

## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL \*

Néia Schor \*\*  
Sueli Gandolfi Giron \*\*  
Arnaldo Augusto Franco de Siqueira \*\*  
Cyro Ciari Junior \*\*  
Pedro Augusto Marcondes de Almeida \*\*  
Augusta Thereza de Alvarenga \*\*  
Maria de Lourdes D'Amico Falcão \*\*\*

RSPU-B/274

SCHOR, N. et al. — *Diagnóstico da situação de assistência pré-natal em uma divisão regional de saúde do Estado de São Paulo, Brasil.* Rev. Saúde públ., S. Paulo, 9:351-62, 1975.

RESUMO: Tomando por base a importância do diagnóstico da situação de Saúde de uma área, para qualquer planejamento e avaliação de programas, foi feito um diagnóstico da área de pré-natal da Divisão Regional de Saúde-5, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, utilizando modelo de "acreditação" e alguns itens de avaliação quantitativa. Foi diagnosticada a situação como sofrível, mostrando aumento da relação custo/benefício. Os itens que envolvem investimentos em dinheiro estavam razoavelmente preenchidos, porém, os serviços não funcionavam adequadamente por falta de programação e coordenação.

UNITERMOS: Serviços de pré-natal. Organização e administração. Assistência pré-natal, programação de serviços. Saúde materna.

### INTRODUÇÃO

A importância do diagnóstico da situação de saúde de uma área é bastante conhecida e aceita pelos planejadores de saúde. As várias técnicas de planejamento incluem o diagnóstico da situação como a primeira etapa do trabalho. Em países subdesenvolvidos, ou em desenvolvimento, a técnica recomendada para planejamento

de saúde é aquela proposta por especialistas reunidos sob o patrocínio do Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES) e Organização Panamericana da Saúde (OPS) e conhecida por técnica de programação local. Ela enfatiza a necessidade do diagnóstico para permitir um pla-

\* Trabalho apresentado no XI Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realização de 31 de agosto a 6 de setembro de 1975, no Rio de Janeiro.

\*\* Da Disciplina de Higiene Materna do Departamento de Prática Médica em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP — Avenida Dr. Arnaldo, 715 — São Paulo, SP — Brasil.

\*\*\* Da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo — Avenida São Luís, 99 — 5.º andar — São Paulo, SP — Brasil.

nejamento adequado às necessidades locais, tornando a relação custo/benefício sempre menor ou igual a um. Por outro lado, este diagnóstico inicial poderá ser utilizado como parâmetro nos diferentes aspectos da avaliação.

Em nosso país, onde o setor saúde não tem sido prioritário em termos de orçamento geral da nação, é de grande necessidade a adequada aplicação das verbas destinadas a esse setor. Para tanto, é imperativo um planejamento racional, que tenha como base o diagnóstico da situação.

A experiência tem mostrado que programas que desconhecem a situação local têm falhado em seus objetivos, tanto gerais como específicos, levando consigo grande parte do orçamento do setor; assim, Giron e col.<sup>4</sup> demonstraram este tipo de programação e suas respectivas consequências em um município do Estado de São Paulo.

Reconhecendo a importância do diagnóstico da situação de saúde de uma área programática, é propósito deste trabalho mostrar um diagnóstico da situação de assistência pré-natal, realizado na área da Divisão Regional de Saúde-5 (DRS-5) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, com sede em Campinas, abrangendo 11 distritos sanitários, com 82 municípios.

#### METODOLOGIA

Foram utilizados os dados referentes aos nascimentos registrados nos 11 distritos sanitários que constituem a DRS-5, bem como dados relativos aos serviços de pré-natal, junto à DRS-5, no período 1-1-74 a 31-12-74.

A metodologia utilizada para elaboração do diagnóstico incluiu a acreditação dos serviços de pré-natal existentes nas unidades sanitárias sede dos distritos, e alguns itens de avaliação quantitativa propostos por Ciari e col.<sup>1</sup>, como o rendimento instrumental médico, a concentração normalizada de consultas por gestantes, e

o número de horas médicas disponíveis, e outros como a cobertura da população gestante pelo serviço.

A acreditação, realizada conforme a metodologia descrita por Ciari e col.<sup>2</sup> foi feita segundo a classificação das unidades sanitárias estabelecida pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em 8 centros de saúde.

O rendimento instrumental foi calculado relacionando-se o número de consultas de pré-natal oferecido às gestantes da área com o número de médicos existentes nos respectivos distritos. O número de médicos foi estimado através do conhecimento do número de dias de serviço dedicados à Saúde Materna. Assim, em uma unidade sanitária do tipo V, onde existe apenas um médico para atender a todo o movimento, e as gestantes são atendidas apenas em um período semanal, considerou-se que havia um médico trabalhando 1/5 do período. Tanto o número de consultas, como o número de médicos, foi fornecido pela Secretaria de Saúde.

