

CARLA BETINA ANDREUCCI POLIDO

**O SISPRENATAL COMO INSTRUMENTO DE
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE NO
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS, SP**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI

**Unicamp
2010**

CARLA BETINA ANDREUCCI POLIDO

**O SISPRENATAL COMO INSTRUMENTO DE
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE NO
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS, SP**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Tocoginecologia

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI

**Unicamp
2010**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

P759s Polido, Carla Betina Andreucci
O SISPRENATAL como instrumento de avaliação da assistência à gestante no município de São Carlos, SP / Carla Betina Andreucci Polido . Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador : José Guilherme Cecatti
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Serviços de Informação. 2. Cuidado pré-natal. 3. Gravidez. 4. Saúde da mulher. 5. Saúde Pública. I. Cecatti, José Guilherme. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês: The SISPRENATAL as a tool evaluating the care to the pregnant women at the municipality of São Carlos, SP

Keywords: • Information system

- Prenatal care**
- Pregnancy**
- Women's health**
- Public health**

Titulação: Mestre em Tocoginecologia
Área de concentração: Tocoginecologia

Banca examinadora:

Prof. Dr. José Guilherme Cecatti
Profa. Dra. Mary Angela Parpinelli
Profa. Dra. Tânia de Giacomo Lago

Data da defesa: 19-08-2010

Diagramação e arte final: Assessoria Técnica do CAISM (ASTEC)

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno: CARLA BETINA ANDREUCCI POLIDO

Orientador: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI

Membros:

1.

2.

3.

Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 19/08/2010

Dedico este trabalho...

*Aos meus pais, Carlos Alberto e Bernadete,
que desde cedo estimularam meu gosto pelo conhecimento,
e plantaram em seus filhos sementes de valores familiares e morais.*

*Ao meu querido marido Armando,
companheiro de todas as horas,
grande pactuador de sonhos e incentivador de conquistas.*

*Aos meus amados filhos Bruno e Pedro,
fontes de orgulho, risos e aprendizado.*

*Aos meus irmãos Calber e Carlos Aurélio,
parceiros tão queridos de todas as horas.*

Às gestantes que voluntariamente participaram desse estudo.

Agradecimentos

A Deus e a todos os irmãos do plano espiritual.

À toda minha família, pela compreensão nos momentos de ausência física ou mental, e aos meus amigos. Com vocês divido todas as minhas conquistas.

Às gestantes sob meu cuidado, fontes de inspiração constante para minha capacitação técnica.

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Guilherme Cecatti, que desde minha formação profissional me despertou o gosto pela pesquisa. Seu exemplo sempre me norteou.

Aos professores do CAISM, sem exceção, que me proporcionaram ambiente aconchegante e estimulante, da graduação à residência, e agora na pós-graduação. Vocês fazem parte da minha vida.

Aos meus colegas de pós-graduação, pela companhia e rica troca de experiências durante a elaboração do projeto.

À enfermeira Camila Elias Macchetti, pela parceria impecável na coleta de dados.

Às enfermeiras da Maternidade de São Carlos, Ana Carolina, Karine e Vânia, pelo auxílio na complementação de informações da pesquisa.

Às funcionárias da Maternidade de São Carlos, Thaise, Mara e Rosângela, pela pronta e sempre simpática contribuição.

À diretora do departamento de regulação da Secretaria de Saúde de São Carlos, Sra Elma Formiga, e aos funcionários do Setor de Informática, Júlio, Fábio e Luiz, pela disponibilidade e alegre convivência durante o trabalho de pesquisa.

Às amigas do Programa de Saúde da Mulher de São Carlos: Cláudia Adão Alves, Rosimeiri Marostica, Camilla Caetano Rozetti e à Dra. Marilda Siriani.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	vii
Resumo	ix
Summary	xi
1. Introdução	13
2. Objetivos	18
2.1. Objetivo geral	18
2.2. Objetivos específicos.....	18
3. Sujeitos e Método	20
3.1. Desenho de estudo	20
3.2. Tamanho amostral.....	20
3.3. Seleção dos Sujeitos	21
3.3.1. Critério de inclusão	22
3.3.2. Critérios de exclusão.....	22
3.4. Variáveis.....	22
3.4.1. Variáveis dependentes.....	22
3.4.2. Variáveis independentes.....	23
3.4.3. Variáveis de controle.....	24
3.5. Instrumento para coleta de dados.....	25
3.6. Coleta dos dados.....	26
3.7. Controle de qualidade	27
3.8. Processamento e análise dos dados	28
3.9. Considerações éticas	28
4. Publicações.....	31
4.1. Artigo 1	32
4.2. Artigo 2	51
5. Discussão Geral	76
6. Conclusões.....	82
7. Referências Bibliográficas.....	84
8. Anexos	90
8.1. Anexo 1 – Carta de aprovação do CEP	90
8.2. Anexo 2 – Ficha para coleta de dados.....	92
8.3. Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
8.4. Anexo 4 – Comprovante do envio do artigo para Cad Saude Publica.....	94
8.5. Anexo 5. Comprovante do envio do artigo para Rev Saude Publica.....	95

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

ACEG – Ambulatório de Cuidados Especiais na Gestação

AMM – Associação Médica Mundial

ARES – Área Regional de Saúde

CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFM – Conselho Federal de Medicina

DATASUS – Sistema de informações do SUS

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MedLine – US National Library of Medicine

NV – Nascido Vivo

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

- SIAB** – Sistema de Informação sobre Atenção Básica
- SciELO** – *Scientific Electronic Library Online*
- SINASC** – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
- SISPRENATAL** – Sistema de Informações do Pré-Natal
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UTI** – Unidade de Terapia Intensiva
- VAT** – Vacinação Anti-Tetânica
- UNICAMP** – Universidade Estadual de Campinas
- WHO** – *World Health Organization*

Resumo

Objetivo: Compilar através de uma revisão sistemática os resultados de publicações sobre o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e comparar dados referentes ao pré-natal de mulheres residentes no município de São Carlos, SP, obtidos no cartão da gestante e no SISPRENATAL, analisando o cumprimento dos requisitos mínimos e os indicadores de processo propostos. **Sujeitos e Método:** Para a revisão sistemática, identificaram-se os estudos primários sobre o assunto através de consulta aos bancos de dados MedLine e Scielo, a partir de 2001, com informações obtidas através do SISPRENATAL ou outras fontes. Foi realizada uma metanálise, estimando-se a proporção combinada de cada indicador com seu respectivo IC95%. Para o estudo no município de São Carlos, SP, realizou-se corte transversal com 1489 puérperas internadas para parto pelo SUS na Maternidade de São Carlos, entre novembro de 2008 e outubro de 2009. Os dados referentes ao pré-natal foram coletados no cartão da gestante e no SISPRENATAL. A informação foi comparada entre as duas fontes utilizando o teste de χ^2 de McNemar para amostras relacionadas. **Resultados:** Segundo os artigos incluídos na revisão sistemática, os indicadores de processo apresentaram aumento de seu registro

ao longo do período segundo ambas as fontes de dados, com valores inferiores registrados no SISPRENATAL. A cobertura de pré-natal em São Carlos foi de 97,1% de acordo com o cartão de pré-natal e de 92,8% segundo o SISPRENATAL, com diferença significativa entre ambas as fontes de informação para todos os requisitos mínimos do PHPN e indicadores de processo. O cartão de pré-natal apresentou registro de informações superior ao do SISPRENATAL (exceção para a primeira consulta de pré-natal). A proporção de mulheres com seis ou mais consultas e todos os exames foi de 72,5% pelo cartão e de 39,4% pelo sistema oficial, diferenças mantidas para as cinco áreas de saúde do município. **Conclusões:** O banco de dados SISPRENATAL registra baixa cobertura do PHPN, se comparado com outras fontes, com única exceção da proporção de gestantes em relação ao número de nascidos vivos, que no SISPRENATAL foi de 23,05% em média entre os diversos artigos, enquanto foi de 15,94% segundo outras fontes. Em São Carlos, o SISPRENATAL não foi uma fonte segura para avaliação da informação disponível sobre pré-natal. Houve grande adesão ao PHPN, porém o registro da informação foi deficiente. Após dez anos da criação do programa, cabe agora aos municípios adequação da qualidade da assistência e de capacitação técnica multiprofissional para correta documentação de informação em saúde.

Palavras-chave: pré-natal, gestação, saúde da mulher, saúde pública, avaliação de programa, SISPRENATAL, serviços de informação, Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), revisão sistemática.

Summary

Objective: To combine in a systematic review results of publications on the Program of Humanization of Prenatal Care and Childbirth (PHPN) and to compare information regarding prenatal care of women from São Carlos, SP, obtained from the prenatal chart and from SISPRENATAL, assessing compliance with the minimum requirements and the process indicators as proposed. **Subjects and Methods:** For the systematic review, the primary studies on the subject were identified by consulting the databases MedLine and Scielo from 2001 upwards, with information obtained from SISPRENATAL or other sources. A meta-analysis was then performed, estimating the pooled proportion for each process indicator with its respective 95%CI. For the study in São Carlos, SP, a cross sectional study of 1489 women admitted for childbirth by Public Health System at the Maternity of S. Carlos was performed, between November 2008 and October 2009. The data on prenatal care were collected from prenatal chart and from SISPRENATAL. The information was compared between the two sources using the McNemar χ^2 test for related samples. **Results:** According to the articles included in the systematic review, process indicators showed an increase in their record across the period by both data sources, with lower

values registered in SISPRENATAL. The coverage of prenatal care in São Carlos was 97.1% according to the prenatal chart and 92.8% according to SISPRENATAL, with significant difference between both sources of information for all the minimum requirements and process indicators. The prenatal chart had more recorded information than SISPRENATAL (except for the first prenatal visit). The proportion of women with six or more visits and all basic lab exams was 72.5% by the chart and 39.4% by the official system, differences held for the five municipalities' health areas. **Conclusions:** There was a low coverage of PHPN according to SISPRENATAL, compared with other sources of information, with the only exception of the proportion of pregnant women in relation to the number of live births. This was 23.05% on average in SISPRENATAL among several articles, while 15.94% according to other sources. In São Carlos, SISPRENATAL was not a reliable source for assessing the information available about prenatal care. There was a great adhesion to PHPN, but the registry of the information was flawed. After ten years of starting the program, it is now up to municipalities to adequate the quality of care and technical training for correct documentation of health information.

Keywords: prenatal care, pregnancy, women's health, public health, program evaluation, SISPRENATAL, information services, Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth (PHPN), systematic review.

1. Introdução

No ano de 2000, o Ministério da Saúde implantou no Brasil o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN). O programa consistia no estabelecimento de critérios mínimos a serem cumpridos durante o seguimento pré-natal (Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000).

A iniciativa da criação de um programa para atendimento à gestante baseou-se em conceitos de humanização do cuidado e padronização de medidas que, em conjunto, proporcionariam atendimento mais adequado às gestantes, nos moldes do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (Serruya et al., 2004).

Acompanhamento pré-natal efetivo e apropriado deve ser oferecido a todas as gestantes, e já há evidências científicas embasando o cuidado mínimo: investigação sorológica e tratamento para HIV e sífilis, rastreamento para hepatite B e administração de imunoglobulina específica para o recém-nascido, pesquisa de bacteriúria assintomática, tipagem sangüínea e consultas realizadas por profissional de saúde treinado em obstetrícia (Villar et al., 2001; WHO, 2005).

A proposta do PHPN, desde sua implantação, já incluía o início precoce do acompanhamento da gestante (antes da 17ª semana de gestação ou 120 dias de amenorreia), mínimo de seis consultas (uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre), investigação complementar laboratorial mínima em duas ocasiões (incluindo tipagem sangüínea, fator RH, hemoglobina, hematócrito, glicemia, sorologias para sífilis e HIV e análise simples de urina), imunização contra o tétano e consulta puerperal até 42 dias pós-parto (Brasil, 2000).

Além da meta do atendimento humanizado, no modelo da atenção integral, a iniciativa da criação do programa originava-se também da necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal. A razão de mortalidade materna no Brasil ainda era muito superior à dos países desenvolvidos, com a grande maioria dos óbitos maternos por causas obstétricas e ainda considerada evitável (Brasil, 2007).

O sistema de informação SISPRENATAL foi o instrumento criado pelo DATASUS para coleta de dados sobre o pré-natal a nível nacional no contexto do programa PHPN. Como instrumento de gestão, ele permitiu que, através do monitoramento do cumprimento das ações mínimas essenciais contempladas no programa, houvesse a implementação de repasse de verbas para municípios que cumprissem os quesitos mínimos recomendados. Esse seria o estímulo financeiro para incrementar o cumprimento das metas estabelecidas. A disponibilização de recurso financeiro para investimento em individualização de

medidas a nível regional é fundamental na organização do cuidado, além da qualidade do serviço de saúde (Say, Raine, 2007; Costa et al., 2005).

No caso de conclusão do seguimento da gestante com a obtenção de todas as metas, os municípios que aderiram ao programa receberiam recurso financeiro de valor fixo para cada pré-natal realizado dentro da proposta do PHPN. A alimentação dos dados do SISPRENATAL seria feita através de planilhas semanais, com registro diário de consultas e de solicitações de exame (Brasil, 2000).

Houve inicialmente grande adesão de municípios de todo o país ao PHPN, porém quanto ao cumprimento das metas há muito ainda a ser alcançado. Em todo o Brasil, apesar de uma década da implantação do programa, ainda persiste o baixo cumprimento das metas propostas, com taxas de conclusão não ultrapassando o máximo de 20%, com grandes variações por região (Trevisan et al., 2002; Serruya et al., 2004; Almeida et al., 2005; Pinto e Silva et al., 2005; Brasil, 2006; Coimbra et al., 2007; Nascimento et al., 2007; Brasil, 2008).

São Carlos é um município localizado no centro do estado de São Paulo, com população estimada de 193 mil habitantes, segundo o último censo do IBGE (Brasil, 2004). O município foi o primeiro do estado a aderir ao PHPN, tendo assinado o termo de adesão em 16 de janeiro de 2001. Desde então, vem apresentando cobertura de atendimento pré-natal maior que a média do estado e redução da mortalidade perinatal (São Paulo, 2010).

Desde a adesão ao programa, vêm-se criando estratégias no município para sensibilização dos profissionais de saúde envolvidos com o cuidado à gestante na rede pública, desde funcionários administrativos, toda equipe de enfermagem e médicos. Dentre essas estratégias, destacam-se a criação do Programa de Saúde da Mulher (São Carlos, 2002), programas de educação continuada e capacitação destinada aos profissionais de saúde (enfermagem, médicos de família e comunidade, e ginecologistas e obstetras) e criação de protocolos que reforçam as medidas propostas pelo PHPN.

Apesar da melhora de indicadores de saúde, o registro das informações no SISPRENATAL em São Carlos ainda aponta deficiências no cumprimento das metas do PHPN, o que poderia ser traduzido por qualidade de seguimento pré-natal aquém do estipulado pela OMS e pelo Ministério da Saúde. Acredita-se que, principalmente nos países em desenvolvimento, a organização do cuidado à gestante, associada ao melhor treinamento dos profissionais de saúde responsáveis pelo seu atendimento, poderá diminuir a morbimortalidade materna e perinatal (WHO, 2005).

Através da comparação dos dados obtidos a partir das duas principais fontes de registro do acompanhamento na gestação, que são o cartão da gestante e os dados oficiais constantes do programa SISPRENATAL, foi possível evidenciar a real cobertura e qualidade da atenção à saúde da gestante no município de São Carlos.

No caso do sistema de dados refletir a realidade da atenção à saúde da gestante no município de São Carlos, será evidenciada a necessidade de implantação e/ou reforço de programas para melhora da qualidade do seguimento pré-natal no município; no caso do sistema não representar a real amplitude e qualidade do atendimento, uma correção na forma de alimentação de dados deverá ser implantada.

A evidência da cobertura do pré-natal superior à que consta no sistema poderá implicar em incremento no repasse do incentivo financeiro para o município. Isso, por sua vez, possibilitará aumento dos incentivos quantitativos e qualitativos direcionados à atenção das gestantes durante o pré-natal e o parto, com o objetivo de melhora da sua qualidade.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Identificar e compilar as avaliações já publicadas sobre o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e avaliar a cobertura, a qualidade e a informação disponível sobre o pré-natal no município de São Carlos.

