

Avaliação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Rede Cegonha

Evaluation of process indicators of the prenatal and birth humanization program and stork network

Evaluación del Programa de Humanización de Indicadores de Procesos en Prenatal y Nacimiento y Red Cigüeña

Vivian Kecy Vieira Maia;¹ Eliane de Fátima Almeida Lima;² Franciele Marabotti Costa Leite;³ Ana Inês Sousa;⁴ Candida Caniçali Primo⁵

Como citar este artigo:

Maia VKV, Lima EFA, Leite FMC, Sousa AI, Primo CC. Avaliação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Rede Cegonha. Rev Fun Care Online. 2017 out/dez; 9(4):1055-1060. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1055-1060>

RESUMO

Objetivo: Analisar os indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha a partir do sistema de informação de pré-natal. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, baseado em dados secundários do sistema de informação de pré-natal de um município da região Sudeste do Brasil. Os indicadores da assistência pré-natal foram analisados utilizando-se os indicadores de processo do PHPN, da Rede Cegonha e do Manual Técnico da Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde (MS), e, em seguida, foram avaliados em quatro níveis de qualidade, sendo classificados em adequada, inadequada e intermediária. **Resultados:** Verificou-se a classificação da qualidade da assistência pré-natal insatisfatória para todos os níveis. **Conclusão:** São necessárias intervenções constantes pela gestão para melhoria da qualidade da assistência pré-natal.

Descritores: Cuidado pré-natal, Avaliação em saúde, Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the process indicators of the Prenatal and Birth Humanization Program (PHPN) and the Stork Network from the prenatal information system. **Method:** This is an epidemiological descriptive study based on secondary prenatal information system data from a municipality in the South-eastern Region of Brazil. The prenatal care indicators were analyzed using the PHPN process indicators, the Stork Network and the Department of Health's Technical Manual for the Attention of low Prenatal Risk and then they were evaluated in four

¹ Mestre em Enfermagem. Enfermeira na Prefeitura Municipal de Vitória, Brasil. E-mail: <viviankvm@hotmail.com>.

² Doutora em Enfermagem. Professora do curso de graduação e mestrado profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Vitória, Brasil. E-mail: <elianelima66@gmail.com>.

³ Doutora em Epidemiologia. Professora assistente do Departamento de Enfermagem da Ufes, Vitória, Brasil. E-mail: <francielemarabotti@gmail.com>.

⁴ Doutora em Saúde da Criança e da Mulher. Professora-associada III da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: <anaineschico@gmail.com>.

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do curso de graduação e mestrado profissional em Enfermagem da Ufes, Vitória, Brasil. E-mail: <candidaprimo@gmail.com>.

levels of quality; being classified as adequate, inadequate and intermediate.

Results: The quality of prenatal care classification was unsatisfactory for all levels. **Conclusion:** Constant interventions for the management are needed in order to improve the quality of prenatal care.

Descriptors: Prenatal care, Health assessment, Health care quality.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los indicadores de proceso del Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento (PHPN) y la cigüeña red de sistema de información prenatal. **Método:** Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo, basado en los datos del sistema de información prenatal secundaria a partir de un municipio de la región sureste de Brasil. Los indicadores de atención prenatal se analizaron mediante los indicadores de proceso los PHPN, la Red Cigüeña y Atención al Manual Técnico prenatal Ministerio de Salud Bajo Riesgo y luego fueron evaluados en cuatro niveles la calidad de ser clasificado como adecuado, inadecuado e intermedio. **Resultados:** No hubo clasificación de la calidad de la atención prenatal satisfactoria para todos los niveles. **Conclusión:** Se necesita intervenciones constantes de la gestión para mejorar la calidad de la atención prenatal.

