



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

SARA DOS SANTOS ROCHA

**QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO EM SALVADOR –
BAHIA**

TESE DE DOUTORADO

Salvador

2018

SARA DOS SANTOS ROCHA

**QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO EM SALVADOR –
BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Orientadora: Profa. Dra. Milena Bastos Brito

Salvador
2018

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

R672 Rocha, Sara dos Santos
Qualidade da atenção pré-natal de baixo risco em Salvador - Bahia. / Sara dos Santos Rocha. – 2018.
95f.: il. Color; 30cm.

Orientadora: Profa. Dra. Milena Bastos Brito
Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Inclui bibliografia

1. Sistemas de informação. 2. Cuidados pré-natal. 3. Avaliação.
I. Título.

CDU: 618.2


SARA DOS SANTOS ROCHA


“QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM SALVADOR – BAHIA”

Tese apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora em Medicina e Saúde Humana.

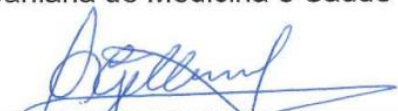
Salvador, 29 de maio de 2018.

BANCA EXAMINADORA

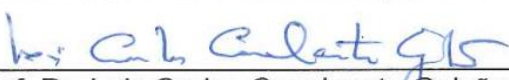

Prof.^a Dr.^a Liliã Conceição Guimarães de Almeida
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia, UFBA


Prof. Dr.^a Marta Silva Menezes
Doutora em Medicina e Saúde
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMS


Profa. Dra. Márcia Sacramento Cunha Machado
Doutora em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMS


Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima
Doutor em Saúde Pública
Livre-docência

Pós-Doutorado em Ciências da Saúde
Universidade Federal da Bahia, UFBA


Prof. Dr. Luis Carlos Cavalcante Galvão
Doutor em Radiologia Odontológica
Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS

Dedico este estudo aos meus pais, José e Marizete, os maiores modelos de determinação e superação. Ao meu esposo, Márcio, por ter sido “pãe”, substituindo-me em diversos momentos da tarefa mais complexa da minha vida. Em especial, aos meus filhos, Rebeca e Lucas, pelo cuidado, carinho e compreensão pelas horas ausentes para a concretização desta etapa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que direcionou os meus caminhos, em todos os momentos, e me trouxe paz e leveza neste percurso. Ao Senhor, não tenho palavras para agradecer tanta bondade demonstrada.

À Prof^a Dr^a. Milena Bastos Brito, pelo acolhimento, humildade nos momentos de descobertas conjuntas e incentivo constante. Seu entusiasmo com a pesquisa contagiou-me e a sua motivação impulsionou-me para outros vãos. Grata pela orientação!

À Adriana de Oliveira Leal, parceira neste trabalho desbravador de conhecimento do sistema e por acreditar na ideia. Grata pela solicitude e carinho constantes!

À Prof^a Dr^a. Marta da Silva Menezes, pelo cuidado e olhar crítico, desde os primeiros passos deste estudo, com colaborações relevantes, porém, com plena doçura.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, por ter proporcionado que esta etapa se tornasse realidade, por meio do programa de doutoramento especial.

À Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, pela parceria no estudo e por acreditar em sua relevância.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde, pelo apoio e palavras de motivação, em especial, aos coordenadores Amália e Moisés, pela compreensão nos momentos da minha ausência.

Às enfermeiras Valdete, Joy, Elisângela e Lauriman, pelo apoio. A dedicação à assistência pré-natal, demonstrada por vocês, foi minha grande motivação para a execução deste trabalho.

Aos colegas do doutoramento. A jornada tornou-se encantadora, leve e de renovação de esperança na humanidade, graças à solicitude, acolhimento e doçura vivenciados com vocês. Muito obrigada!

Aos amigos e familiares, que sempre demonstraram carinho, com palavras de incentivo e orações, em especial, meu irmão Saulo Rocha, pelo apoio e exemplo na jornada acadêmica.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, colaboraram para a realização deste trabalho.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Introdução: A assistência pré-natal adequada visa ao melhor acompanhamento da saúde do binômio mãe/filho, além de ser considerada uma das ações de saúde para redução da mortalidade materno-infantil. Os dados do sistema de informação utilizado para o monitoramento dessa assistência devem ser avaliados periodicamente. **Objetivos:** Avaliar a qualidade da assistência pré-natal de baixo risco no município de Salvador no período de 2014 a 2016. Verificar as discordâncias entre as informações do cuidado pré-natal obtidas nos prontuários físicos e através do Sis prenatal Web de um distrito sanitário do estudo municipal. **Material e Métodos:** Estudo transversal sobre qualidade da assistência pré-natal da cidade de Salvador-Bahia, das informações coletadas no sistema nacional de informação da assistência pré-natal – Sis prenatal Web – de 2014 a 2016. A análise da qualidade da assistência pré-natal foi realizada com base nos parâmetros estabelecidos por programas do Ministério da Saúde do Brasil, baseados em diretrizes internacionais. Dados dos prontuários físicos de um território distrital foram coletados e estudados pelos mesmos parâmetros. Descrição dos dados demográficos e dos parâmetros assistenciais foi realizada nos dois bancos de dados – Sis prenatal Web e prontuários físicos – e a qualidade da assistência classificada como adequada, intermediária ou inadequada. A classificação da qualidade foi estabelecida mediante o cumprimento dos seguintes critérios: adequada (início do pré-natal até 16 semanas; acesso a seis ou mais consultas; cinco ou mais registros de peso e um registro de exames na primeira consulta e na 30ª semana); intermediária (início do pré-natal de 17 a 28 semanas; três a cinco consultas; três ou quatro registros de peso; um registro de exames na primeira consulta e ausência de registro na 30ª semana; e demais condições); inadequada (início do pré-natal acima de 28 semanas; acesso a menos de três consultas; dois ou menos registros de peso e nenhum registro de exames). **Resultados:** Foram analisados dados obtidos do Sis prenatal Web de 205 gestantes. A adequação da assistência, de acordo com os critérios analisados, foi classificada como intermediária; a maioria das gestantes teve pré-natal iniciado até 16 semanas (63,2%), acesso a menos de três consultas (82,6%), dois ou menos registros de peso (82,6%) e mais de 95% com nenhum registro de exames na primeira consulta e trigésima semana. A análise dos prontuários físicos do distrito apresentou melhores resultados em relação aos do Sis prenatal Web para número de consultas, consulta puerperal e acesso aos exames. **Conclusões:** A assistência pré-natal de baixo risco em Salvador apresentou qualidade Intermediária, de acordo com as informações do Sis prenatal Web. O Sis prenatal Web não refletiu a real situação da assistência ofertada às gestantes, observada nos prontuários físicos do Distrito Sanitário Boca do Rio, exceto para o início do pré-natal.

Palavras-chave: Avaliação. Cuidado pré-natal. Sistemas de informação.

ABSTRACT

Introduction: Adequate prenatal care aims to improve the monitoring both mother and child health. It is also considered one of the health actions for maternal and child mortality reduction. The information system data used for prenatal care monitoring must be evaluated periodically. **Objectives:** Evaluate low-risk prenatal care quality in Salvador, from 2014 to 2016. Verify mismatch between prenatal care data, obtained from physical medical charts and from Sisprenatal Web, from one of the sanitary districts of the municipal study. **Materials and Methods:** Cross-sectional study about prenatal care quality in the city of Salvador - Bahia, Brazil, of information collected from the national system of prenatal care data - Sisprenatal Web - from 2014 to 2016. The analysis of prenatal care quality was based on parameters established by Brazil's Ministry of Health's programs, based on international guidelines. Physical medical charts data from one sanitary district were collected and studied using the same parameters. Description of demographic data and care parameters was performed on two databases - Sisprenatal Web and physical medical charts - and the quality of care was classified as adequate, intermediate, or inadequate. Quality classification was determined according to the following criteria: adequate (prenatal care starting before 17 weeks, six or more visits, the patient has her weight recorded five times or more, the patient has tests results recorded in the first visit and in the 30th week); intermediate (prenatal care starting between 17 and 28 weeks, three to five visits, the patient has her weight recorded three or four times, the patient has tests results recorded in the first visit and there is no record in the 30th week; and the remaining conditions); inadequate (prenatal care starting after 28 weeks, less than three visits, the patient has her weight recorded two times or less, the patient does not have tests results recorded). **Results:** Data from 205 pregnant women were obtained from Sisprenatal Web and analysed. Care quality, according to the analysed criteria, was classified as Intermediate; most pregnant women had prenatal care initiated before 17 weeks (63.2%), had less than three visits (82.6%), had their weight recorded two times or less (82.6%) and more than 95% did not have any test results recorded in the first visit and in the 30th week. In comparison to the Sisprenatal Web results, analysis of the district's medical charts yielded better results for number of visits, postpartum visit, and records of test results. **Conclusions:** Low-risk prenatal care in Salvador presented Intermediate quality, according to Sisprenatal Web data. Sisprenatal Web did not reflect the real situation of the care provided to pregnant women as observed in the medical charts of the Sanitary District Boca do Rio, except in relation to the start of prenatal care.

Keywords: Evaluation. Prenatal care. Information Systems.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Divisão territorial do município de Salvador por distrito sanitário, 2013...	31
Quadro 1 – Atividades investigadas para descrição dos indicadores da efetividade da assistência pré-natal.....	34
Quadro 2 – Indicadores utilizados para avaliação da efetividade da assistência pré-natal.....	35
Quadro 3 – Critérios utilizados para classificação da qualidade de assistência pré-natal	36
Gráfico 1 – Qualidade da assistência pré-natal, Salvador-BA.....	45
Gráfico 2 – Qualidade da assistência pré-natal, Salvador-BA, por distrito sanitário.	47
Gráfico 3 – Qualidade da assistência pré-natal, DSBRIO, Salvador-BA, prontuários e Sis prenatal Web.....	49

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Características sociodemográficas das gestantes cadastradas no Sis prenatal Web, Salvador-BA.....42
- Tabela 2 – Variáveis relacionadas aos indicadores da assistência pré-natal, Salvador-BA.....44
- Tabela 3 – Características dos indicadores da assistência pré-natal dos indivíduos presentes na classificação Intermediária, Salvador- BA46
- Tabela 4 – Variáveis relacionadas aos indicadores da assistência pré-natal, DSBRIO, Salvador-BA (prontuários e Sis prenatal Web).....48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bahia
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DS	Distrito Sanitário
DSBRIO	Distrito Sanitário Boca do Rio
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
Pp	Pontos percentuais
RC	Rede Cegonha

RMM	Razão de Mortalidade Materna
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos vivos
Sisprenatal	Sistema de Informação de acompanhamento das gestantes
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo Principal	17
2.2	Objetivos Secundários	17
3	REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1	Mortalidade Materna	18
3.2	Assistência Pré-Natal	19
3.2.1	No mundo	19
3.2.2	No Brasil	20
3.3	Programas de Assistência Pré-Natal Nacionais	21
3.3.1	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)	21
3.3.2	Rede Cegonha	23
3.4	Sistemas de Informação em Saúde	24
3.4.1	Departamento de Informática do SUS – DATASUS	24
3.4.2	Sisprenatal – Sistema de Informação de Acompanhamento da Gestante	25
3.5	Avaliação da Assistência Pré-Natal, a partir de dados obtidos por diversas fontes de dados	26
3.5.1	Dados do Sisprenatal	27
3.5.2	Outras fontes de dados	28
4	MATERIAL E MÉTODOS	30
4.1	Desenho	30
4.2	Território Municipal	31
4.2.1	Campo do Estudo	31
4.2.2	Características da população	32
4.2.3	Critérios de Inclusão e Exclusão	32
4.2.4	Amostra	32
4.2.5	Critérios de avaliação	33
4.2.6	Fontes de dados	36
4.2.7	Procedimentos	37
4.2.7.1	<i>Coleta de dados</i>	37
4.3	Território Distrital	37
4.3.1	Campo do Estudo	37

4.3.2	Características da população	38
4.3.3	CrITÉrios de Inclusão e Exclusão	38
4.3.4	Amostra	38
4.3.5	CrITÉrios de avaliação	38
4.3.6	Fontes de dados	39
4.3.7	Procedimentos	39
4.3.7.1	<i>Coleta de dados</i>	39
4.4	Análise Estatística dos Dados	39
4.5	Aspectos Éticos	40
5	RESULTADOS	41
5.1	TerritÓrio Municipal	41
5.1.1	Características sociodemográficas das gestantes cadastradas no Sis prenatal Web	41
5.1.2	Descrição categorizada dos indicadores de processo do PHPN e dos indicadores de atenção da RC	42
5.1.3	Avaliação da qualidade da assistência pré-natal ofertada pelo município de Salvador	44
5.1.4	Adequação da assistência pré-natal do município de Salvador estratificada por distrito sanitário	46
5.2	TerritÓrio Distrital	47
5.2.1	Resultado obtidos, a partir das informações dos prontuários e Sis prenatal Web do Distrito Sanitário Boca do Rio	47
6	DISCUSSÃO	50
6.1	Limitações do Estudo	56
6.2	Perspectivas	57
7	CONCLUSÕES	58
	REFERÊNCIAS	59
	ANEXOS	65

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento delicado e de muitas mudanças na vida da mulher. Além do apoio familiar, ela precisa de acompanhamento profissional acolhedor e que lhe transmita confiança, pois sentimentos como alegria, ansiedade e medo surgem ao mesmo tempo neste período. O cuidado pré-natal é o serviço de saúde capaz de suprir as necessidades dessa fase e trazer segurança para a gestante, quando realizado com qualidade⁽¹⁾.

A atenção pré-natal pode ser definida como cuidados especializados de profissionais de saúde para mulheres e adolescentes grávidas, a fim de garantir melhores condições de saúde para o binômio mãe/filho e favorecer a redução da morbimortalidade de ambos. Os componentes desse cuidado devem incluir desde a identificação dos riscos, manejo das doenças relacionadas, bem como educação em saúde e promoção da saúde⁽²⁾.

A Organização das Nações Unidas (ONU) recomendou como taxa de mortalidade materna 35/100.000 nascidos vivos para 2015, porém essa meta não foi alcançada no Brasil. Apesar da redução na taxa de mortalidade materna nas últimas décadas, o país apresentou uma taxa de 62/100.000 nascidos vivos⁽³⁾ naquele ano. A meta proposta tem sido mantida como um grande desafio, e as intervenções necessárias continuam fazendo parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU para 2030^(4,5). Programas voltados para a saúde materno-infantil têm sido implementados em todos os países, de acordo com suas especificidades, visando a intervir positivamente nesse indicador⁽⁵⁻⁹⁾.

No Brasil, a busca da efetividade dos serviços de saúde com o cuidado da mulher no pré-natal tem sido intensificada nos últimos anos, por meio das ações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha. O objetivo é implementar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde das gestantes, buscando promover a ampliação do acesso e incremento da qualidade, a organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, além de reduzir as persistentes desigualdades regionais e sociais no acesso ao cuidado pré-natal no Brasil^(6,10-13).

Uma ação governamental que auxilia no acompanhamento à saúde das gestantes é o Sis prenatal, um *software* desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) para acompanhamento e

monitoramento adequado das gestantes e que se baseia nos critérios do PHPN. Associado à Rede Cegonha, esse *software* sofreu alteração, tornando-se um sistema *online* que permite o registro das informações do cadastramento da gestante e de todo o conteúdo da assistência até o parto e puerpério, desde o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde^(6,14,15). Esse sistema disponibiliza relatórios e indicadores para contribuir com a melhoria da gestão e monitorar os incentivos financeiros⁽¹¹⁾.

No entanto, apenas implantar e implementar políticas, processos, intervenções e ações não é suficiente para mudanças no quadro de saúde de uma população. Verdadeiramente importante é o monitoramento e a avaliação em todas as fases do processo programado, além do planejamento a partir do quadro situacional retratado.

Diferentes metodologias e fontes de informações têm sido aplicadas para o monitoramento e avaliação do cuidado ofertado à gestante. O cartão de pré-natal, entrevistas/recordatórios e prontuários das gestantes, além da base de dados do Sisprenatal, constantemente são utilizados⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. Todavia, discordâncias foram identificadas entre as informações desse banco de dados e das outras fontes, demonstrando que a correta aplicabilidade do sistema ainda se apresenta como desafio à gestão dos sistemas de informação⁽²⁰⁻²²⁾.

A avaliação é um processo que implica julgar, tendo por base uma análise do que foi realizado ou uma análise do resultado obtido, sempre em comparação com um referencial considerado como um ideal a ser alcançado. O processo do cuidado é avaliado com base nas ações desenvolvidas nos serviços de saúde e requer critérios que são delimitados pela resolutividade das ações⁽²³⁻²⁶⁾.

Inserida no território brasileiro, Salvador, objeto deste estudo, é a quarta capital mais populosa do país e pertence ao estado da Bahia, cujo índice de desenvolvimento humano (IDH) é intermediário – 0,660⁽²⁷⁾. Acreditando que a avaliação do cuidado pré-natal nesse município pode representar uma estratégia das mais valiosas para subsidiar novas ações em atenção à saúde, este estudo visa a avaliar a adequação da assistência pré-natal, mediante informações da base de dados do Sisprenatal Web de Salvador-Bahia, não avaliada até então, e verificar a concordância das suas informações com as de prontuários. O apoio no cuidado materno-infantil em todo o estado e as taxas mais elevadas de prematuridade e

baixo peso ao nascer do que a média nacional⁽²⁸⁻²⁹⁾ respaldam a necessidade do estudo nesta capital.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Principal

- ❖ Avaliar a qualidade da assistência pré-natal de baixo risco do município de Salvador-BA, no período de 2014 a 2016.

2.2 Objetivos Secundários

- I. Descrever os indicadores da efetividade da assistência pré-natal em Salvador, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, Portaria GM 569/2000 e Portaria GM 1.459/2011.
- II. Avaliar a adequação das informações das variáveis da assistência pré-natal obtidas nos prontuários de gestantes com as do Sis prenatal Web, de um distrito sanitário do estudo municipal, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, Portaria GM 569/2000 e Portaria GM 1.459/2011.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Mortalidade Materna

A Declaração do Milênio da ONU, em 2000, adotou oito objetivos chamados de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O número quatro tem seu enfoque na redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos e o número cinco trata da melhoria da saúde das gestantes, com prazo de alcance em 2015. Dentre as ações sugeridas, estão campanhas sobre a importância do pré-natal e do aleitamento materno; a nutrição adequada do bebê e sobre gravidez de risco – alcançáveis no processo do pré-natal. A meta da ONU para 2015 era de 35 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos⁽²⁷⁾.

Os países desenvolvidos alcançaram uma redução mais significativa da mortalidade materna e perinatal pela consolidação da prática médica obstétrica e neonatal. Contudo, nos países subdesenvolvidos, persiste a preocupação com a frequência de mortes das mulheres e neonatos por complicações decorrentes da gravidez e do parto, a maioria destas evitáveis quando na presença de uma adequada assistência pré-natal⁽³²⁾.

