

5.1 MANUSCRITO 01

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO INTERIOR DA BAHIA: UMA ANÁLISE TEMPORAL**SOCIODEMOGRAPHIC AND OBSTETRIC PROFILE OF WOMEN IN FERTILITY IN THE INTERIOR OF BAHIA: A TEMPORARY ANALYSIS****Katiane Santana Miranda, Eduardo Nagib Boery****RESUMO**

As mulheres em idade fértil (MIF), correspondem a 65,82% do total da população feminina, representando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde. Assim, objetiva-se identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em idade fértil em um município do sudoeste baiano, em uma série temporal de 10 anos. Trata-se de um estudo ecológico do tipo série temporal, utilizando dados secundários do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Este estudo evidenciou, um perfil sociodemográfico e obstétrico caracterizado por mulheres na faixa etária 20 a 29 anos, com 8 a 11 anos de escolaridade, solteiras, de raça/cor parda, com idade gestacional de 37 semanas ou mais, de gestação única, parto vaginal, realizando 1 a 5 consultas pré-natal e com seus Rn de peso normal. Ademais, destaca-se uma tendência linear de redução do número de mulheres que deram a luz com 37 semanas ou mais, e também de redução acentuada para os partos normais (i.e. vaginais). Conclui-se que o perfil evidenciado é similar as demais regiões do país e as tendências avaliadas carecem de uma atenção dos profissionais de saúde, no intuito de desenvolver estratégias que permitam intervir sobre tal situação.

Palavra-chave: Obstetrícia; saúde da mulher; sistemas de saúde

ABSTRACT

Women of childbearing age (MIF) correspond to 65.82% of the total female population, representing an important social segment for the elaboration of health policies. Thus, the objective is to identify the sociodemographic and obstetric profile of women of childbearing age in a municipality in southwest Bahia, in a 10-year time series. It is an ecological study of the time series type, using secondary data from the Live Birth Information System (SINASC). This study showed a sociodemographic and obstetric profile characterized by women aged 20 to 29 years, with 8 to 11 years of schooling, unmarried, of race / brown color, with gestational age of 37 weeks or more, of single gestation, vaginal delivery, performing 1 to 5 prenatal consultations and with their RN of normal weight. In addition, there is a linear trend of reducing the number of women who gave birth at 37 weeks or more, and also a marked reduction in normal (i.e. vaginal) deliveries. It is concluded that the profile evidenced is similar to the other regions of the country and the trends evaluated need attention of the health professionals, in order to develop strategies to intervene on such situation.

Keywords: Obstetrics; women's health; health systems

INTRODUÇÃO

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do ano de 2015, a população brasileira era composta predominantemente por mulheres (51,47%), sendo elas as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE, 2011), por frequentarem os serviços de saúde para atendimento próprio, mas sobretudo, para o acompanhando de crianças e outros familiares.

Entre essas mulheres, as consideradas em idade fértil (MIF), correspondem a 65,82% do total da população feminina, representando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde (IBGE, 2016). Na Bahia são 4.878.502 MIF, correspondendo a 63,4% de todas as baianas no ano de 2015 (IBGE, 2015). Segundo a definição internacional, MIF é aquela que se encontra na faixa etária de 15 a 49 anos (PARKER et al., 2013), porém no Brasil, considera-se a faixa entre 10 a 49 anos.

Dada a vultuosa contribuição das MIF para a composição populacional brasileira, a cada ano acontecem no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos, sendo que cerca de 98% deles acontecem em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados. No estado da Bahia, no ano de 2017, foram 204.096 nascidos vivos, sendo essa a maior estimativa da região nordeste (BRASIL, 2017a). Isso significa que, a cada ano, o nascimento influencia parcela significativa da população brasileira, e principalmente na região nordeste do país, considerando as famílias e o seu meio social (BRASIL, 2017b).

Dessa forma, conhecer o perfil de mulheres atendidas em um município do interior da Bahia, pode relevar fatores importantes para investigação. Ademais, a inclusão de uma perspectiva temporal, pode evidenciar padrões estatísticos para potencial intervenção por meio de políticas públicas de saúde.

