



Avançando na Atenção Materno-Infantil – Programa Mãe Curitibana

Edvin Javier Boza Jimenez¹

Elziane Cazura Xavier Ferreira Soares²

Mariângela Batista Galvão Simão³

Maria Emi Shimazaki⁴

Luciano Ducci⁵

¹ Médico Gineco-obstetra, Coordenador de Normas Técnicas e Coordenador do Programa Mãe Curitibana

² Administradora Hospitalar e Coordenadora de Informações da SMS

³ Médica Pediatra especialista em Saúde Pública, Mestre em Saúde Materno-Infantil pela Universidade de Londres, Diretora do Centro de Informação em Saúde da SMS

⁴ Médica Pediatra especialista em Saúde Pública e Administração em Marketing em Serviços de Saúde

⁵ Médico Pediatra, Especialista em Administração Pública, Secretário Municipal da Saúde

INTRODUÇÃO

O acompanhamento histórico dos indicadores de mortalidade, no município de Curitiba, vem demonstrando avanços no controle da mortalidade infantil pós-neonatal, em contraste com pequenas alterações da mortalidade infantil neonatal. A taxa de mortalidade infantil no município é mais baixa que a nacional. Dados curitibanos, referentes ao ano de 1999, apontam para o coeficiente de mortalidade infantil de 14,53 por 1000 nascidos vivos.

Também a análise da série histórica da mortalidade materna no município revela que, embora haja uma tendência de decréscimo dos coeficientes, a avaliação da causalidade dos óbitos demonstra a existência de uma grande parcela de óbitos evitáveis.

Estudos anteriores sobre o acesso e a qualidade do pré-natal, parto e puerpério em Curitiba, apontam para a necessidade de avanço na qualidade da atenção e da organização do fluxo aos serviços, levando em consideração a classificação do risco gestacional e do recém-nascido.

A atualização de protocolos e a implantação de fluxos sistematizados, em parceria com os diversos prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS e sociedades científicas, no atendimento ao pré-natal e principalmente ao parto e puerpério, despontam como um caminho fundamental a ser percorrido para o avanço na saúde materno-infantil no município.

O município tem uma população de aproximadamente 475 mil mulheres em idade fértil, perfazendo 30% da população geral. Desde 1995, o número de nascidos vivos vem se mantendo estável, sendo realizados em média 39 mil partos, por ano, em Curitiba.

Dos 39 mil partos anuais, cerca de 26 mil partos são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 19 mil de gestantes residentes no município e o restante da Região Metropolitana, municípios litorâneos e outros.

Apesar do total de nascidos vivos ter se mantido estável, vem se observando decréscimo do número de nascidos vivos de gestantes residentes em Curitiba e aumento significativo de nascidos vivos provenientes de mães residentes em outros municípios, principalmente da Região Metropolitana.

A taxa de crescimento demográfico vem demonstrando, também, que a Região Metropolitana está sofrendo um rápido processo de ocupação e urbanização, sem aumento, na mesma velocidade, da oferta de serviços de saúde naqueles municípios.

A rede municipal de saúde em Curitiba é composta de 104 Unidades, das quais 5 funcionam em regime de pronto-atendimento 24 horas e 90 realizam atendimento básico e pré-natal para gestantes residentes nas respectivas áreas de abrangência. Várias Unidades prestam atendimento em especialidades médicas e odontológicas, dentre elas, a Unidade de Saúde (US) da Mulher, responsável pela assistência ao pré-natal de risco.

Como apoio diagnóstico, a rede municipal conta com um laboratório de análises clínicas próprio que realiza aproximadamente 800 mil exames por ano, abrangendo os seguintes grupos: bioquímica, sorologia, imunologia, urinálise, citopatologia, hematologia, parasitologia, microbiologia e biologia molecular.

Na rede SUS existem ainda outros serviços credenciados para realização de pré-natal, dando assistência a gestantes tanto de Curitiba, quanto da Região Metropolitana.

Existem 13 maternidades vinculadas ao SUS, sendo três de alta, 3 de média e 7 de baixa complexidade.

