquérito Nacional de Parto e Nascimento em relação ao início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação, o percentual das gestantes do SHSN está acima da média do país que é de 75,8% (LEAL, 2014).

Tabela 7 - Distribuição da frequência, segundo fatores de riscos das gestantes no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014

Fatores de Risco	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Nenhum fator de risco	40	39,1
Um fator de risco	43	42,2
Dois os mais fatores de risco	19	18,7
Total	102	100,0

A tabela 7 mostra que 31,6% das gestantes apresentaram apenas um fator de risco, 28,9% apresentaram nenhum dos fatores de risco e 13,4% das gestantes apresentaram dois ou mais fatores de risco. Dentre os fatores de risco, os mais frequentes foram gestantes menores que 20 anos, gestantes com experiências reprodutivas como aborto ou natimorto e gestantes com problemas relacionados ao estado nutricional, baixo peso ou acima do peso.

Entre as gestantes cadastradas, além dos fatores sociodemográficos já mencionados (baixa escolaridade e idade da gestante), para o controle pré-natal é necessário que haja uma identificação das gestantes dentro de um contexto social amplo, além do que é preciso mapear os riscos em que estão expostas. O conceito de risco está associado ao potencial de perdas e danos. O encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explícito (FREITAS, 2002).

A caracterização em uma situação de risco gestacional ou a detecção de problemas não significa necessariamente a referência para um acompanhamento em pré-natal de alto risco. Para esse acompanhamento é preciso analisar os fatores clínicos relevantes (risco real) e/ou fatores preveníveis que demandem intervenções mais complexas podendo, contudo, voltar à Atenção Básica quando considerar que a situação resolvida ou intervenção realizada, mas, independentemente disso a unidade básica deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada para maior complexidade (BRASIL, 2006b).

Tabela 8 - Distribuição da frequência, segundo aferição da pressão arterial na primeira consulta, no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014

Pressão arterial	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Normal	123	93,8
Limítrofe	4	3,1
Hipertensão estágio 1	4	3,1
Total	131	100,0

De acordo com a tabela 8, 131 gestantes tiveram a pressão aferida e registrada na primeira consulta. De acordo com a medida registrada e seguindo os parâmetros das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI 89,1% das gestantes estão com a PA normal (pressão sistólica <130 mmHg/ pressão diastólica < 85mmHg), 2,9% apresentaram estar com pressão normal-alta/limítrofe (pressão sistólica 130-139mmHg/ 85-89mmHg pressão diastólica) e por último 2,9% apresentaram estar com hipertensão estágio 1/ leve (pressão sistólica 140-159mmHg/ 90-99 mmHg pressão diastólica).

A hipertensão arterial na gravidez, de acordo com o grau de severidade, é considerada como fator de risco somado às outras características individuais, condições socioeconômicas desfavoráveis, antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas podem desencadear danos maternos e neonatais. Quanto mais precoce o diagnóstico somado a intervenção em momento oportuno, maiores serão as possibilidades de se conduzir uma gestação sem complicações (CHAIM et al., 2007)

Ainda em relação à primeira consulta, observou-se no estudo que 18,2% das gestantes apresentaram intercorrências registradas, dentre elas as mais frequentes foram náuseas e vômitos, dor em baixo do ventre e cefaleia e 3,7% dos registros da primeira consulta continham relato da falta de aceitação da gestação. As intercorrências registradas são comuns no início da gravidez e não caracterizavam como risco gestacional.

Das 138 gestantes analisadas, 55 delas tinham a data provável do parto até outubro de 2014. Na tabela 9, observa-se que para as gestantes que encerraram o pré-natal, 70,9% realizaram seis consultas ou mais e 29,1% realizaram menos que seis consultas.