A concentração normalizada de consultas por gestante foi calculada relacionando-se o número de consultas dadas com o número de gestantes inscritas, ambos os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde.

A cobertura da população gestante foi calculada relacionando-se o número de gestantes inscritas no serviço com o número de gestantes esperadas na área. O número de gestantes esperadas na área foi estimado através do conhecimento do número de nascimentos da área no ano, dado fornecido pelo Departamento Estadual de Estatística (DEE), da Secretaria do Planejamento.

Com o objetivo de melhor interpretar os dados diagnósticos, foi calculada a população centro-dependente (supostamente a população que, não podendo pagar qualquer tipo de assistência médica, ou que por o desejar procura a unidade sanitária), estimada em 25% por se tratar de uma regional que inclui municípios com características predominantemente indus-

triais e outros municípios agrícolas. Para o primeiro caso a Secretaria de Saúde estima a população centro-dependente em 20% e para o último, variando de 20 a 30%\*. Apoiando-se nessa estimativa foi calculado o número de médicos necessários, trabalhando em tempo parcial, para cobrir a população gestante centro-dependente com uma concentração normalizada de 4 consultas por gestantes, durante o pré-natal com um rendimento instrumental de 4 consultas/hora/médico.

Com o mesmo objetivo foi calculado o número de médicos para Saúde Materna, por distrito, estabelecido pela Secretaria da Saúde, conforme a Portaria SS-CG-8 de 6-6-1972. Assim, no centro de saúde tipo I deveria haver 2 médicos, trabalhando para saúde materna em tempo parcial; no centro de saúde tipo II, um médico, nas mesmas condições; no tipo III, um médico, em tempo parcial, trabalhando metade do período para saúde materna; no tipo IV, um médico, nas mesmas condições, trabalhando 2/5 do período; e, no tipo V, um médico, em tempo parcial, trabalhando 1/5 do período.

Foi calculada, ainda, a relação entre o número de médicos existentes e o número de médicos necessários para atender a população gestante centro-dependente, por distrito sanitário.

#### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados constituem as Tabelas 1 e 2; as Figuras 1 a 9\*\* representam os resultados das creditações realizadas em 8 unidades sanitárias sedes de Distrito Sanitário e da média dessas creditações.

Nos Centros de Saúde de Bragança Paulista e São João da Boa Vista não foi feita creditação por não existir serviço de pré-natal nessas cidades; no entanto,

em outras cidades desses distritos sanitários existem serviços de pré-natal, pelo que puderam ser calculados o rendimento instrumental médio, a cobertura e a concentração normalizada média.

Os resultados da creditação realizada nas sedes de Distritos Sanitários foram, em geral, muito fracos. O serviço que obteve a melhor percentagem de creditação foi o do Centro de Saúde Casa Branca, com 45,9%, bem abaixo dos 50% propostos por Ciari e col.<sup>2</sup>.

No conjunto, a percentagem média de creditação atingia 38%, valor altamente insatisfatório.

Analisando os resultados de creditação segundo os diferentes itens (planta física, recursos materiais, recursos humanos, funcionamento, programação e coordenação, preparo de pessoal, e atividades profiláticas de âmbito interno) verifica-se (Fig. 9) que, no conjunto os itens referentes à planta física, recursos materiais e recursos humanos atingiram percentagens acima da média de creditação, sendo que a planta física ultrapassou os 70%, os recursos humanos atingiram cerca de 55% e os recursos materiais 48%.

É interessante salientar que esses 3 aspectos são os que envolvem gastos de capital.

Já no que se refere aos itens 4 a 7, os valores médios situaram-se sempre abaixo da média (35%), ou seja: funcionamento 35%, programação e coordenação 28%, preparo do pessoal 18% e atividades profiláticas de âmbito interno 16%.

Estes aspectos envolvem poucos ou nenhum gasto de capital, relacionando-se essencialmente ao funcionamento propriamente dito.

Verifica-se, assim, que para melhorar as percentagens de creditação na Regional de Campinas, será muito mais correto

\* Segundo informações de pessoal técnico da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

\*\* Todos os gráficos tiveram seu título simplificado no sentido de subentender tratar-se de unidades sanitárias pertencentes à Divisão Regional de Saúde-5 (DRS-5), da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em 1974.