Descriptor: La atención prenatal, Evaluación de la salud, La calidad de la asistencia sanitaria.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos durante a gestação com o objetivo de preservar a saúde da mãe e do bebê, assegurando a prevenção e a promoção da saúde com detecção precoce de complicações e o tratamento oportuno e adequado de doenças maternas inerentes à gestação. Além disso, tem o objetivo de preparar a gestante para o parto e o puerpério.¹

Para garantir a adequada assistência pré-natal e puerperal ao binômio mãe/filho, foi instituído, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN),² que teve como objetivo desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes, recém-nascidos e à mulher no período puerperal. Esse programa tem como prioridades a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal no país, adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, cobertura e qualidade da assistência pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao período neonatal como direitos garantidos de cidadania.²

Após dez anos, com o propósito de reforçar e reafirmar essa política, o MS lançou, no ano de 2011, o programa Rede Cegonha, que tem como objetivo fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses. Esse programa também tem como objetivo organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que, assim, garanta acesso, acolhimento e resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.³

O PHPN/Rede Cegonha traz uma lógica de regionalização e hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS), que vem se estabelecendo como instrumento para organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios. Fundamenta-se nas normas de

que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primordial para o adequado acompanhamento do pré-natal, do parto e do puerpério, assegurando a melhoria do acesso, cobertura e acompanhamento dessa assistência na perspectiva dos direitos de cidadania.⁴⁻⁵

Além disso, com o objetivo de apoiar as equipes da atenção básica na qualificação do cuidado da assistência pré-natal, o MS publica Manuais Técnicos da Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, sendo a última publicação no ano de 2012.⁶ Esse Manual Técnico atual traz as evidências científicas mais recentes, desde a organização do processo de trabalho até o planejamento, o acompanhamento da gravidez de risco habitual e suas possíveis intercorrências, a promoção da saúde, a gestação em situações especiais, a assistência ao parto, e estabelece critérios mínimos a serem seguidos durante o acompanhamento pré-natal.^{2-3,5}

Entretanto, após 16 anos do PHPN e cinco da Rede Cegonha, o baixo cumprimento das metas propostas é mantido, com taxas de cumprimento de todos os requisitos mínimos preconizados abaixo de 10%, conforme o evidenciado nos estudos na microrregião do Espírito Santo,⁶ nos municípios de Juiz de Fora (MG) e estado de Minas Gerais,⁷ nos municípios do Rio de Janeiro (RJ)⁸ e de Vitória (ES).⁹

Por outro lado, avaliar a qualidade das informações produzidas pela assistência prestada ao binômio mãe/filho é indispensável, na medida em que são instrumentos importantes para o diagnóstico da situação de saúde, visto que distinguem populações de maior vulnerabilidade, possibilitam planejar estratégias terapêuticas de acordo com as necessidades e especificidades de cada grupo populacional quanto a apontar os fatores de risco para morbimortalidade materna e neonatal.¹⁰

O objetivo deste artigo é analisar os indicadores de processo do PHPN e Rede Cegonha a partir do sistema de informação de pré-natal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo a partir da análise de dados secundários de um sistema de informação de pré-natal.

A população do estudo foi todas as gestantes que realizaram pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no Centro Municipal de Especialidade (CME) do município de Vitória (ES) e que tiveram seu atendimento registrado na ficha clínica da Rede Bem-Estar (RBE), com primeira consulta de pré-natal entre 1º de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2014, e finalização do pré-natal até outubro de 2014. O banco de dados foi cedido pela Subsecretaria de Tecnologia da Informação (SUBTI) nos meses de outubro e novembro de 2015. Foram excluídas do estudo as gestantes que realizaram o seu acompanhamento pré-natal interrompido na RBE. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, foram analisadas 5.030 fichas clínicas de pré-natal, que representam 56% dos nascidos vivos do período investigado.

A partir de janeiro de 2013, todas as consultas de pré-natal passaram a ser preenchidas na ficha clínica de pré-natal da RBE. Por esse motivo, utilizou-se esse período de avaliação.

O município possui rede própria de prontuário eletrônico, denominada RBE, substituindo totalmente o registro em prontuário de papel. O sistema objetiva a gestão, o planejamento, o controle, a avaliação e a operacionalização das ações e dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde (Semus).¹¹ Dentro do prontuário eletrônico, há uma ficha específica para o registro de toda a assistência pré-natal, incluindo o cadastro da gestante na primeira consulta, o acompanhamento nas consultas subsequentes, até a consulta puerperal. É um instrumento de atendimento *on-line*, denominado ficha clínica de pré-natal, adaptado da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), que funciona como um guia de preenchimento de forma sistematizada para ser utilizado durante toda a assistência pré-natal, permitindo coleta de dados mais precisa e atendimento sistematizado entre os profissionais. Serve ainda de fonte de informação para o registro no *Sisprenatal Web* do MS, mas também na avaliação dos indicadores de processo do PHPN (2000) e Rede Cegonha (2011) do MS.²⁻³

Os indicadores da assistência pré-natal foram analisados a partir dos indicadores de processo do PHPN, Rede Cegonha e Manual Técnico da Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco do MS.^{2-3,5} Em seguida, a assistência pré-natal foi dividida em quatro níveis de qualidade, e estas em categorias adequada, inadequada e intermediária sugeridas por Anversa et al.,¹² conforme os níveis de procedimentos mínimos realizados para cada gestante, descritos nos quadros 1 e 2.