2.2. Objetivos específicos

- Realizar revisão sistemática dos artigos já publicados avaliando o pré-natal após a implantação do PHPN;
- Avaliar a adesão e o cumprimento das metas do PHPN em São Carlos, usando as informações constantes no cartão da gestante na época do parto e, posteriormente, mediante consulta ao SISPRENATAL.

- Avaliar a qualidade da atenção à saúde da gestante em São Carlos, através dos indicadores de processo recomendados pelo Ministério da Saúde no município.
- Avaliar a qualidade da informação disponível sobre o seguimento pré-natal em São Carlos através da comparação de ambas as fontes de informação.

3. Sujeitos e Método

A presente dissertação contempla inicialmente uma revisão sistemática cujo método está especificado no artigo correspondente e o estudo de corte transversal cujo método está detalhado neste capítulo.

3.1. Desenho de estudo

Foi realizado estudo epidemiológico do tipo corte transversal, de base populacional.

3.2. Tamanho amostral

A base de cálculo para o tamanho amostral levou em conta levantamentos prévios de cumprimento das metas do PHPN no município. Partindo de uma porcentagem de cumprimento de metas pelo PHPN de 31%, admitindo uma diferença mínima desejável entre as duas fontes de informação de 10%, o tamanho amostral mínimo calculado é de 80 casos. Esse é o número mínimo de observações que deve ser atingido em cada mês do período de um ano de coleta prospectiva dos dados. Considerando o número médio mensal de partos na instituição, esse número deve ser superado.

3.3. Seleção dos Sujeitos

Foram sujeitos de pesquisa mulheres internadas para parto financiado pelo Sistema Único de Saúde no município de São Carlos, na Maternidade da Santa Casa de Misericórdia, única instituição credenciada pelo SUS.

A identificação das participantes foi feita pela pesquisadora e por uma assistente de pesquisa, na própria maternidade. A seleção foi realizada junto à unidade de atendimento da enfermagem, onde ficam dispostos os prontuários médicos. Ao prontuário é anexado rotineiramente o cartão da gestante, uma das fontes de informação a ser utilizada.

Os pesquisadores obtiveram a relação dos partos nas últimas 48 horas, expedida diariamente pelo escriturário do setor; a partir desse documento foram identificadas as possíveis candidatas, mulheres elegíveis ao estudo. Os sujeitos foram então consultados sobre seu interesse de participação do estudo, ainda nas dependências do setor de puerpério da maternidade. As puérperas ausentes nesse momento foram procuradas posteriormente no mesmo local, evitando interromper outras atividades (rotinas de puerpério: amamentação, orientações sobre alta e retorno puerperal, vacinação do recém-nascido, visita ao recém-nascido internado em berçário ou UTI, etc.) que porventura estivessem realizando.

Às mulheres elegíveis foi apresentada a pesquisa, seus objetivos e justificativa, explicado e lido o termo de consentimento livre e esclarecido, que

seria assinado pela mulher ou seu responsável legal, caso houvesse concordância com a participação.

3.3.1. Critério de inclusão

- Puérperas provenientes do município de São Carlos, selecionadas durante sua permanência mínima na instituição após resolução de gestação (parto), ou seja, até quarenta e oito horas após o nascimento.

3.3.2. Critérios de exclusão

- Mulheres que tenham perdido ou extraviado seu cartão de pré-natal ou originárias de outros municípios.

3.4. Variáveis

3.4.1. Variáveis dependentes

- Cobertura do PHPN em São Carlos, avaliada a partir do número de gestantes que aderiram ao programa. A adesão foi categorizada em “sim”, segundo a ocorrência de qualquer um dos critérios:
 - Ter cadastro no programa, que foi avaliado pela presença ou não de uma sequência numérica do SISPRENATAL, anotada na carteira da gestante; e/ou
 - Ter cumprido as metas do PHPN durante a gestação, mesmo sem o cadastro.

- Qualidade do cuidado à gestante em São Carlos, avaliada através do cumprimento dos quesitos mínimos do PHPN segundo cada uma das fontes analisadas: início do pré-natal até 17 semanas ou 120 dias de amenorreia, mínimo de seis consultas, coleta de exames laboratoriais recomendados no início do pré-natal e entre 28 e 30 semanas, realização do exame anti-HIV e imunização contra o tétano, além de uma consulta de puerpério. Esses requisitos foram considerados isoladamente e em conjunto.
- A informação disponível sobre o pré-natal em São Carlos foi avaliada através da concordância ou não de ambas as fontes de informação comparadas.

3.4.2. Variáveis independentes

Cada um dos parâmetros do PHPN, anotados a partir da carteira da gestante, obtida na sua internação para parto, e dos dados do programa SISPRENATAL, obtidos na Secretaria Municipal de Saúde, a partir do DATASUS:

- Início do seguimento antenatal até 17 semanas ou 120 dias de amenorreia (sim ou não).
- Mínimo de seis consultas (sim ou não).
- Coleta da primeira rotina de exames (Hb/Ht, tipagem sangüínea e fator RH, urina, glicemia de jejum e sorologias para sífilis, HIV e hepatite B) (sim ou não).
- Coleta da segunda rotina de exames (Hb/Ht, urina, glicemia de jejum e sorologia para sífilis) (sim ou não).

- Imunização contra o tétano, avaliada através da realização da dose de reforço ou da 2ª dose imunizante (sim ou não).
- Consulta puerperal até 42 dias pós-parto, digitada no banco de dados do SISPRENATAL (dado não disponível durante internação pós-parto) (sim ou não).

3.4.3. Variáveis de controle

- Internação durante gestação (sim ou não).
- Intercorrências clínicas durante a gestação: sim ou não; se sim, quais foram.
- Encaminhamento para Pré-Natal de Risco (sim ou não) e, se sim, porquê.
- Regional de saúde de proveniência da gestante (São Carlos é subdividido em cinco grandes áreas regionais de saúde (ARES): 1, Aracy; 2, Vila Isabel; 3, Redenção; 4, São José; 5, Santa Felícia).
- Idade gestacional ao nascimento, em semanas, obtida do prontuário.
- Via de parto, classificada como vaginal ou cesárea; se cesárea, qual foi a indicação.
- Apgar de 5º minuto (referido em número de 0 a 10).
- Internação do recém-nascido: sim ou não; se sim, qual diagnóstico da internação.
- Encaminhamento do recém-nascido à UTI (sim ou não).
- Idade materna, referida em anos, obtida do prontuário médico.

- Paridade materna, referida em número de gestações e partos anteriores, anotada a partir da carteira da gestante.
- Estado civil da gestante, definido como solteira ou em união estável, dado obtido do prontuário da gestante.
- Escolaridade da gestante, anotada a partir do prontuário médico, levando em consideração até que série completa a gestante frequentou a escola.
- Cor/raça da gestante, anotado a partir do prontuário médico, dividida em branca, parda, asiática ou negra.

3.5. Instrumento para coleta de dados

Foi elaborada uma ficha de coleta de dados especialmente para o estudo, com todas as variáveis relacionadas, a partir das três fontes de informação (prontuário da internação, carteira da gestante e SISPRENATAL), constante no Anexo 2. O instrumento elaborado foi inicialmente submetido a um pré-teste, que evidenciou pequenas dificuldades técnicas de obtenção e registro dos dados necessários para a pesquisa, e correções pertinentes foram realizadas.

A etapa precedente à coleta efetiva foi realizada na mesma instituição em que se concretizou a pesquisa (Maternidade Dona Francisca Cintra, da Santa Casa de São Carlos), sendo aplicado para a mesma população de onde saíam os sujeitos do estudo, obedecendo aos critérios de inclusão determinados.

3.6. Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas. A primeira teve lugar na Maternidade Dona Francisca Cintra, pertencente à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, único hospital que atende aos nascimentos SUS do município, e foi realizada pela própria pesquisadora e por uma assistente de pesquisa, uma enfermeira obstetra.

A coleta foi realizada no período da manhã, antes da prescrição das altas hospitalares, entre 01 de novembro de 2008 e 31 de outubro de 2009, perfazendo o total de doze meses de pesquisa.

A coleta foi feita a cada dois dias, uma vez que a permanência mínima da mulher na maternidade é de quarenta e oito horas. Dessa forma, foi possível contemplar a totalidade de mulheres internadas no período da pesquisa. Os dados obtidos a partir do prontuário de internação e da carteira de gestante foram transcritos para o instrumento de coleta de dados (anexo 1).

Após três meses do início da coleta na maternidade, iniciou-se a segunda parte da pesquisa, a partir de consulta ao banco do DATASUS, para obtenção dos dados do SISPRENATAL, que também foram transcritos para o instrumento. Essa pesquisa foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, no setor de Informática, diretamente da máquina utilizada pelo funcionário responsável pelo recebimento e digitação dos dados do SISPRENATAL do município; essa etapa da coleta teve fim em janeiro de 2010.

O procedimento de coleta no setor de Informática da Secretaria Municipal de Saúde obedeceu a sequência:

- Identificação da Unidade de Saúde de procedência da gestante.
- Digitação do nº do cadastro SISPRENATAL no banco de dados.
- Conferência do nome e data de nascimento da gestante.
- Transcrição dos dados a partir do sistema para o instrumento de coleta.

No caso do não encontro do cadastro no sistema, realizou-se a busca a partir do nome completo da gestante e de sua data de nascimento; se esses dados não estivessem disponíveis, a gestante seria considerada *não cadastrada*.

3.7. Controle de qualidade

A consulta aos prontuários e ao DATASUS foi realizada pela pesquisadora e por sua assistente de pesquisa. Ambos estavam familiarizadas com as rotinas do serviço em que o estudo foi desenvolvido. Antes do início da coleta efetiva dos dados, as pesquisadoras fizeram um treinamento, discutindo a técnica de aplicação do instrumento, com detalhes referentes à obtenção de cada informação, maximizando a uniformização da coleta.

Foi realizado pré-teste do instrumento em duas etapas:

- Coleta de informações da população na instituição que sediaria o estudo, durante 15 dias.

- Coleta dos dados do SISPRENATAL, através da Secretaria de Saúde de São Carlos, referente ao mesmo período.

O instrumento foi avaliado após conclusão da coleta no pré-teste para averiguação de possíveis falhas operacionais, e alterado, em alguns pequenos detalhes. A coleta foi realizada diretamente no instrumento de coleta impresso, e depois digitado em microcomputador portátil disponibilizado apenas para o estudo, sendo feito *backup* diariamente.

3.8. Processamento e análise dos dados

O programa de entrada de dados foi desenvolvido em Epi.Info, versão 6.04b. O programa indicava a ocorrência de inconsistências durante a digitação das informações. Limpeza e consistência dos dados foram feitas no banco de dados antes de sua utilização.

Para a análise dos dados, foram calculadas prevalência e média para as variáveis nominais e contínuas, respectivamente. A análise dos dados foi realizada através dos testes de qui-quadrado de McNemar para grupos relacionados. A apresentação dos dados foi feita através de tabelas.

3.9. Considerações éticas

O presente estudo respeitou os preceitos recomendados quanto aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos: Declaração de Helsinki, na sua

versão mais recente (AMM, 2000), Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), e ainda o Código de Ética Médica (CFM, 1988).

As informações obtidas a partir dos dados coletados tiveram caráter sigiloso, sendo as gestantes identificadas apenas pela série numérica do SISPRENATAL, o que torna impossível relacionar o nome do sujeito de pesquisa ao seu número. Para evitar eventuais dificuldades de identificação de sujeitos com irregularidades no preenchimento do cadastro DATASUS, optou-se por anotar as iniciais do nome de cada puérpera na ficha de coleta de dados. Os dados de identificação encontram-se no cabeçalho do instrumento de coleta, e foram ser destacados posteriormente do corpo de texto para garantir o anonimato dos sujeitos.

As informações somente foram obtidas após apresentação dos objetivos do protocolo aos possíveis sujeitos, através da apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 3). A abordagem às mulheres elegíveis ocorreu durante sua internação no período puerperal, respeitando-se sua rotina hospitalar e metas do alojamento conjunto. Trataram do TCLE a própria pesquisadora e a enfermeira designada para participar do estudo.

Às mulheres elegíveis foi lido o documento na íntegra, esclarecidas suas dúvidas e, no caso de concordância com sua participação, a mesma foi reforçada com assinatura no TCLE.

No caso de mulheres menores de idade, foi obtida a assinatura do responsável legal sempre que possível, mas foi solicitada a adesão à pesquisa

pela adolescente menor de 16 anos quando ela não estivesse acompanhada de responsável legal, desde que ela entendesse os termos do TCLE e as condições especiais a que adolescentes devem ser submetidos, quando voluntários em pesquisas (Quariglia et al., 2006).

Ressalta-se que, de acordo com desenho de estudo, não houve entrevista com os participantes. A coleta dos dados consistiu apenas em consulta ao cartão de gestante e ao prontuário ao qual o cartão estava anexado. Faz-se necessária obtenção do termo de consentimento pelo fato da puérpera ainda se encontrar na instituição, podendo dessa forma decidir sobre a consulta às suas informações médicas.

O estudo foi previamente avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa do CAISM e do Departamento de Tocoginecologia e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP (Anexo 1).

4. Publicações

Artigo 1 – Avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no

Brasil: uma revisão sistemática

Andreucci CB, Cecatti JG.

Artigo submetido à revista *Cad Saude Publica*.

Artigo 2 – O SISPRENATAL como instrumento de avaliação da qualidade de

assistência à gestante

Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH.

Artigo submetido à revista *Rev Saude Publica*.

4.1. Artigo 1

Avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática

Evaluation of Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Brazil: a systematic review

Carla Betina Andreucci ¹

Jose Guilherme Cecatti ¹

1. Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP,.

Título corrido: Revisão sistemática sobre a avaliação do PHPN no Brasil

Running title: Systematic review on the evaluation of PHPN in Brazil

Correspondência:

José Guilherme Cecatti

Caixa Postal 6030

R. Alexander Fleming, 101

13083.881 Campinas – SP

E-mail: cecatti@unicamp.br

Resumo

Em 2000 iniciou-se o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), com critérios quantitativos para o cuidado obstétrico, e o SISPRENATAL foi seu instrumento de informação. O presente estudo compilou os dados nacionais sobre o acompanhamento pré-natal, utilizando o SISPRENATAL ou outras fontes de informação. Trata-se de uma revisão sistemática, com busca eletrônica de artigos no MedLine e Scielo. Compilaram-se publicações a partir de 2001 que utilizaram os indicadores de processo do PHPN. Foi realizada metanálise, estimando-se a proporção média de cada indicador com seu respectivo IC95%. Os indicadores de processo apresentaram incremento ao longo do período, mas o SISPRENATAL registra baixa cobertura do PHPN quando comparado com outras fontes de informação. O PHPN tem pela frente o desafio da correta documentação da informação pelo SISPRENATAL. Deve-se priorizar a conscientização da importância do registro da informação, treinamento para sua inclusão no sistema, e aprimoramento de instrumentos mais acessíveis e menos burocráticos de registro de dados.

Palavras chave: Cuidado pré-natal, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, saúde pública, sistemas de informação, gestantes.

Abstract

The Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth (PHPN) started in 2000, with quantitative criteria for obstetric care, and SISPRENATAL was its source of information. This study pooled the national data on prenatal care, using the SISPRENATAL or other sources of information. This is a systematic review of prenatal care, with an electronic search of articles in MedLine and Scielo. Publications are compiled from 2001 upwards, using the process indicators of PHPN. A meta-analysis was performed, estimating the mean proportion of each process indicator with its respective 95%CI. The process indicators had increased across the period, but the records in SISPRENATAL showed low coverage of PHPN compared to other sources of information. The PHPN faces the challenge of proper documentation of information through SISPRENATAL. Priority should be given to awareness of the importance of recording the information, training for their inclusion in the system, and improvement of tools more accessible and less bureaucratic for data registry.

