

Carla Betina Andreucci^I
Jose Guilherme Cecatti^{II}
Camila Elias Macchetti^{III}
Maria Helena Sousa^{IV}

Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante

SISPRENATAL as a tool for evaluating quality of prenatal care

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a cobertura do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento segundo o cumprimento dos seus requisitos mínimos e indicadores de processo, comparando as informações do cartão da gestante com os do Sisprenatal.

MÉTODOS: Estudo transversal com dados do pré-natal de 1.489 puérperas internadas para parto pelo Sistema Único de Saúde entre novembro de 2008 e outubro de 2009 no município de São Carlos, SP. Os dados foram coletados no cartão da gestante e depois no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Sisprenatal). As informações das duas fontes foram comparadas utilizando o teste de χ^2 de McNemar para amostras relacionadas.

RESULTADOS: A cobertura de pré-natal em relação ao número de nascidos vivos foi de 97,1% de acordo com o cartão de pré-natal e de 92,8% segundo o Sisprenatal. Houve diferença significativa entre as fontes de informação para todos os requisitos mínimos do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, 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 seis 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: O Sisprenatal não foi uma fonte segura para avaliação da informação disponível sobre acompanhamento na gestação. Houve grande adesão ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, 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 adequar a qualidade da assistência e capacitar seus profissionais para a correta documentação de informação em saúde.

DESCRITORES: Cuidado Pré-Natal. Humanização da Assistência. Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde). Acesso aos Serviços de Saúde. Sistemas de Informação. Qualidade da Assistência à Saúde.

^I Programa de Tocoginecologia. Faculdade de Ciências Médicas (FCM). Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) Campinas, SP, Brasil

^{II} FCM-Unicamp. Campinas, SP, Brasil

^{III} Santa Casa de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil

^{IV} Centro de Estudos em Saúde Reprodutiva de Campinas. Campinas, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Jose Guilherme Cecatti
Unicamp
R. Alexander Fleming, 101
Cidade Universitária
13083-881 Campinas, SP, Brasil
E-mail: cecatti@unicamp.br

Recebido: 10/7/2010

Aprovado: 11/5/2011

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate coverage by the Prenatal and Birth Humanization Program, according to its minimal requirements and process indicators, by comparing information from prenatal booklets to SISPRENATAL (System to Accompany the Prenatal and Birth Humanization Program).

METHODS: A cross-sectional study was carried out with prenatal data from 1,489 women in the postpartum period after birth in the Brazilian Unified Health System, between November 2008 to October 2009 in São Carlos municipality, Southeastern Brazil. Data were collected from the prenatal booklet and afterwards from the SISPRENATAL. Information from both sources was compared using the McNemar χ^2 test for related samples.

RESULTS: Prenatal coverage in relation to the number of live births was 97.1% according to the prenatal booklet and 92.8% according to SISPRENATAL. There were statistical significant differences between both sources of information for all the minimum requirements of the Prenatal and Birth Humanization Program, and also the process indicators. Except for the first prenatal visit, the prenatal booklet always had greater frequencies than SISPRENATAL. The proportion of women with six or more prenatal visits and all basic exams was 72.5%, according to the prenatal booklet and 39.4% by the official system. These differences remained for the five health regions in the municipality.

CONCLUSIONS: SISPRENATAL was not a reliable source for evaluating the available information on care during pregnancy. There was high adherence to the Prenatal and Birth Humanization Program, but documentation of information was insufficient for all the minimum requirements and process indicators. Ten years after the start of the program, municipalities should provide adequate quality of care and build health professional capacity for proper documentation of health information.

DESCRIPTORS: Prenatal Care. Humanization of Assistance. Outcome and Process Assessment (Health Care). Health Services Accessibility. Information Systems. Quality of Health Care.