No Brasil, o Pacto pela Vida, compromisso estabelecido entre os gestores do SUS, em 2006, já havia incluído a redução das mortalidades materna e infantil como uma das propostas prioritárias que impactam na situação de saúde da população brasileira⁽³³⁾

Os números que se referem ao Brasil, como um todo, não refletem bons resultados, após o Pacto em 2006. As tendências de mortalidade materna foram analisadas no país, e em suas cinco regiões não foi constatado significativo aumento ou diminuição da Razão de Mortalidade Materna (RMM). Apesar da região Nordeste ter apresentado uma tendência na diminuição da RMM, com uma redução de 3 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos a cada ano, o Brasil apresentou uma taxa de 57,6, ou seja, não alcançou a meta proposta^(34,35).

A ONU anunciou a Agenda Universal 2030 com dezessete Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), dentre os quais o objetivo três versa sobre assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. A redução das taxas de mortalidade materna e neonatal voltam a configurar-se como meta para as nações (reduzir a taxa de mortalidade materna global para

menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos)⁽³⁶⁾.

3.2 Assistência Pré-Natal

3.2.1 No mundo

A Organização Mundial da Saúde emitiu, em 2016, uma nova série de recomendações para melhorar a qualidade da atenção pré-natal. Dentre as recomendações, mulheres grávidas devem ter seu primeiro contato nas 12 primeiras semanas de gestação e com visitas subsequentes nas 20^a, 26^a, 30^a, 34^a, 36^a, 38^a e 40^a semanas de gestação. Recomenda-se, também, a vacinação contra tétano, dependendo da exposição anterior à vacinação, para evitar a mortalidade neonatal por este agravo. Ainda relataram que, naquele ano, apenas 64% das mulheres recebiam cuidados pré-natais quatro vezes ou mais durante a gestação, apesar da qualidade dos cuidados durante a gravidez evitar muitas mortes maternas e neonatais⁽³⁷⁾.

O acompanhamento pré-natal tem sido efetivado na África, porém com dificuldades peculiares, e 69% das gestantes têm acesso a apenas uma consulta de pré-natal. Dentre as intervenções consideradas essenciais, estão a necessidade de quatro consultas de pré-natal, a prevenção do tétano materno e infantil, bem como o controle do HIV, da sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis⁽⁹⁾.

Em Portugal, o acompanhamento pré-natal pode ser programado com um mínimo de seis consultas – de acordo com a situação clínica da gestante. A Direção-Geral da Saúde desse país estabelece, para a gravidez de baixo risco, a realização da primeira consulta, o mais precocemente possível, e até as doze semanas de gravidez (1^o trimestre de gravidez) e as consultas subsequentes seguindo o esquema: a cada 4-6 semanas até às 30 semanas; a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas e a cada 1-2 semanas, após as 36 semanas até ao parto⁽³⁸⁾. Martins⁽⁷⁾ ressaltou o número de consultas como fundamental para que os cuidados pré-natais sejam considerados adequados, associando-se a esta variável o momento da primeira consulta, bem como a profundidade e qualidade no atendimento.

O Sistema Nacional de Saúde do México apresentou o Programa de Ação Específica para a Saúde Materna e Perinatal 2013-2018, preconizando a primeira consulta de pré-natal antes da 12^a semana de gestação e organizando as intervenções do cuidado em, no mínimo, cinco consultas para o alcance de uma atenção efetiva e integral⁽⁸⁾.

3.2.2 No Brasil

Para o Ministério da Saúde⁽³⁹⁾:

A assistência pré-natal constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde.

A assistência pré-natal adequada é considerada pelo Ministério da Saúde, no Caderno 32 da Atenção Básica, como um dos grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados ao binômio materno-fetal que possuem potencial para diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal⁽⁴⁰⁾.

Esse documento também ressalta que a Unidade Básica de Saúde (UBS) é o ponto de atenção estratégico para melhor acolher as necessidades das gestantes, capaz de ofertar um acompanhamento longitudinal e continuado, devendo ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. A organização da integralidade do cuidado da gestante na Atenção Básica, articulada com outros pontos de atenção, impõe a aplicação de tecnologias de gestão, visando a auxiliar os gestores no planejamento de estratégias⁽⁴⁰⁾.

A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) considera que a assistência pré-natal deve permitir o nascimento de um recém-nascido saudável, sem complicações para a mulher, e garantir um acompanhamento contínuo. Recomendou, dentre outros elementos, a captação precoce da gestante dentro do 1^o trimestre gestacional, atendimento periódico e contínuo abrangendo a população alvo e realização de exames laboratoriais obrigatórios⁽⁴¹⁾.

O Ministério da Saúde (MS) estabeleceu para as gestantes, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), quatro vacinas: a influenza; hepatite B; dupla adulto (difteria e tétano-dT); e a difteria, tétano e coqueluche (dTpa). A dT é administrada em três doses, com um intervalo de 60 dias entre elas. Em 2014, a

dTpa foi incorporada ao calendário de vacinação, devendo ser aplicada entre a 27ª e a 36ª semanas de gestação. A mulher deve ser imunizada buscando proteger os seus bebês até que cumpram o calendário completo de vacinação⁽⁴²⁾.

Uma revisão de literatura evidenciou que, entre os anos de 2005 e 2015, no Brasil, houve elevação da cobertura do acesso ao pré-natal, a despeito da qualidade da assistência prestada. Baixos índices foram encontrados, variando de 4,5 a 66,1% em diversas regiões do país, motivados, inclusive, pela falta de acesso ao início precoce e ao número adequado de consultas de pré-natal⁽⁴³⁾.

O número de consultas de pré-natal – sete ou mais consultas – foi associado às variáveis exploratórias relacionadas às informações maternas dos nascidos vivos em 2013 no Brasil. Além disso, o estudo constatou que o acesso à assistência pré-natal é desigual segundo características geográficas, demográficas e socioeconômicas das gestantes, apesar do SUS preconizar esse cuidado, de forma equânime, em todo o território nacional⁽⁴⁴⁾.

Em 2017, a qualidade da atenção pré-natal no Brasil foi descrita por Tomasi e colaboradores⁽⁴⁵⁾, utilizando-se dados obtidos por meio de entrevistas de usuárias com último pré-natal em Unidades de Saúde da Família e do instrumento da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – AB (PMAQ-AB) entre junho de 2012 e março de 2013. Observou-se atenção pré-natal adequada para somente 15% das entrevistadas. Além disso, o estudo demonstrou a presença de desigualdades sociais em meio a este cuidado.

3.3 Programas de Assistência Pré-Natal Nacionais

3.3.1 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)

Realizando-se uma análise histórica no que se refere à saúde materno-infantil no Brasil, a partir da virada do século, o Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria 569 de 2000⁽¹³⁾, instituiu o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e tem por objetivo:

[...] o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e noenatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Esse Programa é pautado na humanização do atendimento, sob dois aspectos fundamentais:

- I. A mulher, seus familiares e o recém-nascido devem ser recebidos dignamente pelas unidades de saúde;
- II. Adoção de medidas e procedimentos benéficos para os acompanhamentos do parto e nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, cuja frequência acarretam maiores riscos para o binômio mãe/filho⁽¹³⁾.

São recomendações desse Programa para um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera as seguintes atividades:

1. Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
2. Garantir os seguintes procedimentos:
 - 2.1 Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal.
 - 2.2 Realização de uma consulta no puerpério.
 - 2.3 Realização dos seguintes exames laboratoriais:
 - 2.3.1 ABO-Rh, na primeira consulta;
 - 2.3.2 VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
 - 2.3.3 Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
 - 2.3.4 Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
 - 2.3.5 HB/Ht, na primeira consulta.
 - 2.4 Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes.
 - 2.5 Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.
 - 2.6 Realização de atividades educativas.
 - 2.7 Classificação de risco gestacional, a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.
 - 2.8 Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco⁽¹³⁾.

3.3.2 Rede Cegonha

Decorridos onze anos, após a implementação do PHPN, a necessidade de empregar medidas para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, impeliu o Ministério da Saúde a instituir a Rede Cegonha, a qual foi assim definida, segundo a Portaria 1.459⁽⁶⁾:

Art 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Essa rede de atenção à saúde organiza-se a partir de quatro componentes, sendo um deles o Componente PRÉ-NATAL composto por⁽⁶⁾:

1. Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
2. Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
3. Acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno;
4. Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
5. Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
6. Qualificação do sistema e da gestão da informação;
7. Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
8. Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;
9. Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto.

Além disso, a matriz diagnóstica da rede se baseia por quatro grupos de indicadores, cujo segundo grupo trata dos seguintes “Indicadores de Atenção”, de acordo com a Portaria 1.459⁽⁶⁾:

- a) Número de nascidos vivos e percentual de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal;
- b) Percentual de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação;

c) Percentual de gestantes com todos os exames preconizados.

Os indicadores de atenção da Rede Cegonha preconizados apresentam-se com maior exigência, quando comparados aos do PHPN. Essa rede foi instituída com a necessidade de adotar medidas para garantir à mulher um melhor acesso e maior qualidade do acompanhamento pré-natal, parto e puerpério.

3.4 Sistemas de Informação em Saúde

O sistema de informação de saúde é capaz de embasar um gestor para a tomada de decisões, podendo gerar, compilar dados, executar análise e síntese. Muitas vezes é comparado ao monitoramento e avaliação, mas vai muito além disso, uma vez que é essencial para o planejamento e elaboração de relatórios globais. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação, e inclusive, recomendações para a ação⁽⁴⁶⁾.

Sistemas de Informação em Saúde, de acordo com Maletta e Brandão⁽⁴⁷⁾, são mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão de dados e foram criados para viabilizar a produção das informações em saúde necessárias às mudanças no planejamento e avaliação do atendimento prestado à população⁽⁴⁸⁾.

3.4.1 Departamento de Informática do SUS – DATASUS

O DATASUS foi criado pelo Decreto 100 de 16/04/1991, para o suprimento da informação em saúde, com vistas ao embasamento de políticas públicas de saúde. O art. 12 desse Decreto determina a competência desse departamento, a qual envolve: especificar, desenvolver, implantar e operar sistemas de informações relativos às atividades finalísticas do SUS, em consonância com as diretrizes do órgão setorial⁽⁴⁹⁾.

Todas as informações são copiadas para o meio magnético, respeitando a política de *backup* vigente, e a segurança da informação foi embasada no Decreto 3505, de 13 de junho de 2000, garantindo a devida atenção, pelo DATASUS, com a gestão da segurança da informação para a manutenção da disponibilidade, integridade e confidencialidade dos dados. Com isso, seu sistema é considerado

pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como um dos mais completos do mundo⁽⁵⁰⁾.

Um tabulador de arquivos no formato DBF (*Data Base File*) foi elaborado para executar de maneira fácil e rápida as tabulações das informações dos sistemas de informações do SUS, podendo ser utilizadas por diversos programas de banco de dados, permitindo cruzamento de dados para avaliação mais adequada da situação de saúde do território e programação das ações a serem desenvolvidas⁽⁵¹⁾.

Dentre os sistemas e aplicativos epidemiológicos criados pelo DATASUS, está o Sisprenatal – sistema de acompanhamento de gestantes. São requisitos desse sistema: Linguagem: Delphi 5; Banco de Dados: Paradox; Plataforma: Windows; Hardware: até 3000 gestantes – IBM PC, Pentium II, 350 Mhz, 64 MB RAM e 1 GB em disco; acima de 3000 gestantes – IBM PC, Pentium III, 800 Mhz, 128 de RAM e 10 GB em disco⁽⁵⁰⁾.

3.4.2 Sisprenatal – Sistema de Informação de Acompanhamento da Gestante

O Sisprenatal – Sistema de Acompanhamento da Gestante – é um *software* desenvolvido pelo DATASUS para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde brasileiro. Foi criado com o objetivo de ampliar esforços para a redução das altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal⁽³⁾.

Tendo em vista o acompanhamento das gestantes, de acordo com os critérios do PHPN, foi instituído o Sisprenatal – *software* desenvolvido pelo DATASUS e disponibilizado para todo o município que aderisse ao PHPN. Cada município tem uma série numérica de identificação das gestantes no programa, devendo definir a série numérica destinada a cada unidade. Os dados da gestante, individualmente, devem estar registrados na Ficha de Cadastramento da Gestante – na primeira consulta – e na Ficha de Acompanhamento Diário das Gestantes, os dados das consultas subsequentes, segundo a Portaria 1.459⁽⁶⁾.

De acordo com o DATASUS⁽³⁾, ao Sisprenatal foram atrelados os seguintes benefícios: oferece informações fundamentais para planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas; melhora o acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal e suas informações permitem o repasse do incentivo financeiro aos municípios. Apesar da funcionalidade do sistema, permite o

monitoramento e a avaliação das ações programáticas, através do registro dos diversos dados envolvidos na assistência pré-natal.

O sistema de informação preconizado para o acompanhamento da gestante na Rede Cegonha também é o Sis prenatal. A Nota Técnica 19 do Ministério da Saúde, conjunta de 2017, afirmou que⁽⁵²⁾:

O Sis prenatal Web é uma ferramenta de gestão da informação no âmbito da Rede Cegonha, é um sistema *online* que permite cadastrar a gestante, monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal de baixo e de alto risco e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde até o atendimento hospitalar ao parto e nascimento.

A Secretaria Municipal de Salvador também utiliza a Rede de Atenção em Saúde (RAS) – Rede Cegonha. A idealização de um sistema de informação que pudesse realizar um acompanhamento dessas gestantes, o Sis prenatal, originou uma ferramenta crucial para o aprimoramento e o bom desenvolvimento das ações⁽⁵³⁾.

3.5 Avaliação da Assistência Pré-Natal, a partir de dados obtidos por diversas fontes de dados

Em 1998, o Brasil já declarava que um grande desafio a ser superado no acompanhamento pré-natal de reconhecido efeito positivo sobre a saúde da mulher e do conceito era a baixa cobertura, da assistência pré-natal, associada à baixa qualidade de atendimento⁽¹³⁾. A qualidade na assistência pré-natal é obtida mediante o cumprimento de etapas e serviços já estabelecidos na literatura. O Manual da Febrasgo recomenda o registro das gestantes, das informações obtidas em cada consulta e métodos que avaliem as ações de saúde prestadas pela instituição para a prestação de um acompanhamento adequado⁽⁴¹⁾. No entanto, as ações têm como precedente um planejamento baseado na análise de situação de saúde local.

A análise de situação de saúde ocorre por meio da identificação, formulação, priorização e explicação dos problemas de saúde de uma população, com o intuito de produzir informações para a organização e o funcionamento da rede assistencial de saúde⁽⁵⁴⁾.

3.5.1 Dados do Sisprenatal

Avaliando os resultados dos dois primeiros anos de implantação do PHPN, autores ressaltaram que a criação de um sistema informatizado de acompanhamento – o Sisprenatal – foi considerada como medida fundamental do programa, pois constituiu-se em um instrumento produtor de relatórios e indicadores planejados para monitorar a atenção pré-natal em âmbitos municipal e estadual, tornando-se auxiliar para a melhoria da gestão dos serviços. Ainda afirmaram que, antes desse Programa, a avaliação da assistência pré-natal se restringia ao número de consultas⁽¹¹⁾.

Em outro estudo com o Sisprenatal, baixos percentuais foram encontrados para os indicadores do acompanhamento pré-natal, cujos autores ratificaram a necessidade de permanentes avaliações⁽⁵³⁾.

No ano de 2002, utilizando-se da base de dados do Sisprenatal em Salvador, um estudo para avaliar a assistência pré-natal utilizou como parâmetros seis consultas, no mínimo, uma consulta puerperal, além de todos os exames básicos. O estudo verificou que a assistência pré-natal nos serviços públicos desse município apresentou baixa cobertura pelas unidades de saúde da rede básica – quando comparados aos padrões definidos pelo Ministério da Saúde⁽⁵⁵⁾.

Em Quixadá/CE, os dados do Sisprenatal foram analisados⁽⁵⁶⁾, utilizando-se os registros de 1.544 gestantes cadastradas no PHPN no período de 2001 a 2004, com o intuito de se avaliar a assistência por meio dos indicadores de processo. Verificaram crescimento na porcentagem de gestantes que realizaram, no mínimo, seis consultas ao longo dos anos, mas havendo queda quando incluída a variável consulta puerperal, e irregular quando associada com a variável exames básicos. A imunização antitetânica apresentou melhora expressiva, alcançando 90,9% das gestantes em 2004.

Em 2012, avaliou-se o processo de produção de dados e informações para o Sisprenatal no nível central de gestão em Cuiabá/MT. Observou-se a necessidade de capacitar os gestores, bem como de melhorar a estrutura tecnológica de suporte para o sistema⁽⁵⁷⁾. Posteriormente, afirmou-se que qualquer erro na transcrição dos dados para o Sisprenatal pode resultar em informações incompletas ou inexistentes⁽²⁰⁾.

3.5.2 Outras fontes de dados

Os dados de um recorte seccional – fevereiro de 2011 a outubro de 2012 – da pesquisa Nascer no Brasil, obtidos com entrevistas e cartão de pré-natal de 23.940 puérperas, foram utilizados para analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados no Brasil, conforme alguns parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde. O estudo detectou cobertura elevada da assistência pré-natal (98,7%) com 75,8% das mulheres, com início do pré-natal antes da 16ª semana gestacional e 73,1% compareceram a seis ou mais consultas. Os autores também constataram que o pré-natal foi realizado sobretudo nas unidades básicas e públicas. Referiram desafios persistentes para a melhoria da qualidade dessa assistência⁽¹⁷⁾.

Múltiplas fontes de informações – entrevistas, cartão da gestante e prontuários – de puérperas de uma cidade do Rio Grande do Sul foram utilizadas para avaliar o processo da atenção pré-natal, verificando se havia diferença na qualidade do pré-natal ofertado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e UBS com Estratégia de Saúde da Família. O desfecho do estudo foi categorizado em quatro níveis de qualidade e dentro de cada nível as classificações adequada, intermediária e inadequada:

- NÍVEL 1 (qualidade avaliada pelo número de consultas e início do pré-natal);
- NÍVEL 2 (qualidade avaliada pelo número de consultas e início do pré-natal e procedimentos conforme o manual técnico para o pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde – 2006);
- NÍVEL 3 (qualidade avaliada pelo número de consultas e início do pré-natal e exames laboratoriais preconizados pelo PHPN);
- NÍVEL 4 (qualidade avaliada pelo número de consultas e início do pré-natal; procedimentos conforme o manual técnico para o pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde – 2006; e exames laboratoriais preconizados pelo PHPN)⁽²⁶⁾.

O estudo constatou que a avaliação da qualidade da assistência pré-natal nível 4 apresentou score de adequação extremamente inferior ao do nível 1 e que em todos os níveis avaliados a adequação foi favorável às gestantes atendidas nas UBS com Saúde da Família, em comparação com as unidades tradicionais⁽²⁶⁾.

O grau de adequação da assistência pré-natal foi associado com características sociodemográficas das mulheres, através de entrevistas e de cartões de pré-natal. Considerou-se como assistência pré-natal adequada: início do pré-natal até a 12^a semana gestacional; número adequado de consultas – 6 consultas; registro de, pelo menos, um resultado de cada um dos exames preconizados na rotina de pré-natal e o recebimento da orientação sobre a maternidade. Verificou-se que, apesar do Brasil apresentar cobertura praticamente universal, ainda persistem desigualdades regionais e sociais no acesso a um cuidado adequado. Menor adequação foi encontrada em mulheres de classe econômica mais baixa, de pele preta, com menos anos de estudo e residentes nas regiões Norte e Nordeste⁽¹⁶⁾.

