



Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador - Bahia*

Prenatal care quality indexes of public health services in Salvador, Bahia

Indicadores de calidad de la asistencia prenatal en Salvador, Bahia

Enilda Rosendo do Nascimento¹, Quessia Paz Rodrigues², Mariza Silva Almeida³

RESUMO

Objetivo: Analisar indicadores de qualidade da assistência pré-natal prestada por serviços públicos de saúde de Salvador/Ba, após a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Métodos:** Estudo quantitativo realizado nas unidades básicas de saúde de Salvador que aderiram ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Resultados:** Baixo percentual de gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento realizaram seis consultas de pré-natal (9,76%); mais da metade dessas mulheres realizaram todos exames básicos e houve baixo percentual das que compareceram à consulta de puerpério (5,66%). Ademais, apenas 5,66% concluíram a assistência pré-natal. **Conclusão:** A assistência pré-natal em Salvador, prestada através do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no ano 2002, caracteriza-se por baixa cobertura pelas unidades de saúde tanto de consultas pré-natais quanto de exames básicos e consulta puerperal.

Descritores: Parto humanizado; Cuidado pré-natal; Garantia da qualidade dos cuidados de saúde; Serviços de saúde materno-infantil

ABSTRACT

Objective: To analyze prenatal care quality indexes of public health services in Salvador, Bahia following the implementation of the Prenatal and Birth Humanization Program. **Methods:** This quantitative descriptive study was conducted in primary care units in Salvador that adopted the Prenatal and Birth Humanization Program. **Results:** Few pregnant women registered in the Prenatal and Birth Humanization Program had the benchmark of six prenatal consultations (9.76%). More than half of these registered pregnant women received all basic exams. However, only few women received puerperal consultations (5.66%), which conclude their maternal care. **Conclusion:** Prenatal care in Salvador, carried out through the Prenatal and Birth Humanization Program in 2002, had a low performance in basic exams, and in prenatal and puerperal consultations.

Keywords: Humanizing delivery; Prenatal care; Quality assurance, health care; Maternal health care services

RESUMEN

Objetivo: Analizar indicadores de calidad de la asistencia prenatal prestada por servicios públicos de salud de Salvador/Bahia, después de la implantación del Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento. **Métodos:** Estudio cuantitativo realizado en las unidades básicas de salud de Salvador que se adherieron al Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento. **Resultados:** Bajo porcentaje de gestantes inscritas en el Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento realizaron seis consultas de prenatal (9,76%); más de la mitad de esas mujeres realizaron todos los exámenes básicos y hubo bajo porcentaje de las que se presentaron a la consulta de puerperio (5,66%). Además, apenas el 5,66% concluyeron la asistencia prenatal. **Conclusión:** La asistencia prenatal en Salvador, prestada a través del Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento en el año 2002, se caracteriza por la baja cobertura realizada por las unidades de salud tanto de consultas prenatales como de exámenes básicos y consulta puerperal.

Descriptores: Parto humanizado; Atención prenatal; Garantía de la calidad de atención de salud; Servicios de salud materno-infantil

* Trata-se de um estudo intitulado: "Impacto da assistência de enfermagem às mulheres em saúde reprodutiva em serviços de saúde de Salvador, Bahia", desenvolvido com apoio do CNPq através do PIBIC e apoio financeiro da EAPESB – Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia. Apresentado na VII Semana de Mobilização Científica – SEMOC, Salvador/BA de 18 a 22 de outubro de 2004.

¹ Doutora, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador (BA), Brasil.

² Acadêmica do Curso de Enfermagem e bolsista de Iniciação Científica pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC da Universidade Federal da Bahia – UFBA- Salvador (BA), Brasil.

³ Doutora, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador (BA), Brasil.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades com a finalidade de identificar riscos e implementar medidas que visam maior nível de saúde para a mulher e para o conceito⁽¹⁾. Entretanto, a qualidade dessa assistência implica em uma série de fatores que podem ser pessoais ou ligados à organização e oferta dos serviços de saúde, dentre outros.

A associação entre assistência pré-natal e ocorrência de mortes maternas tornou-se, desde algum tempo, um consenso entre as(os) estudiosas(os) do assunto e órgãos formuladores de políticas públicas de saúde, de modo que a assistência pré-natal tem sido o alvo de medidas e programas governamentais com o intuito de reduzir as taxas de morte materna. O município de Salvador, apresentou em 2002, taxa de mortalidade materna da ordem de 66 mortes por cem mil nascidos vivos⁽²⁾.

Embora mais baixa do que a média nacional, essa taxa é considerada elevada quando comparada com municípios de alguns países de condições sócio-econômicas semelhantes e até mais baixas do que o Brasil, como por exemplo, em Cuba, Chile e Uruguai, que apresentaram no ano de 2000 as seguintes taxas de mortalidade materna: 33, 31 e 27 por cem mil nascidos vivos, respectivamente⁽³⁾, sem contar que em países desenvolvidos, “que se possa alcançar situação em que não mais ocorram mortes maternas”⁽⁴⁾.