INTRODUÇÃO

Criado pelo Ministério da Saúde em meados de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) teve como objetivos assegurar acesso universal à atenção de qualidade à gestação, ao 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.¹⁴ O PHPN estabeleceu, de forma até então inédita no País, parâmetros quantitativos para o cuidado mínimo a ser oferecido às mulheres, desde a atenção básica até os maiores níveis de complexidade.¹⁴ Esses requisitos mínimos consistiram em início precoce do acompanhamento pré-natal, mínimo de seis consultas, imunização contra o tétano, duas rotinas de exames básicos (incluindo sorologias para HIV e sífilis) e consulta puerperal até 42 dias. O

software Sisprenatal foi o instrumento do sistema de informação do programa, disponibilizado a partir de cada município. Criaram-se indicadores de processo para o acompanhamento dos passos de implantação e continuidade do Programa.^a

No caso do PHPN, o Ministério da Saúde recomenda 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

^a Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília; 2000.

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 antitetânica; 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 antitetânica.

Desde sua implantação até hoje, os dados nacionais referentes ao PHPN ainda refletem baixa cobertura, com grandes variações por região do País.^{2,3,6-10,12,13,16} Embora o número de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal tenha aumentado nacionalmente ao longo dos anos, os requisitos mínimos ainda não atingiram mais de 20% de abrangência, com grandes diferenças regionais.^{12,13} 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 as informações devem ser digitadas posteriormente. 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 município 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, e estreitar os laços com a rede hospitalar, representada pela única maternidade credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). São Carlos apresenta maior cobertura pré-natal e menores taxas de mortalidade perinatal, em comparação com a média do estado.^b Mesmo assim, a cobertura local do programa sempre esteve aquém das expectativas.

O registro e a digitação dos dados referentes às consultas e aos demais procedimentos realizados durante o pré-natal podem apresentar dificuldades técnicas de execução, pois são realizados em São Carlos por 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 ainda que na planilha e durante a digitação dos dados possa haver perda adicional de informações.

O presente estudo buscou comparar os dados referentes ao pré-natal a partir de duas fontes de informação: o cartão da gestante, no qual deve ser registrado todo o acompanhamento durante a gestação, e o banco de dados Sisprenatal. A cobertura do PHPN também foi analisada, segundo o cumprimento dos requisitos mínimos e os indicadores de processo propostos pelo Ministério da Saúde.

MÉTODOS

A população-alvo foi constituída por puérperas residentes no município de São Carlos, que tiveram partos institucionais, selecionadas durante sua permanência mínima na instituição após resolução de gestação. Foram excluídas mulheres que perderam ou extraviaram seu cartão de pré-natal, que não aceitaram participar do estudo ou que tenham tido parto domiciliar.

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), que foi inicialmente submetida a pré-teste, com adaptações posteriores.

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas. A primeira teve lugar na maternidade, entre 1º de novembro de 2008 e 31 de outubro de 2009, perfazendo 12 meses de estudo. A permanência mínima da mulher na maternidade é de 48 horas. A fim de contemplar a totalidade de mulheres internadas para parto, a maternidade foi visitada a cada dois dias com o intuito de identificar as possíveis candidatas ao estudo a partir da relação dos partos ocorridos pelo SUS nas 48 horas precedentes. Assim, as visitas às puérperas foram realizadas evitando interromper outras atividades (amamentação, orientações sobre alta e retorno puerperal, vacinação do recém-nascido, visita ao recém-nascido internado em berçário ou unidade de terapia intensiva).

Os dados obtidos a partir do prontuário de internação e do cartão da gestante (que é rotineiramente anexado ao primeiro) foram transcritos para o instrumento de coleta de dados.

Após três meses do início da coleta na maternidade, iniciou-se a coleta de dados a partir de consulta ao banco do Datasus para obtenção dos dados do Sisprenatal, que também foram transcritos para o instrumento. Os dados foram coletados diretamente no computador utilizado

^b Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade, 2010. Perfil Municipal. São Paulo; 2010 [citado 2010 jun 04]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>

pelo funcionário responsável pelo recebimento e digitação dos dados do Sis prenatal, na Secretaria Municipal de Saúde, Setor de Informática. Essa etapa da coleta foi finalizada em janeiro de 2010. O procedimento de coleta nessa segunda etapa obedeceu à seqüência de identificação da Unidade de Saúde de procedência da gestante, digitação do número do cadastro Sis prenatal 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 de o cadastro não ser encontrado no sistema, a busca foi realizada 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”.

