

**MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE POLÍTICAS
DE SAÚDE/CONSULTORIA
PROGRAMA DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE
INFANTIL
E MATERNA NO NORDESTE BRASILEIRO**

AÇÃO COMPLEMENTAR I para o PRMIM

**UM ROTEIRO PARA APOIAR A ESTRUTURAÇÃO DE UM
PLANO MUNICIPAL PARA REDUZIR MORTES MATERNAS E
DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO NO NORDESTE
BRASILEIRO**

**Documento Técnico
(sujeito à revisão)**

Ano 2000

Consultores:

Anamaria Cavalcante e Silva (Coordenadora)

Álvaro Jorge Madeiro Leite

Jocileide Sales Campos

Dirlene Mafalda Silveira

ÍNDICE

ANTECEDENTES

- 1. INTRODUÇÃO**
- 2. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO**
- 3. ANÁLISE SITUACIONAL**
- 4. OBJETIVO GERAL**
- 5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**
- 6. ESTRATÉGIAS**
- 7. METAS**
- 8. AÇÕES PROGRAMÁTICAS**
- 9. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**
- 10. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO**
- 11. SUGESTÃO DE PLANILHA PARA ORIENTAR ELABORAÇÃO DAS ATIVIDADES**
- 12. ANEXOS**

ANTECEDENTES

MORTALIDADE INFANTIL

A mortalidade infantil representa a proporção de crianças que morrem antes de completar um ano de vida. É considerado um indicador sensível das condições de vida e saúde de uma população (UNICEF, 1989). Este fato deve-se à sua estreita relação com as classes sociais através de um gradiente de mortalidade e a sua sensibilidade diante de mudanças sociais e econômicas. A maior vulnerabilidade das crianças menores de um ano é atestada pela maneira dramática e contundente de suas reações aos agravos e às privações proporcionadas pelo meio onde vivem.

Portanto, por meio de acompanhamento das taxas de mortalidade infantil, tornou-se possível inferir a qualidade de vida de um povo e seus determinantes: a situação de renda e emprego, os níveis de educação, as condições de habitação e saneamento, e o acesso aos serviços de saúde.

No entanto, a premissa de que não deve esperar reduções substanciais na taxa de mortalidade infantil de uma dada população, se não ocorrerem melhorias importantes na qualidade de vida, vem sendo questionada a partir de experiências em alguns estados brasileiros e em outros países, onde a redução em um número expressivo de mortes infantis no primeiro ano de vida foi obtida através de intervenções específicas do setor saúde, independentemente de significantes mudanças nas estruturas sociais e econômicas (SIMÕES & ORTIZ, 1988). Políticas compensatórias de natureza sócio-institucional parecem ter algum efeito sobre os diferenciais sociais. Uma explicação para tal fato decorre em parte, dos diferentes padrões de declínio da mortalidade infantil entre os países. Assim: " A experiência nos países desenvolvidos enfatiza a importância das melhorias sociais – distribuição dos rendimentos, produção de alimentos e mercado interno, ampliação da educação, organização urbana, regulação institucional e proteção social - sem menosprezar o papel dos serviços de saúde e da medicina curativa" (OLIVEIRA & MENDES, 1995).

MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL: TENDÊNCIAS RECENTES

Nas últimas seis décadas, a taxa de mortalidade infantil teve uma redução de aproximadamente 70% no Brasil, a despeito de grandes parcelas da população brasileira ainda se encontrarem à margem dos benefícios sociais resultantes do desenvolvimento

econômico (SIMÕES & MONTEIRO, 1995; BECKER & LECHTING, 1988). Na década de 30, a estimativa para o coeficiente de mortalidade infantil era de aproximadamente 158 e, na década de 80, cerca de 67 óbitos por mil nascidos vivos. Esta taxa continua em declínio, mostrando-se em torno de 52,1% para o ano de 1993 (UNICEF, 1995). No entanto, esta redução não ocorreu de modo uniforme em todas as regiões do país; ao contrário, observa-se uma persistência, ou mesmo um agravamento das desigualdades inter regionais ao longo do tempo. Estimativas para 1998 (SIMÕES, 1999) fornecem uma média nacional de 36/1000; o Nordeste aparece com uma estimativa de 57,91/1000 e a região Sul de apenas 22,39/1000 nascidos vivos.

