

## Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005

### *An evaluation of the prenatal and puerperal care provided in an upstate region of the State of São Paulo in 2005*

Cristina Maria Garcia de Lima Parada

<sup>1</sup> Departamento de Enfermagem. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual de Paulista Júlio de Mesquita Filho. Campus Universitário de Rubião Júnior, s. n. Botucatu, SP, Brasil. CEP: 18.618-970. E-mail: cparada@uol.com.br

#### Abstract

*Objectives:* to evaluate the structure and process of the prenatal and puerperal care given by Direção Regional de Saúde (DIR) XI, at the city of Botucatu, State of São Paulo, Brazil.

*Methods:* an evaluation of resources and activities developed during prenatal and puerperal care in twenty municipalities comprising DIR XI which had adhered the Prenatal and Birth Humanization Program until 2003. Interviews with city managers and analysis of 385 sampled patient charts taking into account recommendations by the Health Department.

*Results:* structure analysis showed that caregiving was centered on medical work; basic equipment and instruments were available; 85.2% of patients began prenatal care with up to 120 days of pregnancy, and 75.9% had at least six prenatal consultations. The active search for absentees and strategies for early prenatal care initiation were observed in 30% and 50% of the municipalities, respectively. Process indicators showed that 3.6% of women had six prenatal consultations, one puerperal consultation, all basic exams and tetanus immunization. Recording of gestational age, arterial blood pressure and weight was of approximately 90%; 58.7% of the women underwent childbirth review and 31.5% were vaccinated.

*Conclusions:* the performance of the set of activities is a challenge to prenatal care at DIR XI.

**Key words** Program, evaluation, Maternal-child health, Humanization, Prenatal care

#### Resumo

*Objetivos:* avaliar estrutura e processo da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas na Direção Regional de Saúde (DIR) XI - Botucatu, São Paulo, Brasil.

*Métodos:* avaliaram-se recursos existentes e atividades desenvolvidas durante assistência pré-natal e puerperal em 20 municípios da Regional que aderiram ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento até 2003, através de entrevista com gestores municipais e análise de 385 prontuários, considerando-se recomendações do Ministério da Saúde.

*Resultados:* a análise da estrutura evidencia atendimento centrado no trabalho médico. Equipamentos e instrumentais básicos estão disponíveis. Iniciaram o pré-natal com até 120 dias de gestação 85,2% das mulheres e 75,9% realizaram pelo menos seis consultas na gestação. A busca ativa de gestantes faltosas e a existência de estratégias de captação precoce estavam presentes em 30% e 50% dos municípios, respectivamente. Indicadores de processo evidenciaram que 3,6% das gestantes realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos e foram imunizadas contra o tétano. A cobertura de registro da idade gestacional, pressão arterial e peso foi próxima a 90%, realizaram revisão de parto 58,7% das mulheres e 31,5% delas foram vacinadas.

*Conclusões:* a realização do conjunto das atividades constitui um desafio da atenção pré-natal na DIR XI.

**Palavras-chave** Avaliação de Programas, Saúde materno-infantil, Humanização, Cuidado pré-natal

## Introdução

A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde e vida de uma População. Razões de mortalidade materna elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldade de acesso a serviços de saúde de qualidade.

A atenção de qualidade pode também contribuir com a redução da mortalidade infantil, especialmente o componente neonatal, visto que esse reflete as condições da gravidez, do parto e da assistência perinatal. Destaca-se que, apesar da existência de variações regionais, as taxas da mortalidade infantil têm apresentado queda progressiva nas últimas décadas em todo o território nacional, sendo atualmente o componente neonatal maior que o pós-neonatal,<sup>2</sup> fato também observado na maior parte dos países da América Latina.<sup>3</sup>

O exposto sinaliza que a atenção pré-natal de qualidade pode contribuir com a diminuição dos coeficientes de mortalidade materna e infantil, os quais estão entre os principais indicadores de condições de vida e saúde de uma população.

Apesar de sua relevância, o panorama da atenção pré-natal no Brasil no final da década de 90 evidenciava muitos problemas a serem enfrentados.<sup>4</sup> Reconhecendo a necessidade de estabelecer nova estratégia para a atenção nessa área, o Ministério da Saúde, no Brasil, instituiu em junho de 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), tendo por objetivos reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto.<sup>5,6</sup>

O PHPN indica os procedimentos mínimos a serem realizados por todas as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e apresenta como estratégias para a melhoria da qualidade da assistência a humanização do cuidado prestado e o respeito aos direitos reprodutivos.<sup>5,6</sup>

Este estudo é parte de amplo projeto para avaliação do PHPN na Direção Regional de Saúde (DIR) XI, em Botucatu, estado de São Paulo<sup>7</sup> e teve por objetivo avaliar a estrutura e o processo da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas nessa regional de saúde.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo inserido no campo da epidemiologia, sendo voltado para a avaliação da qualidade de serviços de saúde, com enfoque na estrutura e processo da assistência pré-natal e puerperal. Foram avaliados os recursos existentes para a execução dos serviços, inclusive físicos, humanos e materiais e de processo, as atividades realizadas pelos provedores da assistência, considerando aspectos técnicos e de relação interpessoal.<sup>8</sup> De um total de 31 municípios foram incluídos no estudo 20, tendo como único critério de inclusão a adesão do município ao PHPN até 2003.