Com a finalidade de modificar a realidade brasileira a respeito da elevada taxa de mortalidade materna, o Ministério da Saúde lançou em 1 de junho de 2000, através da Portaria/GM nº 569, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que institui a adoção, pelos municípios, de medidas que garantam uma assistência de qualidade às gestantes e recém-nascidos⁽⁵⁻⁶⁾.

A criação do PHPN parte, portanto, da imperiosa necessidade de aliar qualidade da assistência pré-natal à ampliação do acesso das mulheres aos serviços pré-natais, de modo a atingir a máxima cobertura por todos os municípios do país.

Em Salvador, a adesão ao PHPN ocorreu em 2001, tornando pertinente o estabelecimento de um diagnóstico do seu resultado no primeiro ano de implantação, tendo em vista o planejamento em saúde.

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo geral analisar alguns indicadores de qualidade da assistência pré-natal prestada por serviços públicos de saúde de Salvador/Ba, após a implantação do PHPN e como objetivos específicos: descrever o percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram seis consultas de pré-natal; descrever o percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos; descrever o percentual de gestantes inscritas no PHPN que realizaram seis consultas de pré-

natal e a consulta de puerpério.

Dentre os componentes do PHPN e do leque de atividades relativas à assistência pré-natal prevista, este estudo focaliza a análise dos indicadores relativos às consultas, exames básicos e vacinação antitetânica, uma vez que esses elementos estão diretamente ligados à conclusão da assistência pré-natal.

A conclusão da assistência pré-natal é entendida, neste estudo, como um conjunto mínimo de atividades/procedimentos dispensados à gestante durante o período gravídico-puerperal, que inclui a realização de, no mínimo seis consultas pré-natais e uma consulta puerperal, além de todos os exames básicos, estando implícito que o parto tenha ocorrido neste período⁽⁷⁾.

MÉTODOS

Este estudo utiliza indicadores de processo ligados a consultas e exames laboratoriais, tendo como suporte teórico o modelo sistêmico de análise em saúde, que além do processo, inclui elementos ligados à estrutura e resultados⁽⁸⁾. A análise da tríade processo – estrutura – resultado é importante recurso de avaliação de sistemas ou Programas de Saúde tomados em sua totalidade.

A coleta de dados teve como base o ano de 2002, correspondendo ao primeiro ano de desenvolvimento do PHPN em Salvador, período definido pelo Ministério da Saúde para realização da primeira avaliação em todos os municípios que aderiram ao Programa⁽⁶⁾.

Os dados foram obtidos na Coordenadoria de Regulação e Avaliação (CRA) da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Bahia que disponibilizou os indicadores já processados pelo DATASUS e apresentados sob a forma de frequência simples; são oriundos de registros da assistência pré-natal prestada pelas 38 unidades básicas de saúde do município de Salvador/Bahia que mantinham cadastramento de gestantes e produziam informações regulares para o SISPRENATAL. Este software foi desenvolvido pelo DATASUS especificamente para o acompanhamento das gestantes cadastradas no PHPN. O SISPRENATAL define o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, com a capacidade de gerar indicadores da assistência prestada, seja de processo, estrutura ou impacto⁽⁵⁾.

Todas as gestantes cadastradas possuíam um número de identificação, utilizado para lançar no software todo atendimento recebido nas unidades de saúde, de modo a alimentar todo o sistema de coleta de informações. A alimentação do referido sistema é realizada, em geral, por profissionais que realizaram a primeira consulta e as consultas subseqüentes, através da utilização de duas fontes de dados: a Ficha de Cadastramento da Gestante e a Ficha de Registro Diário de Atendimento.

O cálculo dos indicadores utilizados neste estudo,

utiliza como referência os conceitos formulados no próprio PHPN⁽⁵⁾ que levam em consideração a idade gestacional suficiente para cada item, e excluem as gestantes que já passaram de 365 dias, a partir da data da última menstruação. Desse modo, foram selecionados os seguintes indicadores: percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e que tenham pelo menos 240 dias de idade gestacional; percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério (realizada até o 42º dia após o parto) e que tenham mais de 294 dias e menos de um ano a partir da data da última menstruação; percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, todos os exames básicos e que possuam pelo menos 240 dias de idade gestacional; percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos e que possuam mais de 294 dias e menos de um ano a partir da data da última menstruação.

Os exames básicos considerados no estudo apresentam as seguintes características: Solicitação de tipagem sanguínea ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Urina – rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Hematócrito e hemoglobina, na primeira consulta.