Keywords: Prenatal Care, Program for Humanization of Prenatal and Childbirth, Public Health, Information Services, Pregnancy.

Introdução

No ano de 2000 foi implantado em todo território brasileiro o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, ou PHPN, uma iniciativa do Ministério da Saúde ¹. A criação de um protocolo mínimo de ações em atenção obstétrica de forma igualitária em todo o país foi resultado da política de enfrentamento às questões ainda sem resolução após vários anos da instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM ².

O PAISM foi a estratégia criada em 1983 e implantada em 1984 pelo Ministério da Saúde para melhoria da atenção à saúde reprodutiva da mulher. As diretrizes do programa previam a capacitação dos serviços de saúde para atender necessidades específicas das mulheres, enfoque multiprofissional do cuidado e integralidade da atenção (contextos social, familiar, emocional e de saúde reprodutiva e preventiva). Outra meta importante do projeto era a humanização da assistência durante todas as fases da vida das mulheres ³.

O PHPN, além da meta do atendimento humanizado, no modelo da atenção integral, incluía também a necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal. A razão de mortalidade materna no Brasil ainda era muito superior à dos países desenvolvidos, com a grande maioria dos óbitos maternos por causas obstétricas, ainda consideradas evitáveis ⁴.

O Programa estabelecia critérios quantitativos mínimos para o cuidado obstétrico, visando indiretamente à obtenção de melhoria na qualidade da atenção. Em um primeiro momento, estipulou-se o repasse de incentivo financeiro para os municípios a cada gestante que cumprisse todas as recomendações, que incluíam início precoce do pré-natal até 120 dias de amenorréia, mínimo de seis consultas, solicitação de exames de rotina em duas ocasiões, teste do HIV, imunização contra o tétano, e consulta puerperal até quarenta e dois dias pós-parto ¹.

O sistema de informação SISPRENATAL foi o instrumento criado pelo DATASUS para coleta de dados sobre o pré-natal a nível nacional no contexto do PHPN. Como instrumento de gestão, ele permitiu que, através do monitoramento do cumprimento das ações mínimas essenciais contempladas no Programa, houvesse a implementação de repasse de verbas para municípios que cumprissem os requisitos mínimos recomendados. Esse seria o estímulo financeiro para incrementar o cumprimento das metas estabelecidas. A disponibilização de recurso financeiro para investimento em individualização de medidas a nível regional é fundamental na organização do cuidado, além da qualidade do serviço de saúde ^{5,6}.

A quase uma década da implantação do PHPN, diferentes estudos mostram que a sua abrangência ainda está muito aquém do desejado. Houve inicialmente grande adesão de municípios de todo o país ao Programa, porém quanto ao cumprimento das metas há ainda muito a ser alcançado ⁷. De uma maneira geral, em todo o Brasil ainda persiste o baixo cumprimento de todo o conjunto das metas propostas, com taxas de conclusão não ultrapassando o máximo de 20%, com grandes variações por região ⁸⁻¹⁸.

Hoje, mais do que o monitoramento nacional da atenção obstétrica, o SISPRENATAL visa a obtenção de informação em saúde durante o pré-natal, parto e puerpério, ação fundamental para avaliação do cuidado em diferentes contextos. As informações obtidas, se realmente precisas, podem refletir o diverso panorama da saúde materna no Brasil, permitindo investimentos a nível local, regional e universal, com especificações para cada grupo populacional ou contexto social. Entretanto, apesar das múltiplas avaliações efetuadas da atenção pré-natal em diferentes contextos brasileiros depois da implantação do Programa e utilizando dados do SISPRENATAL, não existe uma avaliação ampla e extensiva de todo o território nacional ao longo de uma década de funcionamento do sistema. Além disso, não existe uma boa avaliação do próprio sistema de coleta de informações a respeito da qualidade das informações ou ainda da evolução dos critérios mínimos e bem como dos indicadores de processo ao longo desse período.

O objetivo do presente estudo é compilar os dados nacionais sobre o acompanhamento pré-natal de acordo com as metas do PHPN e utilizando o sistema de informações do SISPRENATAL, através de uma revisão sistemática, com destaque para os métodos de obtenção dos dados nos diferentes estudos, o número de casos estudados, os parâmetros do PHPN avaliados, a cobertura do Programa nas diferentes regiões e/ou municípios, e o cumprimento às metas do programa através dos indicadores de processo.

Método

Trata-se de uma revisão sistemática sobre avaliações da assistência pré-natal em diferentes regiões do Brasil, de acordo com as metas propostas pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério de Saúde e de seus indicadores de processo, em vigor no país desde 2000 ¹.

Para a identificação dos estudos primários sobre o assunto, foram consultados os bancos de dados MedLine e Scielo. A busca foi realizada através da combinação das palavras-chave “prenatal care”, “antenatal care”, “PHPN”, “SISPRENATAL”, “Brazil” e “program evaluation”, com língua e sintaxe apropriadas a cada banco de dados, a partir de 2001 e sem restrição de língua. Os critérios de inclusão dos estudos à revisão foram: estudo publicado a partir de 2001 contendo dados originais sobre avaliação do pré-natal utilizando pelo menos um dos critérios mínimos e/ou os indicadores de processo definidos pelo PHPN, com as informações coletadas ou não pelo SISPRENATAL.

Para os resultados de cada busca, a seleção inicial ocorreu pela simples leitura dos títulos encontrados, sendo descartados aqueles evidentemente não relacionados ao tema, local ou período selecionados, bem como os que não continham dados originais. Para os potencialmente elegíveis, os resumos foram avaliados para uma segunda etapa de seleção quanto à elegibilidade. Os artigos que aparentemente cumpriam com os critérios de inclusão foram obtidos e analisados na íntegra, sendo finalmente incluídos aqueles que contemplavam a proposta da presente revisão sistemática. Adicionalmente as listas de suas referências bibliográficas foram examinadas para busca de outros artigos ainda não rastreados pela busca eletrônica.

Tanto a busca sistemática dos artigos, como a seleção dos mesmos para inclusão na revisão e a extração dos dados, foram realizadas independentemente por dois pesquisadores que posteriormente confrontaram seus resultados, resolvendo as discrepâncias por consenso. Para os estudos identificados que cumpriram os critérios de inclusão, foi construída uma tabela com suas características, incluindo autor, ano e local do estudo, método utilizado, participantes e principais resultados. Especificamente para os resultados de cada estudo referentes aos indicadores de processo recomendados pelo PHPN 1, foi realizada uma compilação dos mesmos através de uma metanálise, estimando-se a proporção combinada de cada indicador com seu respectivo IC95%, separadamente para os resultados cuja fonte de informação foi o próprio SISPRENATAL ou outra fonte qualquer. Para isso foram utilizados apenas os resultados relatados em termos absolutos para cada indicador, ou então se claramente a proporção se referisse a um denominador conhecido, para que os valores absolutos fossem resgatados. Para esse procedimento foi utilizado o programa StatCalc Statistical Software® versão 6.1.2

para a estimativa da proporção média com suposição de amostragem aleatória simples e IC95% segundo Fleiss.

Resultados

A Figura 1 mostra o fluxograma da estratégia adotada para busca e inclusão dos artigos e as razões de exclusão de textos não inseridos. Dos 351 artigos inicialmente identificados com a estratégia de busca utilizada, 22 artigos tiveram que ser avaliados na íntegra, sendo que 18 cumpriam com os critérios de inclusão da revisão. Estes 18 artigos referiam-se a 16 estudos, porque dois deles estavam relatados cada um em dois artigos distintos.

A Tabela 1 mostra as características dos estudos incluídos na análise. A quase totalidade dos estudos utilizou uma abordagem transversal de desenho de estudo para a obtenção das informações que foram coletadas ou diretamente do SISPRENATAL ou, mais frequentemente, de outras fontes, incluindo inquéritos, entrevistas estruturadas entre puérperas, dados de prontuário clínico e de cartão de pré-natal, entre outros. Apenas 6 artigos incluídos na revisão foram originalmente publicados em língua inglesa. Todos os demais em português.

A Tabela 2 mostra a compilação dos indicadores de processo para avaliação do pré-natal. Quanto ao “início do seguimento do pré-natal no primeiro trimestre”, houve incremento ao longo do período na proporção de gestantes segundo ambas as fontes de dados, sendo que o SISPRENATAL registrou números de cobertura ligeiramente inferiores. Quanto à “proporção de gestantes em relação ao número de nascidos vivos”, houve maior adesão e aumento ao longo do tempo, segundo o SISPRENATAL. Entretanto, pelas informações disponíveis, a cobertura é ainda baixa, não ultrapassando no conjunto mais que um quarto de todos os nascidos vivos.

Com relação à “proporção de gestantes com seis ou mais consultas” de pré-natal, houve maior registro desse indicador em outras fontes de informação do que no SISPRENATAL, também com tendência ao maior registro da informação com o passar do tempo. Esse é o primeiro indicador de processo que mostra uma discrepância grande entre a informação do sistema (26,8%) e a obtida por outras fontes (56,1%).

Quando se associam diferentes critérios para compor os indicadores “seis consultas e consulta puerperal”, “seis consultas e todos os exames” ou “seis consultas, todos os exames

e consulta puerperal”, essas informações só estiveram disponíveis no SISPRENATAL e mostraram genericamente baixa cobertura, com valores médios entre 8 e 16% do total de mulheres investigadas.

O indicador “teste do HIV” mostrou maior cobertura segundo outras fontes, de forma irregular ao longo do tempo, atingindo 52% das mulheres. Também a proporção de mulheres imunizadas contra o tétano (indicador “VAT”) foi maior segundo outras fontes, de cerca de 75%, embora tenha apresentado acréscimo ao longo dos anos segundo o SISPRENATAL. Ambos indicadores mostram uma cobertura significativamente maior quando outras fontes de informação são avaliadas que não o SISPRENATAL.

Finalmente, o indicador “seis consultas, consulta puerperal, todos os exames, teste HIV e tétano” que representa a totalidade do conteúdo mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde no Programa, apresentou baixa cobertura segundo todas as fontes, sendo muito inferior segundo o SISPRENATAL (7,25%) quando comparado com outros registros (16,79%).

Discussão

O PHPN representou uma iniciativa sem precedentes na saúde pública do Brasil, ao estipular um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o seguimento da gestação. O Ministério da Saúde se baseou em recomendações da Organização Mundial de Saúde e em protocolos internacionais para criar o programa, no entanto adaptando as recomendações mínimas à realidade da saúde pública nacional ². De forma até então inédita, secretarias estaduais e municipais de saúde puderam se orientar na criação de fluxo de atendimento próprio, sempre compreendendo os requisitos mínimos preconizados nacionalmente.

O SISPRENATAL foi o instrumento de gestão que permitiu o acompanhamento da adesão ao programa, de seu cumprimento de metas e, diretamente, das estatísticas de saúde materno-infantil no contexto nacional, através da compilação dos dados de cada município brasileiro. Os municípios cumpridores dos requisitos mínimos em conjunto receberiam verbas de incentivo, que deveriam gerar novos investimentos locais em qualidade do cuidado da saúde da gestante. Através dos indicadores de processo propostos, o monitoramento dos resultados é outra importante ferramenta de gestão, capaz de gerar

ações programáticas e estratégicas, baseadas no perfil da população-alvo. O presente estudo procurou comparar a disponibilidade das informações sobre acompanhamento pré-natal no Brasil, a partir do cumprimento dos requisitos mínimos e dos indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN).

De forma geral, a fonte oficial de informações sobre o cuidado obstétrico no país, o banco de dados SISPRENATAL, registra baixa cobertura do PHPN, se comparado com outras formas de disponibilização dos dados. A única exceção, na presente análise, foi a proporção de gestantes em relação ao número de nascidos vivos, que no SISPRENATAL foi de 23,05% em média entre os diversos artigos, enquanto foi de 15,94% segundo outras fontes (prontuários de internação, entrevistas com puérperas ou estatísticas institucionais). É importante notar que para os dados compilados do SISPRENATAL, basicamente apenas dois estudos, um publicado ainda em 2004 e referente a 2001 e 2002 e outro publicado em 2008 ^{7,9,17}, contribuem com a quase totalidade das informações disponíveis, porque englobam uma casuística conjunta superior a um milhão de mulheres.

Quando se compararam as informações oficiais constantes no sistema e as mesmas informações a partir de outras fontes (prontuários de internação hospitalar e/ou seguimento ambulatorial e entrevistas com puérperas), observa-se que o cumprimento das metas e dos indicadores de processo parecem ser subnotificados no sistema de informações. Seguindo este raciocínio, a documentação dos dados encontra-se provavelmente deficiente em nível nacional, não refletindo o real acompanhamento das gestantes nas diferentes redes de saúde do país, como já propuseram alguns autores ^{8,16}.

A meta indireta da qualidade do acompanhamento tem sido alcançada no país através da adesão crescente dos municípios ao Programa, e da adequação dos diferentes elementos das redes de saúde em todos os âmbitos, sejam local, regional ou nacional, para cumprimento de seus requisitos mínimos. A implantação do PHPN, com sua proposta inovadora do protocolo para o cuidado, representou avanço inegável na qualidade da atenção obstétrica. O próprio incentivo financeiro disponibilizado por cumprimento das metas em conjunto serve como força motriz para os gestores de saúde. Após dez anos de implantação do Programa, entretanto, o PHPN tem ainda pela frente o desafio da correta documentação da informação em saúde, através do SISPRENATAL.

Pode-se supor que as metas nacionais do Programa alcançaram números expressivos em todo território nacional, mas que seu registro no sistema foi inferior à realidade. Acreditamos que o protocolo do Ministério de Saúde deva continuar norteando as ações em atenção obstétrica, mas que se devam estipular em paralelo investimentos em recursos humanos para conscientização da importância da informação em saúde, treinamento para sua inclusão nos sistemas de informação, e aprimoramento de instrumentos mais acessíveis e menos burocráticos de registro de dados.

Alguns estudos sugerem inclusive que, após adesão ao PHPN pelas instituições municipais de saúde, houve melhora da atenção obstétrica pública, em detrimento à atenção privada, não sujeita até recentemente ao monitoramento pelo Ministério da Saúde ¹⁰. Só mais recentemente, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, é que alguns indicadores passaram a ser monitorados também no setor privado.

A humanização da atenção obstétrica, que dá nome ao programa, ainda está longe de ser alcançada, na maioria dos municípios brasileiros. Pela própria definição da humanização ³⁰, pressupõe-se que a rede de cuidado integrada, com acolhimento e vínculo do usuário com o sistema de saúde e educação em saúde disponibilizada universalmente entre usuários e equipe multiprofissional, permitirá que o atendimento à gestante se torne mais eficaz, incluindo melhores estratégias de documentação da informação. Mulheres relatam com frequência dificuldades de acesso ao atendimento básico ²², e desconhecem a maioria das propostas do PHPN; informá-las sobre as metas propostas e integrá-las como co-responsáveis pelo cuidado é uma das diretrizes da humanização.

A estratégia de atendimento nas unidades de saúde precisa contemplar de forma efetiva a documentação de dados, seja em planilhas do programa ou diretamente no SISPRENATAL, quando possível. Acreditamos inclusive que a informatização dos prontuários médicos será importante fator de facilitação de alimentação das informações do DATASUS, além de evitar a fragmentação do atendimento dos usuários nos diferentes níveis de atenção (primário, secundário ou terciário). No entanto, a adequação das medidas deve ser proposta localmente, uma vez que é ilusório imaginar que uma única medida de nível nacional possa servir aos diferentes contextos de realidade no país.

Outro aspecto a se considerar é que, concomitantemente à adequação dos instrumentos de informação e da capacitação de recursos humanos, a qualidade dos serviços também

depende da rede de apoio disponível, representada pelo acesso ao pré-natal especializado, quando houver necessidade, facilidade para transferências hospitalares nos diferentes níveis de complexidade, e exames complementares disponíveis com qualidade técnica avaliável segundo parâmetros rígidos de qualidade.

