



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS DE PASSO FUNDO

CURSO DE MEDICINA

MICHELLI DE ALMEIDA FLECK

**AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO-RS SEGUNDO
DADOS DO SISPRENATAL**

PASSO FUNDO, RS

2019

MICHELLI DE ALMEIDA FLECK

**AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO PASSO FUNDO-RS SEGUNDO
DADOS DO SISPRENATAL**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientadora: Prof.^a Me. Daniela Teixeira Borges

Co-Orientadora: Me. Tatiana Lima Both

PASSO FUNDO, RS

2019

Fleck, Michelli de Almeida

Avaliação do pré-natal no município de Passo Fundo-RS
segundo dados do Sis prenatal./ Michelli de Almeida Fleck. -- 2019.
f.53

Orientadora: Daniela Teixeira Borges.

Co-orientadora: Tatiana Both.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Medicina, Passo Fundo, RS,
2019.

1. Pré-natal. 2. Sis prenatal. I. Borges, Daniela Teixeira, orient. II. Both,
Tatiana Lima, co-orient. III.
Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

MICHELLI DE ALMEIDA FLECK

**AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO PASSO FUNDO-RS SEGUNDO
DADOS DO SISPRENATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientador: Prof.^a Me. Daniela Teixeira Borges

Esse Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado pela banca em: 13/06/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Md. Me. Daniela Teixeira Borges

Prof^a. Md. Me. Silvane Nene Portela

Prof.^a Md. Sofia Carla Abelin Noskoski

RESUMO

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação, requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo, cujo título é “ Avaliação do pré-natal no município Passo Fundo-RS segundo dados do Sis prenatal” sob orientação da Prof.^a Me. Daniela Teixeira Borges e co-orientação da Me. Tatiana Lima Both. O trabalho está em conformidade com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da instituição e com o Regulamento de TCC. Este volume é constituído de 3 capítulos. O primeiro é composto pelo projeto desenvolvido na disciplina de Pesquisa em Saúde, no primeiro semestre do ano de 2018. O segundo refere-se ao relatório de pesquisa sobre o andamento e coleta de dados do projeto, desenvolvido na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I, no segundo semestre de 2018, no qual foi feita a coleta dos dados. Já o terceiro capítulo engloba o artigo científico obtido com os resultados discussões e conclusões do projeto de pesquisa desenvolvidos na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, no primeiro semestre de 2019. O objetivo do presente estudo foi analisar qualidade da assistência pré-natal na cidade de passo Fundo- RS a partir de dados coletados do Sis prenatal

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Sis prenatal. Mortalidade materna.

ABSTRACT

This is a Graduation Course Completion Work (CBT), a prerequisite for obtaining a Bachelor's degree in Medicine from the Fronteira Sul Federal University, Passo Fundo campus, whose title is "Evaluation of prenatal care in the city of Passo Fundo -RS according to Sis prenatal data" under the guidance of Prof. Me. Daniela Teixeira Borges and co-direction of Me. Tatiana Lima Both. The work is in accordance with the Academic Workbook of the institution and with the Regulation of CBT. This volume consists of 3 chapters. The first is composed of the project developed in the discipline of Health Research in the first half of the year 2018. The second refers to the research report on the progress and data collection of the project, developed in the discipline of Work Completion Course I, in the second half of 2018, at which the data were collected. The third chapter covers the scientific article obtained with the results, discussions and conclusions of the research project, refers to the final considerations, both developed in the discipline of Completion Work Course II, in the first half of 2019. The objective of this study was to analyze prenatal care quality in the city of Passo Fundo-RS from data collected from Sis prenatal

Keywords: Prenatal care. Sis prenatal. Maternal Mortality.

SUMÁRIO

1.		0
INTRODUÇÃO.....		1
2.		0
DESENVOLVIMENTO.....		2
2.1. PROJETO DE PESQUISA.....		0
2.1.1	RESUMO	0
INFORMATIVO.....		2
2.1.2. TEMA.....		0
2.1.3. PROBLEMA.....		2
2.1.4. HIPÓTESES.....		0
2.1.5. OBJETIVOS.....		2
2.1.5.1. OBJETIVO GERAL.....		0
2.1.5.2.	OBJETIVOS	2
ESPECÍFICOS.....		0
2.1.6.		3
JUSTIFICATIVA.....		0
2.1.7.	REFERENCIAL	3
TEÓRICO.....		0
		3

2.1.8.					0
METODOLOGIA.....					3
2.1.8.2.		TIPO		DE	0
ESTUDO.....					4
2.1.8.3.	LOCAL		DE	PERÍODO	DE
REALIZAÇÃO.....					1
2.1.8.4.		POPULAÇÃO		E	1
AMOSTRAGEM.....					1
2.1.8.5.	VARIÁVEIS,	INSTRUMENTO	DE	COLETA	DE
DADOS E					1
LOGÍSTICA.....					1
2.1.8.6.	PROCESSAMENTO,	CONTROLE	E	QUALIDADE	DOS
DADOS.....					1
2.1.8.7.				ASPECTOS	1
ÉTICOS.....					2
2.1.9.					1
RECURSOS.....					2
2.1.10.					1
CRONOGRAMA.....					3
REFERÊNCIAS					1
BIBLIOGRÁFICAS.....					3
APÊNDICE 1.....					1
APÊNDICE 2.....					3
APÊNDICE 3.....					1
3 RELATÓRIO DE PESQUISA.....					4
ANEXO 1					1
4 ARTIGO.....					7
					1
					8
					1
					9
					2
					2

2

4

2

9

1 INTRODUÇÃO

Uma das principais políticas de saúde pública do Brasil é a atenção à saúde da mulher e da criança, através de programas e sistemas de informação, com o intuito de diminuir a morbimortalidade materna, perinatal e neonatal (BRASIL, 2005).

A assistência pré-natal é o primeiro passo, segundo Ministério da Saúde (MS), para o acolhimento da mulher desde o princípio da gravidez, assegurando o bem-estar materno e neonatal, além da condução da gestação e parto de forma saudável. Desse modo, a atenção pré-natal deve ter condutas acolhedoras - pois nesse momento as gestantes passam por um momento de grandes mudanças físicas e emocionais. Além disso, deve ter também ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005).

De modo a implementar essa política de forma efetiva, o MS implantou programas oferecendo orientações e incentivo financeiro. O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), foi lançado pelo MS no ano 2000 por meio da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000 em consonância com as doutrinas do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse programa foi criado com a finalidade de assegurar o melhor acesso, uma melhor cobertura e melhor qualidade do acompanhamento do pré-natal, assistência ao parto e ao puérpero, à gestante e ao recém-nascido. Para incentivar os Municípios a aderirem o PHPN, bem como se comprometerem com tal, o MS repassa recursos financeiro ao município para cada gestante cadastrada no Sispre natal. (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002).

O Sispre natal é um sistema de informação criado pelo DATASUS para cadastramento das gestantes, inseridas no PHPN, do SUS. Esse sistema é alimentado com informações do elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, como como procedimentos envolvidos desde a primeira consulta, exames e vacina anti-tetânica, O software, através dos dados cadastrados, gerará dados e indicadores que monitora e avalia as ações programáticas, além de ser usado como instrumento de gestão dos municípios na avaliação da assistência prestada. (ANDREUCCI *et al.*, 2011)

O município de Passo Fundo - RS ainda é carente de estudos que avaliem o pré-natal. Assim, esse estudo coletará dados do Sispre natal para avaliação da adesão e da

qualidade da assistência prestada no município.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 RESUMO INFORMATIVO

Esse trabalho visa avaliar a assistência pré-natal em Passo Fundo-RS, a partir de dados e indicadores do Sisprenatal desde sua implantação no município. Para a execução dessa coleta serão utilizadas as informações disponíveis no banco de dados do software criado pelo DATASUS, o Sisprenatal, referente ao período 2013 a 2017. Os dados e indicadores coletados serão compilados, avaliados e discutidos.

O município de Passo Fundo ainda é carente de estudos que avalie os dados abastecidos no Sisprenatal. Portanto, torna-se imprescindível um estudo que colete dados do programa e os avalie com intuito de implementar melhorias no processo de trabalho do cuidado pré-natal e assim, gerar secundariamente, benefícios para comunidade em questões de saúde da mulher e redução da morbimortalidade materna e neonatal evitável, visto que tais objetivos são alcançados com um pré-natal abrangente e de qualidade.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Sisprenatal. Mortalidade materna.

2.1.2 TEMA

Elevado número de gestantes do Sistema Único de Saúde que não realizam a assistência pré-natal de forma adequada.

2.1.3 PROBLEMA

Qual a proporção de gestantes no município de Passo Fundo que são cadastradas no Sisprenatal por ano, desde 2013 até 2017?

Qual a proporção de gestantes que fizeram 6 consultas pré-natais, todos os exames básicos e testes rápidos para HIV e sífilis?

2.1.4 HIPÓTESE

Em 2013, ano da implantação do Sis prenatal em Passo Fundo-RS, em média 60% das gestantes do município foram cadastradas no Sis prenatal. Com o passar dos anos, essa proporção foi crescente, sendo que em 2017 esse número aumentou para 75%.