Antes da implantação do Programa, vários problemas foram identificados em relação à atenção a gestante. Dentre eles, destacam-se a baixa cobertura do pré-natal realizado na rede municipal, em torno de 30%, sendo o restante realizado pela rede credenciada. Embora 70% das gestantes fizessem mais de 6 consultas, havia um início tardio na captação do pré-natal. Por existirem vários protocolos de pré-natal, tanto na rede municipal quanto na credenciada, não havia condições de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Analisando do ponto de vista epidemiológico, algumas doenças vinham se mostrando relevantes em gestantes e recém nascidos. Entre elas, a toxoplasmose já era reconhecida como doença de alta prevalência em gestantes. Entretanto, não existia padronização para acompanhamento clínico e laboratorial da gestante e do recém nascido, nem fornecimento da medicação específica, o que dificultava o acompanhamento e o tratamento adequado dos casos identificados.

Quanto à sífilis, apesar da identificação da doença na gestação, foram observados vários casos de sífilis congênita em conceptos de gestantes da rede SUS, evidenciando problemas no acompanhamento sorológico nas diferentes fases da gestação e no tratamento.

Como em outros lugares, a infecção pelo HIV vem crescendo entre as mulheres, principalmente no período reprodutivo. A inexistência da testagem sorológica para o HIV, na rotina do pré-natal das Unidades de Saúde, impossibilitava a identificação da prevalência de gestantes HIV positivas e, conseqüentemente, não se desencadeavam ações para prevenção da transmissão vertical.

A desorganização dos fluxos de assistência hospitalar à gestante, evidenciava as diversas barreiras de acesso ao parto, identificadas através da falta de vagas, independente da complexidade dos casos e prática ilegal de cobrança de usuárias do SUS, como garantia de atendimento. Estimava-se que, anualmente, em torno de mil gestantes (4%), em trabalho de parto, peregrinavam nos diversos serviços, até serem admitidas para realização de seu parto.

A procura de vagas concentrava-se nos grandes hospitais, em detrimento de outros serviços de baixa complexidade, caracterizando a utilização inadequada de leitos no que se refere à complexidade. Hospitais de alta complexidade, com capacidade para prestar assistência às gestantes de alto risco, tinham seus leitos ocupados no atendimento de baixo risco.

A baixa freqüência às consultas no período puerperal indicava a falta de incentivo, por parte dos serviços, em relação à orientação quanto à importância desse atendimento para a saúde da mulher, dificultando a identificação do risco reprodutivo e a captação precoce para o planejamento familiar.

Todos os problemas mencionados são conhecidos e, com certeza, podem ser encontrados em inúmeras cidades brasileiras. Estes problemas foram pautados em várias reuniões do Conselho Municipal de Saúde, onde deliberou-se por uma nova conformação da assistência materno-infantil.

Assim, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), em parceria com as Sociedades Científicas (Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Urologia e Infectologia) e os Departamentos dos Hospitais Universitários, estabeleceu, a partir de março de 1999, um novo programa de atenção à saúde materno-infantil, denominado "Mãe Curitibana".

O Programa foi concebido considerando as diferentes necessidades da mulher, em suas várias fases da vida reprodutiva, e da criança, tendo como premissas básicas:

- a maior segurança e qualidade do atendimento;
- a vinculação das gestantes aos serviços de saúde;
- a humanização do atendimento.

Ao considerar tais pressupostos, este Programa integra-se ao espírito de outras ações em vigência na instituição, entre as quais o Acolhimento Solidário, Agentes Comunitários de Saúde e o Cidadão Saudável no Bairro, visando o estreitamento da relação entre usuários e serviços básicos de saúde, criando vínculos e responsabilidades mútuas, que contribuem para a melhoria da qualidade da assistência.

ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA

Para a organização do Programa foram considerados três componentes interrelacionados:

- Planejamento Familiar;
- Pré-natal, Parto e Puerpério;
- Saúde Infantil.