A economia da região, segundo dados relativos ao emprego no mercado formal, apresenta supremacia na área de serviços, seguida das áreas agropecuária e industrial.<sup>9</sup> O município sede, Botucatu, situa-se na região centro-sul do estado de São Paulo, Brasil, a 235 km da capital paulista, dista até cerca de 250 Km dos demais integrantes da Regional e nele se localiza o único serviço da DIR XI para atendimento terciário na área de obstetrícia, com um total de 29 leitos para atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), 20 para a área clínica e nove para área cirúrgica, sendo os encaminhamentos viabilizados pela Central de Regulação de Vagas.

A população dos municípios varia de 4240 a 113.543 habitantes<sup>9</sup> e neles, a forma de organização da atenção básica contempla: unidade básica, unidade básica e programa de agente comunitário em saúde, unidade básica e de saúde da família e apenas unidade de saúde da família.

Os dados foram obtidos a partir de entrevista realizada com gestores dos municípios estudados, bem como da análise de prontuários de pré-natal amostrados. Em geral, o gestor entrevistado era o Secretário de Saúde, sendo que aqueles que não haviam acompanhado a implantação do PHPN indicaram um técnico a ser entrevistado. Do total de secretários, 15 eram profissionais da área da saúde e, dentre eles, 12 tinham ensino superior; dentre os cinco que não eram da área da saúde, três tinham nível de escolaridade superior.

Para cálculo do tamanho amostral considerou-se o número de gestantes inscritas no Sistema de Informações do PHPN (SISPRENATAL) no mês de janeiro de 2004 e projetou-se o número esperado para o ano, totalizando 3384 gestantes. Como era desconhecida a prevalência de gestantes para o ano, fixou-se esse valor em 50%, com um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de estimação

bilateral de 10%, obtendo-se o tamanho da amostra de 385 prontuários. Com esse valor, fez-se uma amostragem proporcional a cada município.

Dois instrumentos com perguntas fechadas foram elaborados pela pesquisadora para coleta de dados que foi realizada nos anos de 2004 e 2005: o primeiro utilizado na entrevista com o gestor, continha informações sobre a estrutura disponível e o segundo, para análise dos prontuários, era relativo ao processo da atenção pré-natal. Para construção desses instrumentos foram consideradas recomendações do Ministério da Saúde.<sup>5,10</sup>

Os indicadores de estrutura utilizados foram: para os recursos humanos, a presença de médico (obstetra ou não), enfermeiras e outros profissionais para atendimento pré-natal e puerperal, como dentista, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e psicólogo; para os recursos físicos, a existência de sala para atendimento individual; para os recursos materiais e equipamentos, disponibilidade de cartão de pré-natal, instrumento para registro da história clínica e identificação de risco, existência de mesa e cadeira, mesa ginecológica, balança de adulto para peso e altura, estetoscópio clínico, esfigmomanômetro, estetoscópio monoauricular de Pinard ou *sonar doppler*, fita métrica, foco de luz, espécule, pinça Cheron, lâmina, espátula de Ayres e fixador, medicamentos essenciais: sulfato ferroso, ácido fólico, antiácidos, analgésicos, antibióticos (ampicilina e/ou cefalexina), supositório de glicerina e medicamentos para tratamento de vulvovaginites (metronidazol e antifúngicos tópicos), exames disponíveis no início do pré-natal (tipagem sanguínea, hemograma ou hemoglobina/hematócrito, glicemia de jejum, urina simples, parasitológico de fezes e sorologias: Venereal Disease Research Laboratory (X-VDRL e anti-HIV) e no final da gestação (glicemia de jejum, urina simples e VDRL).

Foram utilizados como indicadores de processo: tempo entre o diagnóstico de gravidez e agendamento da primeira consulta; registro da história clínica em instrumento próprio; idade gestacional na primeira consulta; número de consultas por trimestre de gestação; exames laboratoriais realizados no início do pré-natal (tipagem sanguínea, hemograma ou hemoglobina/hematócrito, glicemia de jejum, urina simples, parasitológico de fezes e sorologias: VDRL e anti-HIV) e no final da gestação, glicemia de jejum, urina simples e VDRL; realização de exame colpocitológico, ultra-som e imunização antitetânica; encaminhamentos; registro de pressão arterial e altura uterina em todas as consultas; registro da idade gestacional em todas as consultas após 12 semanas de gestação e registro de revisão de parto.

O projeto desta investigação foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista.

## Resultados

A análise da estrutura, conforme apresentada pelos gestores, evidencia que em todos os municípios havia médico para atendimento pré-natal e puerperal, sendo que 90% deles possuem obstetras e 65% médicos não especialistas. A atuação de enfermeiras se dava em 55% dos municípios e todos os outros profissionais eventualmente vinculados a essa assistência, não o faziam de maneira exclusiva, atendendo gestantes apenas quando encaminhadas pelo médico ou enfermeira. (Tabela 1)

De acordo com os gestores, em todos os municípios havia sala individual para atendimento pré-natal e puerperal e estão disponíveis todos os materiais básicos necessários (cartão de pré-natal, instrumento para registro da história clínica, balança de adulto para peso e altura, mesa e cadeira, mesa ginecológica, estetoscópio clínico, esfigmomanômetro, estetoscópio monoauricular de Pinard ou *sonar doppler*, fita métrica e material para coleta de colpocitologia oncológica). Com relação aos medicamentos essenciais propostos pelo Ministério da Saúde,<sup>10</sup> na maior parte dos municípios a maioria deles estava disponível em todas as Unidades, exceção feita para o supositório de glicerina, pouco disponível. (Tabela 1)

Os exames básicos preconizados pelo PHPN para serem realizados no início da gravidez, como: hemograma ou hemoglobina/hematócrito, tipagem sanguínea ABO e Rh, VDRL, urina simples, glicemia de jejum e anti-HIV, estão disponíveis em todos os municípios, de acordo com os gestores entrevistados, situação diferente da encontrada para os exames de final de gestação, já que muitos municípios não os disponibilizam rotineiramente. (Tabela 1)