As regiões mais fortemente urbanizadas, com a presença de mais e melhores serviços de atendimento à população e um nível de vida mais elevado garantiram condições mais adequadas de subsistência, com amplas repercussões na saúde infantil (OLIVEIRA & MENDES, 1995). Assim, na década de 30, a região Sudeste apresentava taxas de 153, a região Sul 127 e, a região Nordeste de 168. Portanto, na região Nordeste as taxas eram 10% superiores às da região Sudeste e 32% superiores às da região Sul. Entre os anos 80-90, as taxas estavam em torno de 74; 43 e 33 para as regiões Nordeste, Sudeste e Sul, respectivamente. Isto significa que, apesar da redução da mortalidade infantil verificada em todas as regiões, as taxas no Nordeste são sempre mais elevadas que na região Sudeste e na região Sul (BARRETO & CARMO, 1994).

Como assinalaram SIMÕES & MONTEIRO (1995), a sobre mortalidade infantil de cerca de 40% nos anos 30 sobe quase ininterruptamente até alcançar 140% no final da década de 70 e meados da década de 1980. Isto reflete, até meados da década de 70, a marginalização da região Nordeste em relação à dinâmica da economia nacional, o que pode ser observado pela reduzida cobertura dos serviços e programas de saúde, pelas menores taxas de universalização dos serviços sociais básicos e pelo agravamento persistente das condições de nutrição, de moradia, de emprego e de auto-sustentação familiar (OLIVEIRA & MENDES, 1995).

Nos últimos anos os municípios brasileiros vêm assumindo cada vez mais importância na formulação de políticas públicas e na alocação de recursos em favor das crianças e adolescentes. Esse grupo populacional vem sendo alvo prioritário de amplos programas de atenção primária, em particular do "Programa de Agentes Comunitários de Saúde" e do "Programa de Saúde da Família", com importantes melhorias em seus indicadores.

Atualmente, vêm sendo disseminadas várias estratégias no âmbito do setor saúde com amplo potencial de contribuir para a redução da morbi-mortalidade infantil: a) Identificar e definir estratégias de *acompanhamento de crianças consideradas de risco* ao nascimento e de risco adquirido durante o 1º ano de vida; b) Modelo adaptado das técnicas de autópsia

verbal, técnica que procura averiguar a rede de eventos relacionados às mortes infantis levando em consideração o processo de atenção à saúde recebida pela criança, o papel desempenhado pelas instituições e suas relações com a famílias. Tais estratégias encontram no município possibilidades máximas de aplicação, uma vez que habilitam os profissionais e os gestores locais ao conhecimento aprofundado das condições de vulnerabilidade de suas crianças e das intervenções que podem contribuir para minimizar os riscos de adoecimento e morte.

MORTALIDADE MATERNA

Denomina-se mortalidade materna ao conjunto de mortes de mulheres relacionadas a causas ligadas a gestação, parto e puerpério. No Brasil, as causas mais freqüentes de morte materna são a hipertensão arterial própria da gravidez (eclâmpsia), hemorragia, infecção e aborto, as chamadas causas diretas de morte materna.

A grande maioria dessas mortes é passível de ser prevenida com a adoção e implementação de medidas relativamente simples na área da saúde. Pode-se afirmar que cerca de 98%% do total de óbitos maternos em nosso País são evitáveis, o que expressa um problema de grande importância para a sociedade como um todo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estimam que, em todo o mundo, cerca de meio milhão de mulheres morrem anualmente por causas maternas, 95% das quais ocorrem nos países em desenvolvimento. Nesses países nem sempre os óbitos resultantes de morte materna são corretamente notificados pelas autoridades de saúde, seja por negligência, descaso ou ignorância.

Hoje , sabemos que as mortes são evitáveis, em sua maioria. Essa constatação provoca muita mobilização, já que a gestação e parto são processos indicativos de vida e saúde. Cabe portanto às autoridades e à população zelar por aquelas mulheres que podem gerar os futuros membros da comunidade.