Com o redirecionamento do **Planejamento Familiar**, pretende-se reduzir a gravidez indesejada ou de risco e diminuir o número de abortos provocados. Busca-se, como consequência, a redução dos coeficientes de mortalidade materna e infantil. A oferta de métodos diversificados e abordagem específica para cada clientela, em especial o público adolescente, são estratégias adotadas para buscar a redução da gravidez nesta faixa etária.

O novo protocolo norteia as ações de assistência, prevenção e promoção de saúde das mulheres que queiram engravidar. Para as mulheres ou casais que não desejam engravidar ou, ainda, para aquelas com risco reprodutivo, o programa de anticoncepção prevê a orientação e a disponibilização dos métodos anticoncepcionais mais adequados para cada caso.

Para o **Pré-Natal, Parto e Puerpério**, foram implantadas ações voltadas para a redução da morte materna e infantil. Estas ações visam a melhoria da qualidade do pré-natal, a garantia do acesso ao parto, com a complexidade e qualidade necessários, a consulta puerperal precoce, com vistas à detecção e manejo das possíveis complicações, bem como o reforço do estímulo ao aleitamento materno.

Inicialmente o programa preconizou o desenvolvimento das seguintes operações:

- organização de sistema de vinculação hospitalar, onde a gestante tem seu parto assegurado;
- organização e implantação de novo protocolo de pré-natal, incluindo: testagem de rotina de HIV, sífilis, toxoplasmose e garantia de tratamento da gestante e recém nascido; novas rotinas para detecção e tratamento de infecção urinária, diabete gestacio-

nal, isoimunização Rh, com inclusão de imunoglobulina anti-Rh na 28ª semana e no momento do parto;

- organização de sistema de avaliação e detecção precoce de gestação de alto risco, com vinculação do pré-natal e parto em serviços de maior complexidade;
- criação e distribuição de material de educação em saúde dirigido a todas as gestantes inscritas no Programa;
- organização de oficinas para gestantes, abordando temas referentes à gestação, ao aleitamento materno, ao parto normal, entre outros;
- organização de visita das gestantes às maternidades as quais estão vinculadas;
- estabelecimento de convênio com os hospitais, através do qual estes recebem um kit de insumos hospitalares para cada parto de gestante vinculadas.

Na **Atenção Infantil** pretende-se como resultados a redução da morte infantil, da transmissão vertical de HIV, sífilis, toxoplasmose e da isoimunização Rh.

O componente **Saúde Infantil** está em operação desde 1993, e foi reformulado. Todas as mulheres que têm seu parto em Curitiba recebem, na maternidade, pasta contendo material educativo com informações sobre aleitamento materno, cuidados básicos com a criança, imunização, entre outros (**Programa Nascer em Curitiba**).

Com a formalização do Programa Mãe Curitiba, novos protocolos e sistemas de monitoramento para o componente **Saúde Infantil** estão sendo introduzidos. Dentre eles, o protocolo para doenças respiratórias, o sistema de notificação de alta hospitalar para crianças menores de um ano, o sistema de acompanhamento para avaliação de risco no primeiro ano de vida, em resposta ao recente aumento nas mortes infantis no período pós-neonatal.

O sistema de vigilância de mortalidade infantil foi incrementado, com a introdução de coleta diária das declarações de óbitos, possibilitando o monitoramento dos óbitos infantis hospitalares, através de perfis de mortalidade por serviço.

Pontos relevantes para a implantação

Para qualificar a consulta de pré-natal, foi reavaliada toda a rotina, respeitando a realidade da demanda e utilizando evidências clínicas e epidemiológicas. Com este propósito, procurou-se dar à consulta, itens indispensáveis que garantam um pré-natal seguro e devidamente assistido.

A nova rotina de pré-natal foi implantada em todas as Unidades de Saúde municipais e em todos os serviços do SUS simultaneamente.

A adesão dos serviços hospitalares ao novo Programa foi fundamental, na medida em que, reorganizando o fluxo, houve possibilidade de melhoria no serviço prestado. A celebração dos convênios foi o instrumento motivador da mudança.