A avaliação da porcentagem do mínimo de 6 consultas pré-natais por gestante cadastrada, durante os anos de implantação do Sis prenatal I em Passo Fundo - RS, será crescente (65%) e declinará em algum ano isolado (59%).

Quando se incluir a variável percentual de gestantes inscritas que realizaram todos os exames básicos, além dos testes rápidos para HIV e sífilis essa porcentagem será menor (50%).

2.1.5 OBJETIVO

2.1.5.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a assistência pré-natal no município de Passo Fundo a partir de dados e indicadores do Sis prenatal.

2.1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar qual a proporção de gestantes do SUS que tem o cadastro feito no Sis prenatal desde 2013, ano de implantação no município de Passo Fundo – RS até 2017 através de dados obtidos dos relatórios emitidos do software Sis prenatal.

Determinar a proporção de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos e os testes rápidos para HIV e sífilis inscritas no Sis prenatal de 2013 a 2017.

2.1.6 JUSTIFICATIVA

A atenção pré-natal é uma das ferramentas nas políticas públicas da saúde da mulher. A partir dela que a mulher terá garantia de saúde na gestação, parto e ao recém-nascido e a diminuição da morbidade e da mortalidade materna e perinatal.

No entanto, para que o maior número de mulheres tenha acesso à essas políticas de saúde, é necessário que a assistência pré-natal tenha grande adesão por parte dos municípios e dos usuários. Para isso que foram criados, a partir do ano 2000, programas,

como o PHPN e o Sis prenatal, que tem a finalidade de assegurar a melhoria do serviço, do acesso e da cobertura.

O Sis prenatal é um grande aliado nessa política, pois pode quantificar, qualificar e avaliar como está acontecendo o pré-natal na rede de saúde de cada município. A partir desses dados é possível que as gestões municipais criem ações para superar as falhas encontradas e garantir à mulher um pré-natal de qualidade.

O município de Passo Fundo ainda é carente de estudos avaliação dos dados abastecidos no Sis prenatal. Portanto, torna-se imprescindível um estudo que colete dados do programa e os avalie com o intuito de implementar melhoras no processo de trabalho do cuidado pré-natal.

2.1.7 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.7.1 A relação do cuidado Pré-natal com a mortalidade materna

No Brasil, a redução dos números da mortalidade materna e neonatal ainda é um grande desafio, tornando-se um grave problema de saúde pública. Tais taxas são configuradas como uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças que atingem de forma desigual as diferentes regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres e crianças com condições sócio-econômicas mais precárias. (VIANA *et al.*, 2011; BRASIL 2004).

A morte de uma mulher em decorrência da gestação, aborto ou parto, ou ainda do recém-nascido, durante anos, foi considerada uma fatalidade. Gradualmente, tais eventos foram sendo entendidos e considerados como indicadores da qualidade de vida de uma população, por evidenciarem mortes precoces que poderiam e deveriam ser evitadas pelo acesso em tempo hábil a serviços qualificados de saúde (BRASIL, 2004).

A partir de toda essa problemática, o Governo Brasileiro assumiu, em Conferências Internacionais, como uma de suas prioridades na área da saúde, as políticas públicas para atenção integral à saúde da mulher e da criança, além de compromissos com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e com a redução da morte materna e neonatal (MARTINS; SILVA, 2018).

Devido à magnitude do problema, a redução dessa mortalidade foi incluída na lista dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio definidos pela Organização das Nações

Unidas (ONU). A meta era reduzir em 75% a razão da mortalidade materna até 2015 (BRASIL, 2014; LOZANO, 2011). No caso do Brasil, para atingir a meta, o país deveria apresentar uma razão de morte materna igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015. (LOSANO *et al.*, 2011). No entanto, a meta não foi atingida, e segundo dados obtidos via DATASUS, a mortalidade materna no Brasil caiu média de 14% entre 2000 e 2015, de 73,3 para 63,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, respectivamente (DATASUS, 2018).

Estima-se que 80% das mortes maternas sejam evitáveis. A diminuição dos índices de mortalidade materna está diretamente ligada a um cuidado pré-natal de qualidade (MARTINS; SILVA, 2018)

Apesar do Brasil não ter atingido a meta, houve redução do número de óbitos materno entre 2000 e 2015. Considerando que nesse período foram criadas e colocadas em prática diversas políticas de atenção à saúde da mulher, como o PHPN, Sisprenatal, pode-se inferir que tal redução nos índices se devem a esses programas, ainda que existam poucos estudos publicados que façam essa relação direta.

2.1.7.2 História das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

As políticas de saúde pública brasileiras tiveram a incorporação da saúde da mulher no início do século XX. Essas eram limitadas, abrangendo apenas a gravidez e o parto. Os programas elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, projetavam uma visão restrita sobre a mulher, baseando-se, basicamente, no seu papel social de mãe-doméstica, em que era a única responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares, deixando o homem assim, responsável apenas pelo sustento e segurança do lar (BRASIL, 2004).

Com o passar dos anos, os movimentos feministas tiveram forte atuação nesses programas de saúde da mulher, os quais eram restritos apenas ao ciclo gravídico-puerperal, deixando a mulher sem assistência nos contextos sociais, psicológicos e emocionais (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, irradiou-se das redes de serviços de saúde como um modo novo de pensar e agir sobre a saúde da mulher, em que a integralidade passa a ser vista como resultado de uma readequação ética-profissional e estrutural (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DSTs, câncer de colo de útero e de mama. A inclusão da anticoncepção como uma das atividades da atenção à saúde da mulher, foi uma conquista para as mulheres na abordagem do: ter controle do seu próprio corpo. (OSIS, 1998).

Como base no PAISM, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM foi desenvolvida em 2004, a partir do quadro epidemiológico da saúde da mulher no Brasil. Dentre as estratégias da Coordenação Geral da saúde para implementar o PNAISM foram (BRASIL, 2014a):

- Promoção da atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, com ênfase na redução da morte materna, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras e previsto em lei para mulheres e adolescentes, tendo como estratégia a Rede Cegonha.
- Promoção, conjuntamente com o PN-DST/AIDS/ MS, da prevenção e do controle das doenças sexualmente transmissíveis, da infecção pelo HIV/aids e Hepatites Virais nas mulheres.
- Redução da morbimortalidade por câncer na população feminina
- Implementação da saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde da mulher.
- Implementação da saúde da mulher Idosa, no âmbito da atenção integral à saúde da mulher
- Apoio na Implementação das ações no campo da Saúde no Programa Mulher Viver sem Violência (BRASIL, 2014a, p.16).

Após as implementações das políticas de atenção integral à saúde da mulher houve redução de 57% na mortalidade materna de 1990 a 2012 (BRASIL, 2014b).

2.1.7.3 Assistência Pré-Natal e Programa de Humanização do Parto e do Nascimento.

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é essencial para gestações, partos e nascimentos com saúde. Assim, a manutenção e a melhoria da saúde materno-infantil são alguns dos objetivos definidos pelo Ministério da Saúde e, para isto, é essencial a atenção pré-natal e puerperal. Melhorar a saúde materna visa minimizar as complicações e mortalidade materno-fetais evitáveis. (TOMASI *et al.*, 2017).

A atenção pré-natal abrange uma gama de procedimentos que visa preservar a saúde da gestante e do seu conceito, assegurando a profilaxia e a detecção precoce de possíveis complicações próprias da gestação e o tratamento de doenças orgânicas e/ ou

psíquicas maternas pré-existentes. Como a assistência é feita de forma integral, também deve incluir orientações sobre mudança de hábitos para formas mais saudáveis de vida, bem como o preparo da gestante para o decorrer da gestação, do parto e do puerpério (TOMASI *et al.*, 2017).

O Ministério da Saúde reconhecendo a imprescindibilidade de estabelecer ações que viabilizassem a melhoria na qualidade do acompanhamento pré-natal, instituiu em 1º de junho de 2000, através da Portaria M/MS n. 569/2000 e n.570/2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que apresenta os objetivos de reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, maior acesso ao pré-natal e maior abrangência, estabelecer critérios para avaliar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto, articulando três componentes, segundo artigo 3º da portaria n.569/2000: “I- Incentivo à assistência pré-natal; II. Organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal; e III. Nova sistemática de pagamento da assistência ao parto.”.

O componente I tem como objetivo estimular os estados e municípios a realizar o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes. O componente II objetiva criar condições técnicas, financeiras e operacionais suficientemente eficientes para o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização, regulação e qualificação da assistência obstétrica e neonatal por meio de protocolos de assistência e para estruturação de atendimentos móveis, pré e inter-hospitalares, e também para os hospitais públicos e filantrópicos integrantes do SUS. O Componente III tem como finalidade melhorar o custeio desta assistência nos hospitais cadastrados nos Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SAI/SUS) (BRASIL, 2000a).

Os requisitos mínimos propostos pelo PHPN foram organizados a partir de estudos internacionais, principalmente das recomendações da Organização Mundial da Saúde, porém sob uma visão crítica que adequou à realidade brasileira (SILVEIRA; SANTOS, 2004).