No Brasil, as estimativas do Ministério da Saúde registram 114 mortes para cada cem mil nascidos vivos, com larga variação regional. Em função desse quadro, é muito importante que os municípios implantem comitês de redução da mortalidade materna, pois os casos de morte materna estão em grande número ligados à qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

Os óbitos maternos devem ser investigados e soluções adotadas para que se evite repetições.

Os comitês municipais de Mortalidade Materna, foram criados nos últimos quinze anos, estimulados pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais e

Movimento de Mulheres. Contam com o apoio de Organizações Nacionais da Sociedade Civil como a FEBRASGO (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia) e Internacionais como a OPAS (Organização Panamericana da Saúde), FNUAP (Fundo de População das Nações Unidas) e UNICEF (Fundo das Nações Unidas a Infância). Os comitês de Redução Mortalidade Materna têm sido uma instancia adequada para o estudo e vigilância das mortes maternas.

Os comitês têm caráter técnico, educativo e trabalham articulados aos Conselhos Municipais de Saúde. Seus integrantes devem ter acesso às informações epidemiológicas, pois o produto de suas análises subsidia as intervenções necessárias em tempo oportuno.

1. INTRODUÇÃO

Esta introdução deve ser entendida como uma tentativa de ampliar os conhecimentos acerca de algumas questões técnicas e da evolução histórica da mortalidade infantil em nosso meio. Numa introdução deve constar a importância do Plano para o gerenciamento do processo de trabalho e a contextualização (causas e evolução do seu controle) do problema, com focalização no município e suas micro áreas .

2. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

– Acessando o site: (<http://www.datasus.gov.br>) as seguintes informações sobre seu Município serão obtidas, e permitirão traçar o perfil do Município.

- Demografia
- Saneamento
- Rede ambulatorial
- Rede hospitalar
- Assistência ambulatorial
- Assistência hospitalar
- Mortalidade Infantil e seus componentes
- Mortalidade materna
- Indicadores de saúde

OBS: As fontes que podem ser utilizadas são: além dos dados do DATASUS, os coletados quando da realização do Retrato do Município(ANEXO I – Instrumento que contém dados do SIM, SIAB, SINASC, SIH) já preenchido por alguns municípios alagoanos.

3. ANÁLISE SITUACIONAL

3.1. Problemas Principais: **Mortes Infantis e Maternas** (Condições associadas às doenças e aos óbitos).

3.1.1. Fatores associados aos principais problemas de saúde do município:

- Condições de risco sócio – ambiental (saneamento, água potável, micro áreas de riscos);
- Condições de riscos familiares (baixa renda, baixa escolaridade);
- Conhecimento atitudes e práticas das famílias em relação a saúde da mulher e da criança;
- Oferta inadequada dos serviços de saúde;
- Qualidade dos serviços de saúde;
- Desempenho das Equipes de Saúde da Família(ESF);
- Agravos e doenças em gestantes: infecções, hemorragias e doença hipertensiva específica da gestação(DHEG);
- Agravos e doenças em menores de um ano: diarreia, IRAS e afecções Perinatais;

4. OBJETIVO GERAL

Reduzir a morbi-mortalidade materna e de crianças menores de um ano, através de estratégias de intervenção desencadeadas no **município** de ‘ _____ ’.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 5.1. Reduzir a ocorrência de óbitos pelas doenças prevalentes nos menores de 1 ano.
- 5.2. Identificar com base na realidade local, crianças que apresentem ao nascimento critérios de risco para adoecimento e morte.
- 5.3. Realizar análise (autópsia verbal) dos óbitos em crianças menores de um ano.
- 5.4. Reduzir a ocorrência dos principais agravos e doenças maternas.
- 5.5. Reorganizar a oferta de serviços de saúde à gestante e aos menores de um ano.
- 5.6. Melhorar a qualidade dos serviços ofertados.
- 5.5. Fortalecer o nível de compreensão da comunidade.
- 5.6. Ampliar o acesso à água limpa, esgotamento sanitário (Projeto Alvorada).

- 5.7. Melhorar o nível de educação básica das mães (Alfabetização Solidária).
- 5.8. Criar possibilidades de capacitação profissional para o trabalho na comunidade.
- 5.9. Monitorar e Avaliar as ações desenvolvidas – assistenciais e gerenciais.