O treinamento de obstetras, generalistas, pediatras, enfermeiros das Unidades de Saúde e dos hospitais credenciados contou com a participação das Sociedades Científicas e dos Hospitais Universitários.

Novos conteúdos foram introduzidos, como a testagem sorológica do HIV, toxoplasmose, teste rápido para sífilis e teste simplificado de tolerância da glicose, assim como alterações na rotina do uso da imunoglobulina anti-Rh, além do controle sorológico e tratamento medicamentoso de gestantes e crianças.

A testagem para o HIV foi introduzida na rotina de exames laboratoriais, com o objetivo inicial de **reduzir a transmissão vertical**. Com a evidência do aumento de casos na população feminina e conseqüentemente, aumento da transmissão vertical, foi viabilizada a implantação rápida do exame na rotina do pré-natal. Os exames com resultados positivos foram sendo enviados para a Coordenação de AIDS, a qual estabeleceu uma rede de ajuda com as Unidades de Saúde para enfrentamento do problema, na medida em que os casos positivos foram surgindo. Na seqüência os profissionais foram sendo treinados em técnicas de aconselhamento.

O protocolo para acompanhamento da toxoplasmose na gestação e para as crianças de mães com sorologia positiva, foi alvo de estudo em profundidade por parte de técnicos da SMS e das Sociedades Científicas, visto não haver consenso mundial estabelecido, no que diz respeito ao acompanhamento sorológico e medicamentoso.

Fluxo e Operacionalização

Planejamento Familiar

As ações de saúde são voltadas à mulher ou ao casal com risco reprodutivo, assegurando continuidade no atendimento. A US presta assistência, no sentido de intervir oportunamente, tanto preventiva quanto educativa e terapêuticamente.

Um componente importante no programa é a caracterização do risco reprodutivo, sendo de relevância para a determinação do mesmo, o diagnóstico precoce das seguintes patologias: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças renais e cardiopatias.

As pacientes com risco reprodutivo que optam pela esterilização cirúrgica são encaminhadas aos serviços especializados para confirmação do risco e realização do procedimento.

Os homens que desejam realizar vasectomia e encontram-se dentro dos critérios consensados no protocolo, são avaliados pelas Unidades Básicas e encaminhados aos serviços de referência, nos quais são realizados os procedimentos.

Os demais métodos encontram-se disponibilizados nas Unidades de Saúde e serviços especializados.

Pré-natal, Parto e Puerpério

A porta de entrada obrigatória do sistema para a inscrição no Programa Mãe Curitibana, são as Unidades da Secretaria Municipal da Saúde, sendo pré-requisito, para as gestantes, serem residentes em Curitiba.

Para as gestantes residentes em outros municípios da Região Metropolitana, que acessam as Unidades de Saúde da SMS, orienta-se procurar o pré-natal nos serviços de saúde do município de origem, ou encaminha-se à Unidade de Saúde da Mulher, em Curitiba, que através da Central de Marcação de Consultas Especializadas, realiza agendamento do pré-natal em serviço credenciado, sem garantir a vinculação para o parto.

Quando a paciente procura a Unidade de Saúde e se confirma a gravidez, é automaticamente inscrita no programa. Na ocasião é orientada sobre a importância do pré-natal, a prevenção da toxoplasmose, das doenças sexualmente transmissíveis e aconselhada a realizar o pré-teste para HIV, bem como orientada a respeito de cuidados gerais na gestação.

São inicialmente realizados os seguintes procedimentos:

- abertura do prontuário de pré-natal;
- entrega da Pasta da Gestante, com preenchimento dos dados de identificação na carteira da gestante e orientação dos conteúdos educativos;
- vinculação da gestante à maternidade de referência da Unidade de Saúde;
- solicitação dos exames de rotina para o pré-natal: eritrograma, tipagem sanguínea, fator Rh, teste de Coombs, VDRL, teste simplificado de tolerância a glicose, parcial de urina com sedimento corado, citologia oncótica (papanicolau), sorologia para toxoplasmose e HIV;
- agendamento de consulta médica.