Assim foi preconizado para a garantia de uma atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos, os estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem (BRASIL, 2005)

1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;

2. Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
3. Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
 - 3.1 Escuta da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
 - 3.2 Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
 - 3.3 Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
 - 3.4 Exames laboratoriais: ABO-Rh, Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; Urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta; Sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação; Sorologia para toxoplasmose (IgM), na primeira consulta (se disponível).
 - 3.5 Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
 - 3.6 Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN;
 - 3.7 Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
 - 3.8 Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;
 - 3.9 Tratamento das intercorrências da gestação;
 - 3.10 Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;
 - 3.11 Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;
 - 3.12 Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.
4. Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e realização da consulta puerperal (entre a 30ª e 42ª semanas pós-parto) (Brasil, 2005, p.24).

A implementação do programa estabelece atribuições aos três níveis de gestão, e no que refere ao Município compete, através da Secretaria Municipal de Saúde segundo artigo 5º, inciso 3º da portaria n.569/2000:

- a) participar da elaboração do Programa Estadual de Humanização no PréNatal e Nascimento;

- b) estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, naqueles municípios que os critérios de elegibilidade estabelecidos;
- c) estruturar e garantir o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;
- d) garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu território e realizar o cadastro de suas gestantes;
- e) identificar laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu território ou em outro município, mediante programação regional;
- f) estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;
- g) alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do programa;
- h) monitorar o desempenho do respectivo programa e resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materno e neonatal, no âmbito municipal. (BRASIL, 2000a, p.1)

Mesmo com a implantação do PHPN, os dados nacionais ainda refletem baixa cobertura, com grandes variações por região do País, além dos estudos serem escassos e frequentemente desatualizados. Embora o número de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal tenha aumentado nacionalmente ao longo dos anos, os requisitos mínimos ainda variam de ~20% a ~60% de abrangência (ANDREUCCI *et al.*, 2011; FERRAZ *et al.*, 2013).

Para acompanhar as gestantes cadastradas no PHPN, bem como monitorar os Municípios no desenvolver do programa e vincular ao incentivo financeiro, o Ministério da Saúde criou o software Sis prenatal – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000a).

2.1.7.4 Sis prenatal

O Sis prenatal é um software desenvolvido pelo DATASUS, com o propósito de acompanhar as gestantes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN através do cadastramento de seus dados no sistema de informação. Nele, a alimentação se dá através dois formulários principais: fichas de cadastramento com a devida sequência numérica fornecida pelo Ministério da Saúde e a ficha de registro diário do atendimento das gestantes. Essas fichas são preenchidas pelas equipes nas Unidades

Básicas de Saúde (médico ou enfermeira) e os dados registrados no sistema, processados e enviados ao Ministério da Saúde (ANDREUCCI *et al.*; BRASIL, 2000a).

Além disso, a adesão e o cadastramento no Sis prenatal possibilitam o faturamento pelo município do incentivo governamental, descrito no componente I da portaria n.569/2000 – Incentivo à Assistência Pré-natal. O município cadastra as gestantes na 1ª consulta, preferencialmente no 1º trimestre de gravidez, por meio da Fixa de Acompanhamento Gestante constante do Anexo da Portaria, disponibilizada pelo do programa Sis prenatal, que conterá os dados de alimentação obrigatória (BRASIL, 2000a).

As informações das Fichas de Cadastramento da Gestante e das Fichas de Registro Diário de Acompanhamento da Gestantes são as fontes de dados que deverão ser digitadas no Sis prenatal. A cada mês, o sistema gerará o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), para o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (BRASIL, 2000a; CARDOSO, 2007).

Este BPA permitirá o faturamento do incentivo de 10 reais a cada gestante cadastrada. O pagamento total mensal correspondente ao município constará do relatório: Valores Exclusivos para Empenho - VEP/ e será efetuado pelo Fundo Nacional de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC). Para isso, é preciso que a programação físico-orçamentária do procedimento tenha sido feita na Ficha de Programação Orçamentária- FPO, da unidade que cadastra a gestante, para o mês de recebimento. (BRASIL, 2000a).

Segundo portaria n.570/2000:

Até o dia 15 de cada mês, os dados do programa Sis prenatal deverão ser apresentados pelas Secretarias Municipais de Saúde, por meio magnético, com a evolução dos atendimentos à Secretaria Estadual de Saúde/SES para transmissão ao DATASUS, na área de conferência (BRASIL, 2000b, p.2).

Ao término de cada pré-natal se tiver a alimentação correta do Sis prenatal, este irá gerar o BPA para o SIA/SUS, que permitirá o pagamento de 40 reais por gestante. (BRASIL, 2000a).

Se a gestante estiver cadastrada, porém não houver o devido ou nenhum preenchimento do Sis prenatal, acabará por implicar a impossibilidade do faturamento do

incentivo, mesmo que a assistência tenha sido oferecida às gestantes, uma vez que o sistema é o veículo para pagamento. (CARDOSO, 2007).

Ademais, ainda existe o pagamento de 40 reais ao hospital que realizar o parto da gestante cadastrada, desde que o hospital integre a rede de referência para atendimento ao parto, constando nos Termos de Adesão dos municípios e informe o número da gestante no Sis prenatal na AIH, através da digitação no SISAIH- 01. Estes incentivos também serão pagos com recursos do FAEC (BRASIL, 2000a).

O Sis prenatal fornece relatórios e indicadores de resultados e de processo que servem para o acompanhamento da assistência e possíveis intervenções no processo. A escolha dos indicadores de processo e resultados foi realizada a partir dos critérios estabelecidos para o programa: seis consultas, consulta de puerpério, vacina antitetânica e exames, uma vez que estes dados são os possíveis de acompanhar com as duas fichas de entrada de dados já mencionadas (BRASIL, 2000a; CARDOSO, 2007).

As variáveis selecionadas para a construção dos indicadores, apesar de ampliarem a análise da assistência também apresentam como limitação o fato de ser apenas parte efetiva de uma avaliação de qualidade, uma vez que dados mais subjetivos seriam de difícil coleta e implicariam na implantação e preenchimento de mais uma ficha para sua realização (SERRUYA, 2003).

Além disso, o sistema apresenta algumas falhas que poderia subestimar os números cadastrados, como erros pré-analíticos, ou seja, pelos profissionais responsáveis pela alimentação do sistema; erros analíticos, em que possam haver quedas de energia e/ou internet, perdendo-se os dados que estão em digitação, por exemplo. Ainda vale lembrar que nem todos os municípios tem a rede de saúde completamente informatizada, o que leva algumas localidades preencher manualmente a ficha, correndo o risco de atraso na digitação e/ou extravio das fichas (SERRUYA, 2003).

2.1.8 METODOLOGIA

2.1.8.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, ecológico de série temporal. “Um estudo ecológico é um estudo agregado, focaliza a comparação de grupos, ao invés de

indivíduos.”. (MORGENSTERN, 1998)

2.1.8.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO

Essa pesquisa será realizada no município de Passo Fundo – RS, ocorrendo no período de agosto de 2018 a julho de 2019.

2.1.8.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A população consiste em gestantes e recém-nascidos atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A amostra é não-probabilística por conveniência e consistirá de todas as gestantes cadastradas no Sis prenatal desde sua implantação na cidade de Passo Fundo – RS, 2013, e todos os nascidos vivos por ano registrados pelo DATASUS no mesmo município, até 2017, esses com fins de cálculos estimativos do número total de gestantes por ano. Estima-se um “n” de 22.000 pessoas, entre gestantes e recém-nascidos vivos. O total de gestantes do município, por ano, será um número estimado de gestantes, em que se considera a taxa bruta de natalidade padronizada sobre a população total acrescido de 10%, devido a perdas resultantes de abortos e subnotificação, o resultado obtido ainda será multiplicado por 0,71, quando considera-se que 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde (SUS) como referência, excluindo-se, assim, gestantes que fazem pré-natal pela rede privada.

2.1.8.4 VARIÁVEIS, INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E LOGÍSTICA

Os dados do Sis prenatal selecionados para o presente estudo serão o número gestantes que foram cadastradas no programa, o número de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal; o número de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos; o número de gestantes inscritas que realizaram os testes rápidos para HIV e Sífilis. Essas variáveis serão colhidas a partir de relatórios anuais desde 2013 até 2017.

Os dados do Sis prenatal serão coletados de forma online, diretamente do *software* do Sis prenatal por meio do portal DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde). O pesquisador acessará os dados emitidos nos computadores da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo (SMS-PF), juntamente à co-orientadora, a

qual é funcionária da SMS-PF e uma das responsáveis pelo Sisprenatal do município, usando assim, seu usuário e senha, conforme já combinado previamente com a mesma. Esses dados são gerados em forma de relatórios com números totais de cada variável a ser analisada por ano, na cidade de Passo Fundo.

Os dados das gestantes, em momento algum, serão avaliados individualmente, portanto não sendo coletados dados de identificações individuais, somente dados de números totais de gestantes cadastradas em grupos. Portanto, não serão usados questionários, e os dados serão agrupados no instrumento de coleta de dados (apêndice 1). Os quais ficarão sob posse dos pesquisadores até o término da pesquisa (junho de 2019) quando então serão deletados definitivamente.

2.1.8.4 PROCESSAMENTO, CONTROLE DE QUALIDADE E ANÁLISE DOS DADOS.

Os dados serão obtidos através de relatórios de dados por ano disponíveis no *software* do Sisprenatal, estes serão digitados e analisados estatisticamente através do programa PSPP, um software de distribuição livre. Na análise estatística descritiva será verificada a distribuição absoluta e relativa das frequências das variáveis categóricas, medidas de tendência central das variáveis numéricas.