Em Maringá/PR, dados do cartão da gestante, prontuário hospitalar e entrevista com puérperas foram utilizados para avaliação da adequação pré-natal. O percentual de pré-natal inadequado apresentou-se maior, 90,8%, para o critério com o maior número de indicadores utilizados. A qualidade do cuidado pré-natal foi associada ao nascimento prematuro, com 3,8 vezes mais chance de pré-natal inadequado e intermediário em relação ao adequado – pelo critério com menos variáveis⁽⁵⁸⁾.

Com o objetivo de analisar o conteúdo da assistência pré-natal em São Luís e os fatores associados com sua inadequação, um estudo transversal foi realizado baseado em dados de uma coorte de 2010 em São Luís/MA. As informações sobre a assistência pré-natal foram obtidas por meio dos questionários e prontuários maternos, quando disponíveis e os critérios utilizados pelo PHPN e do manual do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde. Observaram que 60,2% das gestantes tiveram acesso a uma assistência pré-natal inadequada, sobretudo as de pior condição socioeconômica⁽¹⁸⁾.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho

Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo e de delineamento transversal com abordagem metodológica quantitativa, utilizando dados secundários do Sis prenatal Web¹ do município de Salvador-BA e de prontuários de um distrito sanitário desse município. O presente estudo propôs avaliar a assistência pré-natal e sua qualificação, baseando-se em indicadores numéricos que representam a cobertura de serviços ofertados às gestantes.

O caminho metodológico utilizado neste estudo se deu em dois momentos, com o intuito de responder aos objetivos propostos. Primeiramente, a situação da assistência pré-natal em Salvador foi avaliada a partir das informações secundárias da base de dados do Sis prenatal Web.

No segundo momento, os resultados do município de Salvador foram estratificados por distrito sanitário e a assistência pré-natal classificada. O Distrito Sanitário Boca do Rio (DSBRIO) foi escolhido mediante a melhor conveniência para a pesquisadora ter acesso aos prontuários das gestantes. Obteve-se a análise da qualidade da assistência, a partir das informações dos dados primários dos prontuários das gestantes assistidas nesse território, para posteriores considerações.

Dessa forma, o percurso metodológico será apresentado em dois momentos que serão chamados de: território municipal e território distrital.

¹ Neste estudo foi utilizada, como fonte secundária para avaliação da assistência pré-natal em Salvador-BA, a base de dados do Sis prenatal Web do município, obtida mediante senha de acesso ao sistema cedida pela Secretaria Municipal de Saúde.

4.2 Território Municipal

4.2.1 Campo do Estudo

O Município de Salvador é a cidade mais populosa do Nordeste e a quarta mais populosa do Brasil com 2.953.986 habitantes, população estimada para 2017⁽⁵⁹⁾, com densidade demográfica de 3.859,4 hab/km², Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,759, em 2010⁽⁶⁰⁾. Constitui, então, o centro econômico, político e administrativo do estado da Bahia.

Salvador pertence ao Território de Identidade da Região Metropolitana e está situada no Recôncavo Baiano, com 10 Regiões Administrativas, denominadas Prefeituras Bairros, e juntamente com 12 Distritos Sanitários formam a sua organização político-administrativa, conforme Figura 1.

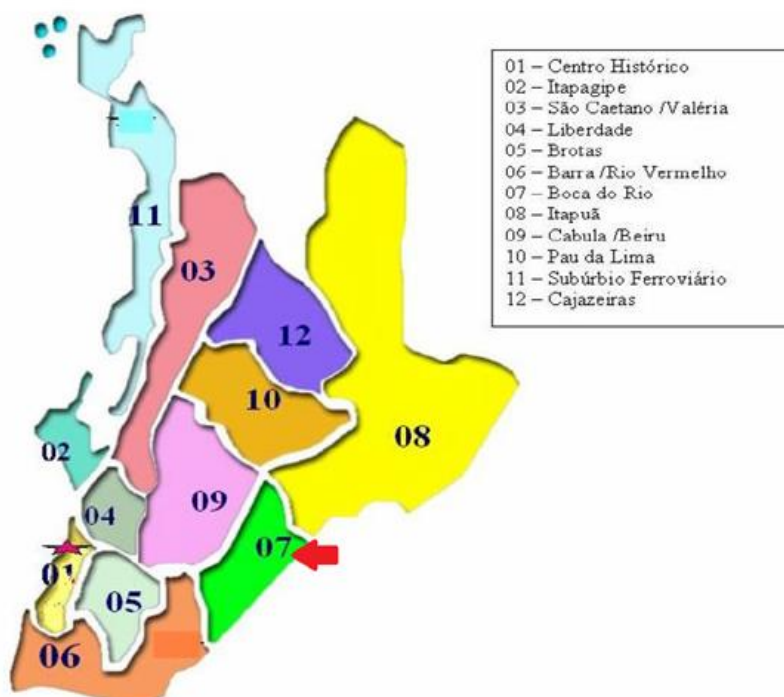


Figura 1 – Divisão territorial do município de Salvador por distrito sanitário, 2013

Fonte: Salvador, 2014

4.2.2 Características da população

A população alvo é composta por gestantes cadastradas no Sis prenatal Web do município de Salvador-BA no período de janeiro de 2014 até setembro de 2016, cujo pré-natal foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

4.2.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão: gestantes cadastradas no Sis prenatal Web que realizaram o acompanhamento pré-natal nas unidades básicas de saúde no município de Salvador-Bahia e *status* de acompanhamento pré-natal “fechado” no sistema.

Critérios de exclusão: gestantes residentes em outros municípios e as encaminhadas ao pré-natal de alto risco.

4.2.4 Amostra

Um banco em formato DBF foi obtido das informações das 39.356 gestantes cadastradas no sistema do Sis prenatal Web no período de janeiro de 2014 a setembro de 2016 do município de Salvador e transformados em um banco em formato Excel.

O tamanho da amostra foi calculado, através da calculadora Winpepi, versão 11.63, a partir das 39.356 gestantes cadastradas no sistema, considerando-se uma estimativa de prevalência de 15% de adequação⁽⁴⁵⁾, diferença aceitável de 5 pp, sendo necessários 205 cadastros de acompanhamento pré-natal das gestantes de Salvador, obtidos por amostragem aleatória.

4.2.5 Critérios de avaliação

Variáveis sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa foram estudadas com o propósito de caracterização do perfil das gestantes em Salvador. Analisaram-se, então: idade; raça/cor; escolaridade; situação conjugal e posse de telefone fixo/celular.

Para a avaliação da efetividade da assistência, o estudo baseou-se em critérios do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha (RC). Apesar da Rede Cegonha ser o programa vigente e já implantado no município de Salvador, os estudos em apreço, apenas com os critérios dessa rede, ainda são incipientes. Dessa forma, os critérios do PHPN foram utilizados com o intuito de acompanhar a literatura predominantemente produzida.

O PHPN e a RC, instituídos pelas Portarias GM 569/2000 e 1.459/2011, respectivamente, estabelecem atividades para a execução de um pré-natal de qualidade, cujas atividades investigadas estão elencadas no Quadro 1. Para avaliação da efetividade da assistência, a partir dos dados disponíveis no sistema nacional de informações, foram envolvidos todos os indicadores do PHPN e dois da RC, conforme Quadro 2 – os quais foram obtidos mediante dados dos relatórios individuais do Sis prenatal Web.

Quadro 1 – Atividades investigadas para descrição dos indicadores da efetividade da assistência pré-natal

PHPN	
Atividades	Realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação (16 semanas);
	Realizar, no mínimo, seis consultas de pré-natal;
	Realizar uma consulta de puerpério, até 42 dias após o nascimento;
	Realizar os seguintes exames laboratoriais: na primeira consulta (tipagem sanguínea e fator Rh, sorologia para sífilis, urina rotina, glicemia de jejum, hemograma/hematócrito, testagem anti-HIV), na trigésima semana (sorologia para sífilis, urina rotina, glicemia de jejum);
	Garantir a dose imunizante da vacina antitetânica ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.
REDE CEGONHA	
Atividades	Realizar a primeira consulta até a 12ª semana de gestação;
	Realizar mais de 7 consultas de pré-natal.

Fonte: Elaborado pela autora (2018), utilizando as informações das Portarias GM 569/2000⁽¹³⁾ e 1.459/2011⁽⁶⁾.

Quadro 2 – Indicadores utilizados para avaliação da efetividade da assistência pré-natal

PHPN	
CRITÉRIOS	PARÂMETROS
Indicadores de Processo	% gestantes cadastradas com 1ª consulta até o quarto mês - em relação à população-alvo (gestantes existentes ou estimadas pelo número de nascidos vivos do município);
	% gestantes cadastradas que realizaram seis consultas de pré-natal;
	% gestantes cadastradas que realizaram seis consultas de pré-natal e consulta de puerpério;
	% gestantes cadastradas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos exames básicos;
	% gestantes cadastradas que realizaram seis consultas de pré-natal, consulta de puerpério e todos exames básicos;
	% gestantes cadastradas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica;
	% gestantes cadastradas que realizaram seis consultas de pré-natal, consulta de puerpério, todos os exames básicos; teste anti-HIV e dose imunizante da vacina antitetânica.
REDE CEGONHA	
CRITÉRIOS	PARÂMETROS
Indicadores de Atenção	% de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação
	% de gestantes com mais de 7 consultas de pré-natal

Fonte: Elaborado pela autora (2018), utilizando as informações das Portarias GM 569/2000⁽¹³⁾ e 1.459/2011⁽⁶⁾.

A qualidade da assistência pré-natal foi classificada, baseando-se no método de Anversa, Bastos, Dal Pizzol, Nunes⁽²⁶⁾, buscando-se analisar pelo nível mais exigente de classificação – Nível IV – pois é utilizado um número maior de variáveis do cuidado pré-natal. Este estudo fez modificações no método de acordo com o (Quadro 3). Algumas variáveis foram suprimidas, pois os relatórios individuais do Sis prenatal Web não contêm alguns dados clínicos, como pressão arterial, altura uterina, batimentos cardíacos fetais e movimentos fetais, indicados no método original; e, além disso, o critério “início do pré-natal” da classificação “Adequada” foi alterado para “até o quarto mês de gestação – 16 semanas”, adequando-o ao

parâmetro do PHPN e foram descritos alguns critérios para a classificação “Intermediária”.

Quadro 3 – Critérios utilizados para classificação da qualidade de assistência pré-natal

NÍVEL DE CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
Adequada	Início do pré-natal até o quarto mês de gestação – 16 semanas; 6 ou mais consultas de pré-natal 5 ou mais registros de peso 1 registro de exames (1ª consulta e 30ª semana)
Intermediária	Início do pré-natal de 17 a 28 semanas 3 a 5 consultas de pré-natal 3 ou 4 registros de peso 1 registro de exames na 1ª consulta e ausência de registro na 30ª semana Demais situações
Inadequada	Início do pré-natal depois de 28 semanas Menos de 3 consultas de pré-natal 2 ou menos registros de peso Nenhum registro de exames

Fonte: Elaborado pela autora (2018), adaptando às informações do método de Anversa; Bastos; Dal Pizzol; Nunes (2012)⁽²⁶⁾.

4.2.6 Fontes de dados

O Sis prenatal Web recebe informações contidas em duas fichas: Ficha de Cadastramento/Acompanhamento da Gestante e Ficha Puerperal (ANEXOS A e B). A ficha de cadastramento é preenchida na primeira consulta e, ao lançar os dados no sistema, um número de Sis prenatal (número de cadastro) é gerado. As informações obtidas, em cada consulta subsequente, só podem ser registradas no sistema mediante o número de cadastro gerado inicialmente. O último momento do

pré-natal – consulta puerperal – é registrado na Ficha Puerperal e lançado no sistema. Após fechamento do acompanhamento da gestante no sistema, é possível gerar um relatório individualizado, com todas as informações do que ocorreu no pré-natal, de acordo com os dados das fichas do sistema. Esses relatórios foram utilizados para obtenção das informações.

4.2.7 Procedimentos

4.2.7.1 Coleta de dados

Para obtenção dos dados secundários do território municipal, os relatórios individuais do pré-natal de cada gestante presente na amostra foram resgatados na base de dados do Sis prenatal Web, mediante a inclusão do número de cadastro no sistema – chamado comumente de “número Sis prenatal”.

O *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21, foi utilizado para preparação de um banco de dados com a inclusão de todas as variáveis investigadas – sociodemográficas e do processo de assistência pré-natal. Cada gestante foi identificada apenas por um número, para posicioná-la no banco de dados do território municipal – resguardando-se assim o sigilo – e os dados individuais inseridos no referido banco de dados.

4.3 Território Distrital

4.3.1 Campo do Estudo

O Distrito Sanitário Boca do Rio (DSBRIO), do município de Salvador, possuía, em 2010, um contingente populacional de 126.328 habitantes⁽⁶²⁾. Apresentou, em 2015, um percentual de 50,9% de mães com 12 anos ou mais de estudo, 60% da raça/cor parda⁽⁶²⁾ e entre os anos de 2005 e 2015 houve um incremento de 10% no número de nascidos vivos, de acordo com os dados do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021⁽⁶²⁾. Destacou-se, juntamente com os Distritos Sanitários (DS) Barra/Rio Vermelho/Pituba e Centro Histórico, por alcançar em 2005 um percentual superior a 50% de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal e em 2015, em torno de 60%.

4.3.2 Características da população

A população estudada no território distrital foi formada pelas gestantes com cadastros presentes no Sis prenatal Web na amostra municipal e o acompanhamento pré-natal no DSBRIO, cujos prontuários foram encontrados nas Unidades Básicas de Saúde.

4.3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão: prontuários físicos de gestantes do DSBRIO, com cadastros presentes na amostra municipal do Sis prenatal Web, do estudo em questão, cujos prontuários físicos foram encontrados nas Unidades Básicas de Saúde.

Critério de exclusão: prontuários com grafia ilegível.

4.3.4 Amostra

Constituída pelos cadastros do DSBRIO, presentes no banco do Sis prenatal Web da amostra municipal, e pelos prontuários físicos de todas essas gestantes

4.3.5 Critérios de avaliação

As mesmas atividades e indicadores do PHPN, bem como os da Rede Cegonha, utilizados no território municipal para a descrição dos critérios de efetividade e para a avaliação da qualidade da assistência pré-natal foram aplicados para a análise, com prontuários físicos das gestantes do DSBRIO.

4.3.6 Fontes de dados

Foram empregadas duas fontes – primária e secundária. Os dados secundários do distrito investigado foram obtidos, a partir do banco de dados elaborado para o território municipal com informações do Sis prenatal Web. Os dados primários foram alcançados, a partir dos prontuários das gestantes cedidos pelo DSBRIO.

4.3.7 Procedimentos

4.3.7.1 Coleta de dados

Dentre as variáveis do banco de dados do território municipal, estava “distrito sanitário” referente ao distrito onde a gestante teve acesso ao pré-natal. A inclusão dessa informação possibilitou a identificação das gestantes do território distrital Boca do Rio e suas informações contidas no Sis prenatal Web.

Os prontuários desses indivíduos foram solicitados ao distrito e as informações inseridas em um outro banco de dados elaborado no SPSS contendo as mesmas variáveis investigadas no banco do Sis prenatal Web municipal.

4.4 Análise Estatística dos Dados

As informações relacionadas com o perfil sociodemográfico das gestantes e com o conteúdo da assistência pré-natal do município de Salvador-BA - obtidas a partir das informações do Sis prenatal Web; as informações do conteúdo da assistência pré-natal do DSBRIO e as encontradas nos prontuários físicos das mesmas gestantes, desse distrito, foram sistematizadas e analisadas, adotando-se estatística descritiva (frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio-padrão) utilizando o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 21.

A classificação da qualidade foi estudada no município - como um todo e estratificada por distrito sanitário - e no DSBRIO, por intermédio de estatística descritiva também, de acordo com os critérios escolhidos do método de Anversa, Bastos, Dal Pizzol, Nunes⁽²⁶⁾ no Nível IV e modificado neste estudo.

4.5 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Parecer 1.601.620 (ANEXO C), após anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador-Bahia, instituição parceira desse estudo para a coleta dos dados.

Em relação aos riscos para os sujeitos da pesquisa do Sis prenatal Web e dos prontuários, todas as informações das gestantes do banco de dados – Sis prenatal Web – e dos prontuários estudados foram armazenados em planilha do programa EXCEL e identificados apenas por um número ou registro numérico da pesquisa, buscando reduzir o risco do não sigilo dos dados (divulgação de informações da pesquisa). Este número da gestante foi associado ao seu nome apenas nos bancos de dados que somente os pesquisadores vinculados têm acesso, mediante uma senha eletrônica. O número ou registro na pesquisa foi associado de maneira consecutiva e crescente, de acordo com a ordem de apresentação nos bancos de dados. A senha eletrônica foi criada e ficará de posse da pesquisadora principal deste estudo e foi utilizada apenas no momento de análise estatística ao final da coleta de dados.

Foi solicitada dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para análise dos prontuários das gestantes do distrito investigado. Isso ocorreu devido à impossibilidade de contato com essas mulheres, uma vez que foram acompanhadas em período anterior ao do presente estudo.

5 RESULTADOS

Com a amostragem aleatória dos cadastros de gestantes obtidos do Sis prenatal Web e selecionados 270 cadastros, os relatórios individuais das gestantes foram verificados - a partir da observação dos critérios de exclusão - sendo 18 foram excluídos por residência em outros municípios e 47 porque o acompanhamento com *status* aberto no sistema ou foram encaminhadas ao pré-natal de alto risco. Totalizaram-se, portanto, 205 cadastros com seus respectivos relatórios individuais.

5.1 Território Municipal

5.1.1 Características sociodemográficas das gestantes cadastradas no Sis prenatal Web

O perfil da gestante assistida no acompanhamento pré-natal, nas UBS's de Salvador, apresentou idade de $26,7 \pm 6,8$ anos (resultado não apresentado em tabela). A Tabela 1 demonstra que 62,4% possuíam telefone celular; a maior parte do grupo alcançou o ensino médio incompleto/completo (58,1%); e convive com companheiro (79,3%). Merece destaque a composição da raça/cor neste grupo, com 86,4% pertencentes às raças parda e preta.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das gestantes cadastradas no Sis prenatal Web, Salvador-BA

Variáveis	No.	%
Telefone		
Fixo	51	24,9
Celular	128	62,4
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	45	23,5
Ensino Fundamental Completo	18	9,4
Ensino Médio Incompleto	43	22,5
Ensino Médio Completo	68	35,6
Ensino Superior Incompleto	12	6,3
Ensino Superior Completo	4	2,1
Situação Conjugal		
Com companheiro	149	79,3
Sem companheiro	39	20,7
Raça/cor		
Branca	12	6,3
Preta	77	40,3
Amarelo	13	6,8
Pardo	88	46,1
Ignorado	1	0,5

Fonte: Elaborado pela autora com dados do Sis prenatal Web, Salvador-BA, janeiro/2014-setembro/2016, utilizando as informações das Portarias GM 569/2000⁽¹³⁾ e 1.459/2011⁽⁶⁾.