Quadro 1 - Indicadores da qualidade do pré-natal avaliados nos níveis 1 e 2

CATEGORIA	NÍVEL 1
Adequada	Registro na RBE ≥ 6 consultas e início do pré-natal até 12 semanas de gestação.
Inadequada	Registro na RBE do início do pré-natal após 28 semanas de gestação ou até três consultas.
Intermediária	Demais situações.
CATEGORIA	NÍVEL 2 (NÍVEL 1 + NÍVEL 2)
Adequada	Registro na RBE ≥ 6 consultas, início do pré-natal até 12 semanas, ≥ 5 registros dos procedimentos técnicos de peso, PA, AFU; ≥ 4 registros do BCF, apresentação fetal, movimentos fetais e pesquisa de edema em MMII.
Inadequada	Registro na RBE ≤ 3 consultas ou início do pré-natal após 28 semanas de gestação ou ≤ 2 registros dos procedimentos técnicos: peso, PA, AFU, BCF, apresentação fetal, movimentos fetais e pesquisa de edema em MMII.
Intermediária	Demais situações.

Fonte: Brasil,^{2-3,5} Anversa et al.¹²

Quadro 2 - Indicadores da qualidade do pré-natal avaliados nos níveis 3 e 4

CATEGORIA	NÍVEL 3 (NÍVEL 1 + NÍVEL 3)
Adequada	Registro na RBE ≥ 6 consultas de pré-natal, início do pré-natal até 12 semanas de gestação, registro dos exames laboratoriais mínimos recomendados: um registro dos exames de tipagem sanguíneo/fator Rh, toxoplasmose e ultrassonografia (USG), ≥ 2 registros dos exames de EAS, glicemia em jejum, Hb, Ht, HbsAg, anti-HIV, urocultura, VDRL
Inadequada	Registro na RBE de início do pré-natal após 28 semanas de gestação ou ≤ 3 consultas ou nenhum registro dos exames
Intermediária	Demais situações.
CATEGORIA	NÍVEL 4 (NÍVEL 1 + NÍVEL 2 + NÍVEL 3)
Adequada	Registro na RBE ≥ 6 consultas de pré-natal, início do pré-natal até 12 semanas de gestação, ≥ 5 registros dos procedimentos técnicos: peso, PA, AFU; ≥ 4 registros do BCF, apresentação fetal, movimentos fetais e pesquisa de edema em MMII; um registro dos exames de tipagem sanguíneo/fator Rh, toxoplasmose, USG, ≥ 2 registros dos exames de EAS, glicemia em jejum, Hb, Ht, HbsAg, anti-HIV, urocultura, VDRL; registro das vacinas antitetânica,* hepatite B,* influenza, atividade coletiva, consulta odontológica, e consulta puerperal.
Inadequada	Registro na RBE de início do pré-natal após 28 semanas de gestação ou ≤ 3 consultas, ou ≤ 2 registros dos procedimentos técnicos: peso, PA, AFU, BCF, apresentação fetal, movimentos fetais e pesquisa de edema em MMII ou nenhum registro dos exames.
Intermediária	Demais situações.

Fonte: Brasil^{2-3,5}; Anversa et al.¹²

Nota: * Não foi possível avaliar as doses de vacinas de antitetânica e hepatite B porque o registro não qualifica o tipo de dose.