2.1.8.5 ASPECTOS ÉTICOS

Após a ciência e concordância da Secretaria Municipal de Passo Fundo - RS, o protocolo do estudo será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, conforme Resolução CNS Nº 466 de 2012. A coleta de dados será iniciada somente após a aprovação do protocolo.

Apesar de que serão extraídos dados agrupados diretamente do banco de dados do *software* do Sisprenatal e mesmo não sendo utilizados, em momento algum, atributos ou dados que identifiquem os participantes, existem riscos inerentes a qualquer projeto de pesquisa que envolva obtenção de dados dos pacientes, como a possibilidade de divulgação acidental dos dados de algum participante. Para minimizar tal risco, serão trocadas qualquer identificação dos pacientes do relatório gerado pelo programa do Sisprenatal por números. Caso, mesmo com o uso de códigos, ocorra a divulgação

acidental dos dados de algum participante, o estudo será cancelado. Riscos não previstos também poderão ocorrer e, caso ocorram acima do nível aceitável, a atividade geradora do risco será cancelada

Pela natureza do estudo, não haverá benefícios diretos ao considerar-se que não haverá um acompanhamento das pacientes das quais os dados serão coletados. Porém, trará benefícios secundários para comunidade em geral em questões de saúde da mulher e redução da morbimortalidade materna e neonatal na medida em que os principais dados serão divulgados aos setores da Secretaria Municipal da Saúde de Passo Fundo que atuam no cuidado pré-natal e na saúde da mulher em forma de apresentação oral aos membros da equipe do serviço, bem como o artigo impresso será entregue para arquivamento e uso para fins de pesquisa.

Os autores do presente estudo comprometem-se a manter o sigilo dos dados coletados no banco de dados bem como a privacidade de seus conteúdos a partir do Termo de Compromisso para Uso de Dados em arquivo (TCUD) (Apêndice 2).

Ademais, ao considerar que o presente estudo não prevê o contato direto com os participantes, pois serão coletados apenas dados de uma plataforma de acesso livre, solicita-se dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3).

2.1.9 RECURSOS

MATERIAL	CUSTO UNITÁRIO	QUANTIDADE	TOTAL
Folhas	R\$ 0,10	100	R\$ 10,00
Impressão	R\$ 0,20	200	R\$ 40,00
Encadernação	R\$ 2,50	4	R\$ 10,00
			R\$ 60,00

*Os gastos orçamentários serão custeados pelo pesquisador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREUCCI, C. B. *et al.* Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Rev Saúde Pública*; v.45, n.5, p. 854-63, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.570/GM, de 1º de junho de 2000. Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Programa humanização do parto humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de saúde. Série A. Normas e Manuais técnicos; p.28. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Políticas e Diretrizes de prevenção das DST/aids. Sistema Único de Saúde. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher: Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. p.11-67. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Pacto Nacional de redução da mortalidade materna e neonatal. p.1-5, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014.

_____. Governo do Brasil. Pesquisa Nacional em Saúde. 71% do brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência. [Online]. Publicado em 02 de junho de 2015. Disponível em: >
<http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia> < Acessado em 29 de maio de 2018.

_____. Secretaria Nacional de Políticas para mulheres. Secretaria de Governo da Presidência da República. Programas e ações do PNAISM, p. 16-18, 2014a. [online]. Disponível em <
<http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher/programas-acoas>> Acesso em 30 de março de 2018.

_____. Secretaria Nacional de Políticas para mulheres. Secretaria de Governo da Presidência

da República. Programas e ações do PNAISM, 2014b. [online]. Disponível em <http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher/dados>> Acesso em 30 de março de 2018.

CARDOSO, R.S. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: avaliando e construindo para avançar [dissertação] / Renata da Silva Cardoso — Florianópolis (SC): FSC/PEN, p.12-8, 2007.

DATASUS – Departamento de informática do SUS. Indicadores de mortalidade materna. [online]. Disponível em: > <http://datasus.saude.gov.br/indicadores-e-dados-basicos-idb> < Acessado em 1 de maio de 2018.

FERRAZ, D.D. RODRIGUES, M.S. RODRIGUES TS. Prenatal care process indicators in the second SISPRENATAL through the humanization program of prenatal and birth. Rev. Enfermagem Revista; v.16. n.02, p.84-97, 2013.

LOZANO, R. *et al.* Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. The Lancet; v.378, n.9797, p.1139 – 1165, 2011.

LIMA, A.P., CORRÊA, A.C.P. Produção de dados e informações para o sisprenatal no nível central de gestão. Cienc Cuid Saude; v.11,n.2, p.352-359, 2012.

MARTINS, A.C.S; SILVA, L.S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. Rev. Bras. Enferm.; v. 71, n.1, p.677-683, 2018 .

MEDEIROS, P.F.; GUARESCHI, N.M.F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. Rev. Estud. Fem.; v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009 .

MORGENSTERN, H. Ecologic studies. In: Rothman KJ, Greenland S, eds. Modern epidemiology. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; p. 459-80, 1998.

OSIS, M.J.M.D. The Program for Integrated Women's Health Care (PAISM): a landmark in the approach to reproductive health in Brazil. Cad. Saúde Públ; v. 14, n.1, p. 25-32, 1998.

SERRUYA, S. J. A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil. Campinas, SP, 2003. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

SILVEIRA, D.S., SANTOS, I.S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. Cad Saude Publica; v.20 n.5 p.1160-8, 2004.

TOMASI, E. *et al.*, Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. Cad. Saúde Pública; v.33, n.3, p.1-11, 2017.

VIANA R.C. *et al.* Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. Rev Ciências Saúde;

v.22, n.1, p.141-152, 2011.

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

	2013	2014	2015	2016	2017
Gestantes que foram cadastradas no programa					
Gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal					
Gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos					
Gestantes inscritas que realizaram os testes rápidos para HIV e Sífilis.					

APÊNDICE 2

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO (TCUD)

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PRE-NATAL NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO-RS SEGUNDO DADOS DO SISPRENATAL”

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Passo Fundo, 29 de maio de 2018

Daniela Teixeira Borges

Michelli de Almeida Fleck

Tatiana Lima Both

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA

AValiação DO PRE-NATAL NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO-RS SEGUNDO DADOS DO SISPRENATAL

Esta pesquisa será desenvolvida por Michelli de Almeida Fleck, discente de graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação do Professor Prof. Me. Daniela Teixeira Borges, e sob co-orientação da Me. Tatiana Lima Both.

Objetivo central (Conforme Resolução CNS N° 466 de 2012 item IV.3. a)

O objetivo central do estudo é avaliar a assistência pré-natal no município de Passo Fundo a partir de dados e indicadores do Sisprenatal e tem como justificativa que a atenção pré-natal é uma das ferramentas nas políticas públicas da saúde da mulher. A partir dela que a mulher terá garantia de saúde na gestação, parto e ao recém-nascido e a diminuição da morbidade e da mortalidade materna e perinatal.

No entanto, para que o maior número de mulheres tenha acesso à essas políticas de saúde, é necessário que a assistência pré-natal tenha grande adesão por parte dos municípios e dos usuários. Para isso que foram criados, a partir do ano 2000, programas, como o PHPN e o Sisprenatal, que tem a finalidade de assegurar a melhoria do serviço, do acesso e da cobertura.

O Sisprenatal é um grande aliado nessa política, pois pode quantificar, qualificar e avaliar como está acontecendo o pré-natal na rede de saúde de cada município. A partir desses dados é possível que a gestões municipais criem ações para superar as falhas encontradas e garantir à mulher um pré-natal de qualidade.

O município de Passo Fundo ainda é carente de estudos avaliação dos dados abastecidos no Sisprenatal. Portanto, torna-se imprescindível um estudo que colete dados do programa e os avalie.

Por que o SUJEITO está sendo convidado (critério de inclusão) (Conforme Resolução CNS Nº 466 de 2012 itens IV.3.a, d)

A importância das informações se deve a compilação dos dados de todas as mulheres que foram gestantes desde 2013 até 2017, para compilação e análise desses dados e posterior discussões para propor melhorias nas políticas de atenção integral a mulher e ao recém-nascido, diminuindo a morbi-mortalidade desses.

Mecanismos para garantir o sigilo e privacidade (Conforme Resolução CNS Nº 466 de 2012 item IV.3. c e)

Apesar de que serão extraídos dados agrupados diretamente do banco de dados do *software* do Sis prenatal e mesmo não sendo utilizados, em momento algum, atributos ou dados que identifiquem os participantes, existem riscos inerentes a qualquer projeto de pesquisa que envolva obtenção de dados dos pacientes, como a possibilidade de divulgação acidental dos dados de algum participante. Para minimizar tal risco, serão trocadas qualquer identificação dos pacientes do relatório gerado pelo programa do Sis prenatal por números. Caso, mesmo com o uso de códigos, ocorra a divulgação acidental dos dados de algum participante, o estudo será cancelado. Riscos não previstos também poderão ocorrer e, caso ocorram acima do nível aceitável, a atividade geradora do risco será cancelada.

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa (Conforme Resolução CNS Nº 466 de 2012 item IV.3.a)

Essa pesquisa será realizada no município de Passo Fundo – RS, ocorrendo no período de agosto de 2018 a julho de 2019 e Trata-se de um estudo quantitativo, ecológico de série temporal.