Para avaliar a cobertura do PHPN foram comparados: número de gestantes que aderiram ao programa em relação ao número de nascidos vivos no mesmo período obtido pelos dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados,^c o cuidado à gestante pelo cumprimento dos requisitos mínimos do PHPN e a informação disponível sobre os indicadores de processo no pré-natal conforme recomendação do Ministério da Saúde. Os resultados foram controlados por idade, escolaridade, estado marital, raça/cor, número de gestações, intercorrências clínicas, idade gestacional ao nascimento, via de parto, Apgar de quinto minuto, internação durante gestação, encaminhamento para pré-natal de alto risco e área regional de saúde de proveniência da gestante.

O programa de entrada de dados foi desenvolvido em EpiInfo, 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, e para a comparação entre o cumprimento das metas segundo as áreas regionais de saúde; e o teste de qui-quadrado de Pearson para comparação das características das mulheres segundo área regional de saúde municipal.

O estudo respeitou os preceitos recomendados quanto aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, parecer N° 748/2008. As participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido após informadas sobre a pesquisa, seus objetivos e justificativa.

RESULTADOS

De acordo com dados da Vigilância Epidemiológica Municipal, entre 1° de novembro de 2008 e 31 de outubro de 2009, o município de São Carlos registrou 1.533 nascidos vivos pelo SUS. No mesmo período, 1.505 puérperas foram internadas na maternidade pelo

SUS, das quais 1.489 foram incluídas no estudo. Apenas 16 mulheres elegíveis não aceitaram participar e 28 nascidos vivos do setor público não foram identificados no estudo, podendo corresponder a partos ocorridos fora do município ou a partos domiciliares.

O antecedente de pelo menos uma cesárea estava registrado para 402 mulheres. Entre os problemas mais frequentes na gestação destacaram-se anemia, hipertensão arterial, 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 encaminhadas ao pré-natal de alto risco tinham, em sua maioria, hipertensão arterial e/ou diabetes. Não houve número significativo de internações do recém-nascido, em berçário ou em unidade de terapia intensiva. Ocorreu um óbito materno durante a coleta de dados, mas o período do estudo e a casuística são pequenos para qualquer inferência sobre essa ocorrência.

A Tabela 1 mostra as informações obtidas do cartão da gestante em comparação com aquelas do Sis prenatal. Houve diferença significativa entre 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 Sis prenatal. A maior diferença entre os registros aconteceu na documentação da segunda rotina de exames.

A Tabela 2 mostra os indicadores de processo segundo informações sobre os requisitos mínimos. Houve diferença significativa entre as duas fontes de informação, sempre com cobertura maior do cartão da gestante, à exceção da idade gestacional de início do seguimento pré-natal. Os indicadores que incluem informação sobre a consulta do puerpério não puderam evidentemente ser estimados a partir do cartão da gestante.

As características das mulheres incluídas no estudo segundo as cinco diferentes áreas do município encontram-se na Tabela 3. A Área de Administração Regional de Saúde 1 (ARES 1) apresentou significativamente maior proporção de gestantes adolescentes, maior paridade e menor taxa de cesariana. Essas mesmas mulheres também eram minoritariamente de raça branca, possuíam menor escolaridade, maior proporção de partos a termo e de recém-nascidos com índice de Apgar de quinto minuto menor que sete, embora sem significância estatística.

A Tabela 4 traz informações sobre os requisitos mínimos, obtidas do cartão da gestante e do Sis prenatal, separadamente para as cinco áreas regionais de saúde do município. As diferenças entre as duas fontes de informação se mantêm de forma significativa para todos os

^c Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos. Dados da Vigilância Epidemiológica do Município de São Carlos, SP. São Carlos, 2010.