5.1.2 Descrição categorizada dos indicadores de processo do PHPN e dos indicadores de atenção da RC

A descrição categorizada dos indicadores de processo do PHPN e indicadores de atenção da RC permitiu visualizar o panorama da atenção pré-natal em Salvador-BA, registrada no sistema de informação institucionalizado pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, foi possível não apenas visualizar se o município se encontrava com a assistência pré-natal dentro dos parâmetros preconizados, mas em quais graus de adequação se encontrava a assistência à gestante neste município.

Os resultados demonstraram que o território municipal alcançou, no período estudado, 60,5% das gestantes captadas até dezesseis semanas de gestação e a maior parte do grupo (82,0%) teve acesso a menos de três consultas. Tiveram acesso aos exames preconizados pelo Ministério da Saúde Brasileiro 14,6% das gestantes na primeira consulta e na trigésima semana, 2,4%. A cobertura da imunização desse grupo contra o tétano alcançou 7,8%, e o acesso à consulta puerperal, 8,3% (Tabela 2).

Os indicadores de atenção da matriz diagnóstica da Rede Cegonha são mais exigentes e apresentaram os seguintes resultados: 4,9% tiveram acesso a sete ou mais consultas e 36,1% foram captadas até a décima segunda semana (Tabela 2).

Tabela 2 – Variáveis relacionadas aos indicadores da assistência pré-natal, Salvador-BA

Indicadores do Processo	No.	(%)
Início do Pré-natal		
≤ 16 semanas	124	60,5
17-28 semanas	69	33,7
> 28 semanas	12	5,9
≤ 12 semanas (Rede Cegonha)	74	36,1
Número de Consultas		
≥ 6 consultas	19	9,3
3 - 5 consultas	18	8,8
< 3 consultas	168	82,0
≥7 consultas (Rede Cegonha)	10	4,9
Consulta Puerperal	17	8,3
Registro de Peso		
≥ 5	25	12,2
3 – 4	12	5,9
≤ 2	168	82,0
Exames		
1ª consulta	30	14,6
30ª semana	5	2,4
1ª consulta e 30ª semana	5	2,4
Vacina antitetânica		
Nenhuma	149	72,7
Esquema Incompleto	40	19,5
Esquema Completo	16	7,8

Fonte: Elaborado pela autora com dados do Sis prenatal Web, Salvador-BA, janeiro/2014-setembro/2016, utilizando as informações das Portarias GM 569/2000⁽¹³⁾ e 1.459/2011⁽⁶⁾.

5.1.3 Avaliação da qualidade da assistência pré-natal ofertada pelo município de Salvador

A qualidade da assistência foi avaliada e classificada a partir das categorias estabelecidas pelo método proposto e modificado neste estudo. A adequação da assistência pré-natal, da maioria das gestantes, foi classificada como Intermediária, com percentual de 92,7%, conforme demonstrado no Gráfico 1.

Dentre os indicadores da assistência pré-natal dos indivíduos inseridos na classificação Intermediária, a Tabela 3 demonstrou que 63,2% tiveram o pré-natal iniciado até 16 semanas; 82,6% acesso a menos de três consultas e registros de peso. Desses indivíduos, 13,7% tiveram acesso a exames na primeira semana e 0,5% na trigésima semana.

Gráfico 1 – Qualidade da assistência pré-natal, Salvador-BA



Fonte: Elaborado pela autora (2018), a partir de dados de Sis prenatal Web, adaptando às informações do método de Anversa; Bastos; Dal Pizzol; Nunes (2012)⁽²⁶⁾.

Tabela 3 – Características dos indicadores da assistência pré-natal dos indivíduos presentes na classificação Intermediária, Salvador-BA

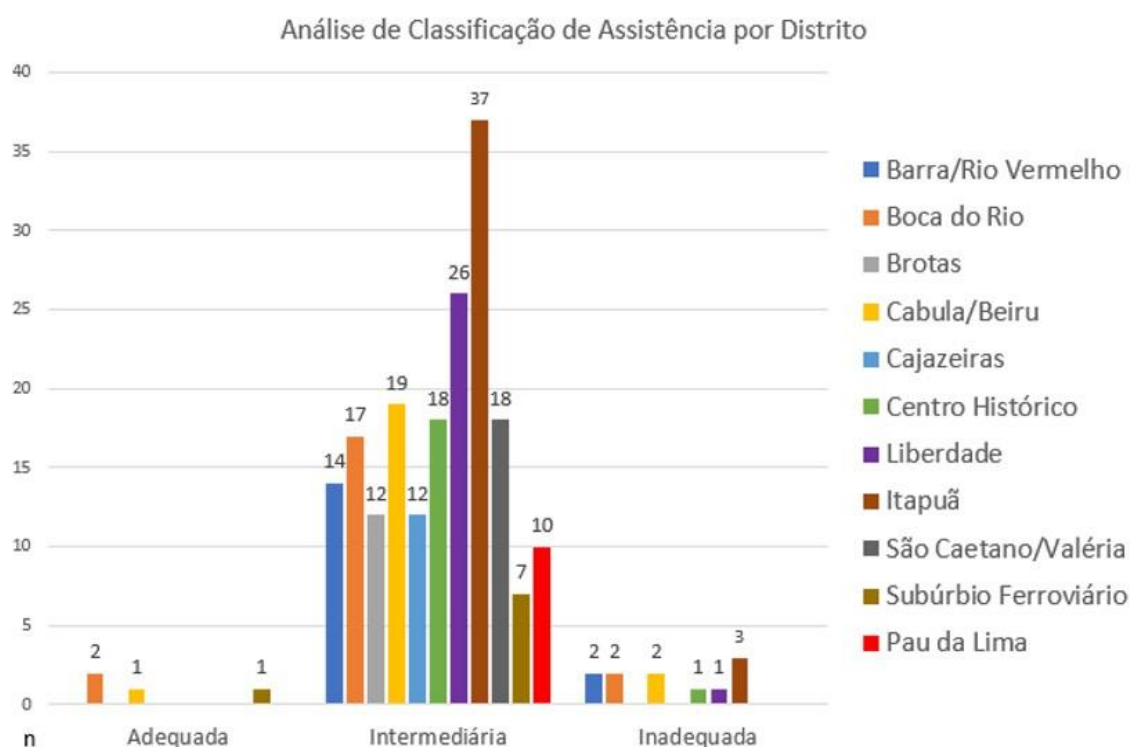
Indicadores de Processo	N	%
Início do pré-natal		
≤ 16 semanas	120	63,16
17 – 28 semanas	69	36,32
> 28 semanas	1	0,53
≤ 12 semanas(Rede Cegonha)	70	36,84
Número de consultas		
≥ 6 consultas	15	7,89
3 - 5 consultas	18	9,47
< 3 consultas	157	82,63
Registro de Peso		
≥ 5 registros	21	11,05
3 – 4 registros	12	6,32
≤ 2 registros	157	82,63
Exames		
1ª consulta	26	13,68
30ª semana	1	0,53

Fonte: Elaborado pela autora com dados do Sis prenatal Web, Salvador-BA, janeiro/2014-setembro/2016, utilizando as informações das Portarias GM 569/2000⁽¹³⁾ e 1.459/2011⁽⁶⁾459/2011⁽⁶⁾.

5.1.4 Adequação da assistência pré-natal do município de Salvador estratificada por distrito sanitário

Após constatação da avaliação da qualidade Intermediária da atenção pré-natal em Salvador, foi realizada a análise estratificada da qualidade, por distrito sanitário, com o intuito de conhecer a situação nos territórios administrativos. De acordo com o Gráfico 2, 11 dos 12 distritos sanitários pertencentes ao município de Salvador estavam representados na amostra. Nenhum cadastro do distrito Itapagipe foi identificado, não havendo, portanto, representatividade. A maior parte das gestantes, em todos os distritos, também apresentou classificação Intermediária.

Gráfico 2 – Qualidade da assistência pré-natal, Salvador-BA, por distrito sanitário



Fonte: Elaborado pela autora (2018)

5.2 Território Distrital

5.2.1 Resultado obtidos, a partir das informações dos prontuários e Sis prenatal Web do Distrito Sanitário Boca do Rio

Na amostra analisada, do município de Salvador, foram identificados 21 cadastros de gestantes no Sis prenatal Web atrelados ao DSBRIO. No entanto, durante a busca desses prontuários nas próprias unidades do distrito, cinco destes não foram encontrados, perfazendo, então, uma amostra de 16 cadastros e 16 prontuários.

As informações das 16 gestantes do DSBRIO foram analisadas em ambos os bancos de dados – Sis prenatal Web e prontuários físicos. As gestantes apresentaram idade de $29,7 \pm 6,1$ anos. Em relação à posse de telefonia fixa e móvel e o tipo racial dos indivíduos estudados: 56,3% possuíam telefone celular e

91,7% eram das raças parda e preta. Além disso, o ensino fundamental completo foi a escolaridade mais encontrada, com 46,2%.

Observando-se os valores percentuais dos indicadores nos dois bancos de dados, o início do pré-natal teve 69% das gestantes com menos de 20 semanas no Sis prenatal Web e 63% para os prontuários físicos. De acordo com o indicador preconizado pela Rede Cegonha – início do pré-natal abaixo ou igual a 12 semanas – 25% das gestantes, em ambos os bancos, encontravam-se dentro deste critério. Diferenças percentuais foram identificadas entre os dados dos prontuários e Sis prenatal Web para alguns indicadores de processo e variáveis estudadas. Em relação ao percentual de gestantes com 6 ou mais consultas, 31,3% foi o valor identificado no Sis prenatal Web, já no estudo com prontuários o percentual apresentou-se mais do que duas vezes esse valor – 75%. O percentual para a consulta puerperal também foi maior na análise com prontuários, cujo valor foi de 56,3% frente a 18,8% no Sis prenatal Web. Mesmo comportamento foi identificado para os exames realizados na trigésima semana (6,3% e 64,3%) e na cobertura da vacina antitetânica com esquema completo (18,8% e 56,3%), respectivamente, Sis prenatal Web e prontuários (Tabela 4).

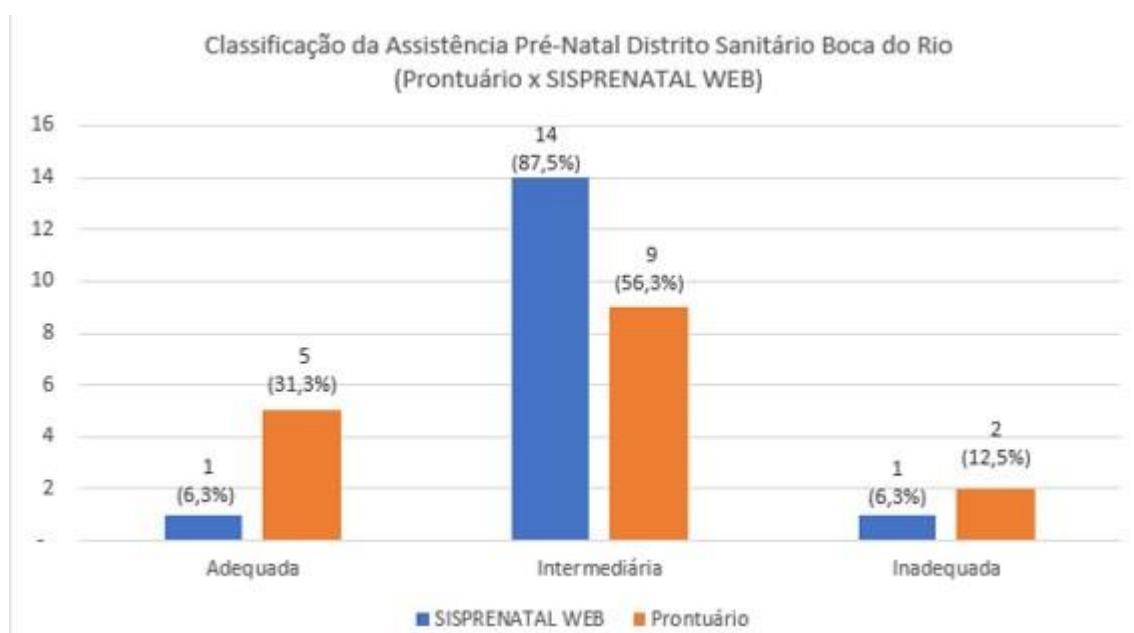
Tabela 4 – Variáveis relacionadas aos indicadores da assistência pré-natal, DSBRIO, Salvador-BA (prontuários e Sis prenatal Web)

VARIÁVEL	CRITÉRIOS	Frequência Relativa	
		SISPRENATAL (%)	PRONTUÁRIOS (%)
Início pré-natal (semanas)	≤ 16	47,6	62,5
	≤ 12	33,3	25
Número de consultas	≥ 6	38,1	75
	≥ 7	19	56,3
Consulta puerperal	-	14,3	56,3
	Primeira consulta	52,4	73,3
Exames	Trigésima semana	9,5	64,3
	-	9,5	56,3
Vacina antitetânica	-	9,5	56,3

Fonte: Elaborado pela autora com dados Sis prenatal Web e prontuários do Distrito Sanitário Boca do Rio, Salvador-BA, janeiro/2014-setembro/2016, utilizando as informações das Portarias GM 569/2000⁽¹³⁾ e 1.459/2011⁽⁶⁾.

A qualidade da assistência foi enquadrada como *Intermediária*, a partir das duas fontes de dados, com valores de 87,5% para prontuários e 56,3% para Sisprenatal Web (Gráfico 3). O percentual de qualidade adequada a partir dos dados dos prontuários foi 31,3%, e 6,3% para o Sisprenatal Web.

Gráfico 3 – Qualidade da assistência pré-natal, DSBRIO, Salvador-BA, prontuários e Sisprenatal Web



Fonte: Elaborado pela autora (2018)

6 DISCUSSÃO

A qualidade da assistência pré-natal, que tem relação direta com a redução das mortalidades infantil e materna, necessita, constantemente, ser avaliada no Brasil. Ações são necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos pelo Pacto pela Saúde 2006 e pelos objetivos do milênio da ONU – 2030^(5,33). Uma adequada assistência pré-natal reduzirá malformações congênitas, infecções, nascimento prematuro e abortos⁽⁵⁸⁾.

O presente estudo revelou uma assistência pré-natal de qualidade Intermediária no Município de Salvador-BA, a partir dos dados do Sis prenatal Web, pelo método escolhido⁽²⁶⁾ e modificado nesse estudo. A pesquisa apresentou baixos índices de consultas de pré-natal, de cobertura de imunização antitetânica e dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde do Brasil, todos considerados indicadores da efetividade da assistência pré-natal.

O panorama da assistência pré-natal desta investigação foi diferente dos resultados do projeto “Nascer no Brasil” que apresentou números elevados dos indicadores – 75,8% das mulheres com início do pré-natal antes da 16ª semana e 73,1% compareceram a seis ou mais consultas – a partir das informações de entrevistas com puérpera e seus cartões de pré-natal no período de 2011 e 2012. Possivelmente, essa diferença ocorreu devido à fonte dos dados utilizada no estudo. Discordâncias já foram identificadas entre informações do Sis prenatal e prontuários ou até mesmo quando comparadas às entrevistas com mulheres^(20,21).

Corroborando essa possibilidade, o corte distrital apresentou diferença no percentual de gestantes com assistência considerada adequada entre prontuário físico (24%) e o Sis prenatal Web (6%). No entanto, os resultados apresentaram-se similares aos do estudo nacional em 2012, com critérios semelhantes, no qual apenas 7% das gestantes foram assistidas por um pré-natal considerado adequado⁽²⁶⁾ e por meio de entrevistas e pelos cartões de pré-natal de puérperas 21,6%⁽¹⁶⁾. No Nordeste brasileiro, 39,8% das gestantes tiveram assistência pré-natal adequada utilizando um indicador a mais – procedimentos obstétricos – e os dados coletados por questionários aplicados à puérperas, bem como seus prontuários⁽¹⁸⁾ e 14,5% pelos cartões de pré-natal e entrevistas⁽¹⁶⁾.

A cobertura do acompanhamento pré-natal interfere diretamente no cuidado adequado das gestantes e na prevenção das complicações associadas. Dessa

forma, é indispensável a ampliação da cobertura da Atenção Básica, em Salvador, e da sua capacidade instalada para o incremento do número de mulheres que tenham acesso ao cuidado pré-natal. O nível primário de atenção é capaz de estabelecer um forte vínculo com a gestante, além de ser considerado como a única oportunidade da mulher receber cuidados médicos nos países subdesenvolvidos, onde a assistência médica é precária^(67,68).

A avaliação preliminar do PHPN indicou a presença de apenas 28% das gestantes inscritas no Programa, 25% no início do pré-natal com até 120 dias, 22% tiveram 6 consultas e apenas 6%, consulta puerperal⁽⁵³⁾. Em Salvador, a assistência pré-natal foi avaliada previamente, a partir dos dados do Sis prenatal⁽⁵⁵⁾, mas no sistema eletrônico implementado junto à Rede Cegonha – o Sis prenatal Web – não existia estudo até então.

Comparando os resultados encontrados na investigação presente com aqueles dos indicadores apurados em 2002⁽⁵⁵⁾ – 10% realizaram 6 consultas de pré-natal; 8% realizaram 6 consultas de pré-natal mais exames básicos; 6% realizaram 6 consultas de pré-natal e consulta puerperal – números próximos foram observados. Após 15 anos de oferta da assistência pré-natal, com as mudanças propostas para a melhoria da saúde das gestantes pelo MS e pelo município, os resultados não corresponderam às ações implementadas.

Critério da Rede Cegonha, o início precoce da assistência pré-natal no primeiro trimestre gestacional até 12 semanas é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽³⁷⁾. No estudo em questão, o início do pré-natal, para ambos os critérios (PHPN < 20 semanas e RC ≤ 12 semanas) apresentou maior cobertura dentre os componentes estudados, diferentemente do estudo brasileiro com cartão da gestante e prontuários, onde este componente da assistência pré-natal apresentou a menor adequação⁽¹⁶⁾. Esse resultado apresentou-se positivo para o curso de um melhor cuidado pré-natal em Salvador, visto que o início precoce é fundamental para identificação prévia de agravos e muitas intervenções essenciais. Acredita-se que um fator motivador para a procura da unidade mais precocemente foi a disponibilização do teste rápido de gravidez nas unidades básicas.

O início da assistência pré-natal repercute nos demais parâmetros assistenciais, pois a atenção pré-natal que começa atrasada terá uma janela estreita de possibilidades para o cumprimento adequado do número de consultas, bem como da realização e entrega de resultados de exames.

De acordo com os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), as políticas voltadas para a saúde materna apresentam-se como propulsoras para a melhoria do pré-natal em Salvador. Em 2011, ano de implantação da Rede Cegonha, o indicador de número de nascidos vivos cujas mães fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal estava em 48%, e em 2016 o quadro já se apresentava mais favorável, com 57%⁽³⁵⁾. Para gestantes cadastradas até 120 dias, a partir de relatório do Sisprenatal Web, também houve avanço na captação precoce, de 31% em 2012 para 38% em 2016⁽⁶²⁾.