Os dados serão obtidos através de relatórios de dados por ano disponíveis no *software* do Sis prenatal, estes serão digitados e analisados estatisticamente através do programa PSPP, um *software* de distribuição livre. Não serão usados dados de prontuários e nem ficha de coleta de dados individuais. Na análise estatística descritiva será verificada a distribuição absoluta e relativa das frequências das variáveis categóricas, medidas de tendência central das variáveis numéricas.

Explicitar benefícios diretos (individuais ou coletivos) aos sujeitos da pesquisa (Conforme Resolução CNS N° 466 de 2012 item IV.3 b)

Pela natureza do estudo, não haverá benefícios diretos ao considerar-se que não haverá um acompanhamento das pacientes das quais os dados serão coletados. Porém, trará benefícios secundários para comunidade em geral em questões de saúde da mulher e redução da morbimortalidade materna e neonatal na medida em que os principais dados serão divulgados aos setores da Secretaria Municipal da Saúde que atuam no cuidado pré-natal e na saúde da mulher.

Previsão de riscos ou desconfortos (Conforme Resolução CNS N° 466 de 2012 item IV.3 b)

O risco previsto possível é o de identificação das pacientes cadastradas no programa, assim como a divulgação de informações individuais.

Sobre divulgação dos resultados da pesquisa (Conforme Resolução CNS N° 466 de 2012 item XI.2 .h)

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Devido à importância da pesquisa e com base na Resolução CNS N° 466 de 2012 - IV.8 , solicito a dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas justificativas: 1) Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, descritivo e analítico, em que serão coletados dados de um software online. 2) Não será feito contato com os pacientes pois somente serão avaliados dados médicos e de frequência durante o período de gestação das mesmas. 3) Em muitos casos os pacientes já trocaram de endereço e número de telefone 4) Serão dados de relatório anuais gerados apenas com números e sem informações pessoais dos cadastrados.

Passo Fundo, 29 de maio de 2018.

3 RELATÓRIO DE PESQUISA

Esse relatório de pesquisa foi pensado e desenvolvido para relatar detalhadamente as atividades referentes ao Trabalho de Conclusão de Curso, requerido pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Medicina, cujo tema é Avaliação do pré-natal no município Passo Fundo-RS segundo dados do Sis prenatal.

Esse projeto começou a ser elaborado no primeiro semestre de 2018, quando foi definido com a orientadora, Daniela e com a co-orientadora Tatiana, quais variáveis seriam pesquisadas e quais os objetivos e justificativas para realização do mesmo. Inicialmente seriam avaliadas 12 variáveis, relativas às ações essenciais em um pré-natal de qualidade, desde o ano da implantação do programa Sis prenatal até o ano de 2017. No entanto, ao entrar em contato com a Secretaria Municipal de Saúde, obteve-se a informação de que somente seriam emitidos relatórios anuais de 4 dessas 12 variáveis.

A primeira versão desse projeto foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, na Plataforma Brasil com os apêndices 2 e 3 devidamente assinados, no dia 08/08/2018, o qual ficou em apreciação ética até 17/09/2018 e o parecer, no qual consta o relatório de pendências foi emitido dia 21/09/2018. Foram feitas considerações simples, então foi avaliado como um protocolo *ad referendum* não precisando esperar nova reunião do colegiado. Foram feitas as correções necessárias e encaminhado ao CEP novamente no dia 06/10/2018 e o novo parecer liberado, com a aprovação do projeto no dia 01/11/2018 (Anexo 1)

No dia 26/11/2018 foi feito contato, após inúmeras tentativas sem sucesso, com a responsável em marcar os horários das coletas de dados, na Secretaria Municipal de saúde, a qual respondeu via e-mail que o Programa Sis prenatal estava desativado desde o início do mês de novembro e, portanto, os pesquisadores deveriam encontrar outra forma de obter esses dados. Mesmo assim, foi marcada uma data no local para avaliar qual medida poderia tomada.

No dia 31/11/2018, data marcada para coleta, a Gestora Municipal, informou que apenas o login do seu perfil ainda estava liberado para acessar o Sis prenatal (os demais perfis estavam desativados) com a finalidade única de gerar relatórios de determinado período. A mesma ainda relatou que fora recebido previamente uma nota técnica, na qual informava que o programa seria bloqueado para abastecimento dia 01/11/2018 para unidades de saúde que já tivessem acesso ao e-sus e as demais seriam desativadas em dezembro.

Ao avaliar os relatórios, juntamente com a Gestora, conseguimos imprimir apenas 4 relatórios e dentre as 4 variáveis que foram propostas no projeto aprovado, duas delas - “o número de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos” e “o número de gestantes inscritas que realizaram os testes rápidos para HIV e Sífilis” - não estavam mais disponíveis para acesso. No entanto, outras variáveis estavam disponíveis, não sei se por falha inicial na primeira busca ou se foram liberados mais com o encerramento do sistema. Portanto, aquelas duas variáveis foram substituídas pelas variáveis de 4 relatórios: Quantidade de gestantes cadastradas por ano; quantidade de gestante captadas até 12ª semana; quantidade de gestantes que realizaram 6 ou mais consultas. Quantidade de gestantes cadastradas por ano; quantidade de exames solicitados e quantidade realizados no 1º trimestre; quantidade de exames solicitados e quantidade realizados no 2º trimestre; quantidade de exames solicitados e quantidade realizados no 3º trimestre; quantidade de teste rápidos para sífilis solicitados e quantidade realizados e quantidade de testes rápidos para HIV solicitados e quantidade realizados.

Após a coleta dos dados, estes foram digitados e analisados estatisticamente através do programa PSPP e foram descritos os resultados e elaborada a discussão conforme normas da revista selecionada e preparada a apresentação oral desse estudo.

ANEXO 1

4 ARTIGO

AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO-RS SEGUNDO DADOS DO SISPRENATAL

Michelli de Almeida Fleck¹, Tatiana Lima Both², Daniela Teixeira Borges¹

¹ Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo-RS

² Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo-RS

RESUMO

Objetivos: Analisar qualidade da assistência pré-natal na cidade de passo Fundo- RS a partir de dados coletados do programa Sisprenatal. **Metodologia:** estudo ecológico de série temporal. Foram coletados dados de 4 relatórios gerados e emitidos pelo programa, em que foram avaliadas variáveis que mostram a o nível da captação e da adesão das gestantes

usuárias do sus do município. **Resultados:** O número de gestantes que realizaram 6 ou mais consultas e que realizaram exames no 1º e 2º trimestre foi abaixo do esperado. **Conclusões:** Quando comparada a outros estudos, a qualidade da assistência pré-natal em Passo Fundo-RS se mostrou menos eficaz, visto que apresenta baixa captação precoce e adesão das gestantes ao pré-natal. É necessário que haja um fortalecimento nesse ponto pela gestão em saúde do município e que sejam feitos mais estudos avaliando de forma mais individualizada tais resultados.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Sisprenatal. Mortalidade materna.

ABSTRACT

Objectives: analysis of prenatal quality in the Passo Fundo – RS city from data collected from Sisprenatal. **Methodology:** An *ecological time-series study*. Data were collected from 4 reports generated and issued by the program, which evaluated variables that show the level of capture and adherence of the pregnant SUS users of the city. **Results:** The number of pregnant women who performed 6 or more visits and performed the tests in the 1st and 2nd trimester was below the expected. **Conclusions:** Prenatal care in Passo Fundo-RS even though it presents increasing values over the years, the early collection and adherence of pregnant is still low when compared to other studies. It is necessary a strengthening in this point by the management in health of the municipality and more studies are necessary to evaluate such results in a more individualized way.

Keywords: Prenatal care. Sisprenatal. Maternal Mortality

RESUMEN

Objetivos: Analizar la calidad de la asistencia prenatal en la ciudad de Passo Fundo-RS a partir de datos recolectados del Sisprenatal. Metodología: estudio ecológico de serie temporal. Se recogieron datos de 4 informes generados y emitidos por el programa, en que se evaluaron variables que muestran el nivel de la captación y de la adhesión de las gestantes usuarias del sus del municipio. Resultados: El número de gestantes que realizaron 6 o más consultas y que realizaron exámenes en el 1º y 2º trimestre fue inferior a lo esperado. Conclusiones: Cuando

se comparó con otros estudios, la calidad de la asistencia pre-natal en Passo Fundo-RS se mostró menos eficaz, ya que presenta baja captación precoz y adhesión de las gestantes al prenatal. Es necesario que haya un fortalecimiento en ese punto por la gestión en salud del municipio y que se hagan más estudios evaluando de forma más individualizada tales resultados

Palabras-clave: Cuidado Pre-Natal. SISPRENATAL. Mortalidad materna.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é o primeiro passo, segundo o Ministério da Saúde (MS), na gravidez para o acolhimento da mulher assegurando o bem-estar materno e neonatal, além da condução da gestação, do parto e do puerpério de forma saudável de modo que haja redução na morbimortalidade materna. Estudos descrevem que em torno de 95% das mortes maternas são por causas evitáveis. Para que haja redução desses índices, é necessária a adoção de ações que auxiliem e garantam a captação precoce e a adesão das gestantes ao pré-natal^{1,2}.