TABELA 1

Dados relativos à população de gestantes esperadas, ao valor da acreditação, ao total de gestantes inscritas e de consultas no pré-natal, concentração normalizada média e cobertura por distrito sanitário da DRS-5 da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 1974

Distrito	População de gestantes esperadas	Valores da acreditação *	Total de gestantes inscritas no pré-natal	Total de consultas no pré-natal	Concentração normalizada média	Cobertura
Campinas	15.198	—	1.447	7.254	5,01	9,28
Limeira	7.303	31,40	1.263	8.710	6,92	16,60
Jundiaí	6.919	44,00	539	1.702	3,15	7,60
Piracicaba	6.667	36,80	791	1.991	2,51	11,56
Americana	5.548	38,00	801	2.452	3,06	14,12
Bragança Paulista	4.444	*	810	614	0,75	17,55
São João da Boa Vista	3.901	*	777	2.109	2,71	19,41
Casa Branca	3.758	45,90	650	1.786	2,74	16,62
Moji-Mirim	3.627	33,80	678	2.529	3,73	18,32
Amparo	3.564	37,18	1.051	1.104	1,05	28,41
Rio Claro	2.860	43,10	522	1.765	3,38	17,86
Regional	63.883	38,00	9.329	32.016	3,43	14,21

\* A unidade sanitária sede do distrito não possui serviço de pré-natal, porém outras unidades do mesmo distrito o possuem.

TABELA 2

População de gestantes centro-dependentes, número de médicos no pré-natal, número de médicos necessários, rendimentos instrumental e relação entre médicos existentes e necessários por distrito sanitário

Distrito	População total de gestantes esperadas centro-dependente	Número de médicos no pré-natal (propostos pela Secretaria da Saúde)	Número de médicos existentes no serviço de pré-natal	Número de médicos necessários para atender a população centro-dependente	Rendimento instrumental médico	Relação entre médicos existentes e médicos necessários
Campinas	3.896	4,5	5,0	4,42	1,64	+ 1,13
Limeira	1.901	4,0	3,0	2,16	3,29	+ 1,38
Jundiaí	1.773	3,9	5,0	2,01	0,38	+ 2,48
Piracicaba	1.710	3,7	5,0	1,94	0,45	+ 2,57
Americana	1.417	4,3	4,0	1,61	0,61	+ 2,48
Bragança Paulista	1.153	3,9	3,5	1,31	0,19	+ 2,67
São João da Boa Vista	1.001	4,5	3,0	1,13	0,79	+ 2,65
Casa Branca	977	3,6	4,0	1,11	0,50	+ 3,60
Moji-Mirim	925	4,4	3,5	1,05	0,82	+ 3,33
Amparo	925	4,6	5,5	1,05	0,22	+ 5,23
Rio Claro	731	3,4	4,0	0,83	0,55	+ 4,81
Regional	16.410	44,8	45,5	8,64	0,80	+ 2,44

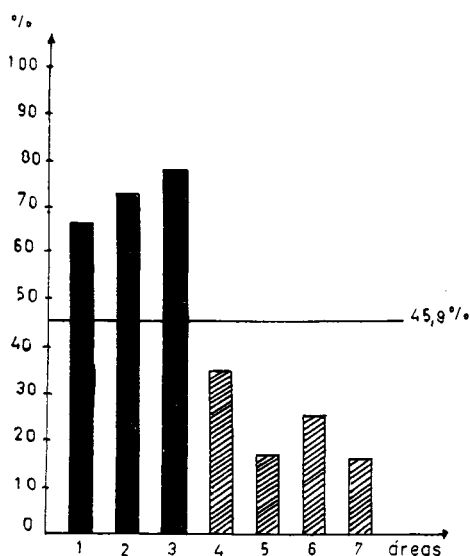


Fig. 1 — Acreditação do Centro de Saúde III de Casa Branca.

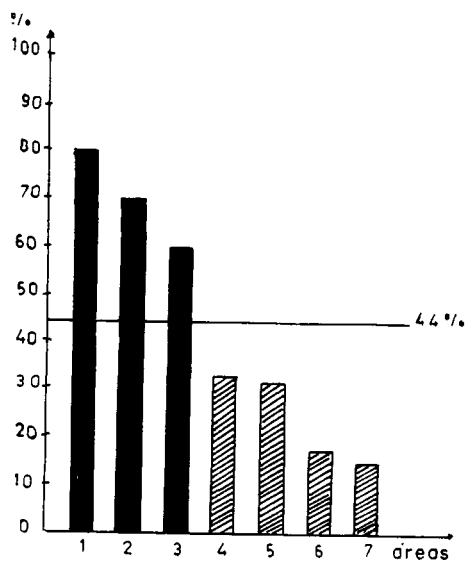


Fig. 2 — Acreditação do Centro de Saúde I de Jundiá.