Tabela 9 - Distribuição da frequência, segundo número de consultas pré-natal de gestantes com a data provável do parto até Outubro/2014 no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014

Nº de Consultas	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
0 a 5 consultas	13	30,9
6 consultas ou mais	42	69,1
Total	55	100,0

Para um pré-natal com mínimos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), é recomendada a realização de pelo menos seis consultas. Os resultados de outros estudos evidenciam dados semelhantes em relação ao número de consultas realizadas. A não realização do pré-natal envolve diversos fatores, dentre eles, pode-se citar o tipo marcação e horários, os turnos de funcionamento, o tempo de espera para consulta e resultados de exames laboratoriais (AZEVEDO; COSTA, 2010). Entretanto, é importante salientar que a localização da UBS não se encontra próximo às residências das gestantes, isso pode ser um fator que contribui para a não realização das consultas de pré-natal, tendo em vista que dificulta o acesso e um melhor acompanhamento pelas ESF para uma busca ativa das gestantes faltosas no programa.

De acordo com a Pesquisa sobre os Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, foi encontrado um número maior de nascidos vivos para aquelas mães que não tinham “nenhuma instrução” em relação às gestantes que não realizaram nenhuma consulta pré-natal o que evidencia a importância das consultas para garantir uma gestação segura para mãe quanto para bebê. Já a maior proporção de nascidos vivos se encontrou entre as gestantes com mais de 12 anos de estudo e que realizaram o acompanhamento por sete ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2009b).

Tabela 10- Distribuição da frequência de mulheres que encerraram o pré-natal e tiveram o registro da consulta puerperal no Sol Nascente/Ceilândia - DF, Outubro 2013 a Outubro de 2014

Consulta de Puerpério	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não Registrada	39	70,9
Registrada	16	29,1
Total	55	100,0

Dentre as 55 mulheres que encerraram o PN, apenas 29,1% tiveram a consulta puerperal registradas (tabela 10). O período puerperal inicia-se de uma a duas horas após a saída da placenta e não possui uma data para seu término definida devido às transformações que ocorrem na mulher em todos os âmbitos fisiológicos e psicológicos tendo em vista a chegada de um novo ser, as necessidades de novos aprendizados, de consolidação familiar e de laços afetivos (LEITE, 2013). O puerpério apesar de ser um evento marcante, geralmente, é negligenciado, pois, há uma expectativa que a mulher assuma um papel de mãe de imediato (SALIM et al., 2010).

A Atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto é fundamental para garantir a saúde materna e neonatal. É importante que a equipe de saúde realize a primeira visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê e se for uma gestação de risco deve ser feita após três dias (BRASIL, 2005). Percebe-se um percentual baixo no registro da consulta de puerpério. Um estudo realizado por Lopes et al. (2011) no Rio Grande do Sul demonstrou que os campos da ficha de pré-natal para o registro da consulta puerperal não estavam preenchidos em mais de 60 % da amostra. É importante salientar a importância do registro das informações em todas as fases do acompanhamento pré-natal, puerpério e ao recém-nascido. A ausência do registro não significa a não realização do procedimento, mas configura uma necessidade de avaliação de preenchimento. A falta de completude nessa variável mostra a necessidade de promover discussões acerca da qualidade da informação e da importância do preenchimento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados identificam que o perfil epidemiológico das gestantes do SHSN se caracteriza por gestantes jovens adultas, de baixa escolaridade, que vivem com um companheiro e não trabalham fora. Em relação ao pré-natal, as gestantes iniciam precocemente e observou-se um percentual satisfatório em relação ao número de consultas realizadas. Mas, ainda se deve avaliar outros procedimentos propostos para o pré-natal, entre eles a realização dos exames complementares, atividades educativas e o registro da consulta puerpério.

A unidade de saúde possui uma extensa área de abrangência e está inserida em um contexto de vulnerabilidades sociais. Isso implica em uma necessidade de um olhar mais sensível para as demandas daquela população e na organização dos serviços. Em relação à saúde materno-infantil é importante o envolvimento da equipe em todo o processo dentro da atenção básica valorizando a informação para promover uma análise permanente da situação de saúde.

A pesquisa apresenta algumas limitações, houve um expressivo número de fichas com ausência de informações ou dados incompletos. Isso foi um fator determinante para a não realização da análise de algumas variáveis da ficha B-ges (vacinação, exames laboratoriais, frequência das visitas domiciliares, etc). A falta de informação relativas ao término da gestação, como local do parto, tipo, intercorrências no parto e pós parto, condições do recém nascido, entre outros, induz a um estudo mais aprofundado no ponto de vista qualitativo e quantitativo sobre os impactos da assistência pré-natal realizada naquela unidade de saúde sobre as gestantes e recém-nascidos .