O PHPN é uma estratégia eficaz de cuidado à saúde da gestante e da futura criança, na perspectiva de melhora dos indicadores nacionais de saúde. Na atualidade, cabe aos gestores de todos os âmbitos, seja nacional, estadual ou municipal, aumentar a cobertura global do programa, incentivando o cumprimento de todas as metas propostas, e assegurando a correta documentação dos dados reais do acompanhamento durante gestação, parto e puerpério. Isso pressupõe, evidentemente, também uma preocupação com a qualidade dos procedimentos realizados.

A presente revisão sistemática basicamente mostra que o sistema de informação do PHPN, o SISPRENATAL, parece apresentar falhas de registro dos procedimentos mínimos recomendados pelo Programa na atenção das gestantes, em comparação com outras fontes de informação. Isso remete à necessidade de que uma comparação entre o SISPRENATAL e outras fontes de informação seja feita simultaneamente em uma mesma população para que se possa de fato afirmar que o sistema não está sendo alimentado de forma completa e correta. Só em posse desta evidência é que se reforçaria o argumento da necessidade de modificações ou reorientações para melhorar a qualidade destas informações no sistema, o que permitiria que ele de fato refletisse a situação da atenção profissional à gestante brasileira.

Agradecimentos

Nossos agradecimentos à FAPESP que, através de um auxílio à pesquisa, possibilitou a realização desta revisão sistemática (Processo 2009/01056-4).

Autoria

JGC teve originalmente a idéia de fazer a revisão sistemática. JGC e CBA planejaram a estratégia de busca, realizaram a busca e identificação dos artigos, a avaliação dos mesmos, a extração dos dados originais de cada um e a metanálise. CBA preparou a primeira versão do manuscrito que foi posteriormente corrigida e complementada por JGC. Ambos autores revisaram a versão final e estão de acordo com seu conteúdo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, 2000.
2. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O Panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, Recife. 2004; 4(3):269-279.
3. Osís MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saude Publ*, Rio de Janeiro. 1998; 14(Supl.1):25-32.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, 2007.
5. Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(5): 768-74.
6. Say L, Raine R. A Systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bull World Health Org* 2007; 85(10): 812-9.
7. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2004; 20(5):1281-1289.
8. Trevisan MR, De Lorenzi DR, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24: 293-9.
9. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004; 26(7):517-25.
10. Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Pan Am J Public Health* 2005; 17(1):15-25.
11. Pinto e Silva JL, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(3):103-5.
12. Brasil. Ministério da saúde. Organização Pan-Americana Saúde. PAINEL de Indicadores do SUS. Brasília, 2006.

13. Coimbra LC, Figueiredo FP, Silva AAM, Barbieri MA, Bettiol H, Caldas AJM, Mochel EG, Ribeiro VS. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. *Braz J Med Biol Res* 2007; 40(9):1195-1202.
14. 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.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(2): 383-7.
16. 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.
17. Passos AA, Moura ERF. Indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Ceará, Brasil: análise da série histórica 2001-2006. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2008; 24(7):1572-1580.
18. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectivas das mulheres na avaliação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Puerpério. *Rev Saude Publica* 2009; 43(1):98-104.
19. Moura ERF, Holanda Jr F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2003; 19(6):1791-1799.
20. Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2004; 20(2):534-545.
21. Spindola T, Penna LHG, Progiatti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(3):381-8.
22. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, Recife 2007; 7(1):75-82.

23. Nascimento ER, Rodrigues QP, Almeida MS. Prenatal care quality indexes of public health services in Salvador, Bahia. *Acta Paul Enferm* 2007;20(3):311-5.
24. Chrestani MA, Santos IS, Cesar JA, Winckler L, Gonçalves TS, Neumann NA. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2008; 24(7):1609-1618.
25. Succi RCM, Figueiredo EM, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008;16(6):986-992.
26. Bassani DG, Surkan PJ, Olinto MTA. Inadequate Use of Prenatal Services Among Brazilian Women: The Role of Maternal Characteristics. *Int Persp Sexual Reprod Health* 2009;35(1):15-20.
27. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2009; 25(11): 2507-2516.
28. Victora CG, Matijasevich A, Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan* 2010;25:253-261.
29. Miranda AE, Trindade CR, Nunes RH, Marba EF, Fernandes MC, Quarto GHA, França LC. Factors Associated with Prenatal Care and Seeking Assistance in Public Hospitals in Vitória, Espírito Santo, Brazil. *Women & Health* 2010; 50(3):229-240.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

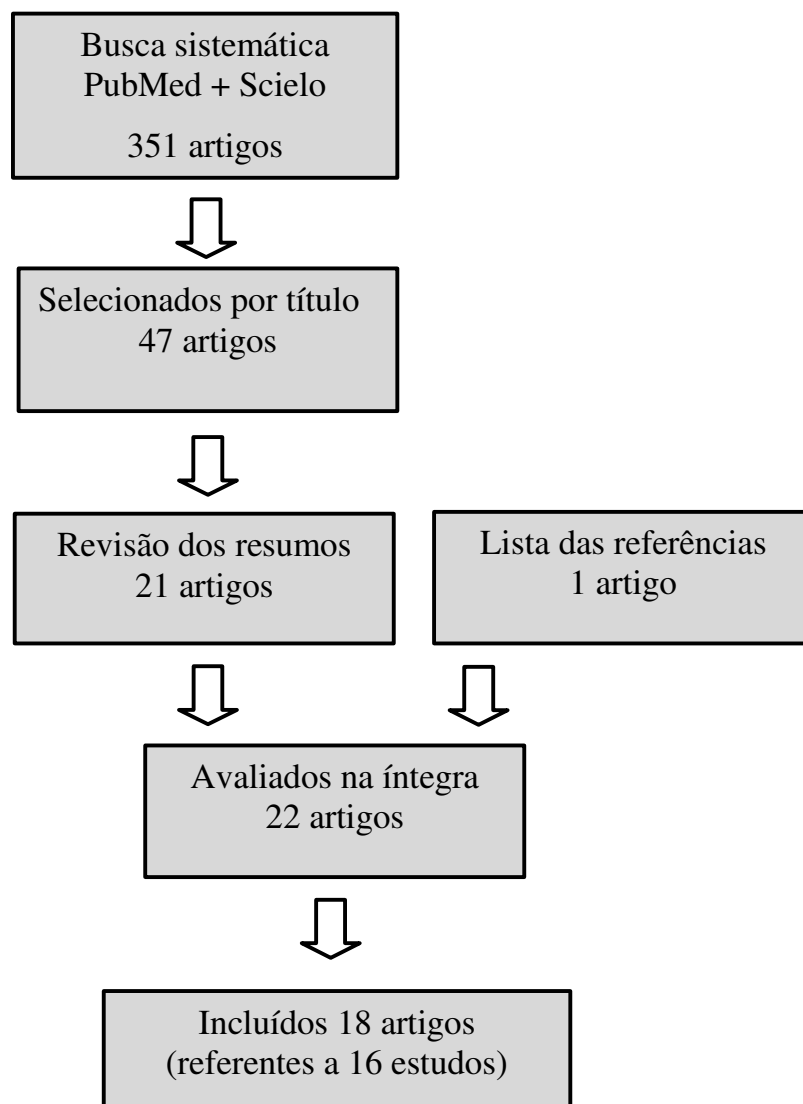


Figura 1. Fluxograma de seleção de artigos

Tabela 1. Características dos estudos incluídos.

Autor, ano e local	Método	Participantes	Resultados
1. Trevisan et al., 2002 ⁸ Caxias do Sul, RS	Corte transversal. Avaliação do cumprimento dos critérios do PHPN.	702 puérperas	Cobertura pré-natal de 95,4%. 44,3% realizaram todos os exames preconizados. Quanto maior a escolaridade materna, melhor a qualidade da atenção pré-natal; quanto maior a paridade, mais tardio o início de acompanhamento.
2. Moura et al., 2003 ¹⁹ Baturité, CE	Corte transversal das informações do SIAB e SINASC.	1023 gestantes cadastradas no SIAB e 173 no SINASC.	58,2% das mulheres tiveram início de pré-natal no 1º trimestre e 89,5% foram imunizadas contra o tétano (SIAB); 18% das gestantes receberam 7 ou mais consultas de pré-natal (SINASC).
3. Ribeiro et al, 2004 ²⁰ Brasil	Corte transversal. Entrevistas com usuárias SUS no modelo de atenção básica e de saúde de família.	203 gestantes de 22 municípios das cinco regiões do país.	Baixa cobertura de sorologia para HIV em ambos os modelos (52,6%). O modelo de Saúde da família apresentou melhores resultados quanto à cobertura vacinal do tétano.
4. Serruya et al, 2004 ^{7,9} Brasil (2 artigos)	Corte transversal. Avaliação dos dados gerados no SISPRENATAL em 2001 e 2002 para todo o país.	720.871 mulheres cadastradas entre 1º de janeiro de 2001 e 31 de dezembro de 2002 (3.183 municípios).	Incremento na cobertura do PHPN de 9,25% em 2001 e 27,92% em 2002. No segundo ano, 90% das gestantes se cadastraram até 120 dias de amenorréia. 20% das mulheres realizaram o mínimo de 6 consultas nos dois anos. Cobertura completa foi de 2% das mulheres cadastradas em 2001 e 5% em 2002.
5. Almeida et al, 2005 ¹⁰ Campinas, SP	Corte transversal por amostra aleatória por entrevistas domiciliares pós parto. Critérios do Ministério de Saúde e índice de Kessner.	248 mulheres residentes em Campinas, que tiveram filhos entre abril de 2001 a março de 2002.	Gestantes de menor renda iniciaram pré-natal mais tardiamente e fizeram número menor de consultas. Maior porcentagem de gestantes de menor renda realizaram a rotina laboratorial completa, em comparação às de maior renda (p=0,019).
6. Spindola et al., 2006 ²¹ , Rio de Janeiro, RJ	Estudo exploratório descritivo de variáveis demográficas, sociais e biológicas.	118 prontuários de pré-natal entre janeiro e junho de 2003, no HU Gaffré e Guinle (UNI-RIO).	42,3% das gestantes iniciaram pré-natal até 17 semanas.
7. Piccini et al., 2007 ²² Regiões Sul e Nordeste	Corte transversal de base populacional e de serviços de saúde (UBS e USF), comparando os dois grupos por região e característica do modelo de atenção.	4078 mulheres do Sul e do Nordeste (41 municípios com mais de 100.000 habitantes), entre março e agosto de 2005.	¼ das mulheres fizeram seis ou mais consultas de pré-natal, sem diferenças estatísticas por região.
8. Nascimento et al, 2007 ^{14,23} Salvador, BA	Corte transversal. Dados obtidos do SISPRENATAL.	6044 gestantes cadastradas nas unidades de saúde em 2002.	A cobertura do PHPN foi de 37,8%, sendo que 14,2% das gestantes fizeram a primeira consulta até o quarto mês. 33,5% das gestantes foram imunizadas para o tétano e 17,6% realizaram o teste para o HIV. Resultados

			apontam para dificuldades de acesso das mulheres aos serviços de saúde, dificuldade na realização de exames e problemas para captação precoce da gestante.
9. Grangeiro et al., 2008 ¹⁶ Quixadá, CE	Corte transversal. Dados do SISPRENATAL.	1.544 cadastros de gestantes entre 2001 e 2004, com dados completos para 1378 gestantes de 2002 a 2004.	A cobertura do SISPRENATAL foi inicialmente baixa, com incremento de mais de 100% até 2004. Houve aumento ao longo dos anos do número de gestantes que realizaram todas as seis consultas. Todas as 6 consultas associadas aos exames básicos apresentaram adesão irregular ao longo dos anos. O cumprimento de todas as metas do PHPN atingiu 2,6% em 2002, 5,68% em 2003 e 21,11% em 2004.
10. Passos et al., 2008 ¹⁷ Fortaleza, CE	Corte transversal do PHPN no Ceará entre 2001 e 2006.	312.507 gestantes cadastradas no SISPRENATAL entre julho de 2001 e agosto de 2006.	A cobertura do PHPN foi de 45,23%. Cumpriram todas as metas do programa 15,67% das gestantes no período estudado.
11. Chrestani et al., 2008 ²⁴ . Norte e nordeste	Inquérito transversal por entrevista de mães de crianças menores de 5 anos em áreas pobres do Norte e Nordeste	1.528 casos em 2002 e 1.529 em 2005	67,8% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre em 2002, e 89,9% em 2005. 41,8% fizeram 6 ou mais consultas em 2002, e 51,8% em 2005.
12. Succi et al., 2008 ²⁵ São Paulo, SP.	Corte transversal a partir de prontuários médicos em 2000 e 2004	1.299 prontuários de gestantes analisados pelos critérios do PHPN.	Em 2004, 60,3% das gestantes iniciaram o acompanhamento no 1º trimestre; mais de 80% das mulheres foram testadas para HIV e 39% fizeram consultas puerperais.
13. Bassani et al., 2009 ²⁶ , Porto Alegre, RS.	Entrevista de puérperas a partir de questionário estruturado, de maio a dezembro de 2002. Avaliação do índice de adequação do pré-natal (Kessner)	611 puérperas até 24 horas pós-parto	71,9% das gestantes iniciaram o pré-natal no 1º trimestre e 76,3% realizaram 6 ou mais consultas.
14. Gonçalves et al., 2009 ²⁷ Rio Grande, RS.	Corte transversal de base populacional entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2007, através de questionário pré-codificado.	2.557 puérperas entrevistadas até 24 horas após o parto.	95,8% das mulheres fizeram pré-natal, sendo que 73,5% iniciaram acompanhamento no 1º trimestre, e 75,3% realizaram 6 ou mais consultas. 70,4% foram testadas para o HIV, 78,3% receberam a imunização anti-tetânica.
15. Victora et al., 2010 ²⁸ , Pelotas, RS	Coorte de nascimentos entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2004.	4.244 mulheres entrevistadas após o parto, com questionário estruturado.	70,4% das mulheres fizeram 7 ou mais consultas e 72,3% iniciaram o acompanhamento no 1º trimestre. 76 mulheres foram imunizadas contra o tétano.
16. Miranda et al., 2010 ²⁹ , Vitória, ES	Corte transversal.	1380 mulheres.	67% das mulheres receberam 6 ou mais consultas de pré-natal.