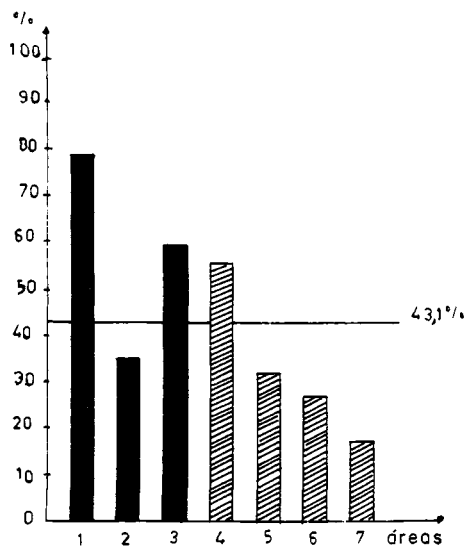


Fig. 3 — Acreditação do Centro de Saúde I de Rio Claro.

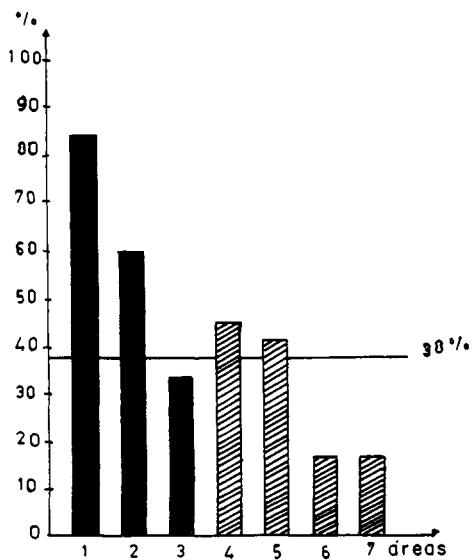


Fig. 4 — Acreditação do Centro de Saúde I de Americana.

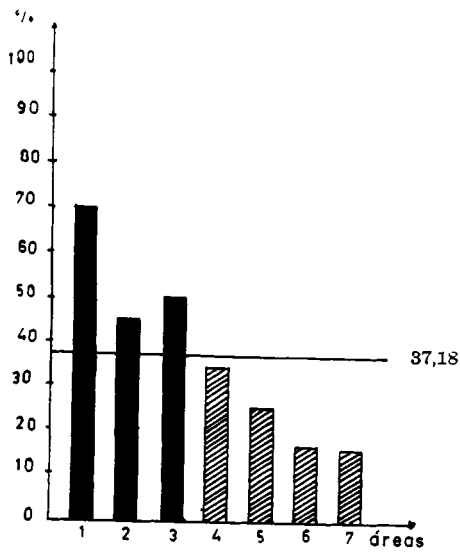


Fig. 5 — Acreditação do Centro de Saúde II de Amparo.

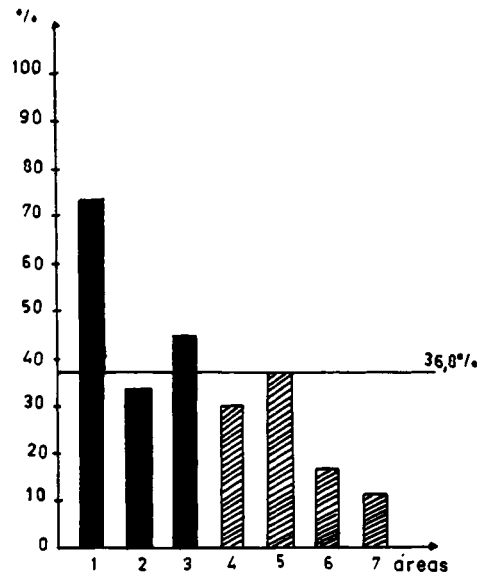


Fig. 6 — Acreditação do Centro de Saúde I de Piracicaba.

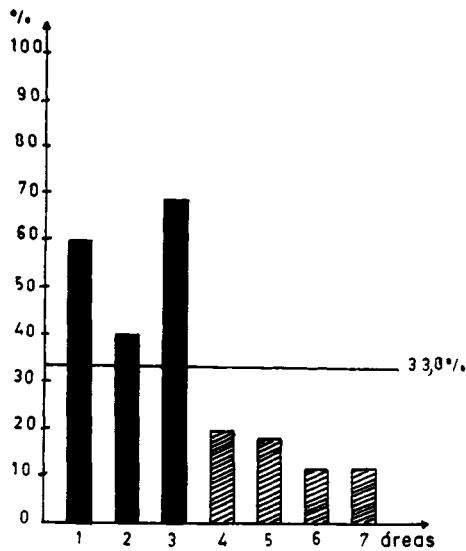


Fig. 7 — Acreditação do Centro de Saúde I de Moji-Mirim.