A informação é primordial para a gestão dos serviços e para vigilância em saúde. O reconhecimento dessas gestantes dentro do território de atuação das equipes demonstra um avanço para sistematização e interpretação dos dados. Este estudo pode servir como instrumento técnico para as equipes de saúde da família da UBS-LAB fazerem uma análise situacional da assistência ao pré-natal e conhecerem o perfil das gestantes assistidas daquele território. É fundamental essa análise para a tomada de decisão, na identificação dos problemas na área de atuação e para eleger as prioridades.

Para a população adscrita da Estratégia Saúde da Família, a pesquisa identificou um favorecimento de um melhor acesso aos serviços de saúde, entretanto, a falta de infraestrutura provocada pela urbanização desordenada atrelada à falta de planejamento se mostra um desafio para a UBS-LAB para organizar os serviços a fim de cobrir toda a população do SHSN.

Diante esta pesquisa, fica evidente a importância do acompanhamento contínuo das gestantes na assistência ao pré-natal, puerpério e ao recém-nascido para garantir desfechos favoráveis para saúde materna e infantil. As atividades desenvolvidas ao longo do estudo, a valorização dos profissionais da equipe e a autonomia do enfermeiro dentro da unidade contribuíram para o fortalecimento da ESF. Esses fatores foram determinantes para o alcance de bons resultados no reconhecimento e no monitoramento das gestantes. É importante ressaltar o papel da saúde coletiva na atenção básica. O profissional sanitário apoiaria as equipes no diagnóstico e no acompanhamento da situação de saúde daquela população. Esse profissional junto as ESF vem no sentido de trazer a prática da vigilância em saúde para o dia a dia do serviço, atuando principalmente no planejamento, acompanhamento e avaliação da situação de saúde.

Apesar dos desafios, a estruturação e o modelo da unidade estudada mostram capacidade de promover ações para suprir as necessidades da população, tendo em vista, que essa prática é um processo complexo e de longo prazo devido à fragmentação do sistema e as fragilidades do local.

7. REFERÊNCIAS

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

ANVERSA, E. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.

AZEVEDO, A.; COSTA, A. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 14, n. 35, p. 797-810, dez. 2010.

AZEVEDO, A. et al. Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB- resposta a uma necessidade cotidiana na gestão da Atenção Primária à saúde. **Rev. Bras. Med. Fam e Com**, v. 2, n. 6, jul/ set. 2006.

BARRETO, C. et al. Atenção pré-natal na voz das gestantes. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 7, n. 5, p. 4354-4363, jun. 2013.

BELO, M.; SILVA, J. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 479-487, ago. 2004.

BITTENCOURT, S. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro, 2013, 268 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática** Brasília, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Textos epidemiológicos para vigilância ambiental**. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, 2004, 71 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Publicada no Diário Oficial da União*, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 22-abr de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, 2006b, 163 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília, 2007a, 104 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2007b, 229p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Brasília, 2008a, 197 p.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de demografia e saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, 2009a, 83 p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Estudos e Pesquisas de Informações Demográficas e Socioeconômicas**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro, 2009b.

_____. 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**. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2011b, 289 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: atenção pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012a, 316 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília, 2012b, 302 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, 2012c.

CAMPOS, C. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciê. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, J. et al. Cartão da gestantes: uma análise sob o ponto de vista dos médicos do município de Londrina. **Semina: Ci. Biológicas/Saúde**, v. 17, n.2, p. 149-157, jun. 1996.

CECATTI, J.G. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para prevenção da morbidade e mortalidade materna. **Rev. Bras. Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 9-11, jan./mar. 2005.

CHAIM, S. et al. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 53-58, jun. 2007.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL Companhia de Planejamento do Distrito Federal-CODEPLAN. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios-Ceilândia- PDAD 2013**. Brasília, 2013.