Todos os gestores referiram, em caso de encaminhamento, oferecer transporte para as gestantes e 15 deles (75%), referiu também a utilização de algum instrumento para identificação de risco gestacional na rotina pré-natal. (Tabela 1)

Quanto ao processo da assistência pré-natal e puerperal, destaca-se o registro da história clínica em instrumento próprio em aproximadamente 10% dos prontuários, 85,2% das mulheres iniciaram o pré-natal antes de completar 120 dias de idade gestacional e 75,9% delas tiveram pelo menos seis consultas durante a gravidez. Em 83,6% dos pron-

Tabela 1

Recursos humanos, físicos e materiais para atenção pré-natal e puerperal existentes nos municípios da Direção Regional de Saúde (DIR) XI, avaliados segundo os gestores entrevistados. Botucatu, São Paulo, 2005.

Recursos	Sim		Não	
	n	%	n	%
<b>Recursos Humanos</b>				
Médico	20	100,0	-	-
Médico obstetra	18	90,0	2	10,0
Médico não obstetra	13	65,0	7	35,0
Enfermeira	11	55,0	9	45,0
Encaminhamento para o dentista	20	100,0	-	-
Encaminhamento para o psicólogo	15	75,0	5	25,0
Encaminhamento para o nutricionista	5	25,0	15	75,0
Encaminhamento para o assistente social	19	95,0	1	5,0
Encaminhamento para o fisioterapeuta	15	75,0	5	25,0
<b>Recursos Físicos</b>				
Salas individuais para atendimento	20	100,0	-	-
<b>Recursos materiais e equipamentos</b>				
Disponibilidade de materiais e equipamentos				
Cartão de pré-natal	20	100,0	-	-
Instrumento para registro da história clínica	20	100,0	-	-
Balança para adultos (peso e altura)	20	100,0	-	-
Mesa e cadeira	20	100,0	-	-
Mesa ginecológica	20	100,0	-	-
Esfignomanômetro e estetoscópio clínico	20	100,0	-	-
Estetoscópio de Pinard ou <i>sonar doppler</i>	20	100,0	-	-
Fita métrica	20	100,0	-	-
Material para coleta de colpocitologia oncótica	20	100,0	-	-
Disponibilidade medicamentos essenciais				
Ácido fólico	12	60,0	8	40,0
Sulfato ferroso	19	95,0	1	5,0
Analgésicos	17	85,0	3	15,0
Antibióticos (ampicilina e/ou cefalexina)	19	95,0	1	5,0
Antiácidos	15	75,0	5	25,0
Supositório de glicerina	6	30,0	14	70,0
Medicamentos para tratamento de vulvovaginites (tópico)	19	95,0	1	5,0
Disponibilidade de exame para diagnosticar gravidez				
Disponibilidade exames básicos início da gestação	20	100,0	-	-
Disponibilidade de exames no final da gestação				
Veneral Disease Research Laboratory (VDR)	8	40,0	12	60,0
Urina simples	10	50,0	10	50,0
Glicemia de jejum	10	50,0	10	50,0
Transporte para gestantes encaminhadas	20	100,0	-	-
Instrumento para avaliação de risco	15	75,0	5	25,0

tuários havia registro de pelo menos uma consulta no primeiro trimestre e em cerca de 90% deles havia registro de pelo menos duas consultas no segundo e de três ou mais consultas no terceiro trimestre. (Tabela 2).

As anotações referentes à idade gestacional, pressão arterial e peso foram semelhantes, ficando próximas a 90% e a relativa à altura uterina (70,6%) foi menos freqüente. As melhores coberturas de exames laboratoriais a serem realizados no início da

Tabela 2

Assistência pré-natal e puerperal existente nos municípios avaliados da Direção Regional de Saúde (DIR) XI, segundo os prontuários amostrados. Botucatu, São Paulo, 2005.

Assistência pré-natal e puerperal	Sim		Não	
	n	%	n	%
Registro da história clínica em instrumento próprio	42	10,9	343	89,1
Início do pré-natal com até 120 dias gestação	328	85,2	57	14,8
Pelo menos uma consulta no primeiro trimestre	322	83,6	63	16,4
Pelo menos duas consultas no segundo trimestre	350	90,9	35	9,1
Pelo menos três consultas no terceiro trimestre	354	91,9	31	8,1
Idade gestacional em toda consulta pré-natal	354	91,9	31	8,1
Pressão arterial em toda consulta pré-natal	354	91,9	31	8,1
Peso em toda consulta pré-natal	355	92,2	30	7,8
Altura uterina em toda consulta após 12 semanas	272	70,6	113	29,4
Veneral Disease Research Laboratory (VDR) no início da gravidez	307	79,7	78	20,3
Hemoglobina/hematócrito no início da gravidez	316	82,1	69	17,9
Tipagem sanguínea no início da gravidez	318	82,6	67	17,4
Anti-HIV no início da gravidez	288	74,8	97	25,2
Glicemia de jejum no início da gravidez	316	82,1	69	17,9
Urina simples no início da gravidez	309	80,3	76	19,7
Veneral Disease Research Laboratory (VDR) no final da gravidez	127	33,0	258	67,0
Glicemia de jejum no final da gravidez	117	30,4	268	69,6
Urina simples no final da gravidez	119	30,9	266	69,1
Veneral Disease Research Laboratory (VDR) no início e no final da gravidez	124	32,2	261	67,8
Todos os exames básicos do início da gravidez	292	75,8	93	24,2
Todos os exames básicos do final da gravidez	53	13,8	332	86,2
Todos os exames básicos do início e final da gravidez	50	13,0	335	87,0
Cobertura do exame de citologia oncológica	139	36,1	246	63,9
Consulta de puerpério	226	58,7	159	41,3

gravidez, acima de 80%, foram para o hemograma ou hemoglobina e hematócrito, tipagem sanguínea ABO/Rh, glicemia de jejum e urina simples. (Tabela 2)