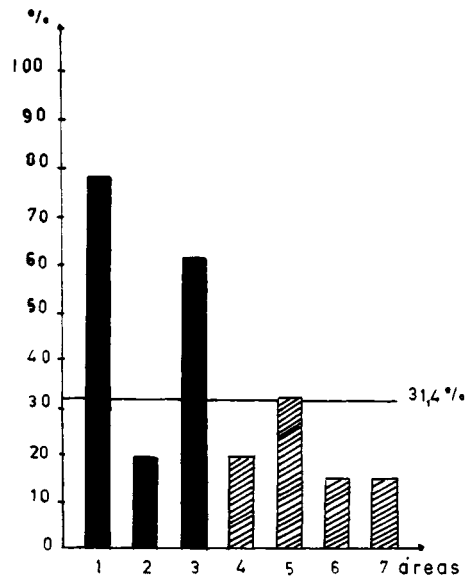


Fig. 8 — Acreditação do Centro de Saúde II de Limeira.

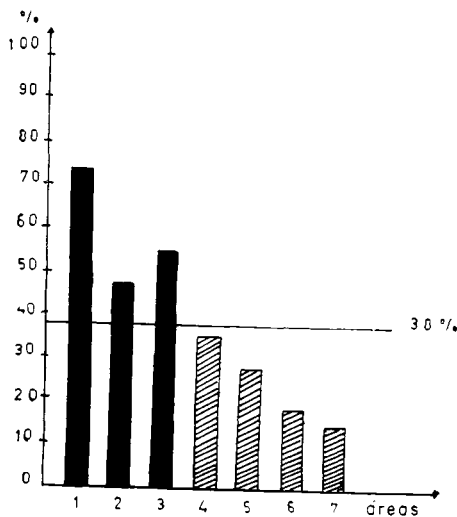


Fig 9 — Média das Acreditações dos Centros de Saúde Sede dos Distritos.

LEGENDA

■	1	planta física
■	2	recursos materiais
■	3	recursos humanos
▨	4	funcionamento
▨	5	coordenação
▨	6	preparo pessoal
▨	7	atividades profiláticas de âmbito interno

ênfatisar os aspectos administrativos, seja no que se refere ao funcionamento (com a elaboração de normas de trabalho), à programação e coordenação (com a elaboração e execução de programas de trabalho e integração com outras agências de saúde), com o preparo de pessoal estimulando o treinamento do pessoal, seja de nível superior, médio ou primário), e às atividades profiláticas de âmbito interno (com o controle da saúde do pessoal).

As unidades sanitárias que atingiram as percentagens mais elevadas de acreditação foram Casa Branca, com 45,9% e Jundiaí, com 44%. Tanto num como noutro caso, essa percentagem foi atingida à custa de valores altos nos itens 1, 2 e 3, ao passo que os itens 4 a 7 apre-

sentaram valores muito baixos, quase sempre abaixo de 30%.

Houve, assim, um desnível muito grande entre os itens 1 a 3 e 4 a 7.

Ciari e col.<sup>2</sup>, ao elaborarem o modelo de acreditação, salientam a necessidade, para uma boa produtividade dos serviços de pré-natal, de haver uma harmonia entre recursos humanos, recursos materiais e procedimentos administrativos.

Esse argumento pode ser demonstrado neste trabalho, quando cotejados os resultados de acreditação com a produtividade dos serviços. Assim, no distrito sanitário de Casa Branca houve uma concentração de 2,74 consultas de pré-natal por gestante (bem abaixo de 4, que é o número de consultas considerado razoável), uma cobertura de 16,62% da população gestante e um rendimento instrumental médio de meia consulta por hora (Tabelas 1 e 2). Em Jundiaí, a produtividade foi ainda menor: 3,15 consultas por gestante, cobertura de 7,60% da população gestante e rendimento instrumental médio de 0,38 consultas por hora.

Esses resultados mostram-se ainda mais insatisfatórios quando se relaciona o número de médicos necessários para atender à população gestante centro-dependente ao número de médicos existentes. Assim, para cada médico necessário existem no D. S. Jundiaí 2,48 médicos e no D. S. Casa Branca 3,60 médicos.

As unidades sanitárias que obtiveram as mesmas percentagens de acreditação foram Limeira (31,40%) e Moji-Mirim (33,80%).

Em Limeira houve uma percentagem muito baixa no item recursos materiais, mas bastante satisfatória em planta física e recursos humanos. Nos itens referentes ao funcionamento propriamente dito, apesar dos valores serem baixos, o item programação e coordenação situou-se acima da média de acreditação, o que demonstra uma preocupação da chefia do Distrito Sanitário com esse aspecto.