Tabela 1. Cobertura do atendimento, segundo requisitos mínimos do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, por fonte de informação. São Carlos, SP, 2009.

Requisitos mínimos	Cartão da gestante		Sisprenatal		p*
	n	%	n	%	
Início do pré-natal até 17 semanas (120 dias)	1.095	73,5	1.283	86,2	< 0,001
Seis consultas de PN ou mais	1.334	89,6	984	66,1	< 0,001
Consulta puerperal	-	-	659	44,3	-
Exames básicos 1ª rotina					
Hb e Ht	1.468	98,6	1.231	82,7	< 0,001
Glicemia jejum	1.471	98,8	1.231	82,7	< 0,001
Tipagem sanguínea	1.471	98,8	1.231	82,7	< 0,001
VDRL	1.469	98,7	1.230	82,6	< 0,001
HBsAg	1.469	98,7	1.183	79,4	< 0,001
Urina I	1.451	97,4	1.246	83,7	< 0,001
Exames básicos 2ª rotina (30 semanas)					
Hb e Ht	1.220	81,9	698	46,9	< 0,001
Glicemia jejum	1.217	81,7	789	53,0	< 0,001
Urina I	1.184	79,5	797	53,5	< 0,001
VDRL	1.224	82,2	791	53,1	< 0,001
Todos os exames básicos	1.136	76,3	658	44,2	< 0,001
Teste de HIV	1.472	98,9	1.200	80,6	< 0,001
Imunização contra o tétano (VAT)	1.236	83,0	1.005	67,5	< 0,001
Total	1.489		1.489 ^a		

* Teste de McNemar para amostras relacionadas.

^a 67 casos não cadastrados no Sisprenatal e 70 com o registro incorreto ou ausente no cartão.

Hb: hemoglobina; Ht: hematócrito; VDRL: reação sorológica para sífilis; HBsAg: antígeno da Hepatite B; VAT: vacina antitetânica

requisitos avaliados e todas as áreas regionais, à exceção da consulta puerperal, que não pôde ser avaliada. De forma geral, o acompanhamento pré-natal iniciou-se precocemente em todas as regionais, com a menor porcentagem na ARES 2 (67,4%), segundo o cartão da gestante. De acordo com o Sisprenatal o percentual de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal manteve-se semelhante em todas as ARES, com o menor registro na ARES 4. Ainda, apenas 18,6% das mulheres realizaram todos os exames básicos e 50,3% realizaram sorologia para HIV na ARES 3. 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. Ainda na ARES 4, maior proporção de mulheres realizou todos os exames básicos de acordo com o cartão da gestante (81,6%).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo reforçam a hipótese inicial da existência de subnotificação de procedimentos

no Sisprenatal em relação ao que efetivamente foi realizado, como documentado no cartão de pré-natal das puérperas estudadas.

Os requisitos mínimos propostos pelo PHPN foram adaptados a partir de estudos internacionais, principalmente das recomendações da Organização Mundial da Saúde, porém sob a ótica crítica de adequação à realidade da população brasileira.¹⁵ Por meio do Sisprenatal, o Ministério da Saúde do Brasil monitora o cumprimento das ações mínimas contempladas no programa e repassa verbas para municípios que cumprem esses requisitos. A disponibilização de recurso financeiro para investimento regional é fundamental para a organização do cuidado e para a qualidade do serviço de saúde.^{11,12}

Inicialmente, municípios de todo o País aderiram ao PHPN;¹³ porém, há muito ainda a ser alcançado quanto ao cumprimento das metas. Após dez anos de programa, o baixo cumprimento das metas propostas ainda persiste, com taxas de cumprimento de todos os requisitos que não ultrapassam 20%, apresentando grandes variações por região.^{2,4,5,12,13,16,d}

Tabela 2. Indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, por fonte de informação. São Carlos, SP, 2009.