A análise e discussão dos resultados foram realizadas tomando como referência a bibliografia pertinente, focalizando achados de outros estudos desenvolvidos no país e em outros municípios sobre o tema. Para avaliação da conclusão da assistência pré-natal foi considerado ainda, como parâmetro, a meta de 30% das gestantes cadastradas no Programa, definida para o primeiro ano de adesão dos municípios ao Programa⁽⁶⁾.

RESULTADOS

Os indicadores calculados neste estudo foram os seguintes: 9,76% das gestantes inscritas no PHPN realizaram seis consultas pré-natais; 7,81% das gestantes inscritas no PHPN realizaram as seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos; 5,66% das gestantes inscritas no PHPN realizaram seis consultas pré-natais e a consulta puerperal; 5,66% das gestantes inscritas no PHPN concluíram a assistência pré-natal.

DISCUSSÃO

Depreende-se, a partir da própria definição de conclusão da assistência pré-natal adotada, que o desempenho do município em obter o máximo de cobertura desse indicador está na dependência de outros

fatores como a captação do maior número de gestantes, e depende diretamente do número de gestantes que realizaram seis consultas pré-natais. Nesse sentido, o estudo apresenta algumas limitações ligadas a questões técnicas e operacionais na construção do indicador percentual de gestantes que receberam seis consultas pré-natais⁽⁹⁾.

A primeira limitação diz respeito à base populacional que estima o número de gestantes pelo número de nascidos vivos, excluindo, desse modo, as gestações que deram origem a natimortos; à contagem cumulativa de nascidos vivos nos partos gemelares; e à possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subnumerando o total de nascidos vivos⁽¹⁰⁾.

Em segundo lugar, existem limitações do instrumento de coleta dos dados⁽¹⁰⁾ – declaração de nascido vivo – no tocante à informação do número de consultas como sendo sete ou mais; não especifica se a consulta foi realizada por médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde, uma vez que a norma técnica do Ministério da Saúde para o PHPN define para este fim, a consulta realizada por médico ou enfermeiro. Por outro lado, o preenchimento deste item baseia-se na informação prestada pela mãe, estando sujeita, portanto, a erro de interpretação, já que nem sempre tais profissionais se identificam no momento do atendimento, dentre outros fatores⁽⁹⁾.

Portanto, a análise dos resultados deve levar em conta as limitações descritas acima. Observou-se que apenas 9,76% das gestantes inscritas no PHPN realizaram o número mínimo de consultas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, isto é, seis consultas pré-natais. Apesar desse percentual, ser considerado extremamente baixo, na Bahia como um todo o desempenho desse indicador, no mesmo ano, foi abaixo de 3%⁽¹¹⁾.

Por outro lado, dados nacionais do atendimento a gestantes com seis e mais consultas para o ano considerado aponta para uma cobertura de 46%, sendo que as proporções são mais baixas nos Estados do Norte (25,8%) e Nordeste (32,9%)⁽¹⁰⁾.

Verificou-se, ainda, que dentre as gestantes que realizaram as seis consultas de pré-natal, 7,81% realizaram todos os exames básicos. Este percentual é bastante reduzido, visto que entre as mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul que relataram seis ou mais consultas de pré-natal, 42,4% se submeteram a todos os exames recomendados pelo PHPN⁽¹²⁾.

Vale ressaltar que o reduzido percentual de gestantes que realizaram as seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos deve-se ao baixo percentual de gestantes que realizaram as seis consultas pré-natais. Entretanto, considerando como universo as 100 gestantes que realizaram as seis consultas, teremos uma cobertura de 80% de exames básicos para o público considerado.

O percentual de gestantes, que além das consultas pré-

natais realizaram a consulta puerperal (5,66%) é considerado muito baixo, quando comparado ao desempenho de outros municípios. O estudo realizado sobre o programa de pré-natal em postos de saúde na região Sul do Brasil aponta que a consulta puerperal foi realizada em aproximadamente 50% das mulheres⁽¹³⁾.

Apesar do estímulo financeiro recebido pelos municípios que aderiram ao PHPN^(7,14), a consulta a puérpera em Salvador, após a alta hospitalar, ainda não se efetivou, deixando a mulher à mercê de buscar atendimento, caso venha a ter alguma intercorrência ou complicação puerperal⁽¹⁵⁾.

A deficiência desse indicador está, em grande parte, segundo o estudo realizado em Salvador, ligada à baixa oferta desse serviço nos últimos anos⁽¹⁾.

Além disso, observa-se que as mulheres retornam ao serviço após o parto muito mais para o cuidado do recém-nascido, pois nos últimos seis anos no Brasil, a cobertura vacinal no primeiro mês de vida (BCG) é de 100%. Este fato denuncia a falta de articulação das ações básicas e também viés de gênero⁽¹⁶⁾, uma vez que uma atenção qualificada e humanizada, deve incorporar condutas acolhedoras e de fácil acesso a serviços de saúde com qualidade, integrando ações em todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde de ambos, mulher e recém-nascido.