Esse fato se reflete na produtividade do Distrito Sanitário, onde ao lado de uma cobertura de 16,60% da população gestante, houve uma concentração de 6,92 consultas por gestante (a mais alta de toda a regional de Campinas), e um rendimento instrumental médio de 3,29 consultas por hora, valor próximo do satisfatório, que é de 4 consultas por hora. Além disso, Limeira foi um dos Distritos Sanitários em que praticamente não houve excesso de médicos: para cada médico necessário para atender a população gestante centro-dependente existem 1,38 médicos.

Em Moji-Mirim, ao lado de valores mais altos em recursos humanos (68%), recursos materiais (40%) e planta física (60%), os valores referentes aos itens 4 a 7 foram baixíssimos, sempre inferiores a 20%, havendo, pois, um desnível acentuado entre essas percentagens e as anteriores. Conseqüentemente, a produtividade foi baixa, pois, apesar de uma concentração normalizada que quase atingiu a 4 consultas por gestante (3,73%), a cobertura foi de 18,32% e o rendimento instrumental médico foi de 0,82 consultas por hora. Havia, no entanto, um excesso de médicos em relação ao necessário: para cada médico necessário havia 3,33 médicos.

Em relação à cobertura, a DRS-5 apresentou um valor de 14,21%, valor esse muito baixo mesmo quando se leva em consideração apenas a população centro-dependente (25%), isto é, apenas 56,8% da população esperada de gestantes centro-dependentes foi inscrita nos serviços de pré-natal da rede da Secretaria da Saúde.

O Distrito Sanitário que apresentou a maior cobertura foi o de Amparo, com 28,41%, acima dos 25% que constituem a população centro-dependente. No entanto, ao invés de significar uma melhoria no atendimento, o fato provavelmente deve-se à evasão de nascimentos.

Ao calcular a população esperada de gestantes com base nos nascimentos (vivos e mortos) registrados, partimos do princípio de que não deve haver uma invasão ou evasão apreciável de nascimentos entre a Regional de Campinas e outras regionais ou, se houver, os valores devem ser semelhantes. O mesmo não se pode dizer para todos os distritos sanitários da Regional, especialmente no caso de Amparo, que além de ser constituído por várias estâncias hidrominerais, em que os recursos de saúde são menores, fica muito próximo a Campinas, sede da Regional, para onde deve estar havendo importante evasão de nascimentos.

A favor dessa tese podemos invocar os outros aspectos da produtividade de Amparo: 1,05 consultas por gestante (a segunda concentração mais baixa de toda a Regional) e rendimento instrumental médico de 0,22 consultas por hora (também o segundo mais baixo), o que reforça a idéia de que a cobertura está sendo superestimada.

As menores coberturas ocorreram em Campinas (9,28%) e Jundiá (7,60%).

À primeira vista, por serem Campinas e Jundiá os municípios mais urbanizados da Regional, com indústria e comércio bastante desenvolvidos, poder-se-ia dizer que a baixa cobertura decorre da existência de outras agências de saúde, especialmente do INPS.

No entanto, publicação do INPS<sup>5</sup> (1973), permite-nos verificar que o total de consultas de obstetrícia dadas no Interior do Estado proporcionaria pouco mais de uma consulta por gestante "INPS-dependente".

Parece claro, pois, que a existência do INPS não serve para explicar a baixa cobertura por nós verificada nesses Distritos. Esta pode decorrer, fundamentalmente, de dois mecanismos: o primeiro seria o excesso de demanda em relação à disponibilidade de recursos, especialmente horas/médico. Não parece ser esse o caso pois, como veremos, há um excesso



de médicos, com um fraquíssimo rendimento instrumental, em todos os distritos sanitários que compõem a DRS-5.

A outra explicação, que nos parece a mais plausível, é a não utilização dos serviços de pré-natal da rede pela população gestante.

Independentemente dos outros motivos que levam a essa não utilização de serviços, não resta dúvida de que a quase total inexistência de visita domiciliar e a rigidez dos horários de funcionamento são fatores importantes.

Porém, talvez o fator mais importante, além da qualidade dos serviços oferecidos, é a falta de garantia de internação hospitalar, para o parto (ou intercorrências obstétricas).

Vê-se assim, que a melhoria da cobertura só será possível através de procedimentos quase exclusivamente administrativos e relacionados aos itens 4 funcionamento e 5 programação e coordenação.

No que tange à concentração (Tabela 1), verifica-se na Regional como um todo uma concentração de 3,43 consultas por gestante, valor bem inferior às 4 consultas consideradas como o mínimo que permite uma eficácia das atividades do pré-natal.