COIMBRA, L. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 456-462, ago. 2003.

COSTA, C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletrônica. Enf.** v. 15 abr./jun. 2013.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, nov./dez. 2003.

CUNHA, E.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1029-1042, 2011.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA- DAB. Secretaria de atenção à saúde. Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em:

<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>

DOMINGUES, R. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28 n. 3, p. 425-437, mar. 2012.

SCOREL, S. et al. O programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo de atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, mar. 2007.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Brasileira Mater. Infantil**, Recife, v. 5, n. 7, p. 317-321, set. 2004.

FREITAS, C. **Avaliação de Riscos como ferramenta para a Vigilância Ambiental em saúde**. Informe epidemiológico do SUS, Brasília, v. 11, n. 4, p. 227-239, dez 2002.

GAIOSO, E. et al. Gestantes atendidas em hospital de referência do SUS: quem são e quais os motivos?. **J Manag Prim Health Care Care**, v. 5, n. 1, p. 33-39, mar. 2014. Acesso em: 26-nov. 2014

GARCIA, R. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 23, p. 286, 2001.

GOMES, K. et al. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 881-892, 2011.

GOMES, R.; CÉSAR, J. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. e Comunidade**, v. 8, n. 27, p. 80-89, 2013.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma unidade de saúde da família um município da Grande São Paulo. **Rev. bras. enferm**, Brasília, p. 349-353, jun. 2008.

Haidar, F. et al. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1025-1029, ago. 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. 2014. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/agsn/>>. Acesso em: 26-nov. de 2014

LEAL, M.C.(Coord.). Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, 2014.

LEITE, F. et al. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. **CogitareEnferm.**, Vitória, v. 18, n. 2, p. 344-350, abr./jun. 2013.

LOPES, C. et al. Avaliação da consulta de revisão puerperal no programa pré-natal. **Rev. Enferm. Saúde**, Pelotas- RS. v.1, p. 77-83, 2011.

MADER, H. **Estudo do IBGE revela que o Distrito Federal tem atualmente 36 favelas**. Correio Brasiliense - Cidades DF, 2014. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2012/01/09/interna_cidadesdf,285642/estudo-do-ibge-revela-que-o-distrito-federal-tem-atualmente-36-favelas.shtml>. Acesso em: 26-nov. de 2014.

MARCOLINO, J.; SCOCHI, M. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 314-320, jun. 2010.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Superintendência de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Atenção Primária. Análise dos Indicadores de Atenção Primária - **Sistema de Informação da Atenção Básica: modelo de atenção Estratégia Saúde da Família**, Cuiabá, 2011, 36 p.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.898-906, jun. 2005.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão. São Paulo: **Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)**, 2005, 176 p.

NOGUEIRA, M. Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida. **Hucitec/Abrasco**, São Paulo, 1994. 157 p.

OSIS, M. Paim: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998.

RIBEIRO, J. et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 534-545, mar./abr. 2004.

RODRIGUES, Q. et al. Perfil sociodemográfico de puérperas usuárias do sistema único de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 242-248, abr./jun. 2011.

ROSA, W.; LABATE, R. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.

ROUQUAYROL, M. **Epidemiologia & Saúde**. Medsi, Rio de Janeiro, 6.ed., Rio de Janeiro: 2003, 708 p.

SANTOS, G et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Maranhão, v. 31, n. 7, p. 326-334, mar. 2009.

SILVA, J.; SURITA, F. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.31, n.7, 2009

NETO, E. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.9, p. 1650-1662, set. 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO DISTRITO FEDERAL. Regional de Saúde de Ceilândia. 2014. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>>. Acesso em: 24-nov. de 2014.

SERRUYA, S. et al. O Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, out. 2004.

SILVA, A.; LAPREGA, M. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, 2005.

SPINDOLA, T.; SILVA, L. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 99-107, mar. 2009.

TAMAKI, E. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, abr. 2012.

VASCONCELOS, K. **Capacitação dos agentes comunitários de saúde do município de Acaraú/CE para a promoção da saúde das gestantes**. 2010. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica) - Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2010.