Tabela 2. Compilação dos indicadores de processo para avaliação do pré-natal segundo o PHPN, em estudos nacionais publicados no período de 2001 a 2010

Indicador / Autor, ano	SISPRENATAL		Outras fontes	
	n	%	n	%
[1]. Início do PN no primeiro trimestre				
Trevisan et al., 2002			232/702	34,7
Moura et al., 2003			595/1023	58,2
Serruya et al., 2004	151528/720871	21,0		
Almeida et al., 2005			204/248	82,2
Spindola et al., 2006			50/118	42,4
Nascimento et al., 2007			6044/42433	14,2
Grangeiro et al., 2008	486/1544	31,5		
Chrestani et al., 2008			1036/1528	67,8
Chrestani et al., 2008			1075/1529	70,3
Succi et al., 2008			783/1299	60,3
Bassani et al., 2009			416/579	71,8
Gonçalves et al., 2009			1879/2557	73,5
Victoria et al., 2010			3068/4244	72,3
Total	152.014/ 722.415	21,04 (20,95-21,13)	15.382/ 56.260	27,34 (26,97-27,71)
[2]. Proporção de gestantes em relação a NV				
Trevisan et al., 2002			670/702	95,4
Ribeiro et al., 2004			194/203	95,5
Serruya et al., 2004	720871/3759486	19,17		
Nascimento et al., 2007	2284/42433	5,38	6044/42433	14,2
Grangeiro et al., 2008	486/1544	31,5		
Passos et al., 2008	312507/691001	45,23		
Total	1.036.148/ 4.494.464	23,05 (23,01-23,09)	6.908/ 43.338	15,94 (15,60-16,28)
[3]. Proporção de gestantes com 6 consultas de PN ou mais				
Trevisan et al., 2002			605/702	90,3
Serruya et al., 2004	158279/720871	21,9		
Almeida et al., 2005*			204/248	82,2
Piccini et al., 2007			976/4078	23,9
Passos et al., 2008	118346/312507	37,87		
Grangeiro et al., 2008	693/1378	50,3		
Chrestani et al., 2008			639/1528	41,8
Chrestani et al., 2008			792/1529	51,8
Succi et al., 2008			685/1299	52,7
Bassani et al., 2009			447/586	76,3
Gonçalves et al., 2009			1925/2557	75,3
Victoria et al., 2010*			2988/4244	70,4
Miranda et al., 2010			925/1380	67,0
Total	277.318/ 1.034.756	26,80 (26,71-26,89)	10.186/ 18.151	56,12 (55,40-56,84)
[4]. 6 consultas ou mais + consulta puerperal				
Serruya et al., 2004	63156/720871	8,7		
Grangeiro et al., 2008	422/1378	30,6		
Passos et al., 2008	60939/312507	19,5		
Total	124.517/ 1.034.756	12,03 (11,97-12,09)		
[5]. 6 consultas ou mais + todos exames				
Serruya et al., 2004	74766/720871	10,37		
Grangeiro et al., 2008	393/1378	28,5		
Passos et al., 2008	85658/312507	27,41		
Total	160.817/ 1.034.756	15,54 (15,47-15,61)		

[6]. 6 consultas ou mais + consulta puerperal + todos exames				
Serruya et al., 2004	35719/720871	4,95		
Grangeiro et al., 2008	216/1378	15,7		
Passos et al., 2008	49845/312507	15,95		
Total	85.780/	8,29		
	1.034.756	(8,24-8,34)		
[7]. Proporção de gestantes com anti-HIV				
Trevisan et al., 2002			611/702	91,2
Ribeiro et al., 2004			103/196	52,6
Serruya et al., 2004	264362/720871	36,67		
Almeida et al., 2005			179/248	72,2
Nascimento et al., 2007	261/1484	17,6		
Grangeiro et al., 2008	135/1378	9,8		
Chrestani et al., 2008			116/1528	7,6
Chrestani et al., 2008			271/1529	17,7
Succi et al., 2008			1096/1299	84,4
Gonçalves et al., 2009			1800/2557	70,4
Total	264.758/	36,58	4.176/	51,82
	723.733	(36,47-36,69)	8.059	(50,73-52,91)
[8]. Proporção de gestantes com dose imunizante VAT				
Trevisan et al., 2002			611/702	91,2
Moura et al., 2003			915/1023	89,5
Ribeiro et al., 2004			167/199	84,9
Serruya et al., 2004	264321/720871	36,66		
Nascimento et al., 2007	302/901	33,5		
Passos et al., 2008	208536/312507	66,73		
Grangeiro et al., 2008	996/1378	72,3		
Chrestani et al., 2008			830/1528	54,3
Chrestani et al., 2008			1182/1529	77,3
Gonçalves et al., 2009			2002/2557	78,3
Victora et al., 2010*			3225/4244	76,0
Total	474.155/	45,78	8.932/	75,81
	1.035.657	(45,68-45,88)	11.782	(75,04-76,58)
[9]. 6 consultas ou mais + consulta puerperal + todos exames + HIV + tétano				
Trevisan et al., 2002**			236/702	35,2
Serruya et al., 2004	25968/720871	3,6%		
Succi et al., 2008			100/1299	7,7
Passos et al., 2008	48970/312507	15,67		
Grangeiro et al., 2008	135/1378	9,8		
Total	75.073/	7,25	336/2.001	16,79
	1.034.756	(7,20-7,30)		(15,15-18,43)
*7 ou mais consultas **sem a consulta puerperal				

4.2. Artigo 2

**O SISPRENATAL como instrumento de avaliação da qualidade da assistência
à gestante**

**The SISPRENATAL as a tool for evaluating the quality of care to pregnant
women**

Carla Betina Andreucci ¹

Jose Guilherme Cecatti ¹

Camila Elias Macchetti ²

Maria Helena de Sousa ³

1. Departamento de Tocoginecologia, FCM, UNICAMP, Campinas, SP.

2. Maternidade da Santa Casa de São Carlos, SP.

3. Cemicamp – Centro de Estudos em Saúde Reprodutiva de Campinas,
Campinas, SP.

Short title: SISPRENATAL e avaliação do pré-natal

Correspondência:

José Guilherme Cecatti

Departamento de Tocoginecologia

FCM/UNICAMP

Fone: 19-35219482

E-mail: cecatti@unicamp.br

Resumo

Objetivo: Comparar dados referentes ao pré-natal de mulheres residentes no município de São Carlos, SP, obtidos no cartão da gestante e no SISPRENATAL. A cobertura do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi analisada segundo o cumprimento dos requisitos mínimos e os indicadores de processo propostos pelo Ministério da Saúde. **Sujeitos e Método:** Corte transversal com 1489 puérperas internadas para parto pelo SUS na Maternidade de São Carlos, entre novembro de 2008 e outubro de 2009. Os dados referentes ao pré-natal foram coletados no cartão da gestante e depois no SISPRENATAL. A informação foi então comparada entre as duas fontes utilizando o teste de χ^2 de McNemar para amostras relacionadas. **Resultados:** A cobertura de pré-natal em relação ao número de nascidos vivos de São Carlos foi de 97,1% de acordo com o cartão de pré-natal e de 92,8% segundo o SISPRENATAL. Houve diferença significativa entre ambas as fontes de informação para todos os requisitos mínimos do PHPN, e também na comparação dos indicadores de processo. Com exceção da primeira consulta de pré-natal, o cartão de pré-natal sempre apresentou registro de informações superior ao do SISPRENATAL. A proporção de mulheres com 6 ou mais consultas de pré-natal e com todos os exames básicos foi de 72,5% pelo cartão de pré-natal e de 39,4% pelo sistema oficial. Essas diferenças mantiveram-se para as cinco áreas regionais de saúde do município. **Conclusões:** Em São Carlos, o SISPRENATAL não foi uma fonte segura para avaliação da informação disponível sobre acompanhamento na gestação. Houve grande adesão ao PHPN, mas a documentação da informação foi insuficiente quanto a todos os requisitos mínimos e indicadores de processo. Após dez anos da criação do programa, cabe agora aos municípios adequação da qualidade da assistência e de capacitação técnica multiprofissional para correta documentação de informação em saúde.

Descritores: pré-natal, SISPRENATAL, Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), avaliação de programa, saúde da mulher.

Abstract

Objective: to compare information on prenatal care of women from São Carlos city, SP, Brazil, obtained from the prenatal chart and from SISPRENATAL. The coverage of the Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program (PHPN) was analyzed based on achievement of the minimum requirements and the process indicators proposed by the Ministry of Health. **Subjects and Method:** Cross-sectional study with 1489 women in the post partum period whose childbirth by the Brazilian Unified Health System occurred at the São Carlos Maternity, from November 2008 to October 2009. The information on prenatal care was collected from the prenatal chart, and afterwards from SISPRENATAL. The data were then compared between both sources using the McNemar χ^2 test for related samples. **Results:** The prenatal coverage in relation to the number of live births in São Carlos was 97.1% according to the prenatal chart and 92.8% according to SISPRENATAL. There were statistical significant differences between both sources of information regarding all the minimum requirements of PHPN, and also comparing the process indicators. Except for the first prenatal visit, the prenatal carnet always showed data more frequently recorded than in SISPRENATAL. The proportion of women with 6 or more prenatal visits and all basic exams was 72.5% by the prenatal chart and 39.4% by the official system. These differences were maintained for the five health regional areas of the municipality. **Conclusions:** In São Carlos, SISPRENATAL was not a reliable source for evaluating the available information on care during pregnancy. There was a high adhesion to the PHPN, but the registry of information was insufficient for all the minimum requirements and process indicators. Ten years after the start of the program, it is now up to municipalities the adequacy of the quality of care and the multidisciplinary technical capacity for proper documentation of health information.

Descriptors: prenatal care, SISPRENATAL, Brazil, program evaluation, women's health.

Introdução

Criado pelo Ministério da Saúde em 1º de junho de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) teve como objetivos assegurar acesso universal à atenção de qualidade à gestação, parto, puerpério e período neonatal, reduzir taxas de morbimortalidade materna e perinatal, e complementar medidas já adotadas para aprimorar a assistência à gestante, na perspectiva dos direitos básicos de cidadania ³. O PHPN estabeleceu de forma até então inédita no país parâmetros quantitativos que traduziriam o cuidado mínimo a ser oferecido às mulheres em todo território nacional, desde atenção básica até os maiores níveis de complexidade ²⁰. Tais parâmetros ou requisitos mínimos consistiram em início precoce do acompanhamento pré-natal, mínimo de seis consultas, imunização contra o tétano, duas rotinas de exames básicos (que incluíram sorologias para HIV e sífilis) e consulta puerperal até 42 dias. O software SISPRENATAL foi o instrumento do sistema pelo qual a informação em saúde foi disponibilizada a partir de cada município, e criaram-se indicadores de processo para acompanhamento dos passos de implantação e continuidade do programa ^{3,6}.

No caso do PHPN, recomenda-se a utilização dos seguintes indicadores de processo: trimestre de início do acompanhamento; percentual de mulheres inscritas no pré-natal em relação ao número de nascidos vivos; percentual de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal; percentual de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal e a consulta de puerpério; percentual de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal e todos os exames básicos; percentual de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal, todos os exames básicos e a consulta

puerperal; percentual de mulheres inscritas que fizeram o teste anti-HIV; percentual de mulheres inscritas que receberam a dose imunizante da vacina anti-tetânica; e percentual de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal, todos os exames básicos, consulta puerperal, teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina anti-tetânica ⁶.

Desde sua implantação até hoje, os dados nacionais referentes ao PHPN ainda refletem baixa cobertura, com grandes variações por região do país ^{2,7,10-14,18,19,22}. Embora o número de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal tenha aumentado nacionalmente ao longo dos anos ^{5,16}, em conjunto, os requisitos mínimos ainda não atingiram mais de 20% de abrangência, com grandes diferenças regionais ^{18,19}. Todos os dados dos municípios brasileiros são inseridos no DATASUS a partir da alimentação local do SISPRENATAL; o programa disponibiliza instrumentos de coleta (planilhas semanais e fichas de cadastro) e digitação das informações ⁶. Qualquer entrave na transcrição de dados do acompanhamento da gestação do cartão da gestante para a planilha, e desta para o sistema, pode resultar em informação incompleta ou indisponível.

São Carlos é um município paulista com 193 mil habitantes, dividido em cinco administrações regionais de saúde (ARES), de acordo com a localização geográfica das unidades de atendimento. Foi o primeiro do estado a aderir ao PHPN, tendo assinado o termo de adesão em 16 de janeiro de 2001. A partir das diretrizes do PHPN, a Secretaria Municipal de Saúde desenvolveu protocolo próprio para atenção obstétrica e também esforços para capacitação da equipe multiprofissional da rede básica, além de criar o ambulatório de pré-natal de

cuidados especiais na gestação (ACEG), e estreitar os laços com a rede hospitalar, representada pela única maternidade credenciada pelo Sistema Único de Saúde. São Carlos apresenta maior cobertura pré-natal e menores taxas de mortalidade perinatal, em comparação com a média do estado ¹⁵. Mesmo assim, a cobertura local do programa sempre esteve aquém das expectativas.

O registro e a digitação dos dados referentes às consultas e demais procedimentos realizados durante acompanhamento da gestação podem apresentar dificuldades técnicas de execução, pois essas informações são disponibilizadas em São Carlos através de funcionários desvinculados do atendimento à gestante. No município, os dados são transcritos para planilhas do PHPN após o atendimento por profissional de saúde, em geral por outro membro da equipe multiprofissional da unidade. Pode-se supor que as informações registradas no cartão da gestante e nos prontuários médicos são mais fiéis ao que efetivamente foi realizado durante o atendimento, uma vez que se trata de transcrição direta. É possível supor que na planilha e durante a digitação dos dados possa haver maior perda de informações.

O presente estudo buscou comparar os dados referentes ao pré-natal de mulheres residentes do município de São Carlos a partir de duas fontes de informação: o cartão da gestante, onde deve ser registrado todo acompanhamento durante a gestação, e o banco de dados SISPRENATAL. A cobertura do programa foi analisada, segundo o cumprimento dos requisitos mínimos e os indicadores de processo propostos pelo Ministério da Saúde.

Método

Foram sujeitos de pesquisa as mulheres internadas para parto pelo Sistema Único de Saúde no município de São Carlos, na Maternidade da Santa Casa. A identificação das participantes foi feita pela pesquisadora e por uma assistente de pesquisa. A seleção foi realizada no puerpério, junto à unidade de atendimento da enfermagem, onde ficam dispostos os prontuários médicos. Ao prontuário é anexado rotineiramente o cartão da gestante, uma das fontes de informação utilizadas.

As pesquisadoras obtiveram a relação diária de todos os partos, e a partir desse documento foram identificadas as possíveis candidatas. Estas foram informadas e consultadas sobre a participação do estudo, ainda nas dependências do setor de puerpério da maternidade. As puérperas ausentes nesse momento foram procuradas posteriormente no mesmo local, evitando interromper outras atividades (rotinas de puerpério: amamentação, orientações sobre alta e retorno puerperal, vacinação do recém-nascido, visita ao recém-nascido internado em berçário ou UTI). Às mulheres elegíveis foram apresentados o nome da pesquisa, seus objetivos e justificativa, explicado e lido o termo de consentimento livre e esclarecido, que foi assinado caso houvesse concordância com a participação.

Foram incluídas puérperas residentes no município de São Carlos, selecionadas durante sua permanência mínima na instituição após resolução de gestação. Foram excluídas mulheres que perderam ou extraviaram seu cartão de pré-natal ou que não aceitaram participar do estudo.

Foram avaliados a cobertura do PHPN em São Carlos (número de gestantes que aderiram ao programa comparado com o número de nascidos vivos no mesmo período), o cuidado à gestante em São Carlos pelo cumprimento dos requisitos mínimos do PHPN e a informação disponível sobre os indicadores de processo no pré-natal em São Carlos conforme recomendação do Ministério da Saúde ⁶, comparativamente entre ambas as fontes de informação. Os resultados foram controlados pela idade, escolaridade, estado marital, raça/cor, número de gestações, intercorrências clínicas, idade gestacional ao nascimento, via de parto, Apgar de 5º minuto, internação durante gestação, encaminhamento para pré-natal de alto risco, e área regional de saúde de proveniência da gestante.

Foi elaborada uma ficha de coleta de dados especialmente para o estudo, com todas as variáveis relacionadas, a partir das fontes de informação (prontuário da internação, cartão da gestante e SISPRENATAL), e o instrumento elaborado foi inicialmente submetido a pré-teste, com adaptações após esta etapa.

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas. A primeira teve lugar na Maternidade de São Carlos, realizada pela própria pesquisadora e por uma assistente de pesquisa. A coleta ocorreu entre 01 de novembro de 2008 e 31 de outubro de 2009, perfazendo o total de doze meses de estudo. A verificação foi feita a cada dois dias, uma vez que a permanência mínima da mulher na maternidade é de quarenta e oito horas. Dessa forma, foi possível contemplar a totalidade de mulheres internadas no período do estudo. Os dados obtidos a partir do prontuário de internação e do cartão de gestante foram transcritos para o instrumento de coleta de dados. Após três meses do início da coleta na maternidade, iniciou-se a segunda

parte do estudo, com a coleta de dados a partir de consulta ao banco do DATASUS pela pesquisadora, para obtenção dos dados do SISPRENATAL, que também foram transcritos para o instrumento. Essa busca foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, no Setor de Informática, diretamente da máquina utilizada pelo funcionário responsável por recebimento e digitação dos dados do SISPRENATAL do município. Essa etapa da coleta finalizou em janeiro de 2010. O procedimento de coleta no setor de Informática da Secretaria Municipal de Saúde obedeceu a sequência de identificação da Unidade de Saúde de procedência da gestante, digitação do número do cadastro SISPRENATAL no banco de dados, conferência do nome e data de nascimento da gestante e transcrição dos dados a partir do sistema para o instrumento de coleta. No caso do não encontro do cadastro no sistema, realizou-se a busca a partir do nome completo da gestante e de sua data de nascimento; quando esses dados não estavam disponíveis, a gestante foi considerada como “não cadastrada”.