Apenas nos distritos sanitários de Campinas (5,01 consultas/gestantes) e Limeira (6,92 consultas/gestante) é que a concentração atingiu valores satisfatórios. Nos demais Distritos a concentração situa-se entre 2,51 e 3,73 consultas por gestante. No Distrito Sanitário de Amparo a concentração foi de 1,05 consultas/gestantes, ou seja, a quase totalidade das gestantes inscritas recebeu apenas uma consulta.

No distrito sanitário de Bragança Paulista a concentração foi inferior à unidade, ou seja, 0,75 consultas/gestantes. Só se pode entender essa concentração admitindo que muitas mulheres se inscreveram no Serviço de pré-natal e por um motivo ou outro nem chegaram a ser atendidas pelo médico.

Esse desacerto fica mais evidente quando se verifica que na área de pré-natal, no distrito sanitário de Bragança Paulista há 2,67 médicos para cada médico necessário; em Amparo, há 5,23 médicos, ou seja, a maior discrepância entre médicos necessários e existentes de toda a regional (Tabela 2).

Ainda na Tabela 1, verificamos que em quase todos os Distritos Sanitários que apresentam uma concentração normalizada média acima de 3 consultas/gestante há uma discrepância maior entre médicos necessários/médicos existentes.

É possível, pois, que o excesso de médicos existentes em relação ao necessário influa no sentido de fazer aumentar a concentração, porém não se nota nenhum efeito sobre a cobertura. Além disso, o distrito sanitário de Amparo em que houve uma das mais baixas concentrações, apresenta o maior excesso de médicos.

Esse suceder de baixas coberturas associadas a baixas concentrações permite afirmar, com segurança, que os serviços de pré-natal da Regional de Campinas estão tendo pouca ou nenhuma influência na saúde da população gestante.

Ciari e col.<sup>3</sup> preconizam uma cobertura de 100% para atuar positivamente sobre o risco gravídico. No caso em estudo, os 100% significam a população centro-dependente. Assim, para atuar no controle do risco gravídico a cobertura deveria ser de pelo menos 25%. Ora, em nenhum distrito sanitário (com exceção de Amparo, em que houve uma superestimação de cobertura) atinge-se sequer a 20%.

Em outro trabalho, Ciari e col.<sup>1</sup> preconizam 4 consultas de pré-natal como um número abaixo do qual não se está conferindo qualquer proteção à mulher.

Apenas os distritos sanitários de Campinas e Limeira atingiram esse valor.

Se a rede de unidades sanitárias da DRS-5 está atendendo a 14,2% da população de grávidas com uma concentração de 3,43 consultas/gestante, não está

atuando nem sobre o risco gravídico, tomando a população como um conjunto, e nem no plano individual consegue atingir e resolver os agravos de saúde de cada gestante.

Cumpre salientar que não ficam aqui considerados os aspectos qualitativos da assistência pré-natal. É verdade, no entanto, que a baixa produtividade costuma andar associada à baixa qualidade do serviço prestado.

Finalmente, no que se refere ao rendimento instrumental médico, ele foi espantosamente baixo na DRS-5 onde, em média, um médico deu, no ano de 1974, 0,80 consultas por hora, ou seja, 2 consultas em 2,5 horas de trabalho.

Apenas 2 dos 11 distritos sanitários apresentaram um rendimento instrumental superior a uma consulta por hora: Campinas e Limeira, que foram também os distritos em que houve o menor excesso de médicos em relação ao necessário.

Inversamente os rendimentos mais baixos ocorreram nos distritos sanitários, em que houve maiores discrepâncias de médicos existentes em relação ao necessário.

Podemos, assim, afirmar que uma das principais causas do baixo rendimento instrumental médico é institucional na sua origem, ou seja, a Secretaria da Saúde, ao fixar o número de médicos para a área de pré-natal nas diferentes unidades sanitárias, não levou em conta as necessidades locais.

Assim é que, em toda a DRS-5 havia, em 1974, a necessidade de 18,64 médicos (ou 19 médicos) para atender a população gestante centro-dependente com uma concentração média de 4 consultas durante o pré-natal.

O número de médicos propostos pela Secretaria da Saúde (Portaria SS-CG-8, de 6-6-72) era de 44,8 (ou 45 médicos) e o número de médicos existentes era de 45,5 (ou 46 médicos).

Vemos assim, que havia um médico a mais do que o proposto, porém 26 médicos a mais do que o necessário, o que

permite afirmar que a última providência a ser tomada deva ser a contratação de novos médicos para a área materna.

Os outros fatores que influem no rendimento instrumental médico são a baixa demanda (havendo poucas gestantes inscritas haverá poucas consultas) e a baixa concentração.