De modo a implementar essas políticas de forma efetiva, em meados dos anos 2000 o MS elaborou programas como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Rede Cegonha e o Sisprenatal, com a finalidade de assegurar o melhor acesso, uma melhor cobertura e melhor qualidade do acompanhamento do pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério, à gestante e ao recém-nascido. Para incentivar os Municípios a aderirem ao PHPN, o MS repassa recursos financeiros aos municípios para cada gestante que tenha o cadastro completado no programa Sisprenatal, que é um sistema de informação criado pelo DATASUS para cadastramento das gestantes inseridas no PHPN que são acompanhadas pelo SUS. No entanto, o Sisprenatal foi desativado e substituído pelo e-sus ao final do ano de 2018^{3,4,5,6}.

A partir do fortalecimento da assistência à saúde da mulher e a introdução desses programas, o Brasil teve redução de 56% na razão da mortalidade materna desde 1990 até 2015, caindo de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Tal redução foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde, destacando que isso foi um avanço significativo, porém ainda não conseguindo alcançar o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio proposto para 2015, que consistia na redução da mortalidade materna para um

valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos vivos. Países desenvolvidos têm taxa de mortalidade materna de 12 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos e os em desenvolvimento chegam a 239 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que coloca o Brasil em situação favorável quando comparado a outros países em desenvolvimento. No entanto, ainda é necessário continuar a reduzir esses índices ^{1,7,8}.

A análise e monitoramento das informações abastecidas no Sis prenatal é importante para o desenvolvimento e efetivação de ações que reduzam a mortalidade materna no país, bem como permite essa avaliação a nível municipal, estadual e nacional⁹.

O município de Passo Fundo - RS ainda é carente de estudos que avaliem o pré-natal. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da assistência prestada no município a partir de dados coletados nos registros do Sis prenatal.

METODOLOGIA

Estudo ecológico de série temporal, realizado no município de Passo Fundo, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

A amostra foi não-probabilística por conveniência e consistiu de todas as gestantes cadastradas no Sis prenatal nos anos de 2013 a 2017 - não havendo assim critérios de exclusão, e todos os nascidos vivos por ano registrados pela vigilância epidemiológica do município, nos mesmos anos.

Os dados foram obtidos através dos relatórios gerais gerados e emitidos por ano pelo sistema para cada variável. Foram avaliados 4 relatórios para obtenção de todos os dados: Relatório Pré-Natal - Acompanhamento de Gestantes - (relatório 1); Relatório de Gestantes – Cadastro de Gestante (relatório 2); Relatório Gestantes - Quantidade de gestantes com seis ou mais consultas (relatório 3); Relatório Gestantes - Teste rápido e exames por município (relatório 4)

As variáveis utilizadas e obtidas através do Sis prenatal no relatório 1 foram: Quantidade de gestantes cadastradas por ano (GCA1); quantidade de gestante captadas até 12ª semana (GC12 1); quantidade de gestantes que realizaram 6 ou mais consultas (G6C 1). No relatório 2: Quantidade de gestantes cadastradas por ano (GCA2); quantidade de gestante captadas até 12ª semana (GC12 2). Relatório 3: Quantidade de gestantes cadastradas por ano (GCA3); quantidade de gestantes que realizaram 6 ou mais consultas (G6C 3). Relatório 4:

quantidade de exames solicitados e quantidade realizados no 1º trimestre (E1S e E1R); quantidade de exames solicitados e quantidade realizados no 2º trimestre (E2S e E2R); quantidade de exames solicitados e quantidade realizados no 3º trimestre (E3S e E3R); quantidade de teste rápidos para sífilis solicitados e quantidade realizados (TRSS e TRSR) e quantidade de testes rápidos para HIV solicitados e quantidade realizados (TRHIVS e TRHIVR).

Além disso foi avaliado a quantidade de gestantes cadastradas no Sis prenatal em relação a estimativa e gestantes totais do município (GESTS).

Para análise, os dados foram descritos em números absolutos e percentuais e apresentados em tabelas e gráficos. No relatório 1: Foi extraído o percentual de gestantes que realizaram seis ou mais consultas (G6C1) relacionando-os à quantidade de gestante cadastradas por ano (GCA1): cálculo $(G6C*100/GCA)$. Mesmo cálculo utilizado para o percentual de gestantes captadas até 12ª semana (GC12 1) relacionando-a à quantidade de gestantes cadastrada por ano (GCA1): cálculo $(GC12 *100/GCA)$.

No relatório 2: o percentual de gestantes captadas até 12ª semana (GC12 2) relacionando-a à quantidade de gestantes cadastrada por ano (GCA2): cálculo $(GC12 *100/GCA)$.

No relatório 3: Percentual de gestantes que realizaram seis ou mais consultas (G6C2) relacionando-os à quantidade de gestante cadastradas por ano (GCA2): cálculo $(G6C*100/GCA)$

No relatório 4: A análise foi feita para calcular qual foi a porcentagem de exames realizados por ano, as quais foram obtidas relacionando os exames realizados aos solicitados. Dessa forma: quantidade de exames no 1º trimestre solicitados (E1S) e quantidade de exames no 1º trimestre realizados (E1R): cálculo $(E1R*100/ E1S)$; quantidade de exames do 2º trimestre solicitados (E2S) e quantidade de exames do 2º trimestre realizados(E2R) : cálculo $(E2R*100/ E2S)$; quantidade de exames do 3º trimestre solicitados(E3S) e quantidade do 3º trimestre realizados(E3R) no 3º trimestre: cálculo $(E3R*100/ E3S)$; quantidade de teste rápidos para sífilis solicitados (TRSS) e quantidade realizados(TRSR): cálculo $(TRSR*100/ TRSS)$ e quantidade de testes rápidos para HIV solicitados (TRHIVS) e quantidade realizados(TRHIVR): cálculo $(TRHIVR*100/TRHIVS)$

Na variável 'gestantes cadastradas no Sis prenatal em relação a estimativa e gestantes totais do município'(GESTS), se considerou a taxa bruta de natalidade padronizada (número

total de nascidos vivos de residentes/população total residente x 1000) sobre a população total acrescido de 10%, devido a perdas resultantes de abortos e subnotificação, esse resultado é o número estimado de gestantes do município de Passo Fundo por ano. Posteriormente, esse número foi comparado à variável Gestantes cadastradas no ano, do relatório 1: cálculo (GESTS*100/GCA 1).

Ressalta-se que o presente estudo respeitou os aspectos éticos contidos na Resolução 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul em 01/11/2018, sob o parecer nº 2.995.989.

RESULTADOS

Avaliando os dados retirados do relatório 1, o ano de 2013 traz valores ~69% abaixo dos cadastros dos demais anos em todas as variáveis. Já nos anos 2014 a 2017 houve aumento dos resultados de ~10% na passagem de cada ano nas variáveis: gestantes cadastradas no ano, gestantes captadas até 12ª semana e gestantes que realizaram 6 ou mais consultas, sendo que as demais variáveis demonstram pequena variação entre os anos avaliados (tabela 1).

Tabela 1. Comparação do crescimento do cadastro por ano.

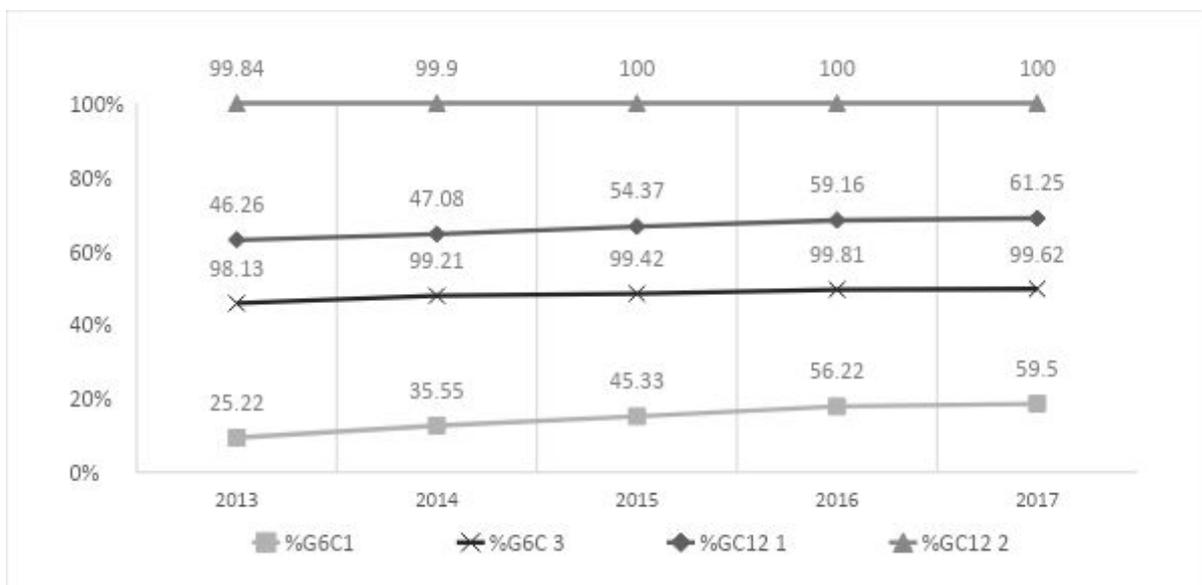
Ano/Variável	GCA 1	G6C 1	GC12 1	GCA 2	GCA 3
2013	1003	253	464	1259	1440
2014	2447	870	1152	2037	2415
2015	2654	1203	1443	2390	2402
2016	2828	1590	1673	2401	2136
2017	2901	1726	1777	2624	2115