A cobertura de todos os exames básicos do início da gravidez foi de 75,9%, de final de gravidez foi 13,9% e de ambos, início e final de gestação, 13%. Aproximadamente um terço das mulheres que tinham indicação fizeram o exame de colpocitologia oncológica durante a gravidez (36,1%), foram imunizadas contra o tétano ou tinham imunidade prévia 31,5% e mais da metade (58,7%) fez revisão de parto. (Tabela 2)

Nos municípios da DIR XI é fornecido rotineiramente cartão de pré-natal, garantido a continuidade do atendimento e a gestante é informada, previamente, sobre o local do parto. Em 10 municípios (50%) não há estratégia precoce de captação de gestantes, já em 14 (70%) há, regularmente, busca

ativa de gestantes faltosas, sendo que a maioria tem conseguido encaminhar suas pacientes para o pré-natal especializado quando necessário, a contra-referência raramente ocorre e a confirmação do atendimento é realizada em aproximadamente um terço dos casos. (Tabela 3)

Atividades regulares de educação em saúde ocorrem em menos da metade dos municípios. Educação permanente dos profissionais foi mencionada por seis gestores (30%) e a busca ativa de puérperas para revisão de parto por 11 deles, ou seja, 55%. (Tabela 3)

Considerando-se os indicadores de processo da atenção pré-natal propostos pelo PHPN, esse estudo obteve: percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério, 58,7%; percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos, 13%; percentual de gestantes

**Tabela 3**

Processo da assistência pré-natal e puerperal existente nos municípios avaliados da Direção Regional de Saúde (DIR) XI, segundo os gestores entrevistados. Botucatu, São Paulo, 2005.

Processo da Assistência	Sim		Não	
	n	%	n	%
Fornece cartão de pré-natal	20	100,0	-	-
Garante continuidade do atendimento	20	100,0	-	-
Informação prévia sobre o local do parto	20	100,0	-	-
Estratégia de captação precoce de gestantes	10	50,0	10	50,0
Agendamento da primeira consulta até duas semanas após o diagnóstico de gravidez	10	50,0	10	50,0
Busca ativa de gestantes faltosas	14	70,0	6	30,0
Possibilidade de encaminhamento alto risco	19	95,0	1	5,0
Encaminhamento sempre para o serviço terciário	16	80,0	4	20,0
Contra-referência das gestantes encaminhadas	1	5,0	19	95,0
Confirmação do atendimento caso tenha havido encaminhamento	7	35,0	13	65,0
Alta do pré-natal	-	-	20	100,0
Atividades regulares de educação em saúde	8	40,0	12	60,0
Atividade de educação profissional permanente	6	30,0	14	70,0
Busca ativa de puerperas para revisão de parto	11	55,0	9	45,0

**Tabela 4**

Indicadores de processo da assistência pré-natal e puerperal propostos pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e obtidos nos municípios avaliados da Direção Regional de Saúde (DIR) XI. Botucatu, São Paulo, 2005

Processo da Assistência	Sim		Não	
	n	%	n	%
Mínimo de seis consultas pré-natal	292	75,9	93	24,1
Mínimo de seis consultas pré-natal e consulta de puerpério	226	58,7	159	41,3
Mínimo de seis consultas pré-natal e todos os exames básicos	50	13,0	335	87,0
Mínimo de seis consultas pré-natal, consulta de puerpério e exames básicos	39	10,1	346	89,9
Imunização antitetânica	121	31,4	264	68,6
Mínimo de seis consultas pré-natal, consulta de puerpério, exames básicos e imunização antitetânica	14	3,6	371	96,4

inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, 10,1% e percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos e a dose imunizante da vacina antitetânica, considerada pelo PHPN como conclusão do tratamento, 3,6%.<sup>5</sup> (Tabela 4).

## Discussão

Utilizou-se como referência para discussão em vários momentos o PHPN,<sup>5,6</sup> que em 2005, com a Instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal,<sup>11</sup> sofreu alguns ajustes. Ressalta-se, porém, que não houve alteração em relação aos indicadores aqui analisados.

Dois aspectos devem ser considerados na análise das limitações do estudo: a avaliação da estrutura deu-se a partir da entrevista com os gestores, que podem ter tido dificuldade de responder de forma imparcial às questões relativas a seus próprios serviços, e a de processo foi realizada considerando-se prontuários amostrados, o que viabilizou a análise técnica, apenas, da assistência prestada.

A análise dos recursos humanos disponíveis na DIR XI para atuação na área pré-natal evidencia que o atendimento está centrado no trabalho médico, sendo ele especialista ou não, já que em todos os municípios há atuação desse profissional. Com relação as enfermeiras, merece destaque um fato: nove municípios (45%) não contam com a atuação desse profissional nessa área, sendo que em nenhum deles a atenção básica é desenvolvida em Unidades de Saúde da Família.