Foi realizada análise estatística descritiva com utilização de frequência absoluta (N) e porcentagem (%). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), no dia 5 de julho de 2015, sob o nº 1.138.587.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos indicadores de processo do PHPN/Rede Cegonha a partir do sistema de informação de pré-natal contemplou 5.030 fichas clínicas de pré-natal da RBE preenchidas durante o acompanhamento das gestantes nos anos de 2013 e 2014 nas UBS e no CME do município de Vitória (ES), correspondente a aproximadamente 56% do número estimado de nascidos vivos para o município nos dois anos (estimativa média anual de 4.500 nascidos vivos).¹³

A tabela 1 apresenta a adequação do pré-natal classificada nos quatro níveis de qualidade propostos por Anversa et al.,¹² conforme os procedimentos mínimos recomendados pelo PHPN/Rede Cegonha e Manual Técnico do Pré-Natal de Baixo Risco realizados para cada gestante atendida e registrada no sistema de informação de pré-natal por meio da ficha clínica de pré-natal da RBE.

Tabela 1 – Adequação do pré-natal nos quatro níveis de qualidade no município de Vitória-ES (2014)

ADEQUAÇÃO	N	%
Nível 1		
Adequada		
Registro na RBE ≥ 6 consultas e início do pré-natal até 12 semanas de gestação.	759	15,09
Inadequada		
Registro na RBE do início do pré-natal após 28 semanas de gestação ou até três consultas.	1.800	35,79
Intermediária	2.471	49,13
Demais situações.		
Nível 2 (nível 1 + nível 2)		
Adequada		
Registro na RBE ≥ 6 consultas, início do pré-natal até 12 semanas, ≥ 5 registros dos procedimentos técnicos de peso, PA, AFU; ≥ 4 registros do BCF, apresentação fetal, movimentos fetais e pesquisa de edema em MMII.	577	11,47
Inadequada		
Registro na RBE ≤ 3 consultas ou início do pré-natal após 28 semanas de gestação ou ≤ 2 registros dos procedimentos técnicos: peso, PA, AFU, BCF, apresentação fetal, movimentos fetais e pesquisa de edema em MMII.	3.041	60,46
Intermediária	1.412	28,07
Demais situações.		
Nível 3 (nível 1 + nível 3)		
Adequada		
Registro na RBE ≥ 6 consultas de pré-natal, início do pré-natal até 12 semanas de gestação, registro dos exames laboratoriais mínimos recomendados: um registro dos exames de tipagem sanguíneo/fator Rh, toxoplasmose e ultrassonografia (USG), ≥ 2 registros dos exames de EAS, glicemia em jejum, Hb, Ht, HbsAg, anti-HIV, urocultura, VDRL.	167	3,32
Inadequada		
Registro na RBE de início do pré-natal após 28 semanas de gestação ou ≤ 3 consultas ou nenhum registro dos exames.	2.118	42,11
Intermediária	2.745	54,57
Demais situações.		
Nível 4 (nível 1 + nível 2 + nível 3)		
Adequada		
Registro na RBE ≥ 6 consultas de pré-natal, início do pré-natal até 12 semanas de gestação, ≥ 5 registros dos procedimentos técnicos: peso, PA, AFU; ≥ 4 registros do BCF, apresentação fetal, movimentos fetais e pesquisa de edema em MMII; um registro dos exames de tipagem sanguíneo/fator Rh, toxoplasmose, USG, ≥ 2 registros dos exames de EAS, glicemia em jejum, Hb, Ht, HbsAg, anti-HIV, urocultura, VDRL; registro das vacinas antitetânica,* hepatite B,* influenza, atividade coletiva, consulta odontológica, e consulta puerperal.	8	0,16
Inadequada		
Registro na RBE de início do pré-natal após 28 semanas de gestação ou ≤ 3 consultas, ou ≤ 2 registros dos procedimentos técnicos: peso, PA, AFU, BCF, apresentação fetal, movimentos fetais e pesquisa de edema em MMII ou nenhum registro dos exames.	3.359	66,78
Intermediária	1.663	33,06
Demais situações.		

Fonte: Rede Bem-Estar.

Nota: * Não foi possível avaliar as doses de vacinas de antitetânica e hepatite B porque o registro não qualifica o tipo de dose.

A assistência pré-natal foi classificada em adequada para 15,09% no nível 1; 11,47% no nível 2; 3,32% no nível 3; e 0,16% no nível 4. Nos níveis 1 e 3, verificou-se que a maioria apresentou adequação intermediária, sendo 49,13% e 54,57%, respectivamente. Para os níveis 2 e 4 observou-se que a maioria teve adequação inadequada, com valores maiores que 60%.