O programa de entrada de dados foi desenvolvido em Epi.Info, versão 6.04b. Foi realizado o teste de qui-quadrado de McNemar para amostras relacionadas, comparando as duas fontes de informação segundo os requisitos mínimos do PHPN e os indicadores de processo do Ministério da Saúde, e para a comparação entre o cumprimento das metas segundo as áreas regionais de saúde de São Carlos; e o teste de qui-quadrado de Pearson para comparação das características das mulheres segundo área regional de saúde municipal.

O presente estudo respeitou os preceitos recomendados quanto aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. As informações obtidas a partir dos dados

coletados tiveram caráter sigiloso. O projeto deste estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, parecer CEP N° 748/2008.

Resultados

De acordo com dados disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica Municipal, entre 01 de novembro de 2008 e 31 de outubro de 2009, o município de São Carlos registrou 1.533 nascidos vivos no setor público. No mesmo período foram incluídas no estudo 1489 puérperas internadas na Maternidade Dona Francisca Cintra, da Santa Casa de São Carlos. Apenas 16 mulheres elegíveis não aceitaram participar do estudo.

Pelo menos 402 mulheres tinham uma cesariana prévia ao nascimento documentado no estudo. Dentre os problemas mais freqüentes na gestação destacaram-se anemia, hipertensão arterial de qualquer natureza, infecção do trato urinário e trabalho de parto pré-termo. Quase metade das internações durante a gestação foi por infecções do trato urinário. As mulheres que foram encaminhadas ao pré-natal de alto risco tinham em sua maioria hipertensão arterial de qualquer tipo e/ou diabetes. Não houve número significativo de internações do recém-nascido, em berçário ou em unidade de terapia intensiva. Ocorreu um único óbito materno durante o tempo da coleta de dados.

A Tabela 1 mostra a comparação das informações sobre os requisitos mínimos obtidas pelo cartão da gestante e no SISPRENATAL. Houve diferença significativa entre ambas as fontes de informação para todos os parâmetros analisados. Com

exceção do início do pré-natal até 17 semanas de gestação, todos os requisitos foram registrados com frequência significativamente maior no cartão da gestante que no banco de dados do SISPRENATAL. A maior diferença entre os registros aconteceu na documentação da segunda rotina de exames no SISPRENATAL.

A Tabela 2 mostra a comparação dos indicadores de processo recomendados pelo Ministério da Saúde segundo informações sobre os requisitos mínimos obtidas pelo cartão da gestante e no SISPRENATAL. Houve diferença significativa entre as duas fontes de informação consultadas, sempre com cobertura maior dos parâmetros segundo a informação do cartão da gestante, à exceção da idade gestacional de início do seguimento pré-natal. Os indicadores de números 4, 6 e 9 não puderam evidentemente ser estimados a partir do cartão da gestante porque incluem informação sobre a consulta do puerpério.

As características das mulheres incluídas no estudo segundo as cinco diferentes áreas regionais de saúde do município encontram-se na Tabela 3. Pode-se observar que a Área de Administração Regional de Saúde 1 (ARES 1) apresenta significativamente maior proporção de gestantes adolescentes até 19 anos, maior paridade e menor taxa de cesariana. Essas mesmas mulheres também parecem ter uma menor escolaridade, menor proporção de raça branca, maior proporção de partos a termo e de recém-nascidos com índice de Apgar de quinto minuto menor que 7, embora sem confirmação da significação estatística.

A Tabela 4 traz informações sobre os requisitos mínimos, obtidas pelo cartão da gestante e no SISPRENATAL, separadamente para as cinco áreas regionais de

saúde do município. Observa-se que as diferenças entre as duas fontes de informação se mantêm de forma significativa para todos os requisitos avaliados e todas as áreas regionais, à exceção da consulta puerperal que não pode ser avaliada. De forma geral, houve início precoce do acompanhamento pré-natal em todas as regionais, sendo que a ARES 2 apresenta a menor porcentagem de registro deste parâmetro (67,4%), segundo o cartão da gestante. O percentual de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal manteve-se semelhante em todas as ARES segundo o SISPRENATAL, com o menor registro na ARES 4. Destaca-se o registro de apenas 18,6% das mulheres com todos os exames básicos e apenas 50,3% de realização de sorologia para HIV na ARES 3, segundo o SISPRENATAL. Na ARES 4 houve também menor número de mulheres imunizadas contra o tétano (apenas 66,3%, segundo cartão de gestante), enquanto todas as demais regionais registraram mais de 80% das mulheres vacinadas. Na mesma ARES 4 nota-se ainda proporção maior de mulheres com realização de todos os exames básicos de acordo com o cartão da gestante (81,6%).

Discussão

Os resultados do presente estudo confirmaram a hipótese inicial da existência de uma subnotificação de procedimentos no SISPRENATAL em relação ao que efetivamente foi realizado, como documentado no cartão de pré-natal das mulheres que pariram no município de São Carlos, SP.

Os requisitos mínimos propostos pelo PHPN foram adaptados a partir de estudos internacionais, principalmente das recomendações da OMS, porém sob a ótica crítica de adequação à realidade da população brasileira²³. Através do SISPRENATAL,

o Ministério da Saúde do Brasil monitora o cumprimento das ações mínimas essenciais contempladas no programa e implementa repasse de verbas para municípios que cumprem os requisitos mínimos recomendados. A disponibilização de recurso financeiro para investimento em individualização de medidas a nível regional é fundamental na organização do cuidado, além da qualidade do serviço de saúde ^{17,18}.

Houve inicialmente grande adesão de municípios de todo o país ao PHPN, com média de cobertura de 72% após dois anos da implantação ¹⁹, porém quanto ao cumprimento das metas há muito ainda a ser alcançado. Em todo o Brasil, após dez anos de programa, ainda persiste o baixo cumprimento das metas propostas, com taxas de conclusão (cumprimento de todos os requisitos) não ultrapassando o máximo de 20%, com grandes variações por região ^{2,4,8,9,18,19,21,22}.

O presente estudo avaliou informações sobre o pré-natal segundo diferentes fontes de informação envolvidas; até então, todos os estudos observacionais que visaram avaliar a cobertura e os indicadores de processo do PHPN se utilizaram de entrevistas com puérperas e/ou consulta a prontuários ou ao DATASUS, sem levar em conta que as informações poderiam conter diferenças, quando comparadas. Esse constitui um dos pontos inéditos deste estudo.

A discrepância entre os dados disponíveis a partir das duas fontes de informação sobre o acompanhamento pré-natal no município de São Carlos mostrou prováveis falhas de registro do seguimento durante gestação e puerpério. A cobertura do programa foi superior a 90% em ambas as fontes (avaliada pelo número de

gestantes em relação ao número de nascidos vivos), embora apenas 19,2% das mulheres tenham cumprido todos os requisitos mínimos, segundo o SISPRENATAL. A consulta puerperal só pôde ser avaliada através do SISPRENATAL, uma vez que a informação do cartão de gestante foi obtida durante internação para parto. No entanto, é provavelmente correto afirmar que, assim como na comparação dos outros requisitos, a realização da consulta puerperal provavelmente tivesse sido superior aos 44,3% registrados no DATASUS.

A única exceção ao cumprimento de metas superior no cartão da gestante, quando comparado ao banco de dados SISPRENATAL, foi a idade gestacional do início do acompanhamento pré-natal, o que poderia ser explicado pela estratégia municipal de pronta confirmação de gravidez através de teste urinário realizado pela equipe de enfermagem. A equipe fica então responsável pelo cadastro no PHPN e solicitação da primeira rotina de exames, e o cartão da gestante só é iniciado durante o segundo atendimento, quando os exames laboratoriais já estão disponíveis.

O cartão da gestante foi sempre preenchido durante consulta periódica, e o banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde foi alimentado a partir de planilhas preenchidas em cada unidade de saúde, depois de cada atendimento. Essa forma de proceder provavelmente possa ter gerado falhas de documentação durante o processo, seja no detalhamento da planilha, e/ou envio da mesma e/ou posterior digitação na Secretaria de Saúde. Com pequenas diferenças de acordo com dinâmicas próprias de cada regional ou unidade de saúde, houve um ou mais funcionários responsáveis pelo preenchimento e envio das planilhas ao setor de informática da Secretaria Municipal de Saúde. Geralmente, o funcionário da unidade

responsável pelo registro das informações não participou da consulta que as gerou. Na Secretaria de Saúde, as planilhas chegaram ao Setor de Informática e foram sempre digitadas no sistema pelo mesmo funcionário, habituado com o programa.

Considerando-se que o registro em cartão de gestante seja mais fiel ao acompanhamento real da mulher que o SISPRENATAL, por estar menos sujeito à falha de documentação, pode-se afirmar que no presente estudo os indicadores de processo do programa mostraram que o município de São Carlos apresenta índices quantitativos acima da média nacional esperada, ainda que essas informações não tenham sido adequadamente disponibilizadas no banco de dados do DATASUS. Em São Carlos, o SISPRENATAL não foi um parâmetro seguro para avaliação da informação disponível sobre acompanhamento na gestação. Nota-se especial diferença na informação da segunda rotina de exames. Segundo vários estudos anteriores, a proporção de mulheres que realiza a segunda bateria de exames é sempre menor do que o esperado e menor que a proporção das que realizaram a primeira rotina ^{2,7,10-12,14,18,19,22}. No presente estudo, apesar de haver diminuição do número de solicitações da segunda rotina, essa queda foi muito menos significativa segundo a fonte cartão da gestante, quando comparada ao SISPRENATAL, o que pressupõe que a maior parte das mulheres cumpriu esse requisito, embora não haja a mesma proporção de registro no SISPRENATAL. Diferença importante também pode ser notada na meta imunização antitetânica segundo o DATASUS, o que reforça a conclusão de que a integração entre os membros da equipe multiprofissional é fundamental para documentação mais efetiva das informações: a vacinação é realizada por outro profissional, geralmente

completamente desvinculado do atendimento, frequentemente em dia diferente do dia da consulta.

A cobertura do programa, avaliada pela proporção de gestantes em relação ao número de nascidos vivos no município, foi de 97,1% segundo o cartão, e de 92,8% segundo o SISPRENATAL. Apesar da significância estatística da diferença, podemos afirmar que essa meta foi cumprida, uma vez que São Carlos apresenta uma das maiores coberturas de pré-natal do estado ¹⁵. Esse fato pode ser explicado pela adesão precoce do município ao Programa e pela individualização municipal do cuidado, instituída pela criação de protocolo próprio (que incluiu inclusive solicitação de sorologias não previstas no PHPN, como para hepatite B, rubéola e toxoplasmose e uma segunda avaliação de hemoglobina/hematócrito), organização e regulação da assistência com mecanismos de referência a unidades de atendimento especializado e hospitalar e capacitação técnica da equipe multiprofissional através de cursos e oficinas de treinamento. Ainda assim, outra meta a ser alcançada é a correta documentação da informação em saúde, fundamental para desenvolvimento de novos projetos, conhecimento da população-alvo e repasse de recursos federais ao município, capazes de gerar mais investimento local na melhora da assistência.

Os indicadores de processo propostos permitem avaliações quantitativas (e indiretamente qualitativas também) do seguimento da gestação, seja a nível regional ou nacional. Pode-se determinar qual a proporção de gestantes que cumpre o mínimo sugerido pelo PHPN, mas não se pode avaliar a qualidade do cuidado através dos mesmos índices. Como o próprio nome diz, o PHPN

pressupõe acompanhamento humanizado e de qualidade, para alcance das metas de diminuição da morbidade materna e perinatal no país, embora a relação causal entre a melhora do acompanhamento durante a gestação e a queda das taxas de morbimortalidade seja questionável, dada a origem observacional dos estudos ⁵.

O PHPN apresenta novos desafios, após dez anos de implantação, representados pela necessidade de estímulo constante à adesão e manutenção do Programa em cada um dos municípios, adequação da disponibilização mais efetiva da informação em saúde, criando estratégias para evitar perda dos dados, e investimentos necessários para o cumprimento da proposta inicial, que inclui a humanização do atendimento. Gestantes devem se sentir acolhidas na rede de saúde, entender e pactuar o acompanhamento e criar laços com a equipe multiprofissional envolvida. Com frequência elas relatam dificuldades de adesão ao programa por dinâmicas ineficientes ou impessoais nas unidades de atendimento ¹.

A correta utilização das informações disponíveis permitirá que programas de abrangência nacional sejam desenvolvidos com percepção de diferenças locais e regionais, garantindo maior resolutividade, grande entrave à nossa saúde pública. Iniciativas como o PHPN, num país como o Brasil, dito “em desenvolvimento”, podem fazer diferença nos indicadores de saúde, desde que otimizados e adequados a cada cenário envolvido. Para a maior efetividade da política de saúde obstétrica da população, são necessários investimentos de recursos humanos em paralelo aos destinados à melhoria das condições de atendimento representadas pela estruturação física das unidades de saúde, terceirização de exames complementares de qualidade segundo parâmetros rígidos, estreitamento dos laços entre os

diferentes níveis de atenção, entre outros. Os recursos humanos incluem capacitação técnica da equipe de atendimento, desde a atendente da recepção e/ou vigia da unidade, passando pela equipe de enfermagem e pelos médicos. O envolvimento de todos no cuidado, com especial atenção às demandas implícitas e explícitas da população-alvo, além do cumprimento da documentação correta dos dados referentes às gestantes, pode representar mudanças fundamentais nos resultados das políticas públicas propostas. Eventualmente uma proposta no sentido de diminuir a subnotificação dos procedimentos realizados durante o acompanhamento pré-natal seria a descentralização da alimentação do sistema, com informações que fossem introduzidas online pelos próprios profissionais responsáveis e durante o atendimento destas mulheres nas unidades de saúde.

Inovador e desafiador, o PHPN continua como referencial na atenção à saúde na gravidez, parto e puerpério, desenhando agora, após dez anos de sua criação, desafios de aprimoramento de qualidade de serviço e de adequada documentação de informação em saúde.

Referências

1. Almeida CAL, Tanaka OY. Women's perspective in the evaluation of the Program for the Humanization of Antenatal Care and Childbirth. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(1):98-104.
2. Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(1):15-25.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 569. DOU, 1/06/2000.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, 2008. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(2):383-7.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, 2007.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, 2000.
7. Carvalho, DS e Novaes, HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2004;20(Supl. 2):S220-S230.
8. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSS, Ribeiro VS, Aragão VMF, Bettiol H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(4):456-62.
9. Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(5):768-74.

10. Granjeiro 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.
11. Moura ERF, Holanda Jr. F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2003;19(6):1791-1799.
12. Nascimento ER, Paiva MS, Rodrigue 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, Recife*. 2007;7(2): 191-197.
13. Passos AA, Moura ERF. Indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Ceará, Brasil: análise da série histórica 2001-2006. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2008;24(7):1572-1580.
14. Ribeiro JM, Costa NR, Silva Pinto LF, Barros Silva PL. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2004;20(2):534-545.
15. São Paulo (SP). Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação Seade (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados), 2010. Acessado online em 04 de junho de 2010 em <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>.
16. Saúde Brasil 2004: Uma análise da situação de saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2004.
17. Say L, Raine R. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bull World Health Org* 2007; 85(10):812-9.
18. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(7):517-25.

19. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde do Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2004;20(5):1281-1289.
20. 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, Recife*. 2004;4(3): 269-279.
21. Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2004, 20(5):1160-1168.
22. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24:293-9.
23. World Health Organization. What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement). WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). December 2005. Accessed in 16th April 2008 and available at <http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf>

Agradecimentos

Os autores agradecem à Fapesp pelo financiamento do estudo (Processo 2009/01056-4). Agradecem ainda à Secretaria Municipal de Saúde e à Maternidade da Santa Casa de São Carlos pela colaboração institucional para a coleta de informações para o estudo.