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo principal reorganizar a prática da atenção básica à saúde, priorizando realizar ações de forma integral e contínua, resolvendo cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes na população, a partir do desenvolvimento de trabalho multiprofissional.<sup>12</sup> Para a área de enfermagem, o PSF tem promovido nítida mudança no processo de trabalho, aproximando as enfermeiras do cuidado, a partir da elaboração de protocolos de atenção que as respaldam. Assim, justifica-se a maior atuação das enfermeiras vinculadas a essa estratégia na atenção pré-natal.

Com relação aos recursos físicos, equipamentos e instrumentais para assistência à gestante e puérpera, nenhum problema foi citado pelos gestores dos 20 municípios da DIR XI avaliados. Porém, a análise relativa aos medicamentos essenciais evidenciou situação diferente: alguns gestores apontaram insuficiência, ressaltando que muitas vezes o próprio município adquire, através do serviço social, medicamentos prescritos para as gestantes.

O governo estadual, através do Programa Dose Certa, presente em todo o estado de São Paulo, disponibiliza alguns medicamentos padronizados aos municípios.<sup>13</sup> Porém, embora a quantidade oferecida seja proporcional ao número de habitantes, nem sempre é suficiente para atender às demandas dos municípios. Além disso, nem todos os itens necessários são dispensados, ficando a aquisição dos mesmos facultada aos municípios.

A realização dos exames básicos constitui-se em importante ponto de estrangulamento da assistência pré-natal no Brasil, percebido, inclusive, nas reuniões com gestores estaduais e municipais para monitoramento da implementação do PHPN em

todas as regiões do país.<sup>14</sup> Para os gestores da DIR XI, entretanto, oferecer os exames básicos preconizados para o início do pré-natal não é problema, estando eles sempre disponíveis nos municípios, mas não ocorre o mesmo com os exames a serem realizados no final da gestação. Porém, o fato de o gestor apontar a disponibilidade, não significa que os mesmos estejam sendo efetivamente realizados.

A análise do processo da assistência pré-natal poderia ter sido facilitada se a história clínica perinatal estivesse registrada em instrumento próprio, o que ocorreu em aproximadamente 10% dos prontuários. Porém, os prontuários foram analisados na íntegra e, mesmo na ausência desse instrumento, caso determinado procedimento estivesse registrado, foi considerado.

A inadequação dos registros das consultas constitui um dos principais obstáculos para aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal.<sup>15</sup> É premissa essencial a ser assumida, em estudos de processo que utilizam prontuários como fonte de dados, a qualidade dos registros disponíveis. Parte-se do pressuposto de que, se algum procedimento não foi registrado, provavelmente não foi realizado.<sup>16</sup>

Todos os gestores referem não haver problemas para que as mulheres de seus municípios façam o teste de gravidez sempre que indicado. Contudo, quando da análise dos prontuários de pré-natal, observou-se que um município encaminha todas as mulheres com suspeita de gravidez para confirmação diagnóstica no serviço terciário da região, o que é totalmente inadequado, caracterizando uma distorção na hierarquização da atenção.

Em 75,9% dos prontuários amostrados havia registro de no mínimo seis consultas de pré-natal, valor muito superior ao índice brasileiro dos anos de 2001 e 2002: aproximadamente 20%.<sup>14</sup> Porém, como o SISPRENATAL foi implantado no ano 2000, esse baixo índice nacional pode estar relacionado a falhas do início de sua implantação.

Ainda hoje se discute o número mínimo ou ideal de consultas capaz de garantir bons resultados da atenção pré-natal. Anteriormente à implantação do PHPN, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) estabelecia um calendário mínimo de quatro a seis consultas,<sup>17</sup> sendo adotado pelo Programa de Humanização o mínimo de seis consultas.<sup>5</sup> Recente a Revisão Sistemática Cochrane não encontrou, em gestantes de baixo risco, diferença nos resultados maternos e perinatais com quatro ou seis consultas.<sup>18</sup>

O PHPN, além de estabelecer como procedimento mínimo a realização de seis consultas, aponta

que essas devem ser iniciadas antes de 120 dias de idade gestacional e ser realizadas, preferencialmente, uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre gestacional.<sup>5</sup> Não se questiona a importância desses procedimentos para que se consiga realizar uma assistência pré-natal efetiva, incluindo o acolhimento à mulher desde o início da gravidez; a realização de intervenções oportunas em todo período gestacional, preventivas ou terapêuticas; o acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, visando assegurar seu seguimento em intervalos preestabelecidos e a garantia de continuidade da assistência em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.<sup>12</sup>

Um estudo brasileiro evidenciou que aproximadamente 90% das gestantes iniciavam o pré-natal precocemente,<sup>14</sup> índice pouco superior ao do presente estudo, onde 85,2% das mulheres começaram o pré-natal com menos de 120 dias de idade gestacional. Para garantir o início do pré-natal precocemente é importante que o agendamento da primeira consulta seja realizado logo após a confirmação da gravidez. Considerando que o tempo estimado entre a confirmação da gravidez e o agendamento da primeira consulta, em 10 municípios (50%), é de 15 dias ou mais, esse tempo pode estar sendo excessivo, fazendo com que grande parcela das gestantes não cumpram um dos critérios necessários para se considerar o tratamento concluído: o início precoce.