*GCA 1: Gestantes cadastradas no ano - do relatório 1; G6C 1: Gestantes que realizaram 6 consultas ou mais - do relatório 1; GC12 1: Gestantes captadas até 12ª semana - do relatório 1; GCA 2: Gestantes cadastradas no ano - do relatório 2; GCA 3: Gestantes cadastradas no ano - do relatório 3

Quando se compara, ainda no relatório 1, a variável gestantes captadas até 12ª semana com gestantes cadastradas por ano, pode se observar que no ano de 2013 teve a menor porcentagem de captação de gestantes de 46,26%, seguido de 47,08% em 2014, 54,37% em 2015, 59,16% em 2016, e 61,25% no ano de 2017 (gráfico 1). Já a variável gestantes que realizaram 6 ou mais consultas pela variável gestantes cadastradas por ano, em 2013 apenas 25,22% gestantes fizeram 6 consultas ou mais, em 2014 foram 35,5%, em 2015 foram 45,33

%, em 2016 foram 56,22%, já em 2017 foram 59,50% (gráfico 1).

Gráfico 1- Mostra a variação das respostas da variável Quantidade de Gestantes que realizaram 6 ou mais consultas do relatório 1 (GC6 1) em relação ao relatório 2 (G6C 2) e da variação da variável quantidade de gestante captadas até 12ª semana comparando o relatório 1 (GC12 1) em relação ao relatório 2 (GC12 2).



No relatório 2 as variações da própria variável gestante cadastradas por ano é semelhante à do relatório 1, com média de aumento 60% de cadastros de 2013 para 2014 e de cerca de aumento 10% a cada ano de 2014 até 2017. A quantidade de gestantes captadas até 12ª semana quando comparada com a quantidade de gestantes cadastradas no ano do mesmo relatório traz um aumento exponencial de gestantes captadas de 98,84% no ano de 2013, 99,90% captadas em 2014, e 99,99% nos anos de 2015, 2016 e 2017 (gráfico 1).

No relatório 3, a variável quantidade de gestantes cadastradas no ano segue o mesmo padrão de variação do relatório 1 e 2 quando comparados a variação do percentual dos anos na mesma variável (tabela 1). No entanto, a quantidade de gestantes cadastradas quando comparada a quantidade de gestantes cadastradas no ano, tem aumento nos percentuais em relação ao relatório 1, em que 2013 com 98,13%, 2014 com 99,21%, em 2015 com 99,42%, 2016 com 99,81% e 2017 com 99,62% (gráfico 1).

Tabela 2. Percentual de exames realizados por ano e gestantes cadastradas no Sis prenatal em relação a estimativa

de gestantes totais do município.

Ano/Variável	E1T	E2T	TRS	TRHIV	%GESTS
2013	49,54%	47,50%	79,28%	77,62%	32,73%
2014	49,35%	47,25%	78,85%	77,24%	76,21%
2015	48,98%	45,90%	78,61%	77,11%	83,28%
2016	48,76%	44,89%	78,59%	77,10%	90,24%
2017	48,77%	44,87%	78,62%	77,15%	92,24%

E1T – Exames realizados nos 1º trimestre; E2T- Exames realizados no 2º trimestre; TRS- teste rápido para sífilis; TRHIV- Teste rápido para HIV; %GESTxNV: gestantes cadastradas no Sis prenatal em relação a estimativa de gestantes totais do município.

No relatório 4, quando avaliada a diferença percentual entre as variáveis teste rápido para HIV solicitados e realizados e Teste rápido para sífilis solicitados e realizados, observa-se uma queda, em média, de 22% nos exames realizados quando comparados aos solicitados do mesmo ano, em todos os anos. Nas variáveis Exames realizados do 2º trimestre realizados e solicitados; quantidade de exames do 2º trimestre realizado e solicitados - há uma queda de ~52% nos realizados em todos os anos (tabela 2). Os exames do 3º trimestre solicitados não foi preenchido em nenhum dos anos, sendo, portanto, zero.

A quantidade de gestantes cadastradas no Sis prenatal em relação a estimativa e gestantes totais do município em 2013 foi de 32,73%, em 2014 de 76,21%, em 2015 de 83,28%, em 2016 de 90,24 e em 2017 de 92,24% cadastros.

DISCUSSÃO

O município de Passo Fundo tem dados disponíveis no Sis prenatal desde 2013 até 2018, ano de seu encerramento. No final do ano de 2012, o programa sofreu uma grande atualização e os dados precedentes a 2013 foram perdidos e, portanto, não estão mais disponíveis para acesso^{6, 10}.

Sendo assim, as informações referentes à 2013 podem ter sido submetidas a perdas ou sub-registro de dados encaminhados ao DATASUS, consequentemente apresentando resultados incompletos. No presente estudo foi possível observar que todas as variáveis analisadas referentes ao ano de 2013 apresentaram número de cadastros extremamente inferior aos anos subsequentes, como é possível ser avaliado na tabela 1.

Ao que se seguiu na avaliação do relatório 1, os dados mostraram que a cobertura e adesão da assistência pré-natal em Passo Fundo teve uma melhora ao decorrer dos anos, visto

que houve aumento de ~10% a cada ano avaliado no cadastro de gestantes por ano, quantidade de gestantes captadas até 12ª semana, quantidade de gestantes que realizaram 6 ou mais consultas (tabela 1). Contudo, a assistência no município é ainda não é satisfatória, visto que 61,25% das mulheres iniciaram o pré-natal até a 12ª semana gestacional em 2017, ano em que se teve maior percentual de captação. Esta variável é uma das ações recomendadas pelo PHPN para avaliação da assistência, sendo que em outros países é preconizado que, da mesma forma, o início do pré-natal seja realizado até a 12ª semana gestacional. O valor percentual do ano de 2017 encontrado no presente estudo se aproxima ao encontrado em um estudo nacional realizado por Viellas¹¹, no qual no ano de 2012 cerca de 75,8% de gestantes foram captadas até 12ª semana. Porém ao comparar os resultados do mesmo estudo¹¹ que em 2012 apresentou 75,8% de captação até 12ª semana, os obtidos em Passo Fundo em 2014, ano que mais se aproxima ao estudo comparado, mostram um percentual mais baixo, de ~47% (optou-se por 2014, pois, hipoteticamente, 2013 apresentou sub-registro ou perda de dados), demonstrando importante inferioridade. Segundo a rede cegonha e o PHPN⁴, a precoce captação das gestantes é o primeiro critério para o acompanhamento adequado e de qualidade do pré-natal, já que objetiva diagnosticar precocemente eventuais fatores de risco modificáveis e não modificáveis e fortalecer a adesão da gestante ao pré-natal^{12,13}.

O resultado inferior se repete quando avaliada a quantidade de gestantes que realizaram 6 ou mais consultas, em que a maior porcentagem foi de 59,50% em 2017 e em 2014 ~35%, valor muito baixo quando comparado ao mesmo estudo de 2014 de Viellas¹¹, em que essa variável foi de 73,1% em 2012. No entanto, o presente estudo mostrou-se semelhante aos resultados encontrados no estudo de Corrêa¹³ realizado na cidade de Cuiabá – MT em 2013. A preocupação dessa baixa adesão se dá quando é ressaltado que o maior número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado à melhores indicadores de saúde e diminuição da morbimortalidade materno-infantil¹⁴.

Os dados do município de Passo Fundo mostraram que mesmo que a captação precoce esteja na média de 50 a 60%, um pouco inferior a outros estudos como já descrito, tal fato não tem assegurado a adesão das gestantes ao acompanhamento pré-natal, pois o percentual de gestantes que realizaram seis ou mais consultas, como exigido pelo PHPN^{4,11}, está muito inferior ao percentual de gestantes captadas até 12ª semana.

Diferentemente dos dados apresentados no relatório 1, no relatório 2 e 3 as porcentagens são altamente elevadas em relação aos mesmos anos. No relatório 2, a

quantidade de gestantes captadas até a 12ª semana foi de 98,84% no ano de 2013 e chegou a 99,99% no ano de 2017.

No relatório 3, a quantidade de gestantes que realizaram seis ou mais consultas em 2013 apresenta 98,13%, aproximando-se a 99,62% em 2017 (gráfico 1). Ao avaliar alguns estudos brasileiros sobre pré-natal, não foi encontrado nenhum com percentuais semelhantes a esses. Tamaña discrepância das mesmas variáveis entre os diferentes relatórios gera um questionamento sobre a confiabilidade destes dados.