Os resultados encontrados nesse estudo demonstraram um déficit no acesso aos exames preconizados. Poucos relatórios individuais apresentaram exames básicos na primeira consulta (15%) e apenas 2% na trigésima semana - resultado diferente do encontrado em uma região mais desenvolvida no país⁽²⁴⁾, que observou 30% de repetição dos exames na trigésima semana. Esse fato serve como alerta para a observação dos problemas associados com a organização da rede assistencial locorregional no município averiguado. Acredita-se que mudanças nos fluxos assistenciais e dificuldades no acesso a esses exames podem ter levado aos referidos resultados no município.

Pensando na atenção ao pré-natal de baixo risco, o Ministério da Saúde ressaltou que, após avaliação da necessidade de cada usuária, deve ser garantido o acesso a outras redes assistenciais, as quais são responsáveis por serviços como exames de imagem e laboratoriais, consultas e procedimentos especializados, internação hospitalar, medicamentos, vacinas – essenciais para um adequado cuidado pré-natal^(6,40).

O número de consultas em cuidado pré-natal é um dos critérios de avaliação largamente utilizado, mesmo nos métodos mais simplificados. Constataram, no primeiro ano de PHPN no Brasil, que a realização de seis consultas ainda era um desafio para a assistência⁽⁷⁾ e, em 2016, a OMS recomendou um mínimo de oito contatos para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das mulheres com os cuidados⁽²⁾.

Para o critério de número de consultas, pela RC, foi constatado no Sul e no Sudeste maior proporção de municípios com elevados percentuais de sete ou mais consultas de pré-natal. O Sul apresentou mais de cinco vezes de chance de alcance desse parâmetro (2,76), quando comparado com o Nordeste (0,62)⁽⁴⁴⁾. Em Salvador, apenas 5% alcançaram este parâmetro. Número insuficiente de consultas e início do

pré-natal após a 16ª semana de gestação foi relacionado a quase duas vezes maior chance de nascimentos prematuros, em relação às gestantes cujos esses dois critérios estavam adequados⁽⁵⁸⁾.

Este estudo suscita a necessidade de investigação dos fatores que levaram a um grande número de gestantes com acesso a menos de três consultas. O município encontra-se longe de ser enquadrado nos critérios mundiais, até mesmo em um modelo menos exigente nesse critério. Descobriu-se que a introdução de um novo modelo com mediana de cinco consultas de pré-natal não apresentou diferença significativa em relação ao modelo habitual com mediana de oito consultas, quando estudado o resultado gestacional, e os autores ressaltaram que a introdução do novo modelo ainda reduziria custos⁽⁹⁾. Refletindo sobre o quadro atual estrutural/organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS), seria um padrão interessante de cuidado pré-natal, visando à redução dos custos, desde que a qualidade fosse preservada.

Em relação ao indicador “consulta puerperal”, nesse estudo os resultados não foram favoráveis para uma assistência pré-natal de qualidade, apesar dos avanços da cobertura da atenção básica em Salvador passarem de 19% em 2012 para 44% em 2016⁽⁶²⁾. A atenção básica é o contato preferencial devido a maior proximidade com os usuários e a possibilidade de estabelecer maior vínculo também com as gestantes – pelas características próprias do serviço chamado pré-natal. Dessa forma, é preciso investigar tal estagnação da cobertura da consulta puerperal, indicador que sinaliza, no sistema, a conclusão do acompanhamento pré-natal e consequente fechamento da gestação no Sis prenatal Web.

O estudo foi realizado apenas com informações de unidades básicas de saúde, uma vez que o pré-natal de baixo risco em Salvador é realizado na atenção primária e o de alto risco nas maternidades vinculadas, conforme apresentado no Mapa de Vinculação (ANEXO D).

A imunização é um serviço de saúde brasileiro com grande amplitude de acesso aos usuários. A sala de vacina compõe a estrutura física de uma Unidade Básica de Saúde que é a mais próxima dos usuários dentre as unidades de saúde que compõem uma rede local regional. A cobertura da imunização antitetânica, um dos procedimentos recomendados pelo PHPN e pela Rede Cegonha para o cuidado adequado da gestante, alcançou em Salvador 33% em 2002⁽⁶⁴⁾ e 8 % após 15 anos

neste estudo, utilizando como base de dados o Sis prenatal e o Sis prenatal Web, respectivamente.

Melhores resultados foram encontrados por intermédio dos prontuários do distrito averiguado, com 56% das gestantes imunizadas, quando comparados com 19% identificados pelos dados do sistema. É possível atribuir tal achado à presença de sub-registros na alimentação do Sis prenatal Web no período estudado. Ainda que seja do senso comum a importância da erradicação do tétano neonatal, Salvador ainda tem a ação preventiva dessa doença como um grande desafio. Ao longo de quinze anos, esse alerta já tinha sido feito no estudo brasileiro em 2002, em que apenas 41% das gestantes foram imunizadas⁽¹¹⁾.

As informações obtidas nos serviços de saúde, a partir de qualquer fonte de dados, são traduzidas como um conhecimento relevante de aplicação na gestão para melhorias das políticas de saúde. No entanto, a busca de estudos sobre a produção de dados para o Sis prenatal nos diversos níveis de gestão já tinha sido evidenciada, ao levantar a possível presença de sub-registros nos seus dados⁽⁵⁸⁾. Os dados obtidos, a partir dos sistemas de informações em saúde, trazem consigo a agilidade e diversidade de ferramentas inerentes à tecnologia, às quais apresentam-se como vantagens frente as outras fontes.

Refletindo sobre a incompletude das informações no Sis prenatal Web, podemos afirmar que este não é um problema isolado de utilização desse sistema, pois sub-registros e inconsistências de outras fontes de informação já foram consideradas como limitação do uso do cartão da gestante para avaliar a qualidade do pré-natal⁽⁵⁹⁾ e constatada variação significativa da idade gestacional no início do pré-natal, a depender da fonte de dados⁽²⁰⁾. Este fato também foi observado, nesse estudo, em relação às informações dos prontuários do DSBRIO.

Conhecer as características sociodemográficas de uma população permite planejamento em saúde diretamente relacionado às necessidades reais do grupo e consequentes resultados mais eficazes das ações conduzidas no processo. As características descritas são fundamentais para o planejamento de mudanças na assistência à gestante.

A análise das características sociais das gestantes de Salvador foi de suma importância, pois o conhecimento das características maternas associadas ao cuidado inadequado já foi considerado tão importante quanto avaliar a qualidade e

detectar as lacunas do cuidado⁽⁵⁹⁾. Merece destaque o baixo percentual de gestantes com telefonia fixa nos territórios municipal e distrital, podendo desencadear uma série de dificuldades no acompanhamento adequado desse grupo, quando necessária a busca ativa, uma vez que normalmente as unidades básicas de saúde, em Salvador, não possuem acesso às ligações para telefonia móvel. Essa análise não foi realizada no corte distrital, pois muitas das variáveis estudadas não possuíam registro nos prontuários.

Os resultados encontrados para os indicadores no estudo com prontuários apresentaram discordâncias em relação aos do Sis prenatal Web. Discrepâncias maiores foram identificadas para número de consultas, consulta puerperal, exames na trigésima semana e cobertura da vacina antitetânica, com valores maiores encontrados no estudo pelos prontuários. Em Cuiabá, falhas foram identificadas nesse sistema de dados e no preenchimento inadequado dos formulários pelos profissionais de saúde⁽⁶⁵⁾ e em São Carlos-SP constatou-se uma proporção de 72,5% de mulheres com seis ou mais consultas pelo cartão de pré-natal, bem maior do que a observada pelo Sis prenatal – 39,4%⁽²²⁾.

Com exceção da primeira consulta de pré-natal, neste estudo os prontuários apresentaram valores percentuais maiores dos indicadores de processo em relação aos do Sis prenatal Web. Este quadro sugere falha no preenchimento dos dados no sistema, a qual poderá interferir no recebimento de recursos financeiros relacionados a essa assistência e destinados ao município pelo Ministério da Saúde brasileiro. Foram encontrados entraves para a produção das informações do Sis prenatal, como: defasagem tecnológica da infraestrutura, falta de treinamento dos profissionais envolvidos e falta de acompanhamento pelos gestores da equipe central, desorganização no armazenamento das fichas individuais e na sua atualização^(66,67).

Os percentuais encontrados para o indicador que avalia o início do pré-natal pelo PHPN no território municipal e distrital são considerados altos. Isto demonstra que o cadastramento da gestante é registrado no sistema, mas sugere que seu uso tem sido descontinuado nas consultas subsequentes. Sendo assim, os fatores que interferem para a adequada alimentação do sistema devem ser identificados, e soluções fomentadas.

Como quarta capital mais populosa do Brasil, Salvador ainda tem muitos desafios no que diz respeito ao cuidado adequado ofertado às gestantes, conforme

os resultados demonstraram. Mudanças são necessárias, desde o incremento na capacidade instalada da Rede de Atenção Básica até melhorias na qualidade da atenção pré-natal. Além disso, um cuidado especial deve ser dado ao instrumento de avaliação preconizado – o Sis prenatal Web, para que o sistema tenha a sua alimentação realizada devidamente e as suas informações e relatórios aplicados na gestão das melhorias da assistência pré-natal.

Ampliação do acesso ao número de consultas adequado de pré-natal, realização dos exames preconizados e maior cobertura da vacinação antitetânica devem fazer parte de um planejamento futuro neste município. Essas ações poderão estar relacionadas com a ampliação da cobertura da Atenção Básica, da rede própria e credenciada para realização dos exames laboratoriais, bem como da divulgação e sensibilização da equipe de saúde quanto à importância do cumprimento dos critérios protocolares, buscando melhorar a assistência pré-natal e consequente redução da mortalidade materna e neonatal.

Portanto, os resultados são fatos relevantes e sinalizadores para que a gestão municipal continue avançando quanto ao acompanhamento da assistência pré-natal e melhor utilização do sistema de informação de acompanhamento do pré-natal, bem como para a melhoria da qualidade da assistência. Dessa forma, a tecnologia será utilizada de maneira favorável, recursos financeiros serão bem alocados e reduzidas as mortalidades materna e neonatal.

6.1 Limitações do Estudo

1. A base de dados do Sis prenatal Web do município de Salvador-BA apresentou muitas informações em duplicidade, não sendo possível o estudo por base populacional;
2. Não foi possível realizar a amostra aleatória, estratificada por distrito;
3. A possibilidade de sub-registros no Sis prenatal, já relatada em estudos anteriores;
4. A falta de gerenciamento dos prontuários nas unidades de saúde, gerando perdas na amostra do território distrital.

6.2 Perspectivas

1. Replicação desse estudo nos outros distritos sanitários para averiguação dos possíveis sub-registros do sistema de informação;
2. Investigação acerca da completude das informações do Sis prenatal Web em Salvador;
3. Impelir a gestão municipal para a identificação dos fatores que dificultam o registro das informações no Sis prenatal Web.
4. Triangulação do sistema com o SIA/SUS e SINASC.

7 CONCLUSÕES

Diante das análises procedidas ao longo desta pesquisa, observou-se que:

- A qualidade da assistência pré-natal no município de Salvador é intermediária de acordo com os dados do Sis prenatal Web.
- O acesso ao número de consultas, à consulta puerperal, aos exames laboratoriais e à vacinação antitetânica apresentou baixa cobertura.
- O Sis prenatal Web não refletiu a real situação da assistência ofertada às gestantes observada nos prontuários físicos do DSBRIO, exceto para o início do pré-natal.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 230p.
2. World Health Organization; WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization, 2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. [s.d.]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060305>. Acesso em: 13 fev. 2017.
4. Brasil. Secretária Especial de Comunicação Social. O Brasil e os ODM — ODM Brasil. 2012. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>. Acesso em: 24 abr. 2017.
5. Nações Unidas no Brasil. ODS3. ONU Brasil. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>. Acesso em: 02 mar. 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 20 set. 2016.
7. Martins MFSV. O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão. Rev. Bras. Enferm. 2014; 67(6):1008 -12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000601008&lng=en. Acesso em: 14 fev. 2017.
8. Programa de Acción Específico: Salud Materna y Perinatal; 2013-1018. México. [s.d.]. Versión electrónica, en proceso su publicación impresa.
9. World Health Organization; WHO. Oportunidades para os recém-nascidos em África. 2016. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/publications/opportunidades_port.pdf. Acesso em: 18 out. 2017.
10. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2004; 4(3):269 -79.
11. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TDG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2004; 20(5):1281 -9.
12. Santos C. Políticas de saúde voltadas à mulher brasileira: de objeto de reprodução ao sujeito da cidadania [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação

- Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15883>. Acesso em: 13 fev. 2017.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 569. 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.htm. Acesso em: 15 jul. 2017.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: <http://sisprenatal.saude.gov.br/manualVideo.jsf/>. Acesso em: 20 dez. 2017.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS – DATASUS. [s.d.]. Disponível em: <http://sisprenatal.saude.gov.br/login.jsf/>. Acesso em: 04 ago. 2017.
 16. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2015; 37(3):140 -7.
 17. Viellas EF, Domingues RMS, Dias MAB, Gama SGN, Theme-Filha MM, Costa JV et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 Supl:S85-S100.
 18. Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, Queiroz RCS, Brito e Alves MTSS, Coimbra LC, et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2016; 21(4):1227 -38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401227&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2017.
 19. Esposti CDD, Oliveira AE, Santos Neto ET, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde e Soc. São Paulo*. 2015; 24(3):765-779.
 20. Verani LR, Ferreira JA, Rochat RW, Oliveira M, Amorim T, Jiran A et al. Concordância entre informações do Sispre natal e o recordatório materno em relação à idade gestacional no momento do início do cuidado pré-natal. *Rev. Med. Minas Gerais*. 2014; 24:S21-S27. DOI: 10.5935/2238-3182.20140081. [Epub ahead of print].
 21. Cavalcanti BMC, Teixeira CS, Prado MCMC, Rodrigues M. Avaliação da qualidade do registro do sispre natal: uma comparação com os dados do prontuário. *Rev. Enferm. UFPE on line*. Recife. 2015; 9(Supl. 10):1461-8.
 22. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. Sispre natal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45(5):854 -63.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva. *Cad. Planej. Brasília*. 2010; 8.

24. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2014; 36(2):56-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000200056&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 12 mar. 2016.
25. Polgliane RBS, Leal MC, Costa Amorim MH, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciênc. & Saúde Coletiva.* 2014;19(7):1999-2010.
26. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública= Reports in public health.* 2012; 28(4):789-800.
27. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; PNUD. 2018. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idh-global.html/>. Acesso em: 05 fev. 2017.
28. Salvador (Cidade). SIM – Sistema de Indicadores Municipal. 2016. Disponível em: <http://www.sim.salvador.ba.gov.br/indicadores/index.php>. Acesso em: 07 maio 2017.
29. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em Síntese. Bahia. Salvador. Panorama. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>. Acesso em: 03 jan. 2018.
30. Do Rosário TM, De Lorenzi DRS, Khaddour É. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev. Bras. Gin. Obst.* 2002; 24(5):293 -9.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão: documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006. 1ª reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização.
32. Silva BGC, Lima NP, Silva SG, Antúnez SF, Seerig LM, Restrepo-Méndez M et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2016; 19(3): 484 -93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300484&lng=en. Acesso em: 06 set. 2017.
33. Fundação ABRINQ, 2017. Disponível em: <https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/saude-materna->

- neonatal/586-taxa-de-mortalidade-materna-para-100-mil-nascidos-vivos?filters=1,187. Acesso em: 20 fev. 2018.
34. Organização das Nações Unidas; ONU. Agenda 2030. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf/>. Acesso em: 22 fev. 2017.
 35. Organização Mundial da Saúde; OMS. Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo, afirma OMS. 2016. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820. Acesso em: 12 ago. 2017.
 36. Direção-Geral da Saúde; DGS. O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. 2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>. Acesso em: 24 jan. 2017.
 37. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
 38. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. [s.l: s.n.]. Caderno 32, 2012.
 39. FEBRASGO. Assistência Pré-natal: manual de orientação. [s.d.]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/62279043/121-manualprenatalfebrasgo>. Acesso em: 13 out. 2017.
 40. Brasil. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Vacinação durante a gravidez: proteção para a mãe e para o bebê. [s.d.]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/y725pf>. Acesso em: 10 mar. 2017.
 41. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. Cad. Saúde Coletiva. 2016; 24(2):252 -61.
 42. Anjos JC, Boing AF. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. Rev. Bras. Epidemiol. São Paulo: [s.n.]. 2016; 19(4):835 -50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400835&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 jan. 2016.
 43. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad. Saúde Pública. 2017; 33(3):1-11.
 44. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. [s.l.]; 2010. Disponível em:

http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_InformationSystems.pdf. Acesso em: 03 nov. 2017.

45. Maletta CHM, Brandão LL. Bioestatística. 1. ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica; 1981.
46. Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília (DF): Editora MS; 2009. 2.
47. Brasil. Decreto n. 100 de 16/04/1991. Institui a Fundação Nacional de Saúde. 1991.
48. Lima AC, Januário MC, Lima PT, Silva WM. Datasus: o uso dos sistemas de informação na saúde pública. Rev. FATEC Zona Sul. 2015; 1(3).
49. Reis DO, Araújo EC, Cecílio LCO. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. UNA-SUS. UNIFESP. Especialização em Saúde da Família. 2006. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf, 2006. Acesso em: 13 fev. 2016.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica n. 19-SEI-CGSMU/DAPES/SAS/MS. 2017.
51. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. Rev. Bras. Ginec. Obst.; RBGO. 2004; 26(7):517 -25.
52. Escrivão Júnior. A Epidemiologia e o Processo de Assistência à Saúde. In: Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
53. Rosendo do Nascimento E, Paz Rodrigues Q, Silva Almeida M. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador-Bahia. Acta Paulista de Enfermagem. 2007; 20(3).
54. Ribeiro Grangeiro G, Rocha Diógenes MA, Ferreira Moura ER. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do Sispre natal. Rev. Esc. Enferm. USP. 2008; 42(1).
55. Lima AP, Corrêa ACDP. A produção de dados e informações para o Sispre natal no nível central de gestão. Ciência, Cuidado e Saúde. 2012; 11(2).
56. Melo EC, Oliveira RR, Mathias TAF. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. Rev. Esc. Enferm. USP, 2015; 49(4):0540 -9.
57. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; IBGE. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros. 2017. Disponível em:

- https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2017/estimativa_ou.shtm. Acesso em: 17 fev. 2018.
58. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=10&uf=00>. Acesso em: 13 jul. 2016.
59. Salvador (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Salvador; 2014. p. 23.
60. Salvador (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021 [versão consulta pública]. Salvador; 2018. v. I. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/volume_i_plano_municipal_saude_2018_2021_versao_consulta_publica/. Acesso em: 05 jan. 2018.
61. Salvador (Cidade). Sistema de Informação Municipal de Salvador [homepage na internet]. Taxa de mortalidade materna por município de residência por 100.000 nascidos vivos. 2016. Disponível em: <http://www.sim.salvador.ba.gov.br>. Acesso em: 15 mar. 2017.
62. Nascimento ER, Paiva MS, Rodrigues QP. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2007; 7(2):191- 7.
63. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Lei n. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 07 out. 2017.
64. Salvador (Cidade). Decreto n. 23.569. 2012. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/decreto/2012/2357/23569/decreto-n-23569-2012-regulamenta-a-lei-n-7851-2010-que-institui-que-toda-gestante-no-municipio-de-salvador-tem-direito-ao-conhecimento-e-a-vinculacao-a-maternidade-na-qual-sera-realizado-seu-parto-e-em-caso-de-intercorrencia-pre-natal?q=23569%2F2012>. Acesso em: 18 jun. 2017.
65. Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'Ávila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. *Rev. Bras. Enferm.* 2008; 61(3):349 -53.
66. Lima AP, Corrêa ACP. A produção de dados para o Sistema de Informação do Pré-Natal em unidades básicas de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2013; 47(4):874 -81.
67. Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Zina LG, Yarid SD, Soares KMSF. Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. *Rev. Bras. Enfer. REBEn. Brasília.* 2010; 63(3):385 -90.