A avaliação de risco gestacional é realizada em todas as consultas. As gestantes com algum risco detectado podem ser acompanhadas nas Unidades de Saúde, após reavaliação do risco por um serviço especializado, ou ser transferidas para uma referência de pré-natal de alto risco, se for necessário.

Os riscos compreendem situações anteriores ou decorrentes da gestação atual, que exigem uma atenção especial no decorrer do pré-natal.

Ao pré-natal de risco disponibilizam-se maior número de consultas médicas e exames complementares, conforme a necessidade.

As seguintes situações são consideradas de risco gestacional: malformação fetal confirmada, diabetes tipo 1 ou tipo 2, cardiopatia Classe III e IV, isoimunização Rh, síndrome hemorrágica da gravidez, pneumopatias, lúpus, nefropatias, alcoolismo crônico, drogadição, gestante HIV positivo com complicações ou manifestações da AIDS, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), hipertensão arterial sistêmica, gemelaridade, incompetência istmocervical, bem como outras que o profissional de saúde considere risco.

Recomenda-se que a gestante classificada como de alto risco acompanhe as atividades educativas desenvolvidas pelas equipes de enfermagem, bem como seja alvo de busca ativa, pela Unidade de Saúde, para a consulta puerperal precoce e início do Planejamento Familiar.

Durante o pré-natal é realizado um conjunto de 4 oficinas para orientações educativas, individuais e coletivas, abordando os seguintes temas:

- identificação de problemas e alterações próprias da gestação;
- sinais de complicações e alerta;
- uso de medicamentos, drogas e fumo e suas implicações;
- preparação para o parto, com incentivo ao parto normal;
- importância do uso do preservativo para prevenção de DST e HIV;
- orientação para realização de atividade física periódica e adequada ao período gestacional;

- incentivo à consulta puerperal precoce e ao planejamento familiar;
- incentivo e preparação para o aleitamento materno;
- cuidados de higiene para o recém nascido e puericultura.

Cada Unidade de Saúde tem uma maternidade de referência. Os critérios estabelecidos para esta referência foram:

- distritalização das maternidades;
- acesso facilitado à gestante, levando-se em conta a distância e os meios de transporte;
- atuação do médico pré-natalista no corpo clínico do hospital.

No ato de inscrição no Programa, a gestante é informada sobre a maternidade onde será vinculada. Se por algum motivo a gestante desejar ter seu filho em outro serviço, a mudança de vinculação pode ser autorizada, após criteriosa avaliação, pela chefia local, que entra em contato com a Central de Leitos para mudança desta vinculação. Da mesma forma, quando há detecção de algum risco gestacional, há mudança da vinculação hospitalar para serviços de maior complexidade.

As gestantes com sorologia positiva para o HIV ou toxoplasmose têm como referência obrigatória para o parto, três maternidades: dois hospitais universitários e a maternidade municipal. Tal concentração tem objetivos operacionais de garantir a assistência especializada no momento do parto e no atendimento do recém nascido.

A US, em conjunto com a maternidade vinculada organiza um cronograma para a visita das gestantes àquele serviço. A finalidade é promover um primeiro contato, onde as gestantes são informadas sobre os cuidados que deverão ter com relação ao momento de sua internação. Bem como, caso haja alguma intercorrência durante a gestação, são orientadas a procurar a maternidade à qual se encontram vinculadas.

As maternidades são informadas mensalmente, pela Coordenação do Programa Mãe Curitibana, sobre o número de gestantes vinculadas e data provável de parto, para que as mesmas possam programar os seus serviços.

Na admissão à maternidade vinculada, no momento do parto, a gestante deverá portar a carteira contendo os dados do pré-natal, para que possa receber o atendimento adequado à sua situação específica.

O parto deve ser realizado, obrigatoriamente, por médico ou enfermeiro obstetra, com a presença do pediatra ou neonatologista na sala de parto. Também é obrigatório o preenchimento adequado e completo do partograma, assim como de toda e qualquer intercorrência do parto e puerpério, no prontuário e carteira da gestante. A carteira da gestante deve ser devolvida, à mesma, por ocasião da alta.