Indicadores de processo	Cartão da gestante		Sisprenatal		p*
	n	%	n	%	
1. Trimestre de início do PN					<0,001 **
Primeiro	865	66,7	1.145	80,5	
Segundo	389	30,0	243	17,1	
Terceiro	42	3,2	34	2,4	
Total	1296 ^a		1.422 ^b		
2. Proporção de gestantes em relação ao número de nascidos vivos	1.489/1.533	97,1	1.422/1.533	92,8	<0,0001
3. Proporção de gestantes com seis consultas de PN ou mais	1.334	89,6	984	66,1	<0,001
4. Seis ou mais consultas PN + Consulta puerperal	-	-	534	35,9	-
5. Seis ou mais consultas PN + Todos os exames básicos	1.079	72,5	587	39,4	<0,001
6. Seis ou mais consultas PN + Consulta puerperal + Todos os exames básicos	-	-	322	21,6	-
7. Proporção de gestantes com teste anti-HIV	1.472	98,9	1.200	80,6	<0,001
8. Proporção de gestantes com dose imunizante VAT	1.236	83,0	1.005	67,5	<0,001
9. Seis ou mais consultas PN + Consulta puerperal + Todos os exames básicos + Teste anti-HIV + Imunização tétano	-	-	286	19,2	-
Total	1.489		1.489 ^c		

* Teste qui-quadrado de McNemar para amostras relacionadas

** Comparação: 1º trimestre com demais

^a Faltam informações de 193 casos^b Faltam informações de 67 casos^c 67 casos não cadastrados no Sisprenatal e 70 com o registro incorreto ou ausente no cartão

PN: pré-natal

VAT: vacina antitetânica

Um dos pontos inéditos do presente estudo foi avaliar informações sobre o pré-natal segundo diferentes fontes de informação. Estudos anteriores sobre a cobertura e os indicadores de processo do PHPN utilizaram entrevistas com puérperas e/ou consulta a prontuários ou ao Datasus, sem levarem em conta que as informações poderiam conter diferenças, quando comparadas.

A discrepância entre os dados disponíveis a partir das duas fontes de informação sobre o acompanhamento pré-natal no município mostrou prováveis falhas de registro. A cobertura do pré-natal foi superior a 90% em ambas as fontes, embora apenas 19,2% das mulheres tenham cumprido todos os requisitos mínimos, segundo o Sisprenatal. A consulta puerperal só pôde ser avaliada por meio do Sisprenatal, uma vez que a informação do cartão de gestante foi obtida durante internação para parto.

A idade gestacional do início do acompanhamento pré-natal constituiu a exceção em que o banco de dados Sisprenatal apresentou vantagem em relação ao cartão da gestante, o que poderia ser explicado pela estratégia municipal de pronta confirmação de gravidez por meio de teste urinário realizado pela equipe de enfermagem. A equipe é responsável pelo cadastro no PHPN e pela 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. Outra possibilidade alternativa ou complementar para esse achado diz respeito ao incentivo financeiro que o município recebe do SUS ao fazer o registro precoce da gestante no sistema. Esse poderia ser um motivo forte o bastante para aumentar a captação dessas mulheres.

O cartão da gestante é preenchido durante a consulta, e o Sisprenatal é alimentado a partir de planilhas preenchidas pela unidade de saúde, depois de cada atendimento. Essa forma de proceder pode gerar falhas de documentação, seja no detalhamento da planilha, seja no seu envio, seja na posterior digitação no sistema. Geralmente, o funcionário da unidade responsável pelo registro das informações nas planilhas do Sisprenatal não participa da consulta que gerou tais dados. No presente estudo, as planilhas enviadas ao Setor de Informática da Secretaria de Saúde foram digitadas no sistema sempre pelo mesmo funcionário, habituado com o programa.