Segundo os parâmetros do PHPN/Rede Cegonha, os indicadores de processo da assistência pré-natal foram considerados como totalmente adequados, quando atingem o nível 4, para apenas 0,16% das gestantes atendidas.

A análise dos indicadores de processo do PHPN/Rede Cegonha a partir do sistema de informação do pré-natal apresentou adequação insatisfatória da qualidade para todos os níveis. A falta de registro ou dados incompletos do sistema dificultam a avaliação das informações e, conseqüentemente, a assistência prestada.

A maioria das gestantes apresentou menos de seis consultas de pré-natal, resultado inferior ao encontrado nos estudos anteriores em Vitória (ES)⁹ e microrregião do Espírito Santo,⁶ que foram de 75,6% e 69%, respectivamente, e semelhante ao estudo desenvolvido na região metropolitana de Vitória,¹⁵ que verificou que 48,2% das gestantes realizaram mais de sete consultas de pré-natal. Conforme recomendado pelo MS, o município encontra-se com o indicador número de consultas de pré-natal abaixo do preconizado para a maioria das gestantes atendidas.

O início do pré-natal também apresentou adequação insatisfatória. Outro estudo também realizado em Vitória (ES)⁹ observou que 38% iniciaram o pré-natal até 12 semanas. Ao agrupar os dois indicadores e incorporar ao nível 1, a adequação do pré-natal ficou com qualidade intermediária, sendo considerada abaixo do recomendado pelo MS. No estudo no Rio de Janeiro,⁸ 25% das gestantes iniciaram o pré-natal após o quarto mês de gestação e, ao avaliar o início até 12 semanas, o valor de inadequação sobe para 50% das gestantes. Em Juiz de Fora e Minas Gerais, o início do pré-natal até 14 semanas em 2002 foi de 29,7%, e em 2004 foi de 51,5%.⁷

Um estudo realizado em países desenvolvidos descreveu que a realização de muitas ou poucas consultas não influencia a finalização do acompanhamento pré-natal. Entretanto, em países de médio a baixo desenvolvimento, o aumento da mortalidade perinatal é mais frequentemente encontrado entre mulheres que realizam poucas consultas de pré-natal.¹⁵

A avaliação dos procedimentos de forma individual apresentou índices melhores, alcançando valores acima de 50% de registro, estando em acordo com as recomendações descritas no Manual Técnico do Pré-Natal de Baixo Risco,⁵ que indicam a medida da PA como recomendação de grau C; a altura do fundo uterino tem grau de recomendação B; o BCF possui grau de recomendação C; os movimentos fetais recomendação C; e pesquisa de edema em MMII tem grau de recomendação C.

Na avaliação do nível 3, que contempla o nível 1 mais os exames laboratoriais, a maioria apresentou qualidade intermediária, e achados semelhantes foram encontrados em outro estudo que também avaliou os indicadores de processo do PHPN e Rede Cegonha na microrregião do Espírito Santo.⁶ Por outro lado, ao avaliar os exames realizados pelo

menos uma vez, alguns chegam a mais de 70%, concordando com os resultados do estudo realizado em Vitória (ES),⁹ que também encontrou valores superiores a 70%. O melhor resultado encontrado foi para VDRL (74%), e na repetição a glicemia em jejum alcançou 55%. A realização dos exames laboratoriais mínimos preconizados durante o acompanhamento pré-natal é um momento oportuno para prevenção e tratamento de doenças que possam acometer o binômio mãe/filho, em relação a causas evitáveis para redução da morbimortalidade materna e neonatal.⁵

Ao avaliar a qualidade do pré-natal no nível 4 como adequada, somente 0,16% apresentou todos os critérios mínimos recomendados para completa assistência pré-natal. Resultado semelhante é encontrado nos estudos na microrregião do Espírito Santo,⁶ no município de Juiz de Fora e Minas Gerais,⁷ Rio de Janeiro⁸ e Vitória (ES),⁹ que apresentaram menos de 10% de adequação.