ANEXOS

ANEXO A – Ficha de cadastramento

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0

SPRONATAL N.º _____

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE Data do atendimento: ____/____/____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento

2 Código do BGG 3 Sigla da UF

4 Nome do Estabelecimento de Saúde

5 Código CNES 6 Nº área 7 Nº microárea

8 Nome do profissional CBO

9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional

DADOS PESSOAIS

10 Nº do cartão nacional de saúde - CNS da gestante

11 Nº inscrição social - NES

12 Nome da gestante

13 Data nascimento: ____/____/____

14 Nome da mãe da gestante

15 Idade: ____/____/____
 menor de 15 anos

16 Nome Representante familiar: (se menor incapaz)

17 Nº NES

18 Município de residência

19 UF: 19 Código BGG

20 Logradouro (Rua avenida):

21 Bairro:

22 Nº 22 Complemento

24 Posto de referência 25 CEP

Zona: 1-urbana/ 2-rural/ 3-periferiana/ 9-ignorado Nacionalidade: 1-brasileira / 2-estrangeira Reside no Brasil: 1-sim / 2-não

26 Telefone fixo 27 Celular

28 E-mail:

29 Escolaridade 30 Estado civil/união 31 Raça/cor (por autodeclaração):

(0) Analfabeto
 (1) 1º e 2º graus incompletos do 1º e 2º graus primários ou 1º grau
 (2) 1º grau completo do 1º e 2º graus primários ou 1º grau
 (3) 1º e 2º graus incompletos do 3º e 4º graus primários ou 1º grau
 (4) Ensino Fundamental completo (5º e 6º graus) ou 1º grau
 (5) Ensino médio incompleto (6º e 7º graus) ou 2º grau
 (6) Ensino médio completo (6º e 7º graus) ou 2º grau
 (7) Ensino superior incompleto
 (8) Ensino superior completo (8) ignorado (9) Não se aplica

(0) Certo(a) sem compatibilidade a filiação
 (1) Certo(a) com compatibilidade a filiação
 (2) Certo(a) com compatibilidade com filiação conjugada a seu cônjuge
 (3) Certo(a) com compatibilidade com filiação de outro familiar
 (4) Certo(a) sem filiação, sem compatibilidade
 (5) Certo(a) sem filiação, parental de, sem filiação conjugada a seu cônjuge
 (6) Certo(a) sem filiação, parental de, sem filiação conjugada a seu cônjuge
 (7) Certo(a) sem filiação, parental de, sem filiação conjugada a seu cônjuge
 (8) Certo(a) sem filiação, parental de, sem filiação conjugada a seu cônjuge
 (9) Certo(a) sem filiação, parental de, sem filiação conjugada a seu cônjuge

(1) Sim
 (2) Não
 (3) Sim
 (4) Não
 (5) Sim
 (6) Não
 (7) Sim
 (8) Não
 (9) Ignorado

PREENCHER COM BASE NOS DOCUMENTOS

32 Nome do cartão:

33 Certidão: (1) Nascimento (2) Casamento (3) Separação/Divórcio 34 Livre: 35 Solta: 36 Terno: 37 Data de emissão: ____/____/____

38 Identidade: 39 Data de emissão: 40 Órgão Emissor 41 UF: 42 Carteira de trabalho: 43 Série: 44 UF: 45 CPF: _____

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

Consulta do: 1º Trimestre 2º Trimestre 3º Trimestre Ignorado

46 DUM: ____/____/____ 47 DPP: ____/____/____ 48 Altura/cm: ____ 49 Peso (gramas): ____ 50 Perímetro de busto deslocamento: ____ NÃO SIM

51 Semanas de gestação, se DUM ignorado: ____ 52 Tipo de gravidez: Única Gêmeos Trípla ou mais Ignorada 53 Gravidez planejada: NÃO SIM 54 IG (seu/da pelo ultrassom): ____/____/____ 55 Data do ultrassom: ____/____/____

56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gravidez anterior: de 1 ano 2 ou mais anos

Abortos: 1 ou mais abortos nenhum

parto vaginal: normal cesariana 2 ou mais cesarianas prévias

saídas vivas: nascidas vivas mortas 1 semana mortas depois 1 semana

vivas: nascidas vivas mortas 1 semana mortas depois 1 semana

ANTECEDENTES CLÍNICOS

NÃO SIM

Diabetes Tromboembolismo

Pré-eclâmpsia Doença Mental

Eclâmpsia Hipertensão

Cardiopatia Outros, qual: _____

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO
PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0

RESERVENAL: _____

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação Data de atendimento: ____/____/____

GESTAÇÃO ATUAL	57 Trabalho de parto prematuro	NÃO SIM	Rotura prematura de membranas	NÃO SIM	Diabetes Gestacional	NÃO SIM	Hemorragia 1º Trim.	NÃO SIM
	Humanização RH		Incontinência Urino-Cervical		-Se, sim: Insulina		Hemorragia 2º Trim.	
	Infecção urinária		HIV/AIDS		Pré-Eclâmpsia		Hemorragia 3º Trim.	
	Oligo/polidramnio		Cigarros		Eclâmpsia		Uso de medicamento	
	Alcool		Doença		Mulherça doméstica		Pós-Datismo	
	Cardiopatia		CLR					
SITUAÇÃO VACINAL	58 Situação da vacina antitetânica		59 Hepatite B		60 INFLUENZA		61a Coqueluche	
	(1) Não vacinada (2) Incompleta a menos de 5 anos (3) Incompleta a mais de 5 anos (4) Vacinação incompleta (9) Ignorado	INFORMA DOSE: 1ª: ____/____/____ 2ª: ____/____/____ 3ª: ____/____/____ Relação: ____/____/____	(1) Sim (2) Não (9) Ignorado	INFORMA DOSE: 1ª: ____/____/____ 2ª: ____/____/____	(1) Sim (2) Não (9) Ignorado	DOSE ÚNICA: ____/____/____	DOSE ÚNICA: ____/____/____	(1) Sim (2) Não (9) Ignorado
61 Unidade de referência pré-natal de alto risco: _____		Código CNES: _____						
62 Realizou Atendimento odontológico: (1)- Sim (2)- Não (9)- Ignorado		63 Participação em atividade educativa: (1)- SIM - DATA: ____/____/____ (2)- NÃO		64 Realizou visita à maternidade: (1)- SIM - Data: ____/____/____ (2)- NÃO				

TESTES RÁPIDOS	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO				
	NÃO	SIM	Data:	Hora:	Data:	Hora:	Data:	Hora:			
65 Gravidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____:____:____	____/____/____	____:____:____	66 SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____:____:____
67 HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____:____:____	____/____/____	____:____:____	68 Doagem de proteínas (FTA REAGENTE POSITIVO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____:____:____

EX. DE ROTINA	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO	
	NÃO	SIM	Data:	Hora:	Data:	Hora:	Data:	Hora:
69 Tipagem Sanguínea e fator Rh negativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____:____:____	70 Hemoglobina (Hb-c15g/dl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____
71 Glicemia de jejum maior que 125mg/dL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____:____:____	72 VOIR+	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____
72 Sorologia p/ HepB (HBeAg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____:____:____	74 Proteoplano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____
75 Urina, Alteração?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____:____:____	HgG Positivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____
77 Anti-HIV Positivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____:____:____	HgM Positivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____
79 Ultrassom Obstétrico			____/____/____	____:____:____	76 Urocultura Positiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____
					78 Outros Informar:			____/____/____

EX. ADICIONAIS	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO	
	NÃO	SIM	Data:	Hora:	Data:	Hora:	Data:	Hora:
80 Coombs Indireto positivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____:____:____	81 Eletroense de Hemoglobina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____
82 Parasitologia de Fezes+	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____:____:____				
83 TOT alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/____/____	____:____:____				

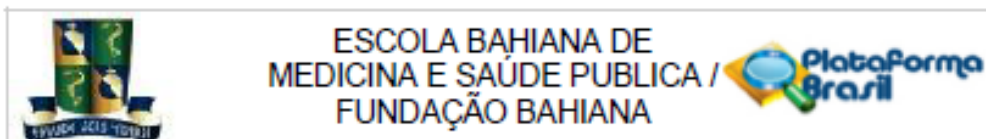
EX. EXAMES ESPECIAIS	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO	
	Data:	Hora:	Data:	Hora:	Data:	Hora:	Data:	Hora:
84 Contagem de Plaquetas	____/____/____	____:____:____	85 Dosagem de Ácido Úrico	____/____/____	____:____:____	86 Dosagem de Ureia	____/____/____	____:____:____
86 Dosagem de Creatinina	____/____/____	____:____:____	87 Dosagem de Creatinina	____/____/____	____:____:____	88 Dosagem de Proteína Urina 24h	____/____/____	____:____:____
88 Ultrassom Obstétrico com Doppler	____/____/____	____:____:____	89 Eletrocardiograma	____/____/____	____:____:____	90 Ultrassom Obstétrico com Doppler	____/____/____	____:____:____
92 Cardiocardiografia	____/____/____	____:____:____	91 Outros	____/____/____	____:____:____			

92 Responsável pela digitação: _____ Data da digitação: ____/____/____

ANEXO B – Ficha de Consulta

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO DE SAÚDE SISPRENATAL N: <input type="text"/>		SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0	
Data do Atendimento: ____/____/____			
FICHA DE CONSULTA À PUÉRPERA			
ESTABELECIMENTO	01 Município do Atendimento	02 Código IBGE	03 Sigla da UF
	04 Nome da Unidade de Saúde		05 Código CNES
	06 Número da Área	07 Número da Micro-Área	
	08 Nome do Profissional		09 CNS Profissional
	10 Data do Parto	11 IG (Sem / Dias)	12 Tipo de Parto () Vaginal () Cesáreo () Fórceps
DADOS PESSOAIS	13 Nome da Puérpera	14 Data Nascimento	
	15 Nome da Mãe da Puérpera		
	16 Nº do Cartão Nacional de Saúde - CNS Puérpera		
DADOS DO PARTO	17 Local da Ocorrência () 1 - Centro de Parto Normal 2 - Domicílio 3 - Hospital 4 - Maternidade 5 - Outro Estabelecimento 6 - Outros		
	18 Estabelecimento do Parto (CNES)		
	19 Tere a Presença de Acompanhante de Sua Livre Escolha Durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto? () 1 - Sim 2 - Não		
	20 Foi Atendida na Casa da Gestante, do Bebê e da Puérpera? () 1 - Sim 2 - Não		
	Responsável pela Digitação		
	Data da Digitação		

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE SALVADOR-BAHIA.

Pesquisador: MILENA BASTOS BRITO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55012116.3.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.601.620

Apresentação do Projeto:

No resumo, a pesquisadora considera que a mortalidade materna é um indicador da saúde da mulher na população e do desempenho dos sistemas de atenção à saúde. Para intervir neste indicador o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), bem como o sistema de acompanhamento, SISPRENATAL WEB, o qual ainda não foi avaliado no município de Salvador. Este trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência pré-natal de baixo risco em um distrito sanitário do município de Salvador no período de 2014 a 2016, bem como avaliar a qualidade da informação do SISPRENATAL WEB no município de Salvador.

Objetivo da Pesquisa:

Quanto aos objetivos, a pesquisadora considera:

Primário:

1. Avaliar a qualidade da assistência pré-natal de baixo risco em um distrito sanitário do município de Salvador no período de 2014 a 2016.

Secundários

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

UF: BA

Telefone: (71)3276-8225

Município: SALVADOR

CEP: 40.290-000

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.801.620

- I. Descrever e avaliar a qualidade da informação do SISPRENATAL WEB no município de Salvador;
- II. Descrever as variáveis da assistência pré-natal em um distrito sanitário de Salvador de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, Portaria GM 569/2000;
- III. Avaliar os indicadores da efetividade da assistência pré-natal em um distrito sanitário de Salvador de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, Portaria GM 569/2000.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sobre os riscos e benefícios, a pesquisadora considera:

Existe a possibilidade de risco de identificação dos participantes e divulgação de dados sigilosos. Para minimizar esse risco, os autores armazenarão os dados em planilha do programa EXCEL e identificará os sujeitos de pesquisa apenas através de um registro numérico da pesquisa. Este número da gestante será associado ao seu nome apenas no banco de dados do SISPRENATAL que somente a pesquisadora principal terá acesso, mediante uma senha eletrônica. O número de registro da pesquisa será associado de maneira consecutiva e crescente, de acordo com a ordem de apresentação do banco de dados – SISPRENATAL.

A senha eletrônica será criada e ficará de posse da pesquisadora principal deste projeto e será utilizada apenas no momento de análise estatística ao final da coleta de dados.

Benefícios:

Este projeto permitirá a aquisição de um modelo de avaliação da assistência pré-natal para a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, o qual poderá ser replicado para outros distritos sanitários internos e disponibilizado para outras Secretarias de Saúde.

Quanto aos riscos e benefícios, nenhuma nota ética restritiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A seguir, avalio a dimensão ética da proposta metodológica. Vejamos:

Os dados populacionais secundários de acompanhamento da atenção à saúde durante o pré-natal e puerpério de gestantes cadastradas no SISPRENATAL WEB em Salvador-BA no triênio 2014-2016 serão estudados por meio do estabelecimento de filtros. Os dados encontrados no sistema serão elencados, sistematizados e analisados adotando-se estatística descritiva (frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão) e os resultados serão expressos por meio de tabelas e

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275	CEP: 40.290-000
Bairro: BROTAS	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225	E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.801.620

gráficos elaborados no MS EXCEL. Apenas os parâmetros para avaliação da efetividade da assistência pre-natal (indicadores de processo) das gestantes atendidas nas UBS do Distrito Boca do Rio serão descritos e estudados de acordo com a orientação da Portaria GM 569/2000 e analisados por meio de estatística descritiva (frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio-padrão) e os resultados serão expressos por meio de tabelas e gráficos elaborados no MS Excel.

Nenhuma nota ética restritiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador responsável anexou os documentos obrigatórios em consonância com a Resol. 466/12- CNS.

Ajustou o cronograma atendendo a pendência listada.

Prevê relatório parcial e final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador responsável sanou as pendências indicadas, em consonância com a Resol. 466/12-CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

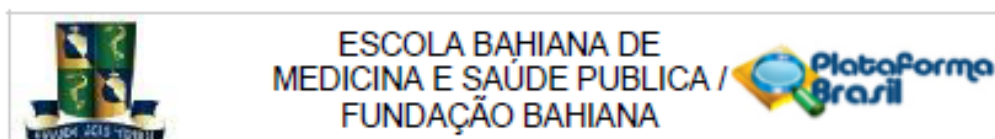
CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.801.620

- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_683323.pdf	19/05/2016 22:44:45		Acelto
Cronograma	Cronograma.docx	19/05/2016 22:43:53	MILENA BASTOS BRITO	Acelto
Brochura Pesquisa	Projeto_de_Pesquisa_CEP.doc	19/05/2016 22:43:25	MILENA BASTOS BRITO	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.docx	09/04/2016 12:34:11	SARA DOS SANTOS ROCHA	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/04/2016 12:31:02	SARA DOS SANTOS ROCHA	Acelto
Orçamento	Orcamento.docx	21/03/2016 14:54:27	SARA DOS SANTOS ROCHA	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia.jpg	21/03/2016 14:53:22	SARA DOS SANTOS ROCHA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 21 de Junho de 2016

Assinado por:
CRISTIANE MARIA CARVALHO COSTA DIAS
(Coordenador)

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br

MAPA DE VINCULAÇÃO DAS GESTANTES: DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA AS MATERNIDADES DE SALVADOR

DS ITAPUA	
UBS PROF. JOSÉ MARIANE (7ª C. DE SAÚDE) UBS SÃO CRISTÓVÃO USF DR. EDUARDO MAMEDE (13ª C. DE SAÚDE) C. S. DR. ORLANDO IMBASSAHY (BAIRRO DA PAZ) USF ARISTIDES MALTEZ USF NOVA ESPERANÇA USF ALTO DO COQUEIRINHO USF MUSSURUNGA I USF PARQUE SÃO CRISTÓVÃO	
Parto	MAS
Risco habitual	HGMF
CPN MSP	
PrN e parto	AR 1 MAS AR 2 MZL HGRS

DS CENTRO HISTORICO	
UBS RAMIRO DE AZEVEDO UBS DR. PÉRICLES (BARBALHO) UBS CARLOS GOMES UBS PELOURINHO UBS SANTO ANTÔNIO USF GAMBOA USF TERREIRO DE JESUS	
Parto	MCO
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 MCO AR 2 MRJMMN

DS LIBERDADE	
16ª C. S. CONCEIÇÃO IMBASSAHY USF SAN MARTIN USF SANTA MÔNICA UBS BEZERRA LOPES (3ª CS) UBS SÃO JUDAS TADEU	
Parto	MTB
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 MTB AR 2 MRJMMN

DS CABULA BEIRU	
USF BARREIRA UBS BARREIRAS USF CARLOS SANTANA (DORON) USF FERNANDO FILGUEIRAS (CAB VI-ALTO DA CACHOEIRINHA) UBS EUNISIO TEIXEIRA (11ª CENTRO) UBS ENGOMADEIRA	
Parto	MZL HGRS
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 MZL HGRS AR 2 MZL HGRS

DS EDSON TEIXEIRA (PA PERNAMBUEÍS)	
USF RAIMUNDO AGRIPINO-SUSSUARANA CSU PERNAMBUEÍS UBS ARENOSO USF GUILHERME RODRIGUES (ARENOSO) UBS RODRIGO ARGOLA (6ª CS) UBS MATA ESCURA UBS CALABETÃO USF CALABETÃO UBS SANTO INÁCIO USF DR. HUMBERTO DE CASTRO (PERNAMBUEZINHO)	
Parto	MTB
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 MTB AR 2 MZL HGRS

DS DEP. CRISTÓVÃO FERREIRA (SARAMANDAIA)	
USF DEP. CRISTÓVÃO FERREIRA (SARAMANDAIA)	
Parto	IPERBA
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 IPERBA AR 2 MZL HGRS

DS BARRA RIO VERMELHO	
USF PROF SÁBINO SILVA - NORDESTE UBS DR OSVALDO C. CAMPOS/ SANTA CRUZ MULTICENTRO VALE DAS PEDRINHAS	
Parto	IPERBA
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 IPERBA AR 2 MRJMMN

DS CENTRO DR. CLEMENTINO FRAGA	
UBS SÃO GONÇALO USF CALABAR USF GARCIA USF FEDERAÇÃO USF ALTO DAS POMBAS UBS ENGENHO VELHO DA FEDERAÇÃO	
Parto	MCO
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 MCO AR 2 MRJMMN