Considerando-se que o registro no cartão da gestante seja mais fiel ao acompanhamento da mulher que o Sisprenatal, por estar menos sujeito a falha de documentação, pode-se afirmar que o município estudado apresenta índices quantitativos acima da média nacional. Em São Carlos, o Sisprenatal não foi um parâmetro seguro para avaliação da informação sobre acompanhamento na gestação. Nota-se especial diferença na

Tabela 3. Características das mulheres, por áreas regionais de saúde. São Carlos, SP, 2009.

Característica	Área regional de saúde do município					Total ^a	p*
	1	2	3	4	5		
Idade (anos)^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)	(1.475)	
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)	(1.358)	
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)	(1.468)	
Cor da pele^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)	(1.467)	
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)	(1.475)	
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)	(1.454)	
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)	(1.466)	
Tipo de partoⁱ							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)	(1.476)	
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)	(1.463)	

Continua

Tabela 3 continuação

Característica	Área regional de saúde do município					Total ^a	p*
	1	2	3	4	5		
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)	(1.482)	
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)	(1.482)	

* 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.

informação da segunda rotina de exames. Segundo estudos anteriores, a proporção de mulheres que realiza a segunda bateria de exames é sempre menor do que a esperada e menor que a proporção das que realizaram a primeira rotina.^{2,3,6-8,10,12,13,16} No presente estudo, a diminuição do número de exames da segunda rotina foi muito menor segundo o cartão da gestante, em comparação ao Sis prenatal, o que indica que a maior parte das mulheres cumpriu esse requisito, sem o correspondente registro no sistema. Diferença importante também pode ser notada na meta de 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. Em geral, vacinação é realizada por profissional

completamente desvinculado do atendimento pré-natal e em dia diferente.

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% pelo Sis prenatal. 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. Esse fato pode ser explicado pela adesão precoce do município ao PHPN e pela criação de protocolo municipal de cuidado individualizado. Este inclui solicitação de sorologias não previstas no PHPN, como para hepatite B, rubéola e toxoplasmose, e segunda avaliação de hemoglobina/

Tabela 4. Informações sobre os requisitos mínimos do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, por áreas regionais de saúde e fonte de informação. São Carlos, SP, 2009.

Requisitos mínimos	Áreas regionais de saúde									
	1		2		3		4		5	
	Cartão	Sis prenatal	Cartão	Sis prenatal	Cartão	Sis prenatal	Cartão	Sis prenatal	Cartão	Sis prenatal
Início do PN até 17 sem (120 d)	p < 0,005*		p < 0,001*		p < 0,001*		p < 0,001*		p < 0,001*	
	82,6%	88,0%	67,4%	85,6%	70,5%	86,9%	71,5%	83,7%	74,0%	88,2%
Seis consultas de PN ou mais	p < 0,001*		p < 0,001*		p < 0,001*		p < 0,001*		p < 0,001*	
	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	p < 0,001*		p < 0,001*		p < 0,001*		p < 0,001*		p < 0,001*	
	76,5%	46,3%	77,4%	41,9%	66,7%	18,6%	81,6%	57,6%	75,3%	48,0%
Teste de HIV	p < 0,001*		p < 0,001*		p < 0,001*		p < 0,001*		p < 0,001*	
	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)	p < 0,001*		p < 0,001*		p < 0,001*		p < 0,05*		p < 0,001*	
	90,1%	72,5%	87,7%	69,8%	91,3%	78,1%	66,3%	58,7%	80,4%	61,8%
(n) ^a	(374)		(341)		(183)		(288)		(296)	

* Teste qui-quadrado de McNemar para amostras relacionadas

^a Faltam informações da área regional para 7 casos.

PN: Pré-natal

hematócrito. Além disso, houve organização e regulação da assistência com mecanismos de referência a unidades de atendimento especializado e hospitalar e capacitação técnica da equipe multiprofissional por meio 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.