No protocolo, no capítulo referente ao Parto, constam os exames, medicamentos, insumos e passos necessários ao atendimento adequado à gestante e o recém-nascido.

Nos casos de **Partos de Risco**, estes devem ser realizados em serviços previamente identificados como aptos para tal, de acordo com a situação do risco gestacional.

O serviço de referência ao parto de alto risco deve dispor de UTI que possa atender à gestante e ao recém-nascido caso haja necessidade de cuidados intensivos.

Em caso de gestante portadora do vírus HIV e que apresente um CD4 abaixo de 500 (indicativo de imunossupressão) e/ou presença de sinais e sintomas, esta deve ser vinculada ao serviço de alto risco, que realizará parto cesareano, com o intuito de reduzir a transmissão vertical. O hospital recebe da Secretaria Municipal de Saúde um kit contendo avental, máscara e luvas, com a finalidade de evitar a contaminação dos profissionais que realizam o parto.

Durante o trabalho de parto da gestante portadora do vírus HIV, é prescrito o AZT injetável e aplicado inibidor para a lactação. Para o recém-nascido é prescrito o AZT – xarope, bem como leite artificial para alimentação. Tanto a medicação da mãe quanto do recém-nascido, assim como o leite artificial, são fornecidos pela Secretaria Municipal da Saúde.

Da mesma forma, todas as gestantes com diagnóstico de toxoplasmose recente têm seus partos vinculados a maternidades de referência específicas, sendo de competência destas realizar sorologia para toxoplasmose da mãe e exame anatomopatológico de tecido placentário para detecção de toxoplasma.

Toda puérpera deve receber a vacina contra Rubéola (SMS – Portaria n.º 10/95) antes da alta hospitalar do parto, exceto aquelas caracterizadas como imunes ou adequadamente imunizadas. Assim como a paciente com Rh negativo e concepto Rh positivo, com Coombs Direto Negativo, devem receber a imunoglobulina anti-Rh.

Na alta hospitalar, a puérpera deve receber orientação quanto à consulta puerperal precoce (10 dias após o parto) e tardia (40 dias após o parto); incentivo ao aleitamento materno; cuidados com o recém-nascido e realização da primeira consulta do RN na Unidade de Saúde mais próxima de sua casa até 15 dias de vida.

A consulta do puerpério precoce tem como finalidade detectar e orientar o correto tratamento de complicações puerperais, principalmente as infecciosas; reforçar e incentivar o aleitamento materno; avaliar o risco reprodutivo da mulher; captar as mulheres com risco reprodutivo para o programa de Planejamento Familiar.

Na consulta de puerpério tardia, preconiza-se a introdução do método de planejamento familiar adequado a cada caso.

Saúde Infantil

Quanto aos cuidados com o recém-nascido, este deve receber, nas primeiras 12 horas de vida, a vacina contra hepatite B, bem como ser submetido ao "Teste do Pezinho" quando da alta hospitalar.

São obrigatórios a investigação diagnóstica e o acompanhamento do recém-nascido de mãe: HIV positiva, VDRL reagente na gestação ou parto e casos suspeitos de sífilis congênita.

Todo recém-nascido, de mãe HIV positiva, deve iniciar o tratamento com AZT oral nas primeiras horas de vida. Para estas crianças preconiza-se o aleitamento artificial, além de inscrição no Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), o qual prevê o monitoramento e fornecimento de leite artificial adequado à faixa etária.

O recém-nascido, suspeito de toxoplasmose, deve ser investigado através de hemograma completo, líquor em caso sintomático, RX de crânio, ecografia transfontanelar, avaliação oftalmológica e tratado por 30 dias com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico. Após este período a criança é avaliada pelo serviço de infectologia pediátrica: se o caso for descarta-

do, é realizado a puericultura pela Unidade de Saúde e reavaliação sorológica para toxoplasmose aos 6 meses de vida; em caso confirmado, a criança é acompanhada pelo serviço especializado, dando continuidade ao tratamento medicamentoso.