Todos os gestores referiram não haver dificuldade de agendar as consultas de retorno, o que foi ratificado pela análise da distribuição das consultas durante a gravidez. Tal indicador não foi analisado isoladamente nos estudos brasileiros de 2001 e 2002.<sup>14</sup>

Em seis municípios (30%) não se faz busca ativa de gestantes faltosas e apenas em metade deles existem estratégias de captação precoce implantadas, geralmente a partir da realização de visita domiciliar do agente comunitário de saúde. A articulação do PHPN com o PSF certamente pode fortalecer ambas as iniciativas e eliminar etapas burocráticas desnecessárias.<sup>4</sup>

Um estudo realizado com 5507 municípios brasileiros evidenciou que entre aqueles que declaravam alta prioridade às ações de atenção à gravidez, parto e puerpério, 93,3% realizavam busca ativa das gestantes para ingresso no atendimento pré-natal.<sup>19</sup> Assim, a baixa frequência de busca ativa nos municípios avaliados sugere que a atenção ao período de gravidez pode não estar sendo priorizada na DIR XI.

A atenção pré-natal de baixo risco é realizada para estabelecer um processo de vigilância à saúde das

mulheres grávidas, com o propósito de controlar riscos.<sup>19</sup> De acordo com o PHPN, para garantir o adequado acompanhamento pré-natal, deve-se classificar o risco gestacional na primeira consulta e nas subsequentes garantir, às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência.<sup>5</sup>

De acordo com 15 gestores entrevistados utiliza-se nos municípios instrumento para detecção de risco gestacional. Embora idealmente todo serviço de atenção ao pré-natal de baixo risco deva referenciar os casos de alto risco identificados,<sup>19</sup> um dos gestores apontou não dispor, na prática, de unidade ambulatorial para referência desses casos.

O serviço terciário da DIR XI pode distar até 250 Km de outras cidades da Regional, evidenciando as dificuldades de encaminhamento e justificando porque alguns gestores optam por encaminhar para outros serviços, em municípios mais próximos da mesma Regional, parcela das gestantes que deveriam ser atendidas no serviço terciário. Essa decisão, porém, pode levar à perda de um tempo precioso, devido a ausência de estrutura para atendimento ao alto risco nessas localidades.

Em geral, os municípios se responsabilizam pelo transporte das gestantes até o serviço de alto risco sempre que necessário, através de ambulâncias. Apenas o gestor do município sede da Regional referiu viabilizar o transporte tanto por ambulância quanto por "passe saúde", recurso disponibilizado pela Secretaria de Saúde aos usuários do serviço público.

Em estudo anteriormente realizado no serviço terciário da DIR XI com pacientes atendidos no pronto socorro, os meios de transporte mais frequentemente citados foram os veículos próprios (42,9%) e os ônibus regulares (14,9%), sendo a ambulância apenas o terceiro meio (14,1%) mais apontado.<sup>19</sup> Assim, para as gestantes, a oferta de transporte foi mais favorável.

A falta de contra-referência relativa às gestantes encaminhadas mostrou-se um grande problema, já que inexistente na quase totalidade dos casos. Essa situação da área obstétrica repete-se em outras, segundo estudo realizado em 2003 com gestores da mesma Regional, os quais referiram nunca terem retorno sobre os pacientes referenciados, o que faz com que alguns deles sejam "perdidos" pelos serviços de saúde do município de residência.<sup>20</sup>

A hierarquização dos serviços, a referência e a contra-referência são preceitos do SUS ratificados pelo PHPN, ao apontar como competências/atribuições das secretarias municipais de saúde: estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal e do

sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar quando indicado, e estabelecer a referência para assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional.<sup>5</sup>

Todos os gestores apontaram a existência de vínculo entre a assistência pré-natal e a assistência ao parto e também afirmaram que as gestantes são informadas previamente sobre o local onde seu parto será realizado.

Embora o PHPN determine os parâmetros de acesso, a frequência do atendimento e os exames complementares básicos, não menciona as atividades clínico-obstétricas de execução obrigatória nas consultas de pré-natal, permitindo uma análise apenas parcial do processo de assistência à gestação. Neste estudo, porém, optou-se por incluir a análise de alguns procedimentos considerados básicos, como: cálculo da idade gestacional (IG), aferição da pressão arterial (PA) e verificação do peso materno e da altura uterina (AU) após a 12<sup>a</sup> semana de gestação, pois esses são simples, de baixíssimo custo, contribuem com a detecção de alguns riscos gestacionais e são procedimentos que devem ser realizados nas consultas de pré-natal.

A cobertura em torno de 90% dos três primeiros indicadores foi bastante superior a obtida em estudo realizado em Juiz de Fora, MG, Brasil, que estabeleceu como adequada a presença desses dados em pelo menos cinco consultas de pré-natal e, mesmo assim, obteve apenas os seguintes valores para IG, PA e peso: 58,1%, 77,8% e 75,4%, respectivamente.<sup>21</sup> No mesmo trabalho, a cobertura da AU foi de 72,7% e, portanto, próximo ao valor obtido nesta investigação, 70,6%, considerando-se as consultas após a 12<sup>a</sup> semana de gestação.

A análise sobre a alta no pré-natal evidenciou que essa conduta inexistente nos municípios da DIR XI, havendo indicação de agendamento de retorno após todas as consultas realizadas, independentemente da idade gestacional. Destaca-se que a falta de atendimento ambulatorial no final da gestação, momento de maior probabilidade de intercorrências obstétricas, é fator importante na determinação dos resultados maternos e perinatais.<sup>4</sup>

Apesar de o PHPN determinar que apenas os municípios com mais de 50.000 habitantes são obrigados a oferecer rotineiramente o exame anti-HIV no pré-natal, a Lei Estadual nº 10449 obriga seu oferecimento a todas as gestantes atendidas pelos serviços públicos e privados de saúde do Estado de São Paulo,<sup>22</sup> razão pela qual foi avaliada a oferta desse exame junto com os demais considerados básicos no SISPRENATAL.