DS BROTAS	
UBS MARIO ANDREA	
Parto	MTB
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 MTB AR 2 MRJMMN

DS CARDEAL DA SILVA/COSME DE FARIAS)	
USF CANDEAL PEQUENO USF SANTA LUZIA CS MANOEL VITORINO USF VALE DO MATATU	
Parto	IPERBA
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 IPERBA AR 2 MRJMMN

DS BOCA DO RIO	
UBS ALFREDO BUREAU UBS DR. CÉSAR DE ARAÚJO USF PARQUE DE PITUAÇU USF DE PITUAÇU USF ZULMIRA BARROS	
Parto	IPERBA
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 IPERBA AR 2 MRJMMN

DS SÃO CAETANO VALÉRIA	
USF ALTO DO CABRITO USF BOA VISTA DO LOBATO USF ANTONIO LAZZAROTTO USF RECANTO DA LAGOA UBS 18ªCS(PÉRICLES LARANJEIRAS) UBS JAQUEIRA DO CARNEIRO UBS FREI BENJAMIN UBS MARECHAL RONDON USF FIAIS USF ALTO DO PERU USF BOA VISTA DE SÃO CAETANO	
Parto	MRJMMN
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 MRJMMN AR 2 MRJMMN

DS ITAPAGIPE	
UBS VIRGÍLIO DE CARVALHO UBS MINISTRO ALKIMIM USF JOANES LESTE USF JOANES CENTRO OESTE	
Parto	HSF
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 HSF/Bonfim AR 2 MRJMMN

DS PAU DA LIMA	
UBS PIRES DA VEIGA UBS CECY ANDRADE UBS 20ª CENTRO - CASTELO BRANCO USF DOM AVELAR UBS NOVA BRASÍLIA USF NOVA BRASÍLIA USF CANABRAVA USF VALE DO CAMBONAS UBS CANABRAVA UBS SETE DE ABRIL UBS NOVO MAROTINHO CPN MSP	
Parto	MAS
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 MAS AR 2 MRJMMN

DS CAJAZEIRAS	
USF CAJAZEIRAS IV USF CAJAZEIRAS V USF CAJAZEIRAS X USF CAJAZEIRAS XI USF JARDIM DAS MANGABEIRAS USF BOCA DA MATA USF YOLANDA PIRES UBS NELSON P. DOURADO	
Parto	MAS
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 MAS AR 2 MRJMMN

DS SUBÚRBIO FERROVIÁRIO	
USF NOVA CONSTITUINTE UBS PARIPE USF CONGO USF VISTA ALEGRE USF ALTO DE COUTOS II USF BATE CORAÇÃO USF SÃO TOMÉ DE PARIPE USF ALTO DE COUTOS USF ESTRADA DA COCISA USF ILHA DE MARE UBS SERGIO AROUCA USF FAZENDA COUTOS I USF FAZENDA COUTOS II USF FAZENDA COUTOS III UBS FAZENDA COUTOS USF BOM JESUS DOS PASSOS	
Parto	HJBC
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 HJBC AR 2 MRJMMN

DS SÃO JOSÉ DE BAIXO	
USF SÃO JOSÉ DE BAIXO USF BEIRA MANGUE USF SÃO JOÃO DO CABRITO UBS ALTO DO BARRI USF ITACARANHA USF ALTO DA TEREZINHA USF ALTO DO CRUZEIRO USF ILHA AMARELA USF RIO SENA	
Parto	HSF/Bonfim
Risco habitual	CPN MSP
PrN e parto	AR 1 HSF/Bonfim AR 2 MRJMMN

Legenda: PrN: Prê-Nata; AR1: Alto risco tipo 1; AR2: Alto risco tipo 2; MRJMMN: Maternidade de Referência Prof. José Maria Magalhães Neto; HGRS: Hospital Geral Roberto Santos; HJBC: Hospital João Batista Caribé; HSF: Hospital Sagrada Família; MCO: Maternidade Clímério de Oliveira; MTB: Maternidade Tsylla Balbino; MAS: Maternidade Albert Sabin; HGMF: Hospital Geral Menandro de Farias; IPERBA: Instituto de Perinatologia da Bahia; CPN MSP: Casa de Parto Normal Marieta de Souza Pereira (Mansão do Caminho).

ANEXO E – Artigo “Adequação da assistência pré-natal em uma populosa capital brasileira”

Artigo submetido à Revista Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health

12/01/2018 ScholarOne Manuscripts

☰ Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health

🏠 Home

👤 Author

Submission Confirmation 🖨️ Print

Thank you for your submission

Submitted to
Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health

Manuscript ID
2018-00094

Title
Adequação da assistência pré-natal em uma populosa capital brasileira

Authors
Rocha, Sara
Hoxa, Sarah
de Jesus, Eliene
BRITO, MILENA

Date Submitted
12-Jan-2018

👤 Author Dashboard

12/01/2018

ScholarOne Manuscripts

Adequação da assistência pré-natal em uma populosa capital brasileira

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade da assistência pré-natal de baixo risco na quarta capital mais populosa do Brasil.

Método: Estudo transversal sobre qualidade da assistência pré-natal da cidade de Salvador-BA, Brasil, das informações coletadas no sistema nacional de informação da assistência pré-natal – SISPRENATAL WEB – de janeiro 2014 a setembro 2016. A análise da qualidade da assistência pré-natal foi realizada com base nos parâmetros estabelecidos por programas do Ministério da Saúde do Brasil, baseados em diretrizes internacionais. Dados dos prontuários físicos do território com melhor qualidade da assistência pré-natal também foram coletados e estudados pelos mesmos parâmetros. Análise descritiva dos dados demográficos e parâmetros assistenciais foi realizada nos dois bancos – SISPRENATAL WEB e prontuários físicos – e a qualidade da assistência pré-natal classificada como adequada, intermediária e inadequada.

Resultados: Foram analisados dados obtidos do SISPRENATAL WEB de 206 gestantes. A adequação da assistência, de acordo com os critérios analisados, foi classificada como Intermediária, onde a maioria das gestantes teve pré-natal iniciado antes de 20 semanas (72,2%), acesso a menos de três consultas (82%), dois ou menos registros de peso (82%) e mais de 95% com nenhum registro de exames na primeira consulta e trigésima semana. A análise dos prontuários apresentou melhores resultados para número de consultas, consulta puerperal e acesso aos exames. A qualidade da assistência também classificada como Intermediária.

Conclusão: A assistência pré-natal de baixo risco da quarta capital mais populosa do Brasil apresentou qualidade Intermediária, de acordo com as informações do SISPRENATAL WEB e dos prontuários analisados.

Palavras-chave Avaliação; cuidado pré-natal; sistemas de informação.

INTRODUÇÃO

O cuidado pré-natal pode ser definido como cuidados especializados de profissionais de saúde para mulheres e adolescentes grávidas, a fim de garantir melhores condições de saúde para o binômio mãe/filho e favorece a redução da morbimortalidade de ambos. Os componentes desse cuidado devem incluir desde a identificação dos riscos, manejo das doenças relacionadas, bem como educação em saúde e promoção da saúde (1).

Apesar de um declínio importante nas mortalidades materna e infantil terem acontecido no Brasil nas últimas décadas, a meta proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), para o ano de 2015, de 35/100.000 nascidos vivos não foi atingida, mantendo-se como um grande desafio e as intervenções propostas continuam fazendo parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU para 2030 (2, 3). Em 2015 a taxa de mortalidade materna, no Brasil, foi de 62/100.000 nascidos vivos (DATASUS). Para intervir positivamente neste indicador, há décadas, estratégias têm sido traçadas internacional e nacionalmente (1, 2, 4).

No Brasil, a busca da efetividade dos serviços de saúde no cuidado da mulher no pré-natal tem sido intensificada por meio de programas que objetivam ações para a saúde das gestantes nas áreas de promoção, prevenção e assistência à saúde, buscando promover a ampliação do acesso e incremento da qualidade, bem como organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro. Dentre eles, os mais atuais são o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e, posteriormente, a Rede Cegonha – apesar de que ainda persistem desigualdades regionais e sociais no acesso ao cuidado pré-natal no Brasil (5-7).

Para acompanhamento adequado das gestantes, monitoramento e avaliação das ações um banco de dados eletrônico foi criado – Sistema Brasileiro de Informações do Pré-natal (SISPRENATAL WEB), associado à Rede Cegonha (8), com relatórios e indicadores para contribuir com a melhoria da gestão e monitorar os incentivos financeiros (6).

O cuidado ofertado à gestante tem sido monitorado e avaliado através de diferentes metodologias e fontes de informações. O cartão de pré-natal, entrevistas/recordatórios e prontuários das gestantes, além da base de dados do SISPRENATAL, constantemente são utilizados (9-12). No entanto, discordâncias foram identificadas entre as informações desse banco de dados e das outras fontes, demonstrando que a correta aplicabilidade do sistema ainda se apresenta como desafio à gestão dos sistemas de informação (13-15).

A avaliação do processo do cuidado refere-se às ações desenvolvidas nos serviços de saúde e requer critérios que são delimitados, geralmente, pela resolutividade das ações (16-18). Acreditando que a avaliação é uma estratégia das mais valiosas para subsidiar novas ações em atenção à saúde, este estudo visa avaliar a adequação da assistência pré-natal mediante informações obtidas do SISPRENATAL WEB, não avaliado até então nessa capital, e verificar a concordância das suas informações com as de prontuários, buscando empoderar os gestores a respeito da situação atual da assistência pré-natal, observada através das informações do sistema instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Inserida no território brasileiro, Salvador-BA, objeto desse estudo, é a quarta capital mais populosa, pertence ao estado da Bahia, cujo índice de desenvolvimento humano é intermediário (0,660) (19). Além disso, Salvador oferece apoio no cuidado materno e infantil à todo o estado e foi associada à taxas mais elevadas de

prematuridade e baixo peso ao nascer do que à média nacional (20, 21, 22), respaldando, portanto, a necessidade do estudo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com dados amostrais do SISPRENATAL WEB do município de Salvador e prontuários de um de seus distritos.

Sisprenatal web

A amostra foi constituída por relatórios individuais de gestantes do município de Salvador, obtidos a partir do SISPRENATAL WEB, as quais tiveram o acompanhamento pré-natal de baixo risco nas Unidades Básicas de Saúde e com *status* de acompanhamento fechado no sistema. Esse relatório é o conjunto das informações obtidas pelos instrumentos utilizados no atendimento das gestantes: ficha de cadastramento/acompanhamento e ficha puerperal (23).

Participaram da amostra aleatória apenas os distritos e unidades que informaram sua produção no sistema. Foram excluídas gestantes residentes em outros municípios e as encaminhadas ao pré-natal de alto risco, uma vez que em Salvador esta assistência é ofertada nas maternidades e centros de referências específicos, apesar do acompanhamento compartilhado protocolar com a atenção básica.

O tamanho da amostra foi calculado através da calculadora Winpepi, versão 11.63, a partir das 39.356 gestantes cadastradas no sistema, considerando uma estimativa de prevalência de 16%, diferença aceitável de 5%, sendo necessários 206 relatórios de gestantes.

Variáveis sócio-demográficas e outras relacionadas à assistência pré-natal, importantes para o estudo dos parâmetros analisados, também compuseram o

banco de dados produzido com o auxílio do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21 e foram estudadas. Foram analisados os parâmetros do PHPN e da Rede Cegonha para se verificar a efetividade da assistência, de acordo com as recomendações e classificações dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde Brasileiro (8, 24).

Em relação ao PHPN, o Ministério estabeleceu para um adequado acompanhamento pré-natal a realização das seguintes atividades, as quais devem ser utilizadas para avaliação da efetividade da assistência pré-natal, a partir dos dados disponíveis nos sistemas nacionais de informação em saúde:

- I. Realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação;
- II. Realizar, no mínimo, 06 (seis) consultas de pré-natal;
- III. Realizar uma consulta de puerpério, até 42 dias após o nascimento;
- IV. Realizar os seguintes exames laboratoriais: na primeira consulta (tipagem sanguínea e fator Rh, sorologia para sífilis, urina rotina, glicemia de jejum, hemograma/hematócrito, testagem anti-HIV), na trigésima semana (sorologia para sífilis, urina rotina, glicemia de jejum) e imunização antitetânica ou dose de reforço em mulheres já imunizadas (24).

Para a Rede Cegonha apenas o período da primeira consulta e o número de consultas de acompanhamento pré-natal foram descritos como maior exigência preconizada (8).

Cada gestante foi identificada no banco de dados apenas por um número para posicioná-las no banco de dados – resguardando assim o sigilo – e os dados individuais inseridos. As informações foram sistematizadas e analisadas, adotando-se uma estatística descritiva (frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio-padrão).

A qualidade da assistência pré-natal foi classificada, baseando-se no método de Anversa (2012) no Nível IV (18), buscando-se uma análise pelo melhor nível de classificação, mas com modificação (quadro 1), pois os relatórios do SISPRENATAL não contêm dados clínicos, como pressão arterial, altura uterina, batimentos cardíacos fetais e movimentos fetais, encontrados no método original.

Quadro 1. Classificação da qualidade de assistência pré-natal - método Anversa e colaboradores modificado

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
Adequada	Início pré-natal < 20semanas ≥ 6 consultas ≥ 5 registros de peso 1 registro de exames (1ª consulta e 30ª semana)
Inadequada	Início pré-natal > 28 semanas < 3 consultas ≤ 2 registros de peso Nenhum registro de exames
Intermediária	Demais situações

Fonte: (Rocha, Hora, Jesus, Brito, 2017).

Prontuários do distrito sanitário

Em posse dos resultados do SISPRENATAL WEB do município, um distrito foi escolhido para o estudo comparativo com dados dos prontuários do mesmo território. A escolha do distrito – Distrito Sanitário Boca do Rio (DSBRIO) – foi realizada por conveniência. Excluídos os prontuários com grafia ilegível.

Foram localizados dezesseis relatórios de gestantes do DSBRIO no banco de dados do SISPRENATAL WEB. Os dados cadastrais individuais foram utilizados para localização dos prontuários, mas dois não foram encontrados por falha na gestão da guarda desses documentos, restando apenas quatorze prontuários. Um novo banco de dados foi elaborado com as mesmas variáveis do estudo e análises equivalentes foram realizadas.

O projeto para o presente estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e teve como Instituição parceira a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador – Bahia, CAAE: 55012116.3.0000.5544.

RESULTADOS

Dos duzentos e setenta cadastros randomizados e aplicados, foram excluídos sessenta e quatro relatórios por inadequação aos critérios de inclusão, restando duzentos e seis relatórios individuais do SISPRENATAL WEB, nos quais o perfil da gestante assistida em Salvador no pré-natal apresentou idade de $26,7 \pm 6,8$ anos (resultado não apresentado em tabela). A tabela 1 demonstra que 62,4 % possuíam telefone celular; a maior parte do grupo alcançou o ensino médio incompleto/completo (58,1%); é da raça parda e preta (86,4%) e convive com companheiro (79,3%).

TABELA 1. Características sociodemográficas das 206 gestantes cadastradas

Variáveis	No.	(%)
Telefone		
Fixo	51	(24,9)
Celular	128	(62,4)
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	45	(23,5)
Ensino Fundamental Completo	18	(9,4)
Ensino Médio Incompleto	43	(22,5)
Ensino Médio Completo	68	(35,6)
Ensino Superior Incompleto	12	(6,3)
Ensino Superior Completo	4	(2,1)
Situação Conjugal		
Com companheiro	149	(79,3)
Sem companheiro	39	(20,7)
Raça		
Branca	12	(6,3)
Preta	77	(40,3)
Amarelo	13	(6,8)
Pardo	88	(46,1)
Ignorado	1	(0,5)

Fonte: SISPRENATAL WEB, Salvador-BA, janeiro/2014-setembro/2016.

Em relação aos indicadores de processo do PHPN, os resultados demonstraram que o território alcançou, no período estudado, 72,2% das gestantes captadas até vinte semanas de gestação. A maior parte do grupo (82%) teve acesso a menos de 3 consultas. Tiveram acesso aos exames preconizados pelo Ministério da Saúde Brasileiro 14,6% das gestantes na primeira consulta e na trigésima semana, 2,4%. A cobertura da imunização desse grupo contra o tétano alcançou 7,8% e o acesso à consulta puerperal 8,3% (tabela 2).

Os indicadores protocolares da Rede Cegonha apresentaram os seguintes resultados: 4,9% tiveram acesso a sete ou mais consultas e 36,1% foram captadas até a décima segunda semana (tabela 2).

TABELA 2. Variáveis dos indicadores de processo, de acordo com PHPN e a Rede Cegonha

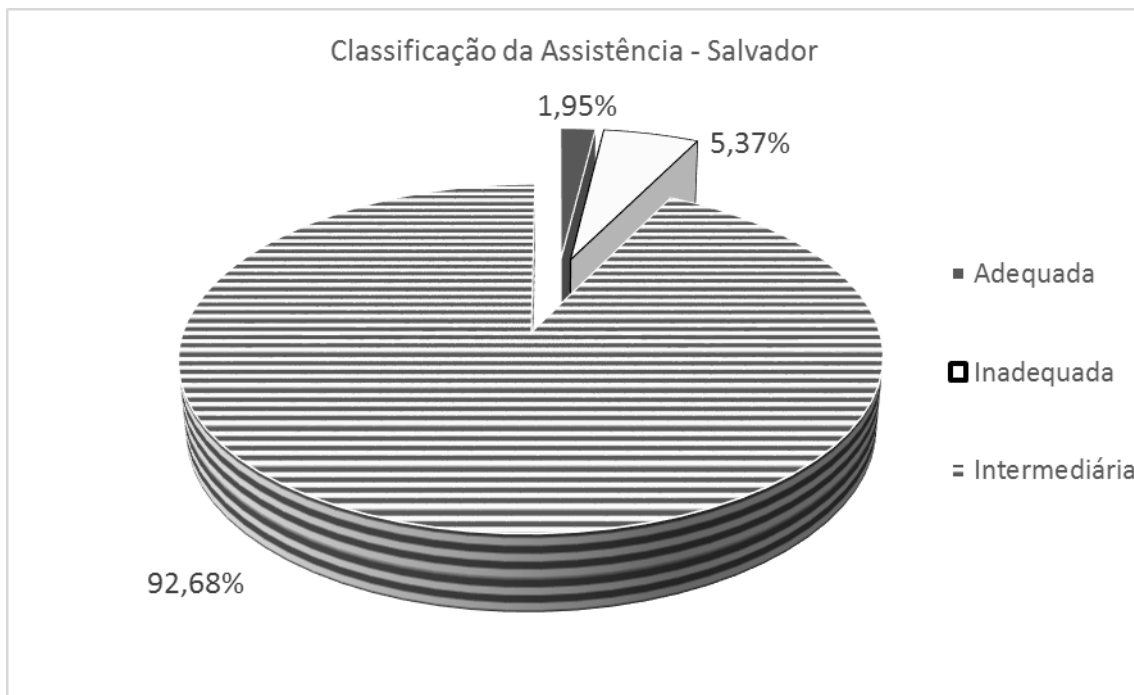
Indicadores do Processo	No.	(%)
Início do Pré-natal		
<20semanas	148	(72,2)
20-28 semanas	45	(22,0)
>28 semanas	12	(5,9)
Rede Cegonhas ≤12 semanas	74	(36,1)
Número de Consultas		
6 ou mais consultas	19	(9,3)
3 a 5 consultas	18	(8,8)
Menor que 3 Consultas	168	(82,0)
Rede Cegonha ≥7Consultas	10	(4,9)
Consulta Puerperal	17	(8,3)
Registro de Peso		
5 ou mais	25	(12,2)
3 ou 4	12	(5,9)
2 ou menos	168	(82,0)
Exames		
Exames 1ª consulta	30	(14,6)
Exames 30ª semana	5	(2,4)
Exames na 1ª consulta e 30ª semana	5	(2,4)
Vacina antitetânica		
Nenhuma	160	(78)
Esquema Incompleto	40	(19,5)
Esquema Completo	16	(7,8)

Fonte: SISPRENATAL WEB, Salvador-BA, janeiro/2014-setembro/2016.