Quanto ao recém-nascido de mãe com sífilis, deve ser acompanhado pela Unidade de Saúde, mensalmente, realizando-se o monitoramento através do VDRL aos 1, 3, 6, 12 e 18 meses, interrompendo quando negativo. Realiza-se ainda o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral.

RESULTADOS

Com a implantação do Programa Mãe Curitibana, observou-se um incremento na cobertura do pré-natal em Curitiba que, atualmente, encontra-se na faixa de 94%. Em análise de série histórica percebeu-se o aumento significativo de 54% na cobertura de pré-natal realizados pelas Unidades de Saúde da SMS. Passaram de 30% para 84% as gestantes vinculadas pelo Programa, além dos 10% que são realizados pelos serviços credenciados e conveniados.

Houve um aumento significativo no número de partos ofertados ao SUS nas 13 maternidades conveniadas com o Programa. Estão disponíveis, hoje, 2.250 partos por mês quando a necessidade é de aproximadamente 1.630.

Até o presente momento, foram detectadas 210 gestantes com HIV positivo, 537 sorologias alteradas pelo VDRL e 386 com toxoplasmose confirmadas.

Das 29 mães soropositivas para HIV, já monitoradas pelo Programa Mãe Curitibana, 20 crianças realizaram o exame de carga viral, das quais 19 apresentaram resultado negativo. Em apenas um caso detectou-se a presença do vírus na criança, que está sendo investigado, uma vez que é necessária a repetição do exame no 4º mês de vida. As demais crianças não completaram 2 meses de idade e conseqüentemente não realizaram ainda o exame de carga viral.

Outro indicador utilizado para avaliação do Programa foi o percentual de partos cesáreas em relação aos partos normais, que totalizaram, no primeiro semestre de 1999, um percentual de 29% para partos cesáreas e 71% de partos normais. Já para o primeiro semestre de 2000, apresentou um percentual de 25% de partos cesáreas e 75% de partos normais.

O Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, através da Comissão de Saúde da Mulher, desenvolveu pesquisa com puérperas que foram acompanhadas pelo Programa, com o objetivo de avaliar a qualidade da atenção oferecida. Para tanto, foi desenvolvido um questionário, durante o 2º semestre de 1999 e 1º trimestre de 2000, pelos integrantes desta Comissão, com apoio da Universidade Federal do Paraná e técnicos da SMS. O questionário foi estruturado com perguntas referentes ao atendimento no Pré-natal, Parto e Pós-parto.

A aplicação do questionário foi realizada por Conselheiros Locais de Saúde, através de visita domiciliar. Foram entrevistadas mulheres nos oito Distritos Sanitários, escolhidas aleatoriamente entre as gestantes acompanhadas nas US. Na avaliação do Pré-natal, vale a pena destacar:

- 68% das gestantes ingressaram no pré-natal no 1º trimestre de gravidez e 28% no 2º trimestre;

- 81% das gestantes inscritas no Programa, realizaram 6 ou mais consultas durante o pré-natal;
- 93% das gestantes conseguiram esclarecer dúvidas e receber orientações, durante as consultas de pré-natal;
- 100% realizaram exames laboratoriais e vacinas durante a gravidez.

Em relação ao atendimento durante o Parto:

- 94% dos profissionais das maternidades conheciam o Programa Mãe Curitiba;
- 92% das gestantes atendidas classificaram entre Excelente e Bom o atendimento recebido nas recepções das maternidades;
- 85% das gestantes receberam orientações sobre os cuidados com o bebê e cuidados pessoais, durante a permanência nas maternidades;
- 99% dos recém-nascido realizaram “teste do pezinho” nas maternidades.

Quanto a avaliação do Pós-parto:

- 95% das gestantes foram orientadas a retornar para a consulta puerperal precoce nas Unidades de Saúde;
- 96% receberam orientações sobre a importância do aleitamento materno;
- 86% foram orientadas sobre os métodos de anticoncepção;
- 96% das mães, conseguiram agendar, com facilidade, a consulta para os bebês, nas Unidades de Saúde;
- 99% receberam as carteiras dos bebês nas maternidades para acompanhamento do crescimento, desenvolvimento, consultas e vacinas;
- 95% das mães estavam satisfeitas com o atendimento recebido nas Unidades de Saúde, no que diz respeito aos seus bebês.