6. ESTRATÉGIAS

No nível estadual a operacionalização do PRMIM está sob a responsabilidade da Secretária Estadual de Saúde (SESAU), através da intermediação dos Cooperadores Técnicos, alternativa encontrada pela consultoria para suprir ausência de Departamentos Regionais de Saúde para o *Estado de Alagoas*.

No nível municipal as Secretarias estão se responsabilizando pelo planejamento, organização, execução de atividades e avaliação dos serviços, sob assessoria direta do MS que estabelece as seguintes estratégias de intervenção:

Direcionadas para o Setor Saúde:

- Organização do sistema municipal de saúde e de referência micro-regional;
- Capacitação dos profissionais de saúde;
- Desenvolvimento dos sistemas de informação como pressuposto estratégico para tomada de decisão (SINASC, SISPRE-NATAL, SIM, SIAB);

Mobilização da Sociedade:

- Instalação do Comitê de Redução Mortalidade Materna e Infantil;
- Realização de Seminários de Comunicação (Marketing Social).
- Desenvolvimento de Campanhas Educativas para esclarecimento e convocação da comunidade.
- Organização de grupos comunitários para desenvolver voluntarismo e capacitação na promoção da saúde.
- Organização de grupos intersetoriais para desenvolver ações de promoção para alcançar qualidade de vida.

7. METAS:

7.1 – Reduzir a ocorrência dos óbitos por doenças / agravos prevalentes nos menores de 1 ano;

- Reduzir de X para Y a ocorrência de óbitos por DIARRÉIA nas crianças menores de 1 ano de vida.
- Reduzir de X para Y a ocorrência de óbitos por IRA nas crianças menores de um ano de vida.
- Reduzir de X para Y ocorrência de óbitos por afecções neonatais (até os 28 dias de vida).

OBS: X = Número absoluto correspondente ao levantado para o ano 2000.

y = Número absoluto de óbitos que ainda deverão ocorrer no ano de 2001.

7.2 – Acompanhar 100% das crianças menores de um ano identificadas de risco para adoecimento e morte.

7.3 – Realizar *autópsia verbal* de 100% dos óbitos ocorridos em crianças menores de um ano.

7.4 – Reduzir a ocorrência dos óbitos pelos principais agravos e doenças maternas.

- Reduzir de X para Y a ocorrência de DHEG;
- Reduzir de X para Y a ocorrência de hemorragia durante o ciclo gravido puerperal;
- Reduzir de X para Y as infecções do ciclo grávido - puerperal;

OBS: X = Número absoluto correspondente ao levantado para o ano 2000.

y = Número absoluto de óbitos que ainda deverão ocorrer no ano de 2001.

7.5 – Reorganizar a oferta de serviços de saúde à gestante e aos menores de 1 ano.

- Implementar equipes do PSF com provisão adequada de equipamentos e materiais, em 100% do Município.
- Organizar a referência municipal e micro - regional na atenção à criança e à gestante.

7.6 – Melhorar a qualidade dos serviços ofertados.

- Capacitar 100% dos profissionais de saúde (PSF / rede básica e unidades de apoio), no período de 1 ano.

7.7 – Fortalecer o nível de compreensão da comunidade.

- Alcançar 80% da comunidade através de campanhas massivas de IEC.
- Orientar / informar 100% das mulheres no pré-natal, sobre práticas comportamentais que promovem saúde materna e infantil.

7.8 – Ampliar o acesso à água limpa, esgotamento sanitário (**Projeto Alvorada**).

- Ampliar rede de água tratada em ____% dos domicílios.
- Ofertar tratamento da água alternativo domiciliar para ____% das famílias.
- Ampliar rede de esgotos para X domicílios

7.9 – Melhorar o nível de educação básica das mães (**Alfabetização Solidária**).

- Criar alternativa de educação básica para ____% das mulheres

7.10 – Criar possibilidades de capacitação profissional para o trabalho na comunidade.

- Capacitar ____% das mulheres para atividades profissionais.

7.11 – Monitorar e Avaliar as ações desenvolvidas – assistenciais e gerenciais.

- Monitorar 100% das atividades realizadas;
- Avaliar o processo e resultados das atividades (Cobertura e Impacto).