Tabela 1. Comparação das informações sobre os requisitos mínimos obtidas pelo cartão da gestante e no SISPRENATAL. São Carlos, SP, 2009

Requisitos mínimos	Cartão da gestante		SISPRENATAL		p value #
	n	%	n	%	
Início do PN até 17 semanas (120 dias)	1095	73,5	1283	86,2	<0.001
6 consultas de PN ou mais	1334	89,6	984	66,1	<0.001
Consulta Puerperal	–	–	659	44,3	–
Exames Básicos 1ª rotina					
Hb e Ht	1468	98,6	1231	82,7	<0.001
Glicemia jejum	1471	98,8	1231	82,7	<0.001
Tipagem sanguínea	1471	98,8	1231	82,7	<0.001
VDRL	1469	98,7	1230	82,6	<0.001
HBsAg	1469	98,7	1183	79,4	<0.001
Urina I	1451	97,4	1246	83,7	<0.001
Exames Básicos 2ª rotina (30 semanas)					
Hb e Ht	1220	81,9	698	46,9	<0.001
Glicemia jejum	1217	81,7	789	53,0	<0.001
Urina I	1184	79,5	797	53,5	<0.001
VDRL	1224	82,2	791	53,1	<0.001
Todos os exames básicos	1136	76,3	658	44,2	<0.001
Teste de HIV	1472	98,9	1200	80,6	<0.001
Imunização contra o tétano (VAT)	1236	83,0	1005	67,5	<0.001
Total	1489		1489*		

Teste de McNemar para amostras relacionadas

*67 casos não cadastrados no SISPRENATAL e 70 com o registro incorreto ou ausente no cartão

Tabela 2. Comparação dos indicadores de processo segundo informações sobre os requisitos mínimos obtidas pelo cartão da gestante e no SISPRENATAL. São Carlos, SP, 2009

Indicadores de processo	Cartão da gestante		SISPRENATAL		p value #
	n	%	n	%	
1. Trimestre de início do PN					<0.001 &
Primeiro	865	66,7	1145	80,5	
Segundo	389	30,0	243	17,1	
Terceiro	42	3,2	34	2,4	
Total	1296 ^a		1422 ^b		
2. Proporção de gestantes em relação ao número de NV	1489/1533	97,1	1422/1533	92,8	<0.0001
3. Proporção de gestantes com 6 consultas de PN ou mais	1334	89,6	984	66,1	<0.001
4. 6 ou mais consultas PN+ Consulta puerperal	–	–	534	35,9	–
5. 6 ou mais consultas PN + Todos os exames básicos	1079	72,5	587	39,4	<0.001
6. 6 ou mais consultas PN + Consulta puerperal + Todos os exames básicos	–	–	322	21,6	–
7. Proporção de gestantes com teste anti-HIV	1472	98,9	1200	80,6	<0.001
8. Proporção de gestantes com dose imunizante VAT	1236	83,0	1005	67,5	<0.001
9. 6 ou mais consultas PN + Consulta puerperal + Todos os exames básicos + Teste anti-HIV +Imunização tétano	–	–	286	19,2	–
Total	1489		1489*		

Teste qui-quadrado de McNemar para amostras relacionadas; & Comparação: 1º trimestre com demais
Faltam informações de a:193 casos; b:67 casos;

*67 casos não cadastrados no SISPRENATAL e 70 com o registro incorreto ou ausente no cartão

Tabela 3. Características das mulheres segundo áreas regionais de saúde do município. São Carlos, SP, 2009

Característica	Área regional de saúde do município (ARES)					Total ^a	p [*]
	1	2	3	4	5		
Idade ^b							0,002
Até 19	28,5	16,8	20,3	19,2	19,7	21,2	
20-29	51,3	55,9	44,5	55,9	53,6	52,9	
30-39	17,7	25,0	33,5	23,4	25,1	23,9	
40 ou mais	2,4	2,4	1,6	1,4	1,7	2,0	
(n)	(372)	(340)	(182)	(286)	(295)	(1475)	
Escolaridade ^c							+
Sem instrução	0,9	0,3	0,6	0,0	0,0	0,4	
Fundamental	27,0	18,2	14,1	13,9	15,1	18,3	
Médio	72,1	75,7	84,1	82,0	82,1	78,4	
Superior	0,0	5,8	1,2	4,1	2,9	2,9	
(n)	(330)	(313)	(170)	(266)	(279)	(1358)	
Estado marital ^d							0,914
Solteira	14,4	16,2	15,9	16,3	17,1	15,9	
União estável	85,6	83,8	84,1	83,7	82,9	84,1	
(n)	(367)	(339)	(182)	(288)	(292)	(1468)	
Raça/cor ^e							+
Branca	70,6	78,8	80,1	79,1	82,3	77,6	
Preta	5,7	5,0	6,6	5,2	3,8	5,2	
Parda	23,7	15,9	12,7	14,3	14,0	16,8	
Amarela	0,0	0,3	0,6	1,4	0,0	0,4	
(n)	(367)	(339)	(181)	(287)	(293)	(1467)	
Número de gestações ^f							0,004
1	39,8	40,3	42,5	48,8	45,1	43,1	
2	22,3	33,8	32,0	26,5	27,1	27,9	
3	19,4	13,8	14,9	12,5	14,9	15,3	
4 ou mais	18,5	12,1	10,5	12,2	12,9	13,7	
(n)	(372)	(340)	(181)	(287)	(295)	(1475)	
Problemas durante gestação ^g							0,589
Sim	13,4	17,1	14,8	13,7	16,7	15,1	
Não	86,6	82,9	85,2	86,3	83,3	84,9	
(n)	(366)	(334)	(182)	(284)	(288)	(1454)	
Idade gestacional ao parto ^h							+
< 32 semanas	0,8	1,8	0,5	1,1	1,0	1,1	
32 - 36 semanas	5,7	7,9	9,8	8,5	10,7	8,3	
37 semanas ou mais	93,5	90,3	89,6	90,5	88,3	90,7	
(n)	(369)	(340)	(183)	(284)	(290)	(1466)	
Tipo de parto ⁱ							0,025
Vaginal	44,2	35,9	33,3	42,7	35,7	39,0	
Cesariana	55,8	64,1	66,7	57,3	64,3	61,0	
(n)	(373)	(340)	(183)	(286)	(294)	(1476)	
Apgar de 5º min ^j							+
< 7	1,9	2,7	1,7	1,4	0,3	1,6	
≥ 7	98,1	97,3	98,3	98,6	99,7	98,4	
(n)	(368)	(337)	(180)	(284)	(294)	(1463)	
Internação durante gestação							0,623
Sim	2,1	0,9	1,6	2,4	1,7	1,8	
Não	97,9	99,1	98,4	97,6	98,3	98,2	
(n)	(374)	(341)	(183)	(288)	(296)	(1482)	
Seguimento pré-natal de alto risco							0,269
Sim	7,2	7,3	6,6	4,2	8,8	6,9	
Não	92,8	92,7	93,4	95,8	91,2	93,1	
(n)	(374)	(341)	(183)	(288)	(296)	(1482)	

* Teste qui-quadrado de Pearson; + Teste qui-quadrado inaplicável

Faltam informações de a:7 casos; b: 7 casos; c:124; d:14; e:16; f:8; g: 28; h:16; i:6; j: 19.

Tabela 4. Informações sobre os requisitos mínimos, obtidas pelo cartão da gestante (A) e no SISPRENATAL (B), segundo áreas regionais do município. São Carlos, SP, 2009

Requisitos mínimos	Área regional de saúde do município (ARES)									
	1		2		3		4		5	
	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)
		+		*		*		*		*
Início do PN até 17 semanas (120 dias)	82,6	88,0	67,4	85,6	70,5	86,9	71,5	83,7	74,0	88,2
		*		*		*		*		*
6 consultas de PN ou mais	94,1	66,8	90,0	63,3	91,8	69,4	83,7	68,4	88,2	65,2
Consulta Puerperal	-	43,6	-	44,9	-	46,4	-	48,6	-	39,9
		*		*		*		*		*
Todos os exames básicos	76,5	46,3	77,4	41,9	66,7	18,6	81,6	57,6	75,3	48,0
		*		*		*		*		*
Teste de HIV	99,2	83,4	98,5	78,6	98,4	50,3	99,0	91,3	99,0	89,2
		*		*		*		&		*
Imunização contra o tétano (VAT)	90,1	72,5	87,7	69,8	91,3	78,1	66,3	58,7	80,4	61,8
(n)#	(374)		(341)		(183)		(288)		(296)	

(A) Cartão da gestante; (B) SISPRENATAL

* p<0,001; + p<0,005; & p<0,05; (Teste qui-quadrado de McNemar para amostras relacionadas)

Faltam informações da área regional para 7 casos.

5. Discussão Geral

A proposta do PHPN foi inovadora no Brasil, pela criação de um protocolo de seguimento de gestantes, com o objetivo de uniformizar ao máximo a atenção obstétrica no país como um todo. Obedecendo a diferenças locais ou regionais, diferentes serviços de saúde passaram a ter no país, após o ano 2000, uma referência de cuidado mínimo às gestantes. Mais do que seguir recomendações internacionais, o Ministério da Saúde procurou adaptar à realidade brasileira os parâmetros recomendados pela OMS, criando então o elenco de seis requisitos mínimos para o bom acompanhamento na gestação: início do pré-natal no primeiro trimestre, mínimo de seis consultas, duas rotinas laboratoriais básicas incluindo sorologias para sífilis e HIV, vacinação anti-tetânica e consulta puerperal (Serruya et al., 2004).

Cada município ou estado brasileiro teve, a partir da instituição do programa, oportunidade de elaborar protocolos próprios de seguimento das metas propostas, adaptando os parâmetros e o modelo de atenção às suas particularidades locais ou regionais. Tendo por objetivo indireto a qualificação

dos serviços de saúde, o PHPN representou investimento em capacitação técnica das equipes multiprofissionais de atendimento, para adaptação ao cumprimento dos requisitos mínimos. Esse é um ponto adicional interessante. Na verdade, os requisitos mínimos e os respectivos indicadores de processo recomendados pelo Ministério da Saúde no Programa são fundamentalmente quantitativos. Entretanto, faz sentido inferir que o cumprimento destes critérios quantitativos tenha sua influência sobre a melhora da qualidade da atenção pré-natal, ainda considerando as dificuldades existentes para a mensuração real da qualidade da atenção profissional à gestação.

Além da uniformização de condutas de acompanhamento durante gestação, parto e puerpério, o Programa também pode proporcionar o avanço na documentação apropriada da informação em saúde obstétrica, até então extremamente deficiente. O registro das informações, através do *software* SISPRENATAL, permitiu a criação do banco de dados nacional, instrumento de avaliação de características da população-alvo e resultados perinatais, que são reconhecidos indicadores de saúde.

O SISPRENATAL depende de sistema de registro manual, em impressos próprios do PHPN, dos eventos decorrentes do atendimento da mulher (consultas de pré-natal e/ou puerperal, solicitação de exames, imunização anti-tetânica, internação para o parto). O registro é realizado através de transcrição em planilha do atendimento em prontuário e/ou cartão de gestante, geralmente por outro membro da equipe de atendimento, não responsável diretamente pela consulta. Posteriormente, as planilhas são encaminhadas para serviços de informática da

rede de saúde, quando são digitadas no sistema por outro profissional. Com redes de cuidado fragmentadas e não interligadas na maioria dos municípios brasileiros, é fácil pressupor que ocorra perda de informação durante todo o processo.

Desde a implantação do PHPN, os números nacionais de cobertura do programa, definida pelo número de gestantes cadastradas no sistema em proporção ao número de nascidos vivos, mostram adesão cada vez maior dos municípios, ao longo dos anos. No entanto, a conclusão dos casos, ou seja, o número de mulheres cumpridoras de todos os requisitos mínimos em conjunto, permanece baixa (Trevisan et al., 2002; Serruya et al., 2004c; Almeida et al., 2005; Pinto e Silva et al., 2005; Brasil, 2006; Coimbra et al., 2007; Nascimento et al., 2007; Brasil, 2008; Grangeiro et al., 2008; Passos e Moura, 2008; Almeida e Tanaka, 2009).

O Ministério da Saúde criou, na mesma portaria que gerou o programa, os chamados indicadores de processo. Os indicadores são ferramentas que comparam cada uma das metas a serem cumpridas individualmente e em conjunto, em relação com a proporção de gestantes na mesma localidade (Portaria nº 569/GM de 1º de junho de 2000). Como o próprio nome diz, são ferramentas de monitorização dos parâmetros quantitativos populacionais no âmbito municipal, regional ou nacional.

A avaliação da cobertura e do cumprimento das metas foi realizada em diversos estudos, nas cinco regiões do país, utilizando-se de diversas fontes de dados para pesquisa. Os autores que se basearam no banco de dados SISPRENATAL registraram as mais baixas taxas de cumprimento dos requisitos

mínimos (Serruya et al., 2004; Nascimento et al., 2007; Grangeiro et al., 2008; Passos et al., 2008), enquanto se encontram números mais promissores de conclusão de casos, ou pelo menos de maior taxa de cumprimento de metas parciais, nos estudos com informações provenientes de outras fontes de consulta, como prontuários, entrevistas com puérperas ou dados institucionais (Trevisan et al., 2002; Moura et al., 2003; Almeida et al., 2005; Spindola et al., 2006; Chrestani et al., 2008; Succi et al., 2008; Bassani et al., 2009; Gonçalves et al., 2009; Victora et al., 2010; Miranda et al., 2010). Embora vários outros parâmetros pudessem ser também usados para avaliar a qualidade do pré-natal, optamos por utilizar essencialmente os indicadores de processo recomendados pelo Ministério da Saúde, sob uma óptica gerencial do sistema.

Em São Carlos, SP, a coleta de informações foi realizada a partir de duas fontes de registro de dados, o próprio SISPRENATAL e o cartão da gestante, no momento da internação para o parto. Ambas as fontes foram então comparadas, e o cartão da gestante mostrou cumprimento de metas muito superior ao do DATASUS, com única exceção representada pelo início do acompanhamento até a 17ª semana de gestação, que foi superior no SISPRENATAL. Esse achado foi, portanto, compatível com estudos previamente citados e analisados em revisão sistemática.

O registro mais completo das informações segundo qualquer outra fonte que não o SISPRENATAL, como foi observado nesse estudo em São Carlos e na revisão sistemática dos artigos produzidos sobre este tema desde 2001, leva-nos a concluir que a correta documentação sobre a atenção profissional

prestada ainda está longe de se concretizar no país. Provavelmente há subnotificação da informação, levando a equívocos nos indicadores de saúde e de prejuízo ao desenvolvimento de ações programáticas de atenção à saúde obstétrica, fundamental para a melhora qualitativa ainda necessária.

O cumprimento dos requisitos mínimos do PHPN permite avaliações quantitativas do seguimento do cuidado obstétrico, nos níveis regionais ou nacional. Não se pode, no entanto, avaliar a qualidade do cuidado através dos mesmos índices. Como o próprio nome diz, o PHPN pressupõe acompanhamento humanizado e de qualidade, para melhora dos indicadores de saúde, representados principalmente pela taxa de morbimortalidade materna e perinatal no país. A qualidade dos serviços depende de identificação de risco gestacional, da rede de apoio disponível, representada pelo acesso ao pré-natal especializado quando houver necessidade, facilidade para transferências hospitalares entre os diferentes níveis de complexidade, e exames complementares disponíveis com qualidade técnica avaliável segundo parâmetros rígidos (Portaria nº 569/GM de 1º de junho de 2000). Humanização da assistência, por sua própria definição (Brasil, 2010), pressupõe rede de cuidado integrada, com acolhimento e vínculo do usuário com o sistema de saúde, e educação em saúde disponibilizada universalmente entre usuários e equipe multiprofissional.

Após dez anos de implantação, o PHPN apresenta novos desafios, representados pela necessidade de estímulo constante à adesão e manutenção do programa em cada um dos municípios, adequação da disponibilização mais efetiva da informação em saúde, criando estratégias para evitar perda dos

dados, e investimentos necessários para o cumprimento da proposta inicial, a humanização do atendimento. Tudo isso diz respeito apenas ao primeiro componente do Programa, o pré-natal, visto que o componente do nascimento nem ainda foi implementado. Gestantes devem ser acolhidas na rede de saúde, entender e pactuar o acompanhamento e criar laços com a equipe multiprofissional envolvida. Com frequência elas relatam dificuldades de adesão ao Programa por dinâmicas ineficientes ou impessoais nas unidades de atendimento (Almeida et al., 2009).