Em síntese, a pesquisa de satisfação realizada com as puérperas, demonstrou um índice de aprovação de 92% do Programa Mãe Curitiba. Os resultados desta pesquisa foram apresentados e discutidos na Comissão de Saúde da Mulher e no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba.

Assim, o Programa Mãe Curitiba vem demonstrando ser capaz de responder de maneira rápida às necessidades sentidas pela população alvo, ao mesmo tempo em que dá conta de avanços técnicos e gerencias importantes.

Algumas estratégias adotadas têm sido relevantes e contribuem para que o Programa alcance os propósitos estabelecidos:

- a definição clara de que é a Unidade de Saúde a porta de entrada para o sistema;
- a responsabilização por parte da equipe de saúde, pelo acompanhamento às gestantes de sua área de abrangência;

- a relação direta das Unidades de Saúde com os prestadores, no tocante aos serviços ambulatoriais credenciados que realizam pré-natal, bem como a maternidade de referência;
- o desenvolvimento de um sistema informatizado, com vários níveis de desagregação, para acompanhar a mulher desde o momento de sua vinculação ao pré-natal, avaliação do risco gestacional, tipo de parto, avaliação puerperal precoce e tardia e planejamento familiar;
- respaldo técnico das sociedades científicas e hospitais universitários na elaboração dos protocolos e treinamentos, tem sido fundamental na legitimação destes;
- investimento nas capacitações técnicas e gerenciais, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados;
- monitoramento das queixas e reclamações dos usuários e a pronta resposta das partes envolvidas tem sido um importante instrumento gerencial;
- a forte atuação dos Conselhos Locais e Municipal no monitoramento das ações desenvolvidas pelo Programa, no acompanhamento da satisfação dos usuários e nas investigações dos óbitos maternos, tem contribuído para o fortalecimento do controle social.

Ao analisarmos os problemas que motivaram a implantação do Programa Mãe Curitibana, pode-se constatar uma efetiva intervenção e resolução de grande parte dos mesmos.

A significativa melhora do acesso das gestantes ao pré-natal, traduz-se pelo expressivo aumento de sua cobertura na rede municipal. Assim como a qualidade técnica dispensada no atendimento, pode ser constatada através do acompanhamento de todas as gestantes vinculadas.

A garantia do parto tem sido possível graças à negociação permanente estabelecida entre a Secretaria Municipal de Saúde e os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS. Esta negociação tem resultado no comprometimento dos serviços com o Programa, contribuindo para a melhoria da assistência hospitalar e redução significativa no número de queixas e reclamações dos usuários.

A racionalização e otimização dos leitos tem sido possível, na medida em que se estabelece critérios de complexidade, de alto, médio e baixo risco para a assistência ao parto, além da distribuição equitativa dos leitos das maternidades de acordo com a necessidade das Unidades de Saúde.

Existe forte evidência da melhoria da qualidade do atendimento no puerpério, no entanto, há que se melhorar o registro e reforçar a captação precoce das mulheres com risco reprodutivo ao Planejamento Familiar.

O exercício da cidadania, realizado através do controle por parte da gestante e familiares em relação à assistência prestada nas várias etapas, tem sido o melhor indicador da qualidade do Programa.

Por fim, o Programa Mãe Curitibana tem conseguido atingir o seu intento graças ao comprometimento dos profissionais de saúde e serviços, envolvidos no processo de desenvolvimento de uma rede de atenção à mulher e seus filhos, mais humana e solidária.

Este trabalho, **Acolhedor e Seguro**, gerando **Vínculo** com a gestante, no principal momento de celebração da vida – o de dar à luz a um ser humano – é motivo de realização, satisfação e reafirmação do respeito e do compromisso, com a **Vida**.