Na comparação dos resultados entre as diversas regiões do município, o cartão do pré-natal exibiu melhor notificação que o Sis prenatal em todas as regiões. Embora a caracterização da população segundo características sociodemográficas pudesse sugerir que as regiões menos favorecidas apresentassem os piores indicadores, isso não constituiu a regra. Essa diferenciação regional deve ter, portanto, maior importância para o planejamento de ações regionais/municipais visando corrigir as distorções que os respectivos serviços prestados nas unidades básicas de saúde possam ter.

Os indicadores de processo do PHPN permitem avaliações quantitativas (e indiretamente qualitativas) do seguimento da gestação, seja em nível regional, seja em nível nacional. A proporção de gestantes que cumpre o mínimo sugerido pelo PHPN pode ser determinada, mas a qualidade do cuidado não pode ser avaliada por meio 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 redução das taxas de morbimortalidade seja questionável, dada a origem observacional dos estudos.

O PHPN tem novos desafios, após dez anos de implantação, representados pela necessidade de estímulo constante à adesão e manutenção do programa em cada um dos municípios; pela disponibilização mais efetiva da informação em saúde, com a criação de estratégias para evitar perda dos dados; e por 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 saúde pública nacional. Iniciativas como o PHPN, num país emergente como o Brasil, podem fazer diferença nos indicadores de saúde, desde que otimizadas e adequadas a cada cenário envolvido. Para a maior efetividade da política de saúde obstétrica, em especial para o contexto de uma região desenvolvida como o abordado no presente estudo, são necessários investimentos em recursos humanos, paralelamente aos destinados à melhoria das condições de atendimento. Estas compreendem a estruturação física das unidades de saúde, a terceirização de exames complementares de qualidade segundo parâmetros rígidos, o estreitamento dos laços entre os diferentes níveis de atenção. Os recursos humanos incluem capacitação técnica da equipe de atendimento, desde a atendente da recepção e o 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 da documentação correta dos dados referentes às gestantes, podem representar mudanças fundamentais nos resultados das políticas públicas propostas. Eventualmente, a descentralização da alimentação do sistema poderia diminuir a subnotificação dos procedimentos realizados durante o acompanhamento pré-natal, com a introdução das informações *online* pelos profissionais responsáveis pelo atendimento das mulheres nas unidades de saúde.

Inovador e desafiador, o PHPN continua como referencial na atenção à saúde na gravidez, parto e puerpério, e a ele se impõem desafios de aprimoramento na qualidade do serviço prestado e na adequada documentação das informações.

AGRADECIMENTOS

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.

REFERÊNCIAS

1. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Saude Publica*. 2009;43(1):98-104. DOI:10.1590/S0034-89102009000100013
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. DOI:10.1590/S1020-49892005000100003
3. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saude Publica*. 2004;20 (Supl 2):S220-30. DOI:10.1590/S0102-311X2004000800017
4. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSS, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saude Publica*. 2003;37(4):456-62. DOI:10.1590/S0034-89102003000400010
5. Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2005;39(5):768-74. DOI:10.1590/S0034-89102005000500011
6. 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. DOI:10.1590/S0080-62342008000100014
7. Moura ERF, Holanda Jr F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003;19(6):1791-99. DOI:10.1590/S0102-311X2003000600023
8. 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 Saude Matern Infant*. 2007;7(2):191-7. DOI:10.1590/S1519-38292007000200010
9. 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 Saude Publica*. 2008;24(7):1572-80. DOI:10.1590/S0102-311X2008000700012
10. 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 Saude Publica*. 2004;20(2):534-45. DOI:10.1590/S0102-311X2004000200022
11. 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 Organ*. 2007;85(10):812-9. DOI:10.1590/S0042-96862007001000019
12. 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. DOI:10.1590/S0100-72032004000700003
13. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde do Brasil: resultados iniciais. *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1281-9. DOI:10.1590/S0102-311X2004000500022
14. 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 Saude Matern Infant*. 2004;4(3):269-79. DOI:10.1590/S1519-38292004000300007
15. Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1160-8. DOI:10.1590/S0102-311X2004000500009
16. 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(5):293-9. DOI:10.1590/S0100-72032002000500002