Estes dois últimos fatores são, em grande parte, da responsabilidade de cada unidade sanitária da rede, como já foi visto ao tratarmos da cobertura e concentração da população gestante.

Podemos dizer que problemas administrativos propriamente ditos, especialmente relacionados ao funcionamento dos serviços de pré-natal e à programação e coordenação em outras agências de saúde, são os principais responsáveis pela baixa produtividade dos serviços de pré-natal, influenciando também na manutenção dos altos níveis de morbidade e mortalidade maternas que se verificam em nosso meio.

#### CONCLUSÕES

— A análise dos dados obtidos conduziu a um diagnóstico da situação dos serviços de pré-natal da região estudada que pode ser considerada sofrível, e mostrou que a falta de um diagnóstico anterior à destinação dos recursos implicou uma diminuição da produtividade dos serviços de pré-natal que atinge níveis incompatíveis com a situação de desenvolvimento da nação.

— Nas unidades sanitárias onde foi aplicado o modelo de acreditação dos serviços de pré-natal, identificou-se que esses serviços estão operando em níveis percentuais muito baixos, e que os itens mais prejudicados foram os que dizem respeito ao funcionamento propriamente dito, sendo que os itens que envolvem investimentos financeiros foram, de modo geral, os que atingiram maiores percentuais, sugerindo que se apresenta o momento de se

determinar a ênfase administrativa como prioridade.

— Os valores da concentração normalizada média foram, na grande maioria das vezes, inferiores ao valor mínimo aceito para que a população fosse considerada assistida durante a gestação. Isso aconteceu com a população matriculada nos serviços existentes nas unidades estudadas. Somando-se a isso o baixo percentual de cobertura da população gestante centro-dependente, e a baixa concentração normalizada oferecida por outra agência de saúde (INPS), conclui-se que a população de gestantes da região estudada não pode ser considerada protegida por atividades de saúde pré-natal.

— O rendimento instrumental médico atingiu níveis muito baixos, em todos os distritos sanitários, por problemas de ordem institucional (número de médicos excessivos em relação ao proposto pela portaria do Diário Oficial e o necessário para atender a população gestante centro-dependente) e local, relacionados a falhas no sistema administrativo.

— O diagnóstico de uma situação de saúde ganha muito em profundidade com a associação entre as técnicas administrativas de saúde em nível local e a acreditação dos serviços.

— Além da necessidade de se dar uma maior ênfase nas atividades administrativas, visando a correção dos desníveis entre os recursos de capital e administrativos, é necessário aumentar (cobertura) a utilização dos serviços pré-natal pela população, através, não só de técnicas de desenvolvimento comunitário, mas também da melhoria da quantidade e qualidade do serviço prestado.

#### AGRADECIMENTOS

Agradecemos a cooperação na obtenção dos dados, aqui apresentados, do Diretor Regional da DRS-5 da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Dr. Denir Zamariolli, da Inspectora de Enfermagem da DRS-5, Laura Trigo e da Inspectora de Educação da mesma Regional, Maria José Cruz.

RSPU-B/274

SCHOR, N. et al. — [The diagnosis of pre-natal attention in one of the S. Paulo State's Health Divisions]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 9:351-62, 1975.

**SUMMARY:** *Diagnosis of the situation of pre-natal services in the area of the 5th Administrative Region of the State of São Paulo was undertaken. The model built by CIARI et al and some items of quantitative evaluation to analyse these services were used and the general conclusion was the maternal health attention situation was bad. An increase in the cost benefit relation was shown. The items concerning money inversion were satisfactory but the service performance was not suitable due to lack of programming and coordination.*

**UNITERMS:** *Pre-natal care services. Organization and Administration. Pre-natal care program. Maternal Health Services.*

---

SCHOR, N. et al. — Diagnóstico da situação de assistência pré-natal em uma divisão regional de saúde do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 9:351-62, 1975.

---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CIARI Jr., C. et al. — Avaliação quantitativa de serviços de pré-natal. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 6:361-70, 1972.
2. CIARI Jr., C. et al. — "Acreditação" de serviços de pré-natal. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 8:187-202, 1974.
3. CIARI Jr., C. & ALMEIDA, P. A. M. de — Elementos de avaliação do "risco gravídico". *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 6:57-78, 1972.
4. GIRON, S. G. et al. — A importância do diagnóstico em nível local para o planejamento de serviços de saúde materna. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 8:43-9, 1974.
5. MENSARIO ESTATÍSTICO (Instituto Nacional de Previdência Social), Rio de Janeiro, GB. v. 22, ns. 259/260, 1973.

*Recebido para publicação em 06-06-75*

*Aprovado para publicação em 30-06-75*