8. AÇÕES PROGRAMÁTICAS

OBJETIVOS	AÇÕES PROGRAMÁTICAS	METAS
<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a ocorrência das doenças prevalentes nos menores de 1 ano. • Reduzir a ocorrência dos principais agravos e doenças maternas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das gestantes de risco para acompanhamento diferenciado. • Assistência ao parto normal. • Assistência ao RN na sala de Parto. • Garantia de transportes adequado para mãe e RN. • Identificação das crianças de risco para acompanhamento diferenciado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir de X para Y a ocorrência de óbitos por diarreia nas crianças menores de 1 ano • Acompanhamento de 100% das crianças identificadas de risco. • Fazer autópsia verbal de 100% do óbitos ocorridos em < de 1 ano. • Reduzir de X para Y a ocorrência de óbitos por IRA nas crianças menores de 1 ano; • Reduzir de X para Y ocorrência de óbitos por afecções neonatais (até os 28 dias de vida). • Reduzir de X para Y a ocorrência de óbitos por DHEG; • Reduzir de X para Y a ocorrência de óbitos por hemorragia durante o ciclo gravido puerperal; • Reduzir de X para Y os óbitos por infecções do ciclo grávido – puerperal.
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar com base na realidade local, crianças que apresentem ao nascimento critérios de risco para adoecimento e morte. • Realizar análise (autópsia verbal) dos óbitos em < de 1 ano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Captação precoce de todas as crianças que apresentem ao nascimento critérios de risco para adoecimento e morte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar 100% das crianças menores de um ano identificadas de risco para adoecimento e morte. ANEXO II • Realizar <i>autópsia verbal</i> de 100% dos óbitos ocorridos em crianças menores de um ano. ANEXO III
<ul style="list-style-type: none"> • Reorganizar a oferta de serviços de saúde à gestante e aos menores de 1 ano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reorganizar as Unidades de Atenção Básica com equipamentos mínimos, insumos e apoio laboratorial. • Definir as relações entre a rede do primeiro nível de atenção ambulatorial com a unidade de atenção ao 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar equipes do PSF com provisão adequada de equipamentos e materiais, em 100% do Município. • Organizar a referencia municipal e micro regional na saúde da mulher e da criança em 100% dos municípios.

OBJETIVOS	AÇÕES PROGRAMÁTICAS	METAS
	<p>parto e a criança.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estruturar o transporte para referencia materna e infantil. • Estabelecer vínculo com a unidade de maior complexidade mais resolutive. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a qualidade dos serviços ofertados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar as equipes multiprofissionais que fazem a provisão da atenção à saúde. • Normatizar o atendimento através de protocolos clínicos, fluxos, rotinas de serviços e parâmetros assistenciais. • Monitorar atenção ofertada nos seus componentes clínicos gerenciais de IEC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar 100% dos profissionais de saúde (PSF / rede básica e unidades de apoio), no período de 1 ano.
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer o nível de compreensão da comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar campanhas massivas de IEC, na comunidade. • Organizar grupos de participação para proteger crianças e mães mais vulneráveis. • Realizar avaliação da satisfação dos usuárias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alcançar 80% da comunidade através de campanhas massivas de IEC. • Orientar / informar 100% das mulheres no pré-natal, sobre práticas comportamentais que promovem saúde materna e infantil.
<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar o acesso à água limpa, esgotamento sanitário (Projeto Alvorada) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar domicílios ligados a rede de abastecimento de água de x para y . • Ofertar tratamento alternativo para x domicílios urbanos e y domicílios rurais. • Ampliar número de domicílios ligados a rede de esgoto de x domicílios para y. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar rede de água tratada em ____%. • Oferta tratamento da água alternativo domiciliar para ____% das famílias. • Ampliar o número de domicílios ligada a rede de esgoto em ____%.
<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o nível de educação básica 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar grupos de alfabetização para mães de 	<ul style="list-style-type: none"> • Alfabetizar x mães de menores de um ano.