No presente trabalho, a cobertura de exames básicos a serem realizados no início da gravidez variou, quando os mesmos foram considerados isoladamente, de 74,8% a 82,6%. Assim, para o exame anti-HIV, o valor obtido (74,8%) foi bastante superior ao índice brasileiro: 35,4%,<sup>23</sup> o que pode ser decorrente da legislação estadual. A cobertura dos exames preconizados para o final da gravidez foi muito menor que a observada entre os exames básicos do início do pré-natal, variando, isoladamente, de 30,4% a 33%. Esse dado está relacionado a indisponibilidade desses exames apontada pelos gestores, sinalizando que padrões estabelecidos pelo PHPN não estão sendo cumpridos na regional estudada.

Ao avaliar as mulheres que realizaram os dois exames de VDRL preconizados, a cobertura obtida entre as puérperas estudadas foi de 32,2%, índice superior ao obtido para todo Brasil (12,1%).<sup>23</sup> Esse exame sorológico é importante na rotina pré-natal por viabilizar o diagnóstico de sífilis na gestação, de forma que os serviços possam instituir medidas adequadas de tratamento, prevenindo a ocorrência de sífilis congênita, razão pela qual se optou por apresentar esse indicador isoladamente. Merece destaque, entretanto, o fato de que estudo sobre o panorama da atenção pré-natal no país anterior à implantação do PHPN evidenciou, de maneira surpreendente, que o número de casos de sífilis congênita era igual entre o grupo de mulheres que realizou pré-natal e o que não realizou,<sup>4</sup> colocando em cheque a qualidade dos serviços disponibilizados às gestantes.

Com relação à realização do conjunto de exames básicos preconizados, a análise dos índices obtidos apenas para o final da gestação e do início e final juntos, mostra que o ponto de maior estrangulamento relacionado aos exames básicos se deu com os exames de final do pré-natal, cuja cobertura foi de 13,8%, evidenciando a necessidade de se rever questões consideradas como rotina assistencial, visto que o consenso técnico sobre sua importância não resultou em sua realização.

Também se avaliou a cobertura do exame de citologia oncótica e da imunização antitetânica. Embora o PHPN não inclua a realização de citologia oncótica como procedimento básico recomendado, deve-se levar em consideração que algumas mulheres só são atendidas nos serviços de saúde quando estão grávidas e, portanto, esse momento pode ser o ideal, e às vezes único, para programar ou consolidar as orientações e as práticas preventivas para a saúde feminina. Como não há qualquer restrição para realização desse exame no pré-natal

de baixo risco, a cobertura obtida, 36,1%, pode ser considerada baixa, visto que essa foi calculada entre mulheres que tinham, segundo a análise do prontuário, indicação de realizá-lo.

O PHPN preconiza a realização de vacina antitetânica, dose imunizante, segunda dose do esquema recomendado, ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.<sup>5</sup> O índice encontrado, 31,5%, foi superior ao obtido para o país em 2001 (21,7%), mas inferior ao de 2002 (41%).<sup>14</sup> Assim, esse procedimento ainda apresenta baixa cobertura na DIR XI, o que pode ser creditado, em parte, à ausência do registro de algumas doses aplicadas, reiterando a necessidade de organização e gestão da assistência.

Para o PHPN, o término do acompanhamento de uma gestante se dá com a consulta de revisão de parto, a ser realizada até 42 dias após o nascimento,<sup>5</sup> pois a proposta desenhada para o Programa considera essa atividade indispensável no conjunto da assistência. Essa consulta é a instância do ciclo gravídico-puerperal em que se desvincula a saúde da mãe da saúde do recém-nascido e, portanto, é um momento de atenção à saúde da mulher e não da mãe, evitando que ocorra um viés de gênero na percepção da atenção.<sup>14</sup> Esse seguimento clínico permite estabelecer condutas para garantir o adequado intervalo interpartal, protegendo a mulher e melhorando os resultados perinatais, bem como avaliar a mulher integralmente, para detecção de alterações importantes, como a anemia e os estados depressivos.<sup>4</sup>

A reconhecida relevância da revisão puerperal não tem garantido, porém, boa cobertura desse procedimento no país. Em estudo realizado nos anos de 2001 e 2002, o maior percentual alcançado foi de 19%.<sup>14</sup> Assim, a situação da DIR XI, embora longe da ideal, é mais favorável, visto que havia registro de revisão puerperal em 58,7% dos prontuários avaliados.

Alguns motivos podem ser apontados para a baixa cobertura da revisão de parto, como: perda da informação por falha no registro dos dados no prontuário e falta de estrutura dos serviços de atenção básica para sua realização.

Considerando-se que, na regional estudada, a vacina BCG é sempre realizada nas unidades de atenção básica, que sua cobertura tem se mantido próxima a 100% nos últimos anos e que é geralmente a mãe quem leva o bebê para ser vacinado, pode-se afirmar que as puérperas retornam, sim, aos serviços de saúde após o parto. O que parece estar ocorrendo é o já citado viés de gênero, aliado à falta de articulações das ações básicas.<sup>4</sup> Essa parece ser a situação

da DIR XI, visto que nove gestores municipais (45%) relataram não haver busca ativa de puérperas rotineiramente em seus municípios.