Ao avaliar os parâmetros separadamente, dentro de cada nível, apresentam melhores adequações em algumas variáveis, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos parâmetros do PHPN/Rede Cegonha no município de Vitória-ES (2014)

VARIÁVEL	N	%
Nível 1		
≥ 6 consultas de pré-natal	2.259	44,91
≤ 6 consultas de pré-natal	2.771	55,09
≤ 12 semanas de gestação	1.456	28,95
≥ 12 semanas de gestação	3.574	71,05
Nível 2		
≥ 5 registros dos procedimentos técnicos		
Peso	2.635	52,39
PA	2.676	53,20
AFU	2.237	44,47
≥ 4 registros dos procedimentos técnicos		
Apresentação fetal	2.229	44,31
Movimentos fetais	2.661	52,90
BCF	2.793	55,53
Pesquisa de edema MMII	2.553	50,76
Nível 3		
1 registro dos exames laboratoriais		
EAS	3.503	69,64
Glicemia jejum	3.127	62,17
Hb/Ht	3.612	71,81
HbsAg	3.567	70,91
HIV	3.640	72,37
Toxoplasmose	3.443	68,45
Urocultura	3.464	68,87
VDRL	3.730	74,16
Ultrassonografia	3.538	70,34
Tipagem sanguínea/fator Rh	3.509	69,76
≥ 2 registros dos exames laboratoriais		
EAS	1.679	33,38
Glicemia jejum	2.812	55,90
Hb/Ht	1.664	33,08
HbsAg	1.374	27,32
HIV	1.588	31,57
Toxoplasmose	1.249	24,83
Urocultura	1.635	32,50
VDRL	1.790	35,59

VARIÁVEL	N	%
Nível 4		
1 registro de vacina influenza	805	16,00
≥ 1 registro de atividade coletiva	278	5,53
≥ 1 consulta odontológica	2.560	50,89
Consulta puerperal	1.698	33,76

Fonte: Rede Bem-Estar.

No nível 1, 55,09% das gestantes apresentaram menos de seis consultas de pré-natal, enquanto 44,91% apresentaram mais de seis consultas. No nível 2, os procedimentos técnicos avaliados separadamente apresentaram mais de 50% para peso, PA, movimentos fetais, BCF e pesquisa de edema. No nível 3, os exames laboratoriais mínimos recomendados apresentaram mais de 60% para pelo menos uma vez realizado, com maior adequação para Hb/Ht, que alcançou mais de 70% nos registros. Entretanto, ao avaliar acima de dois registros para os exames preconizados, somente glicemia em jejum alcançou registros de 50%; o restante dos exames apresentou em torno de 30%. No nível 4, somente a consulta odontológica apresentou mais de 50% para pelo menos uma consulta.

A consulta odontológica registrada na ficha clínica de pré-natal da RBE alcançou 50,89% pelo menos uma vez. Isso demonstra que as gestantes estão procurando o serviço de odontologia dentro das UBS. No estudo na região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo,¹⁶ 11,7% das puerperas entrevistadas receberam assistência odontológica adequada. No estudo em Araçatuba/SP,¹⁷ das 100 gestantes entrevistadas, 73% responderam que não procuraram o cirurgião-dentista, contra 27% que procuraram, sendo que, nesse último grupo, as crenças e os mitos foram evidenciados pelas gestantes como motivo para a não procura de atendimento odontológico durante a gestação.

O último item avaliado foi a consulta puerperal, que foi realizada em 33,76% das gestantes acompanhadas. Resultados semelhantes são encontrados nos estudos em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul,¹⁸ no qual 16,8% das gestantes realizaram a consulta puerperal. Pesquisa também em município do Sul do Brasil¹² encontrou que 48% retornaram para a consulta no puerpério e, em São Carlos, município de São Paulo,¹⁹ tal dado não ultrapassou 48,6%.

A qualidade da assistência pré-natal de forma geral apresentou adequação insatisfatória em todos os níveis, evidenciando a fragilidade dos serviços e lacunas no processo de trabalho. Considerando que o município de Vitória possui 75% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e somado ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) possui 85,70%,^{13,20} faz-se necessária uma reflexão acerca da organização da assistência pré-natal no município.

Além disso, existe a possibilidade de procedimentos serem realizados e não registrados ou de serem registrados e não realizados.¹⁴ A subnotificação dos dados registrados pelos profissionais tem sido apontada na literatura como principal limitação em estudos desse tipo,^{12,21-22} a qual contribui para resultados insatisfatórios.