A correta utilização das informações disponíveis poderá gerar novas políticas públicas de saúde, de abrangência nacional, com percepção de diferenças locais e regionais, garantindo maior resolutividade, grande entrave à nossa saúde pública. Iniciativas como o PHPN, num país em desenvolvimento como o Brasil, podem fazer diferença na qualidade da atenção, desde que otimizadas e adequadas a cada cenário envolvido. Para a maior efetividade da política de saúde obstétrica da população, são necessários investimentos de recursos humanos em paralelo aos destinados à melhoria das condições de atendimento e documentação de informações. O envolvimento de todos no cuidado, com especial atenção às demandas implícitas e explícitas da população-alvo, pode representar mudanças fundamentais nos resultados das políticas públicas propostas.

Inovador e desafiador, o PHPN continua como referencial na atenção à saúde na gravidez, parto e puerpério, desenhando agora, após dez anos de sua criação, desafios de aprimoramento de qualidade de serviço e de adequada documentação de informação em saúde.

6. Conclusões

- A revisão sistemática das publicações sobre o PHPN analisadas mostrou que a abrangência do Programa encontra-se até hoje muito aquém do esperado, o que é especialmente verdade quando se utiliza o banco de dados do SISPRENATAL. Conclui-se que as metas nacionais do Programa alcançaram números crescentes em todo território nacional, mas que seu registro no sistema foi muito inferior à realidade.
- No município de São Carlos, houve grande adesão ao PHPN, principalmente no que diz respeito à inclusão da gestante no sistema e realização das seis consultas e primeira rotina de exames. No entanto, o cumprimento de todos os requisitos mínimos em conjunto foi baixo pelo SISPRENATAL (cerca de 44% para todos os exames básicos e para a consulta puerperal), mas superior a 70% para todos os parâmetros de acordo com o registro no cartão da gestante.

- Os indicadores de processo do pré-natal para São Carlos mostram que, isoladamente, sua cobertura foi superior à análise dos parâmetros combinados. O indicador que contempla o conjunto de todas as metas foi de apenas 19,2% para o SISPRENATAL, mas não pode ser estimado para o cartão da gestante pela falta sistemática de informação sobre a consulta puerperal, assim como os demais indicadores que dela dependem.
- A comparação entre as duas fontes de informação revelou diferença significativa do cumprimento das metas do Programa. A informação originada a partir do cartão da gestante teve registro superior de todas as metas, com a única exceção do início precoce do pré-natal, quando comparada à proveniente do SISPRENATAL. Estratégias devem ser traçadas para facilitar a documentação da informação dos procedimentos realizados durante a atenção profissional à gestação no sistema.

7. Referências Bibliográficas

1. Almeida CAL, Tanaka OY. Women's perspective in the evaluation of the Program for the Humanization of Antenatal Care and Childbirth. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(1):98-104
2. Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Pan Am J Public Health* 2005; 17(1): 15-25.
3. Associação Médica Mundial. *Declaração de Helsinki VI*. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/helsin6.htm> acessado em 20 de junho de 2008.
4. Bassani DG, Surkan PJ, Olinto MTA. Inadequate Use of Prenatal Services Among Brazilian Women: The Role of Maternal Characteristics. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2009;35(1):15-20.
5. Brasil, Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 569*. DOU, 1/06/2000.
6. Brasil. IBGE. *Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. CNS. Resolução nº 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. *Inf Epidem SUS/Brasil* 1996; V(2).

8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, 2008. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(2):383-7.
9. Brasil. Ministério da saúde. Organização Pan-Americana Saúde. *Painel de Indicadores do SUS*. Brasília, 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, 2007.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*. Brasília, 2000.
13. Carvalho, DS e Novaes, HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2004;20(Supl. 2):S220-S230.
14. Chrestani MA, Santos IS, Cesar JA, Winckler L, Gonçalves TS, Neumann NA. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2008; 24(7):1609-1618.

15. Código de Ética Médica. *Resolução CFM nº 1.246/88*. Conselho Federal de Medicina, 1988. Disponível em www.sbhh.com.br/pdf/etica/EticaMedicaCFM-1246-88%20.pdf acessado em 13/06/2008.
16. Coimbra LC, Figueiredo FP, Silva AAM, Barbieri MA, Bettiol H, Caldas AJM, Mochel EG, Ribeiro VS. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. *Braz J Med Biol Res* 2007; 40 (9): 1195-1202.
17. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSS, Ribeiro VS, Aragão VMF, Bettiol H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(4):456-62.
18. Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(5): 768-74.
19. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2009;25(11): 2507-2516.
20. 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.
21. Miranda AE, Trindade CR, Nunes RH, Marba EF, Fernandes MC, Quarto GHA, França LC. Factors Associated with Prenatal Care and Seeking Assistance in Public Hospitals in Vitória, Espírito Santo, Brazil. *Women & Health*. 2010;50(3):229-240.
22. Moura ERF, Holanda Jr. F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2003;19(6):1791-1799.

23. 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.
24. Nascimento ER, Rodrigues QP, Almeida MS. Prenatal care quality indexes of public health services in Salvador, Bahia. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(3):311-5.
25. Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saude Publ, Rio de Janeiro*. 1998;14(Supl.1):25-32.
26. Passos AA, Moura ERF. Indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Ceará, Brasil: análise da série histórica 2001-2006. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2008;24(7):1572-1580.
27. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant, Recife*. 2007;7(1):75-82.
28. Pinto e Silva JL, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(3): 103-5.
29. Quariglia F, Bento SF, Hardy E. Adolescentes como voluntários de pesquisa e consentimento livre e esclarecido: conhecimento e opinião de pesquisadores e jovens. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(1):53-62.
30. Ribeiro JM, Costa NR, Silva Pinto LF, Barros Silva PL. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):534-545.

31. São Carlos (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Grupo Técnico de Saúde da Mulher. Programa de Saúde da Mulher, 2002.
32. São Paulo (SP). Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação Seade (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados), 2010. Acessado on line em 04 de junho de 2010 em <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>.
33. Brasil, Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2004: Uma análise da situação de saúde*. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2004.
34. Say L, Raine R. A Systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bull World Health Org*. 2007; 85(10):812-9.
35. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(7):517-25.
36. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5): 1281-9.
37. 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, Recife*. 2004;4(3): 269-279.
38. Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2004, 20(5):1160-1168.

39. Spindola T, Penna LHG, Progiante JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(3):381-8.
40. Succi RCM, Figueiredo EM, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;16(6):986-992.
41. Trevisan MR, De Lorenzi DR, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24: 293-9.
42. Victora CG, Matijasevich A, Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan*. 2010;25:253-261.
43. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Belizan JM, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomised Trial for the evaluation of a new modelo f routine antenatal care. *Lancet*. 2001; 357(9268):1551-64.
44. World Health Organization. *What is the effectiveness of antenatal care?* (Supplement). WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). December 2005. Accessed in 16th April 2008 and available at <http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf>

8. Anexos

8.1. Anexo 1 – Carta de aprovação do CEP



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/ncex.html

CEP, 23/09/08.
(Grupo II)

PARECER CEP: Nº 748/2008 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0661.0.146.000-08

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “O SISPRENATAL COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS, SP”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Carla Andreucci Polido

INSTITUIÇÃO: Maternidade da Santa Casa de Misericórdia / São Carlos

APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/09/2008

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 23/09/09 (O formulário encontra-se no anexo acima)

II - OBJETIVOS

Avaliar a cobertura, a qualidade e a informação disponível sobre o pré-natal no município de São Carlos, segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN).

III - SUMÁRIO

Será realizado estudo epidemiológico de base populacional entre puerperas provenientes de São Carlos. Os dados referentes ao cumprimento dos critérios do PHPN serão obtidos a partir da carteira de gestante, durante internação para parto, e do SISPRENATAL. Serão incluídas 188 gestantes por mês, durante um ano. A informação será comparada, tendo como variáveis independentes as metas do PHPN. O estudo evidenciará como se encontra o atendimento à gestante no município, qual a cobertura do programa do Ministério da Saúde, e quão efetiva é a documentação desses dados. Análise estatística: Serão calculadas prevalência e média do cumprimento dos quesitos de acordo com as duas fontes consultadas. A análise dos dados será realizada através dos testes de qui-quadrado e t de Student e, quando necessário, teste não paramétrico de Mann-Whitney.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto apresenta-se bem redigido, com metodologia adequada. Os critérios de inclusão, exclusão dos sujeitos estão bem definidos; cálculo do tamanho amostral e análise estatística muito bem embasados por cálculos estatísticos. Os aspectos éticos estão bem discutidos no corpo do projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é claro e adequado às recomendações. O orçamento é detalhado e prevê ressarcimento de custos com a pesquisa. Consideramos o projeto adequado a esse tipo de estudo.



V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

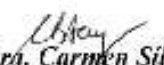
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IX Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de setembro de 2008.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

8.2. Anexo 2 – Ficha para coleta de dados



**O SISPRENATAL COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE NO
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS, SP**

[illegible]

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|
| 1. DATA DA COLETA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 2. FEZ PRÉ-NATAL | ☐ |
| 3. IDADE | <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| 4. ESCOLARIDADE | ☐ fundam. | ☐ médio | ☐ sup. |
| 5. ESTADO MARITAL | ☐ solteira | ☐ união estável | |
| 6. RAÇA/COR | ☐ B ☐ N ☐ P ☐ A | | |
| 7. ARES | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ | | |
| 8. PARIDADE | G <input type="text"/> <input type="text"/> PN <input type="text"/> <input type="text"/> PC <input type="text"/> <input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| 9. INTERCORRÊNCIA NA GESTAÇÃO | ☐ não ☐ sim Qual _____ | | |
| 10. IG ao parto | <input type="text"/> <input type="text"/> | 11. Data do parto | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 12. PARTO | ☐ VAGINAL ☐ CESÁREA INDICAÇÃO _____ | | |
| 13. APGAR 5º MINUTO | <input type="text"/> <input type="text"/> | 14. Apgar 2º GEMELAR | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 15. Peso RN 1 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 16. Peso RN 2 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 17. IG INÍCIO PRÉ-NATAL | <input type="text"/> <input type="text"/> | 35. IG INÍCIO SIS | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 18. Nº CONSULTAS | <input type="text"/> <input type="text"/> | 36. Nº CONSULTAS SIS | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 19. IMUNIZ. TÉTANO | ☐ | 37. IMUNIZ. TÉTANO | ☐ |
| 20. 1HB/HT | ☐ | 38. 1HB/HT-SIS | ☐ |
| 21. 1TIPAGEM | ☐ | 39. 1TIPAGEM-SIS | ☐ |
| 22. 1VDRL | ☐ | 40. 1VDRL-SIS | ☐ |
| 23. 1HIV | ☐ | 41. 1HIV-SIS | ☐ |
| 24. 1HBsAg | ☐ | 42. 1HBsAg-SIS | ☐ |
| 25. 1GLICEMIA | ☐ | 43. 1GLICEMIA-SIS | ☐ |
| 26. 1URINA | ☐ | 44. 1URINA-SIS | ☐ |
| 27. 2HB/HT | ☐ | 45. 2HB/HT-SIS | ☐ |
| 28. 2VDRL | ☐ | 46. 2VDRL-SIS | ☐ |
| 29. 2GLICEMIA | ☐ | 47. 2GLICEMIA-SIS | ☐ |
| 30. 2URINA | ☐ | 48. 2URINA-SIS | ☐ |
| 31. INTERNAÇÃO | ☐ PQ _____ | 32. ACEG | ☐ PQ _____ |
| 33. Internação do RN | ☐ PQ | 34. UTI neonatal | ☐ PQ |

8.3. Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



O SISPRENATAL como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante no município de São Carlos, SP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “O SISPRENATAL como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante no município de São Carlos, SP”. A pesquisa servirá para avaliar como se faz o seguimento do pré-natal em São Carlos.

Todas as informações de que precisamos estão na sua carteira de gestante e na sua ficha de internação na maternidade, e vamos consultar os dois documentos, anotando numa outra ficha. Não vamos incomodar você durante sua internação, nem perguntaremos nada pessoalmente a você.

Com a sua participação, poderemos entender como está o atendimento na gestação em São Carlos. Vamos descobrir como é feito o acompanhamento durante a gravidez, tentar saber se existem problemas no atendimento, e sugerir mudanças, se necessário. Com sua contribuição, poderemos melhorar o atendimento de outras grávidas e até mesmo o seu, numa próxima gestação.

Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você pode desistir de colaborar e retirar sua permissão. Se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, não haverá nenhum problema para você ou seu bebê, nem enquanto vocês estiverem internados na maternidade, e nem depois da alta.

Você não terá nenhum gasto e também não receberá nenhum dinheiro por aceitar participar da pesquisa. Ninguém saberá seu nome e as informações da sua carteira de gestante e ficha de internação serão copiadas e identificadas apenas por números, não sendo possível ligar esse número ao seu nome. A análise das informações obtidas na pesquisa será publicada em revistas científicas.

Se você concordar em participar, receberá uma cópia desse documento, com nome e telefone dos pesquisadores, para esclarecer alguma dúvida ou saber mais alguma coisa que você queira sobre sua ajuda no estudo. Você deverá assinar o documento, dizendo que concorda com a participação, se isso for a sua vontade.

Pesquisadoras: Carla Andreucci Polido, médica. Telefone 3371 9090
Camila Elias Macchetti, enfermeira. Telefone 3373 2690
Comissão de Ética em Pesquisa UNICAMP (19) 3521 8936

Eu, _____, RG _____, declaro que li as informações contidas nesse documento e concordo com a participação na pesquisa.

Nome da paciente ou responsável legal _____

Assinatura _____ Data ____/____/____

8.4. Anexo 4 – Comprovante do envio do artigo para Cad Saude Publica

[Login: cecatti](#) [Português](#) [English](#) [Español](#)

**SAGAS**
Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) [Autor](#) [Consultor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

CSP_0707/10

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Revisão
Título	Avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática
Título corrido	Revisão sistemática sobre a avaliação do PHPN no Brasil
Área de Concentração	Sistemas, Programas, Serviços e Tecnologia de Saúde
Palavras-chave	pré-natal, programa de saúde, sistema de informação
Fonte de Financiamento	FAPESP
Autores	Carla Betina Andreucci (Departamento de Tocoginecologia, FCM, Universidade Estadual de Campinas) José Guilherme Cecatti (Universidade Estadual de Campinas.)

DECISÕES EDITORIAIS: [Exibir histórico]

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
1		Em avaliação. Artigo enviado em 07 de Julho de 2010.		

© Cadernos de Saúde Pública, BNSP, FIOCRUZ - 2010

8.5. Anexo 5. Comprovante do envio do artigo para Rev Saude Publica

RSP Revista de
Saúde Pública

Informações Gerais

Edição Atual

Notícias

Busca

Política Editorial

Instruções aos Autores

Informações Editoriais

Assinatura

Sites Correlatos

Fale Conosco

Submissão de Artigos

Sair

Visualizar Artigo Enviado

Utilize esta tela para visualizar o artigo submetido.

Título com o idioma original do manuscrito:

O SISPRENATAL como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gest

Título traduzido:

The SISPRENATAL as a tool for evaluating the quality of care to pregnant women

Título resumido:

SISPRENATAL e avaliação do pré-natal

Idioma original do texto:

Português

Número anterior (Preencher somente se o manuscrito já foi submetido anteriormente):

Área:

☒ Saúde Reprodutiva

☐ Serviços de saúde

☐ Sistemas de Informação em saúde

☐ Sistemas de saúde

☐ Sociologia e saúde

☐ Teoria e método em saúde coletiva

*Palavras-chave em Português ou Espanhol: (separados por ponto)

cuidado pré-natal, avaliação de processos e resultados, saúde da mulher.

Inserir no mínimo 3 e no máximo 10 palavras-chave

*Palavras-chave em Inglês: (separados por ponto)

prenatal care, outcome and process assessment, women's health, Brazil.