No relatório 4, foram avaliados os exames realizados no 1º, 2º e 3º trimestre, os quais tiveram média de ~49% dos exames realizados quando comparados aos solicitados no 1º trimestre e média de ~46% dos exames realizados quando comparados aos solicitados no 2º trimestre. Essa queda de ~50% da solicitação para realização pode ter acontecido pelo fato de que o cadastro da gestante pode ser fechado apenas preenchendo o campo “exame solicitado” no programa, não necessitando, obrigatoriamente, informar se os mesmos foram realizados. Tais valores se assemelham aos encontrados por Corrêa¹³. A partir disso, pode-se levantar três hipóteses: 1ª: digitação incompleta na Unidade; 2ª: as gestantes não estão realizando os exames; 3ª: as gestantes não estão retornando os resultados dos exames até a Unidade solicitante. A partir disso, pode-se afirmar que existem falhas nas ações do município que buscam manter a adesão da gestante à unidade de saúde e ao pré-natal. Outros estudos apresentaram resultados semelhantes ao presente estudo, nos quais também foram observados baixos percentuais referentes à realização dos exames laboratoriais ^{11,15, 16}.

Além desses, ainda foram analisados os percentuais de testes rápidos para sífilis e HIV, em que ambos tiveram em todos os anos analisados média de 77% e 78%, respectivamente, dos exames realizados em relação aos solicitados. Essas variáveis demonstraram valores superiores aos demais exames, talvez por se tratar de testes rápidos, os quais são realizados na própria unidade de saúde, geralmente, no momento da solicitação. Dessa forma, superando as dificuldades encontradas nas hipóteses lançadas no parágrafo anterior.

Quando se avaliou a quantidade de gestantes do município cadastradas no Sis prenatal, foi percebido um aumento considerável ao longo dos anos, chegando a aproximadamente 92% no ano de 2017. Esse percentual impressiona quando se sabe que o Ministério da Saúde (MS) fez um levantamento em 2017 e constatou que 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência¹⁷. Assim, evidencia-se que a cobertura das gestantes em Passo

Fundo – RS foi abrangente e satisfatória, visto que superou o dado divulgado pelo MS, e os ~8% restantes são, provavelmente, usuárias de serviços de saúde privado. Tais valores se assemelham aos encontrados no estudo de Andreucci¹⁸ em 2011 no município de São Carlos-SP, o qual apresentou uma das maiores coberturas de pré-natal do estado de São Paulo.

As Estratégias de Saúde da Família (ESFs), desde 2004, são compostas, essencialmente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal. As ESFs operam em áreas definidas e com populações adstritas, atendendo até 4000 pessoas por equipe¹⁹.

Em Passo Fundo existem 43 unidades básicas de saúde, dentre essas, apenas 15 são ESFs, portanto, somente 60.000 dentre os mais de 180.000 habitantes do município têm essa cobertura com agentes comunitários de saúde (ACS), os quais possuem um amplo papel de captação e cuidados da saúde da gestante. O ACS representa um grande elo entre a população e o serviço de Atenção Primária à Saúde (APS). Seu trabalho tem importância na medida em que possuem a responsabilidade de identificar e captar gestantes na comunidade, orientá-las para um adequado acompanhamento pré-natal, atentando-se ao seguimento das consultas e realização de exames, bem como no período puerperal ^{20,21}. Esse déficit em ESFs e consequentemente de ACS e serviços de atendimentos multiprofissionais torna-se uma hipótese para os baixos percentuais encontrados em muitas variáveis. Isso diminui captação, adesão e educação em saúde, além de escasso auxílio às usuárias na gestação e puerpério.

Na leitura dos indicadores da pesquisa realizada, fica visível que, à medida que são somadas as variáveis de avaliação de processo do PHPN, os percentuais diminuem, sofrem constantes variações, mostrando instabilidades e fragilidades no serviço de assistência pré-natal do município. Isso trata-se do maior desafio na implementação de uma atenção pré-natal satisfatória, sendo que é uma grande ferramenta usada para garantir a saúde na gestação, parto e ao recém-nascido^{13, 15}.

No entanto, para que um maior número mulheres sejam amparadas por essas políticas de saúde, é necessário que a assistência pré-natal tenha grande adesão por parte dos municípios e dos usuários. As análises do cumprimento dos requisitos mínimos do PHPN através dos dados do Sisprenatal em Passo Fundo mostram percentuais que demonstram que a assistência pré-natal desenvolvida nas unidades de saúde do município tem pontos positivos, como os crescentes valores da maioria das variáveis ao longo dos anos, bem como uma esperada cobertura de cadastro de gestantes e captação pouco inferior quando comparada a

outros centros. Apesar disso, a análise dos dados mostra resultados que revelam fragilidade na assistência pré-natal e que devem ser revistas, como por exemplo a baixa adesão das gestantes às consultas, além da pouca realização dos exames preconizados solicitados¹³.

CONCLUSÕES

Considerando que os dados encontrados no estudo revelam de maneira fiel como é a assistência pré-natal em Passo Fundo, coloca-se em questão a sua qualidade conforme preconizado pelas diversas políticas assistenciais para a saúde integral da mulher. Sem considerar possíveis falhas do próprio sistema, a análise dos resultados do presente estudo leva ao questionamento da forma como são utilizados os sistemas de informações no sistema gestão de saúde do município, ao avaliar a qualidade dos dados e informações geradas.

Deste modo, fica evidente a necessidade de realização de outras pesquisas que analisem o processo assistencial a partir de novas fontes, de forma mais individualizada, trazendo relatos dos colaboradores das unidades de saúde e da gestão, avaliação dos prontuários, além de analisar a nova forma de cadastro das informações do pré-natal pelo e-sus e a diferença nos resultados após o encerramento do uso do Sis prenatal.

REFERÊNCIAS

1. Martins ACS, Silva LS. Epidemiological profile of maternal mortality. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2018; 71(1): 677–683
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério, 2005.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília

4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 570/GM, de 1º de junho de 2000. Instituir o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.
6. Ministério da saúde (brasil). Nota Técnica nº 19-SEI/2017. Esclarecimento sobre a utilização do e-sus ab e Sis prenatal web no âmbito da atenção básica.
7. Secretaria de Vigilância em Saúde (Brasil). Mortalidade materna no Brasil. Boletim Epidemiológico 2012; 43(1): 1-7.
8. Ministério da Saúde. [homepage na internet]. Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna. [Acesso em 01 de maio de 2019]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>
9. Filho PLS. Aplicação do instrumento de monitoramento do Sis prenatal secretaria de saúde em Mato Grosso. Cuiabá. Monografia [Linhas de Cuidado em Enfermagem] -Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
10. Datasus. [homepage na internet]. Sistema de Pré-Natal. Sis prenatal. Notas sobre a versão 2.17d do Sis prenatal, 2014. [Acesso em 20 de abril de 2019]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=02>
11. Vielas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública 2014; 30: s1-10
12. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Portaria consolidada Rede Cegonha.
13. Corrêa ACP, Arantes RB, Lima AP, Nakagawa JT. Análise da atenção pré-natal no município de Cuiabá-Mato Grosso segundo dados do Sis prenatal. Rev. pesqui. cuid. fundam. 2013; 5(2): 3740-3748.
14. 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. Saúde Pública 2012; 28(3): 425-437.
15. Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. Rev. Bras. Saude Mater. Infant 2007; 7(3): 309-317

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): 293-299
17. Ministério da Saúde (Brasil). [homepage na internet]. Pesquisa Nacional de Saúde. 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência., 2017. [Acesso em 18 de abril de 2019]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-p-ublicos-de-saude-como-referencia>
18. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. Rev. Saúde Pública 2011; 45(5): 854-864
19. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc. saúde coletiva 2016; 21(2): 327-338.
20. Datasus. [homepage na internet]. CNESNet. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Secretária de Atenção a saúde. Consulta. Tipo de estabelecimento. 2019. [Acesso em 1 de maio de 2019]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=43&VMun=431410&VComp=00&VUni=02
21. Telessaúde- BVS-APS- [homepage na internet]. Biblioteca Virtual em Saúde- Atenção Primária em Saúde. Quais são as orientações que o ACS pode fornecer as gestantes durante as visitas domiciliares?. 2013. [Acesso em 1 de maio de 2019]. Disponível em: <http://aps.bvs.br/aps/quais-sao-as-orientacoes-que-o-acs-pode-fornecer-as-gestantes-durante-as-visitas-domiciliares/>

NORMAS DOS CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ –FIO CRUZ

Passo a Passo

Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais.

1. PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Para a preparação do manuscrito, os autores deverão atentar para as seguintes orientações:

- 1.1 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.
- 1.2 – O título corrido poderá ter o máximo de 70 caracteres com espaços.
- 1.3 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

1.4 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenhas, Cartas, Comentários ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Visando a ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho oferecemos gratuitamente a tradução do Resumo para os idiomas a serem publicados. Não são aceitos equações e caracteres especiais (por exemplo: letras gregas, símbolos) no Resumo.

1.4.1 – Como o Resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração.

1.5 – Equações e Fórmulas: as equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

1.6 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaços.

1.7 – Quadros. Destina-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Os quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidos em arquivo text: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document TEXT). Cada dado do quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

1.8 – Tabelas. Destina-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

1.9 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas e fluxogramas. O arquivo de cada figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido, devem ser desenvolvidas e salvas/exportadas em formato vetorial/editável. As figuras devem ser numeradas

(algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

1.9.1 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

1.9.2 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

1.9.3 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

1.9.4 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

1.9.5 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

1.10 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

1.11 – CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (Figuras e/ou Quadros e/ou Tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras.

2. REFERÊNCIAS

2.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

2.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

2.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.