Atividades educativas ainda são pouco realizadas nos municípios da DIR XI, já que apenas 40% dos gestores referiram que elas são realizadas sistematicamente em todas as unidades de seus municípios. Buscou-se avaliar se a forma de organização da atenção básica influenciava sua realização, mas não se confirmou essa hipótese, pois entre os municípios que as realizam, a atenção básica é desenvolvida a partir de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Programa de Saúde Familiar (PSF), Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e UBS/PSF, demonstrando a inexistência dessa associação. A assistência pré-natal baseia-se no rastreamento das gestantes de alto risco, na educação em saúde e no desenvolvimento de ações profiláticas específicas para a gestante e o feto.<sup>24</sup> A educação em saúde possibilita a troca de vivências entre as mulheres e os profissionais de saúde, promovendo a compreensão do processo de gestação<sup>10</sup> e também é valorizada pelo PHPN.<sup>5</sup>

O PHPN não aborda explicitamente a questão da educação permanente dos profissionais, mas ao privilegiar a qualidade da atenção e a humanização do atendimento, faz supor quão necessária ela é. Apesar da relevância apontada,<sup>14</sup> gestores entrevistados referiram que em seus municípios nunca havia sido realizada qualquer atividade de educação permanente, nem na área obstétrica, nem na área neonatal.

O termo humanização se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudanças nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para mudança. Na área de saúde da mulher implica, também, no reconhecimento de sua autonomia.<sup>25,26</sup>

Frente à amplitude do conceito, torna-se impossível pensar em um Programa de Humanização desvinculado da educação permanente dos profissionais envolvidos. O próprio Ministério da Saúde reconhece que, ao estabelecer políticas e normas técnicas para atenção pré-natal de boa qualidade, deve-se levar em conta a capacitação da equipe de saúde.<sup>10</sup>

Destaca-se, porém, que o PHPN preocupou-se em garantir um padrão mínimo na assistência - como número de consultas, exames básicos e imunização, entre outros - e seu registro, como estratégia para melhorar a qualidade da atenção pré-natal, não

incorporando indicadores relativos às relações interpessoais e humanização do cuidado.

Com relação aos indicadores de processo analisados, observou-se que apenas 3,6% das mulheres realizaram todas as atividades indicadas pelo PHPN para a assistência pré-natal, índice superior ao obtido para o Brasil em 2001 (2%), e inferior de 2002 (5%),<sup>14</sup> sua inadequação sendo óbvia. Assim, também para a DIR XI, o maior desafio está em conseguir proporcionar o conjunto das atividades preconizadas no pré-natal e puerpério para todas as mulheres.

Em síntese, os baixos índices obtidos evidenciam um quadro grave, que para ser revertido demandará diferentes estratégias e só será possível se a atenção

pré-natal for considerada como uma das prioridades dos municípios. Em especial, as seguintes ações poderão ser úteis: acolhimento das mulheres, de forma a criar um vínculo com o serviço pré-natal; desenvolvimento de trabalho multiprofissional, podendo-se ampliar do papel das enfermeiras na atenção pré-natal de baixo risco; realização de trabalho de conscientização em relação à importância do registro de dados no prontuário; viabilização da contra-referência; criação de mecanismos para efetiva realização das ações básicas de consenso técnico; promoção de atividades educativas em grupo e a educação permanente dos profissionais envolvidos com a atenção pré-natal e puerperal.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF; 2004.
2. UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Crianças de até seis anos - O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Brasília, DF; 2005.
3. CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano). Situación perinatal en América latina y el Caribe: situación materna y perinatal de la region. 2000. Disponível em: [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN16.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN16.pdf) [2000 ago 15]
4. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2004; 4: 269-79.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União (DOU) Brasília, DF; 2000 jun 8, Seção I, p.112-4.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 570 de 01 de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União (DOU) Brasília, DF; 2000 jun 8, Seção I, p.114-6.
7. Parada CMGL. Avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento na DIR XI - Botucatu [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006.
8. Donabedian A. The quality of care - how come it be assessed? *J Am Med Assoc.* 1988; 260: 1743-8.
9. SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados). Sistema de informações dos municípios paulistas. 2005. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/ produtos/imp/imp.php?page=tabela> [2006 mar 7]
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, DF; 2000.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1067 de 4 de julho de 2005. Instituição da política nacional de atenção obstétrica e neonatal. Diário Oficial da União (DOU), Brasília; 2005 jul. 8, Seção I, p.25-30.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família. 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php> [2006 mar 21]
13. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Programa dose certa. 2005. Disponível em URL: [http://www.farma.saude.sp.gov.br/Anexos/Manual\\_alterado.doc](http://www.farma.saude.sp.gov.br/Anexos/Manual_alterado.doc) [2006 mar 21]
14. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20: 1281-9.
15. Peoples-Sheps MD, Kalsbeek WD, Siegel E, Dewees C, Rogers M, Schwartz R. Prenatal records: a national survey of content. *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 164: 514-21.
16. Dias-Costa J, Madeira ACC, Luz RM, Brito MAP. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34: 329-36.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional Materno Infantil. Assistência Integral à Saúde da Mulher: material instrucional. Módulo I. Brasília, DF; 1998.
18. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: *Cochrane Library* (1) 2007.
19. Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39: 768-74.
20. Mendes HWB. Regionalização da assistência à saúde: análise de demanda ao serviço de urgência/emergência de um Hospital Universitário [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2003.

21. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25: 717-24.
22. São Paulo (Estado). Lei nº 10449, de 20 de dezembro de 1999. Inclui testes para detecção do HIV e da sífilis nos exames pré-natais. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, 1999; 109 (240). Seção I, p.3.
23. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004; 26: 517-25.
24. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20 (Supl. 1): 63-72.
25. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saúde Coletiva.* 2005; 10: 627-37.
26. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynecol Obstet.* 2001; 48 (Suppl): S33-S52.

---

Recebido em 10 de julho de 2006

Versão final apresentada em 6 de outubro de 2007

Aprovado em 17 de novembro de 2007