A adequação da assistência, de acordo com os critérios analisados, foi classificada como Intermediária, onde a maioria das gestantes teve pré-natal iniciado antes de

vinte semanas (72,2%), acesso a menos de três consultas (82%), dois ou menos registros de peso (82%) e mais de 95% com nenhum registro de exames na primeira consulta e trigésima semana (gráfico 1).

GRÁFICO 1 – Classificação da adequação da assistência (Salvador-BA), jan. 2014/ set. 2016 – método Anversa e colaboradores modificado



Fonte: (Rocha, Hora, Jesus, Brito, 2017).

Ao analisarmos os resultados dos quatorze prontuários físicos do Distrito Sanitário Boca do Rio, as gestantes apresentaram idade de $29,7 \pm 6,1$ anos; 56,3% possuíam telefone celular; raça parda e preta 91,7%. Além disso, o ensino fundamental completo foi a escolaridade mais encontrada com 46,2%.

Observando os valores percentuais dos resultados encontrados nos dois estudos do Distrito Sanitário Boca do Rio – SISPRENATAL WEB e prontuários físicos – foram encontradas diferenças percentuais em alguns indicadores de processo e variáveis estudadas, respectivamente: 6 ou mais consultas (31,3% e 75%), consulta puerperal (18,8% e 56,3%), exames na trigésima semana (6,3% e 64,3%) e na cobertura da vacina antitetânica com esquema completo (18,8% e 56,3%). O início do pré-natal

avaliado pelos bancos de dados, SISPRENATAL WEB e prontuários físicos, apresentou captação com menos de 20 semanas (PHPN) para 68,8% das gestantes do SISPRENATAL e 62,5% para aquelas estudadas nos prontuários físicos. De acordo com o critério da Rede Cegonha (RC), abaixo ou igual a 12 semanas, o início das consultas ocorreu em 25% das gestantes em ambos os bancos (tabela 3).

TABELA 3. Frequências relativas de variáveis dos indicadores de processo (PHPN e Rede Cegonha)

INDICADOR/VARIÁVEL	CRITÉRIOS	Frequência Relativa	Frequência Relativa
		SISPRENATAL (%)	PRONTUÁRIOS (%)
Início pré-natal	< 20 semanas	68,8	62,5
	≤ 12 semanas	25	25
Número de consultas	≥ 6 consultas	31,3	75
	≥ 7 consultas	12,5	56,3
Consulta puerperal	-	18,8	56,3
Exames	Exames primeira consulta	50	73,3
	Exames na trigésima semana	6,3	64,3
Vacina antitetânica	-	18,8	56,3

Fonte: SISPRENATAL WEB e prontuários do Distrito Sanitário Boca do Rio, Salvador-BA, janeiro/2014-setembro/2016.

A adequação da assistência foi enquadrada para a maioria das gestantes como Intermediária, a partir dos dados do banco dos prontuários físicos (64,3%) e do SISPRENATAL WEB (87,5%).

DISCUSSÃO

A qualidade da assistência pré-natal, que tem relação direta com a redução das mortalidades infantil e materna, necessita ser avaliada no Brasil, pois representa uma das ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos pelo Pacto pela Saúde 2006 e dos objetivos do milênio da ONU (3, 25). O presente estudo revelou uma assistência pré-natal Intermediária, com baixos índices de

consultas de pré-natal, de cobertura de imunização antitetânica e dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde do Brasil, indicadores da efetividade da assistência pré-natal.

A avaliação/classificação da qualidade da assistência pré-natal baseada nos prontuários ficou como Intermediária pelo índice escolhido (18) e modificado nesse estudo. Esse termo “qualidade da assistência” também é considerado por outros autores como “adequação da assistência”. O percentual das gestantes com assistência considerada adequada foi de apenas 2% no estudo municipal e no corte distrital – 23,8% com prontuários e 6,3% pelo SISPRENATAL WEB. Resultados similares a estudo nacional em 2012, com critérios semelhantes, apenas 7% das gestantes foram assistidas por um pré-natal considerado adequado (18). Um estudo realizado no nordeste brasileiro encontrou que 39,8% tiveram assistência pré-natal adequada utilizando um indicador a mais – procedimentos obstétricos – e os dados coletados por questionários aplicados à puérperas, bem como seus prontuários (11). Apesar de serem conhecidos diversos índices validados para a avaliação da qualidade do pré-natal, os indicadores mais utilizados são: início do pré-natal, número de consultas e exames laboratoriais (26-29), aplicados neste estudo na descrição da efetividade da assistência. O início precoce do pré-natal pode ser considerado como um ponto positivo da assistência nesse estudo e, de forma contrária, o baixo número de consultas ofertadas às gestantes, um ponto negativo. O SISPRENATAL já foi considerado menos fidedigno do que o recordatório materno na obtenção de dados sobre o início do acompanhamento da gestante na rede pública de saúde, bem como dos próprios prontuários (13, 14), e um estudo em Cuiabá relatou falhas nesse sistema de dados e preenchimento inadequado dos formulários pelos profissionais de saúde (30). Em relação aos prontuários, este

estudo vem corroborar, pois os valores percentuais encontrados apresentaram discordâncias nos resultados dos indicadores, quando comparados com os do SISPRENATAL WEB. Discrepâncias maiores foram encontradas no número de consultas, consulta puerperal, exames na trigésima semana e cobertura da vacina antitetânica. Vale ressaltar que esse sistema de dados foi implementado para auxiliar na tomada de decisões de políticas públicas para redução de mortalidade materno-fetal.

Um estudo nacional de base hospitalar que foi realizado com 23.894 mulheres em 2011 e 2012 com dados obtidos, a partir de entrevistas com a puérpera e dos cartões de pré-natal, identificou que no Brasil houve início precoce da atenção pré-natal até a 12^a semana para 53,9% das gestantes e número adequado de consultas em 73,2% (9). De acordo com o SISPRENATAL WEB, em Salvador, 36,1% das gestantes tiveram o início da atenção dentro desse mesmo critério e apenas 25% do grupo estudado com prontuários. Além disso, considerando o critério estabelecido pela Rede Cegonha, Salvador ainda precisa estabelecer ações voltadas para alcançar a captação precoce na atenção pré-natal protocolar. Esses resultados podem alertar para possíveis falhas nos registros das informações.

Apesar de diversas ações para a melhoria da assistência pré-natal, Salvador não demonstrou grandes avanços, quando comparado com um estudo realizado há quinze anos atrás no mesmo território (27).

O artigo 4 da Portaria 1459 de 2011 trata da necessidade do provimento contínuo de ações, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde (8). Quanto aos exames laboratoriais, os resultados de Salvador surpreenderam, pois neste estudo apenas 14,6% tiveram acesso aos exames básicos na primeira consulta e apenas 2,4% na trigésima semana. Resultado diferente do encontrado em uma

região mais desenvolvida no país (16), que observou 30% de repetição dos exames na trigésima semana. Acredita-se que mudanças nos fluxos assistenciais e dificuldades no acesso a esses exames levaram aos referidos resultados.

Em relação à baixa cobertura e aos percentuais de número de consultas e de consulta puerperal encontrados, necessário se faz atentar que a assistência pré-natal é capaz de estabelecer um forte vínculo da gestante com a equipe de saúde e deve atender às reais necessidades desse grupo populacional, além de ser considerada como a única oportunidade da mulher receber cuidados médicos nos países subdesenvolvidos, onde a assistência médica é precária (4, 31).

A rede de atenção básica em Salvador cadastrou no sistema apenas 36,61% das gestantes, demonstrando baixa cobertura no período do estudo (32). Tal fato interfere diretamente no cuidado adequado das gestantes e na prevenção das complicações associadas. Para ampliar o baixo número de consultas encontrado nesse estudo, faz-se necessária a ampliação da cobertura da Atenção Básica e da sua capacidade instalada.

Ainda que seja senso comum a importância da erradicação do tétano neonatal, Salvador ainda tem a ação preventiva dessa doença como um grande desafio. De acordo com os resultados, apenas 7,8% das gestantes foram imunizadas e na análise dos prontuários do distrito estudado pouco mais da metade (56,3%). Ao longo de quinze anos, esse alerta já tinha sido feito no estudo em 2002 onde apenas 41,0% das gestantes foram imunizadas (6).

As características sociodemográficas da população do distrito estudado são semelhantes à população de gestantes de Salvador analisada pelo SISPRENATAL WEB. Nos três bancos de dados analisados, o percentual de gestantes com telefonia fixa foi muito baixo, podendo desencadear uma série de dificuldades no

acompanhamento adequado desse grupo, quando necessária a busca ativa, uma vez que normalmente as unidades básicas de saúde não possuem acesso às ligações para telefonia móvel.

Com exceção da primeira consulta de pré-natal, neste estudo os prontuários apresentaram valores percentuais maiores dos indicadores de processo em relação aos do SISPRENATAL. Um estudo em São Carlos-SP encontrou uma proporção de 72,5% de mulheres com seis ou mais consultas pelo cartão de pré-natal e 39,4% pelo SISPRENATAL (15). Este quadro determina falha na alimentação do sistema, o qual poderá interferir no recebimento de recursos financeiros relacionados à essa assistência e destinados ao município pelo Ministério da Saúde Brasileiro.

No distrito sanitário estudado, o sub-registro da alimentação do SISPRENATAL WEB foi identificado, quando observadas as mesmas análises nos prontuários. Entraves para a produção das informações do SISPRENATAL foram encontrados em um estudo de 2012 como: defasagem tecnológica da infraestrutura, falta de treinamento dos profissionais envolvidos e falta de acompanhamento pelos gestores da equipe central (30). Sendo assim, os fatores que interferem para a adequada alimentação do sistema devem ser identificados e soluções fomentadas.

Como limitação durante a coleta de dados dos prontuários do distrito Sanitário Boca do Rio, em duas unidades as fichas espelho do SISPRENATAL não se encontravam como documentos componentes do prontuário. Esta conduta de gerenciamento de documentos nas unidades prejudicou a completude das variáveis demográficas.

Sendo um estudo de dados secundários, a possibilidade de erros no preenchimento dessas informações apresentou-se como limitação. Uma outra questão foi a impossibilidade do estudo por base populacional, devido aos problemas identificados no banco geral com duplicidade nas informações e momentos de manutenção

prolongados. Para minimizá-la foi realizado um cálculo amostral e randomização dos cadastros de gestantes do sistema.

Como quarta capital mais populosa do Brasil, Salvador ainda tem muitos desafios no que diz respeito ao cuidado adequado ofertado às gestantes, conforme os resultados demonstraram. A qualidade da assistência pré-natal de baixo risco foi classificada como intermediária para a maioria das gestantes. Mudanças são necessárias desde o incremento na capacidade instalada da Rede de Atenção Básica até melhorias na qualidade da atenção pré-natal. Além disso, um cuidado especial deve ser dado ao instrumento de avaliação preconizado – o SISPRENATAL WEB, para que o sistema tenha a sua alimentação realizada devidamente e as suas informações e relatórios aplicados na gestão das melhorias da assistência pré-natal. Ampliação do acesso ao número de consultas adequado de pré-natal, realização dos exames preconizados e maior cobertura da vacinação antitetânica devem fazer parte de um planejamento futuro. Essas ações poderão estar relacionadas com a ampliação da cobertura da Atenção Básica, da rede própria e credenciada para realização dos exames laboratoriais, bem como da divulgação e sensibilização da equipe de saúde quanto à importância do cumprimento dos critérios protocolares, buscando melhorar a assistência pré-natal e consequente redução da mortalidade materna e neonatal.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization, 2016.
2. Brasil. Secretaria Especial de Comunicação Social. O Brasil e os ODM — ODM Brasil. Disponível em: // <http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm/> Acessado em 26 de outubro de 2017.
3. Nações Unidas no Brasil. ODS3. ONU Brasil. Disponível em: // <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/> Acessado em 30 de novembro de 2017.
4. Osís MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad Saúde Pública. 1998;14(1):S25–S32.
5. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004;4(3):269–79.
6. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TDG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1281–9.
7. Santos C. Políticas de saúde voltadas à mulher brasileira: de objeto de reprodução ao sujeito da cidadania [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2016. Disponível em: // <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15883> Acessado em 18 de novembro de 2017.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html/ // Acessado em 18 de novembro de 2017.
9. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2015; 37(3):140-7.
10. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme-Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saúde Pública. 2014;30:S85–S100.

11. Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, Queiroz RCS, Brito e Alves MTSS, Coimbra LC, et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma corte no nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(4):1227–38.
12. Esposti CDD, Oliveira AE, Santos Neto ET, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde e Soc São Paulo*. 2015;24(3):765–779.
13. Verani LR, Ferreira JA, Rocha RW, Oliveira M, Amorim T, Jiran A, et al. Concordância entre informações do SISPRENATAL e o recordatório materno em relação à idade gestacional no momento do início do cuidado pré-natal. *Rev Med Minas Gerais*. 2014;24:S21–S27. DOI: 10.5935/2238-3182.20140081. [Epub ahead of print].
14. Cavalcanti BMC, Teixeira CS, Prado MCMC, Rodrigues M. Avaliação da qualidade do registro do sisprenatal: uma comparação com os dados do prontuário. *Rev Enferm UFPE on Line, Recife*. 2015;9:S1461–8.
15. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(5):854–63.
16. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(2):56–64. Disponível em: // http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000200056&script=sci_abstract&tlng=pt/ Acessado em 18 de novembro de 2017.
17. Polgliane RBS, Leal MC, Costa Amorim MH, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2014;19(7):1999–2010.
18. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(4):789–800.
19. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNDU. Disponível em: // <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idh-global.html/> Acessado em 20 de dezembro de 2017.

20. Bahia. Salvador. SIM – Sistema de Indicadores Municipal. Disponível em: // <http://www.sim.salvador.ba.gov.br/indicadores/index.php/> Acessado em 26 de outubro de 2017.
21. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. | Brasil em Síntese | Bahia | Salvador | Panorama. Disponível em: // <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama/> Acessado em 26 de outubro de 2017.
22. Brazilian Journal of Medicine and Human Health. 2014;2(2):82-85. Disponível em: // <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/medicine>. Acessado em 20 de dezembro de 2017.
23. Brasil, Ministério da Saúde. Disponível em: // <http://sisprenatal.saude.gov.br/manualVideo.jsf/> Acessado em 30 de novembro de 2017.
24. Brasil, Ministério da Saúde. Disponível em: // http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html / Acessado em 24 de novembro de 2017.
25. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão: documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização, 2006.
26. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. Cad Saúde Coletiva. 2016;24(2):252–61.
27. Nascimento ER, Rodrigues QP, Almeida MS. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador-Bahia. Acta Paul Enferm. 2007; 20(3):311–5.
28. Moura ERF, Holanda Jr F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19(6):1791–99.

29. Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):105–11.
30. Lima AP, Corrêa ÁCP. A produção de dados para o Sistema de Informação do Pré-Natal em unidades básicas de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(4):874–881.
31. Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'Ávila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. Rev Bras Enferm. 2008;61(3):349–53.
32. Departamento de informática do SUS – DATASUS. Disponível em: // <http://sisprenatal.saude.gov.br/login.jsf/> Acessado em 20 de dezembro de 2017.

ABSTRACT

Goal: To evaluate the quality of low-risk prenatal care of the fourth most populous capital in Brazil.

Method: A transversal study on the quality of prenatal care in the city of Salvador, Bahia, Brazil, from information collected in the national prenatal care information system – SISPRENATAL WEB – from January 2014 to September 2016. The analysis of the quality of prenatal care was performed based on the parameters established by programs of the Ministério da Saúde do Brasil (Brazilian Health Ministry), based on international guidelines. Data from physical records of the territory with better quality of prenatal care were also collected and studied by the same parameters. Descriptive analysis of demographic data and care parameters was performed in the two databases – SISPRENATAL WEB and physical records – and the quality of prenatal care classified as adequate, intermediary and inadequate.

Results: Were analyzed the data obtained from the SISPRENATAL WEB of 206 pregnant women. The adequacy of assistance, according to the criteria analyzed, was classified as Intermediary, where the majority of the pregnant women had prenatal care started before 20 weeks (72.2%), access to less than three appointments (82%), two or less records of weight (82%) and more than 95% with no record of exams at the first appointment and 30th week. The analysis of the medical records showed better results for number of appointments, puerperal appointment and access to the exams. The quality of care also classified as Intermediary.

Conclusion: Low-risk prenatal care in the fourth most populous capital of Brazil presented Intermediary quality, according to the information from the SISPRENATAL WEB and the medical records analyzed.

Key words Measurement; prenatal care; information systems.

RESUMEM

Objetivos: Evaluar la calidad de la asistencia prenatal de bajo riesgo de la cuarta capital más populosa de Brasil.

Método: Estudio transversal sobre calidad de la asistencia prenatal de la ciudad de salvador-BA, Brasil, de las informaciones colectadas en el sistema nacional de información de la asistencia prenatal – SISPRENATAL WEB – de enero 2014 a septiembre 2016. El análisis de la calidad de la asistencia prenatal fue realizado basado en los parámetros establecidos por programas del ministerio de salud del Brasil, basados en directrices internacionales. Datos de los prontuarios físicos del territorio con mejor calidad de la asistencia prenatal también fueron colectados y estudiados por los mismos parámetros. Análisis descriptivo de los datos demográficos y parámetros asistenciales fueron realizados en dos bancos –

SISPRENATAL WEB y prontuarios físicos – y la calidad de la asistencia prenatal clasificada como adecuada, intermediaria y inadecuada.

Resultados: Fueron analizados datos obtenidos del SISPRENATAL WEB de 206 gestantes. La adecuación de la asistencia, de acuerdo con los criterios analizados, fue clasificada como intermediaria, donde la mayoría de las gestantes tuvieron prenatal iniciado antes de 20 semanas (72,2%), acceso a menos que tres consultas (82%), dos o menos registros de peso (82%) y más de 95% con ningún registro de exámenes en la primera consulta y trigésima semana. El análisis de los prontuarios presentó mejores resultados para número de consultas, consulta puerperal y acceso a los exámenes. La calidad de asistencia también clasificada como intermediaria.

Conclusión: La asistencia prenatal de bajo riesgo de la cuarta capital más populosa de Brasil presentó calidad intermediaria, de acuerdo con las informaciones del SISPRENATAL WEB y de los prontuarios analizados.

Palabras clave Evaluación; atención prenatal; sistemas de información.