Em relação às gestantes que concluíram a assistência pré-natal, ou seja, que realizaram seis consultas de pré-natal, uma no puerpério, todos os exames básicos e receberam imunização antitetânica, é preocupante o baixo percentual encontrado (5,66%). Segundo a Portaria nº 9 da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, os municípios que aderiram ao PHPN, no primeiro ano de adesão, deverão ter concluído a assistência pré-natal para, no mínimo, 30% das gestantes nele cadastradas⁽⁶⁾.

O baixo percentual obtido pelo indicador conclusão da assistência pré-natal, tem ligação direta com o percentual de gestantes que realizaram seis consultas que é também baixo, entretanto, atinge apenas pouco mais da metade dessas mulheres, apontando para aspecto importante da qualidade da assistência em questão, que é o seguimento das medidas eventualmente instituídas para controle, diagnóstico, prevenção ou tratamento de situações ou problemas relevantes para a saúde. Nesse sentido, há que se atentar para as dificuldades de acesso das mulheres de baixa renda que são as usuárias potenciais dos serviços públicos de saúde.

CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos, constatou-se que a assistência pré-natal nos serviços públicos de saúde no município de Salvador/Ba, através do PHPN, caracteriza-se por: baixa cobertura pelas unidades de saúde da rede

básica tanto de consultas pré-natais quanto de exames básicos e consulta puerperal, quando comparados aos padrões definidos pelo Ministério da Saúde e com outros municípios do Brasil.

Das gestantes que realizaram as seis consultas de pré-natal 100, a grande maioria (80) realizou, também, todos os exames básicos preconizados pelo PHPN, em contraposição ao baixo percentual das que compareceram à consulta de puerpério (5,66%).

Durante o acompanhamento pré-natal, faz-se necessário oferecer condições às mulheres para que possam retornar à unidade de saúde depois do parto para a consulta puerperal. Além disso, e o mais importante, os serviços de saúde devem elevar a oferta desse tipo de atendimento.

Vale destacar, ainda, que as dificuldades vividas por muitas mulheres pertencentes a extratos detentores de baixo poder aquisitivo são muito grandes pois, o cuidado que se deve prestar a um recém-nascido nem sempre é tarefa fácil de ser desenvolvida sem apoio financeiro ou institucional. Por outro lado, vive-se em uma sociedade caracterizada por profundas desigualdades de gênero, de modo que, dentre outros aspectos, a responsabilidade com o trabalho doméstico recai quase exclusivamente sobre as próprias mães que durante o puerpério, enfrentam considerável aumento de carga do trabalho relativa ao cuidado consigo e com o recém-nascido.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento ER, Paiva MS, Ferreira SL. O atendimento às mulheres em serviços públicos de saúde. Salvador: Ultragraph; 1996.
2. Bahia (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. Informações sobre óbitos maternos em 2002. Salvador (BA); 2004.
3. Organização Mundial da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Fundo de População das Nações Unidas. Rede Mulher de Informação. Morte materna uma tragédia que pode e deve ser evitada. Mortalidade materna no Brasil [citado 2004 Jun 15]. Cunharty Informa. Abril/junho 2004; (56). Disponível em: <http://www.redemulher.org.br/encarte56.html>
4. Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade materna na cidade do Recife. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002; 24(7): 455-62.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 9, de 5 de julho de 2000 [documento na internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000 [citado 2004 Jun 13]. Disponível em: http://aguia.datasus.gov.br/php_datasus/sisprenatal/PT_SPS_09.PDF
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 570, de 1º de Junho de 2000 [documento na internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. [citado 2006 Out 28]. Disponível em: <http://www.mp.al.gov.br/>

- institucional%5Ccentros_de_apoio%5C1_cao%5Cinfancia_e_juventude%5Clegislacao%5CPortarias%20do%20MS%20que%20regulam%20%20Programa%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o%20do%20Pr%C3%A9.doc.
8. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med.* 1990; 114(11): 1115-8.
 9. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações [documento na internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2002 [citado 2006 Ago 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/public.htm>.
 10. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais 2002 [texto na internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2002 [citado 2004 Jun 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/12062003indic2002.shtm>
 11. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004; 26(7): 517-25.
 12. 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.
 13. Dias-da-Costa JS, Madeira ACC, Luz RM, Britto MAP. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública = J Public Health.* 2000; 34(4): 329-36.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 [documento da internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000 [citado 2006 Out 28]. Disponível em: http://www.mp.al.gov.br/institucional/centros_de_apoio/1_cao/infancia_e_juventude/legislacao/Portarias%20do%20MS%20que%20regulam%20o%20Programa%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o%20do%20Pr%C3%A9.doc
 15. Almeida MS. Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
 16. 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.* 2004; 4(3): 269-79.