CONCLUSÃO

O estudo após análise dos indicadores de processo do PHPN/Rede Cegonha a partir do sistema de informação do pré-natal apresentou adequação insatisfatória da qualidade para todos os parâmetros recomendados pelo MS. Demonstrou predomínio no nível intermediário nos níveis 1 e 3 e inadequado nos níveis 2 e 4.

Este estudo demonstra a fragilidade dos serviços e as lacunas no processo de trabalho. Sugere-se supervisão e controle sistemático sobre a qualidade da assistência pré-natal, bem como a sensibilização e o treinamento dos profissionais.

É preciso fazer buscas ativas constantes às gestantes e puérperas por meio de visitas domiciliares para captação precoce e redução das faltas às consultas, bem como o acolhimento humanizado do atendimento.

O PHPN/Rede Cegonha é uma política de referência no território brasileiro. No entanto, os municípios precisam se organizar para implementar efetivamente essa política como dever do Estado e direito de cidadania.

Os resultados podem contribuir para direcionar e reformular estratégias que visam à melhoria da qualidade dos indicadores do pré-natal, e também constituir uma ferramenta para a gestão municipal investir na reorganização da atenção pré-natal no município.

Há limitação no estudo quanto ao sistema de informação avaliado, pois no estudo anterior sobre a qualidade dos dados desse mesmo sistema, este apresentou resultado ruim e muito ruim de incompletude para a maioria das variáveis, exceto para os campos de preenchimento automático e de obrigatoriedade para o encerramento do atendimento. Então, pode não ser a realidade dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 8 jun 2000; Seção 1: 4-6.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 26 jun 2011; Seção 1: 109-111.
4. Becker MEL. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária no município de Rio Branco – Acre. Dissertação [Mestrado] – Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro, 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).
6. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento e rede cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014;36(2):56-64.
7. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde em município do sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010;32(11):563-9.
8. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2012;28(3):425-437.

9. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento e da organização mundial de saúde. *Cien Saude Colet* 2014;19(7):1999-2010.
10. Zillmer JGV, Schwartz RMM, Muniz RM, Lima LM. Avaliação da completude das informações do hiperdia em uma unidade básica do Sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2010 [acesso em: 4 jul 2015];31(2):240-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n2/06.pdf>
11. Espírito Santo. Prefeitura Municipal de Vitória. Lei Municipal nº 8.601, de 23 de dezembro de 2013. Dispõe sobre o Sistema Rede Bem-Estar, a certificação dos registros. *Diário Oficial do Estado do Espírito Santo* 23 dez 2013.
12. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TSD. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégias saúde da família em município no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2012;28(4):789-800.
13. Espírito Santo. Prefeitura Municipal de Vitória. Diagnóstico situacional para Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Vitória: Prefeitura Municipal de Vitória; 2013.
14. Santos Neto ET, Emmerich AE, Zandonade E, Gama SGN, Leal MC. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? *Cad Saude Publica* 2012;28(9):1650-62.
15. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 [acesso em: 8 fev 2016];6(10):CD000934. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164448/?tool=pubmed>
16. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Leal MC. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Cien Saude Colet* 2012;17(11):3057-68.
17. Moimaz SAS, Rocha NB, Saliba O, Garbin CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Revista de Odontologia da UNICID* 2007;19(1):39-45.
18. Hass CN, Teixeira LB, Bechetto MG. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre – RS. *Rev Gaucha Enferm* 2013;34(3):22-30.
19. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Rev Saude Publica* 2011; 45(5):854-63.
20. Espírito Santo. Prefeitura Municipal de Vitória. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Vitória: Prefeitura Municipal de Vitória; 2009.
21. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora (MG). *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25(10):717-24.
22. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2005;5(Supl 1):23-32.

Recebido em: 03/07/2016

Revisões requeridas: Não houve

Aprovado em: 04/01/2017

Publicado em: 25/10/2017

Autora responsável pela correspondência:

Vivian Kecy Vieira Maia
Prefeitura Municipal de Vitória
Unidade de Saúde Raul Oliveira Neves
Rua Belmiro Teixeira Pimenta n. 640
Jardim Camburi, Vitória-ES
CEP: 29090-600
E-mail: <viviankvm@hotmail.com>