OBJETIVOS	AÇÕES PROGRAMÁTICAS	METAS
das mães (Alfabetização Solidária).	menores de 1 ano. <ul style="list-style-type: none"> Organizar grupos de alfabetização para mães de crianças de 1 a 5 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> Alfabetizar x mães de crianças de um a cinco anos.
<ul style="list-style-type: none"> Criar possibilidades de capacitação profissional para o trabalho na comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> Organizar cursos de preparação para o trabalho envolvendo mães de menores de 1 ano. Organizar grupos de preparação para o trabalho envolvendo mães de crianças de 1 a 5 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar ____% das mulheres para atividades profissionais.
<ul style="list-style-type: none"> Monitorar e Avaliar as ações desenvolvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecimentos dos indicadores de avaliação. Implantação do núcleo de vigilância a saúde nas secretarias municipais de saúde. Implantação dos comitês municipais de redução da Mortalidade Materna e Infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorar 100% das atividades realizadas; Avaliar o processo e resultados das atividades (Cobertura e Impacto) em 100% do município.

9. INDICADORES DE AVALIAÇÃO

9.1 – Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)

Números de Nascidos Vivos
<ul style="list-style-type: none"> • Com Peso Menor que 2.500g
Óbitos de < 28 dias
<ul style="list-style-type: none"> • Diarréia • IRA • Outras Causas
Óbitos de 28 dias a 11 meses e 29 dias
<ul style="list-style-type: none"> • Diarréia • Crianças com diarréia usando TRO • IRA • Outras Causas
Total óbitos < 1 ano
<ul style="list-style-type: none"> • Óbitos Mulheres em Idade Fértil • Menor de 15 anos • 15 a 49 anos
Nº de Gestantes Cadastradas
Menores de 20 anos
<ul style="list-style-type: none"> • Vacinas em dia • Consulta de Pré-Natal no mês • Pré-Natal início 1º Trimestre
Nº de Crianças 0-3 meses e 29 dias
<ul style="list-style-type: none"> • Só mamando no peito • Aleitamento Misto
Nº de Crianças 0-11 meses e 29 dias
<ul style="list-style-type: none"> • Vacinas em dia • Pesadas • Desnutridas

9.2 – Sistema de Informação Pré-Natal (SISPRENATAL)

INDICADOR	FORMA DE CALCULAR
<ul style="list-style-type: none"> • Percentual de gestantes que se inscreveram no PHPN*(realizaram primeira consulta), em relação a população-alvo(número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Total de gestantes inscritas no PHPN* no período/total de gestantes do município ou número de nascidos vivos do ano de 2000 ou se não houver, os dados do ano anterior x 100.
<ul style="list-style-type: none"> • Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06(seis) consultas de pré-natal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de gestantes que realizaram 06 consultas de pré-natal e 01 consulta de puerpério no período / total de mulheres inscritas no PHPN* no período x 100.
<ul style="list-style-type: none"> • Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06(seis) consultas de pré-natal e 01 consulta de puerpério. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de gestantes que realizaram 06 consultas de pré-natal e 01 consulta de puerpério no período / total de gestantes inscritas no PHPN* no período x 100
<ul style="list-style-type: none"> • Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06(seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de gestantes que realizaram 06 consultas de pré-natal e todos os exames básicos no período/total de gestantes inscritas no PHPN* no período x 100.
<ul style="list-style-type: none"> • Número de gestantes que realizaram 06 consultas de pré-natal e 01 consulta de puerpério e todos os exames básicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de gestantes que realizaram 06 consultas de pré-natal e 01 consulta de puerpério e todos os exames básicos no período / total de gestantes inscritas no PHPN* no período x100.
<ul style="list-style-type: none"> • Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de gestantes que receberam dose imunizante de vacina antitetânica no período / total de gestantes inscritas no PHPN* no período x 100.
<ul style="list-style-type: none"> • Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06(seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básico, a dose imunizante da vacina antitetânica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de gestantes que realizaram 06 consultas de pré-natal e 01 consulta de puerpério e todos os exames básicos e dose imunizante da vacina antitetânica no período / total de gestantes inscritas no PHPN* no período x 100.

10. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO:

Plano de Ação

ATIVIDADES	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez

11. SUGESTÃO DE PLANILHA PARA ORIENTAR ELABORAÇÃO DAS ATIVIDADES

OBJETIVO / META	ATIVIDADES	IND. DE VERIFICAÇÃO	RECURSOS	CUSTO / FONTE	RESPONSÁVEL