Assim, objetiva-se identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em idade fértil em um município do sudoeste baiano, em uma série temporal de 10 anos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico do tipo série temporal, utilizando dados secundários do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) por meio do DataSUS. O SINASC foi criado em 1990 com o intuito de monitorar as características relacionadas à assistência à gestação, ao parto e puerpério.

No ambiente do SINASC foram escolhidos apenas dados das mulheres residentes no município de Jaguaquara-BA, no período de 10 anos (2008 e 2017). No conteúdo da coluna,

selecionou-se o ano e na linha as demais variáveis. Neste estudo, foram consideradas as seguintes variáveis para análise:

- Dados da mãe: idade, instrução, raça/cor e estado civil;
- Gestação e parto: idade gestacional, tipo de parto e gravidez, consulta pré-natal e peso do Rn ao nascer.

Os dados foram apresentados por meio de frequências relativas e absolutas, e as tendências lineares por meios das equações da reta e coeficientes de determinação (R^2). Por tratar-se de um estudo com dados secundários e de domínio público, não foi necessário submissão ao comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

Com acesso aos dados do SINASC foi possível evidenciar que dentro da série histórica avaliada, prevaleceram mulheres com idade de 20 a 29 anos (50,87%), com 8 a 11 anos de escolaridade (42,74%), solteiras (59,72%), de raça/cor parda (83,55%), como mostrado na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das parturientes de Jaguaquara no período de 2008-2017.

	n	%
Idade da mãe		
10 a 19	2031	25,62
20 a 29	4032	50,87
30 a 39	1699	21,44
40 a 49	164	2,07
Instrução da mãe		
Nenhuma	187	2,36
1 a 3 anos	548	6,91
4 a 7 anos	2387	30,11
8 a 11 anos	3388	42,74
12 anos e mais	906	11,43
Ignorado	511	6,45

Estado Civil		
Sem Companheiro	4769	60,16
Com Companheiro	2852	35,98
Ignorado	306	3,86
Raça/cor		
Não pardas	1030	12,99
Parda	6623	83,55
Ignorado	274	3,46

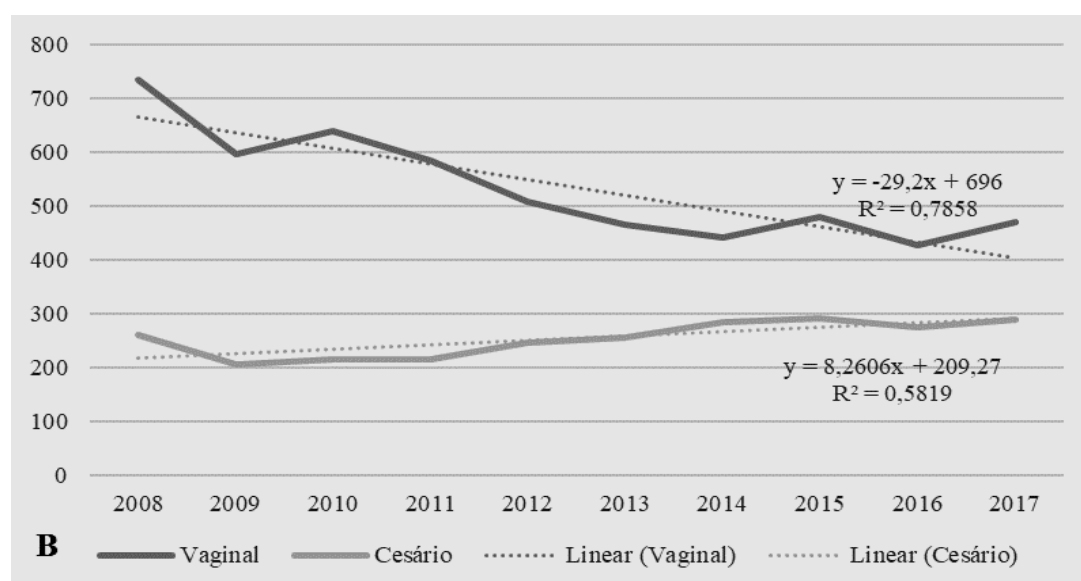
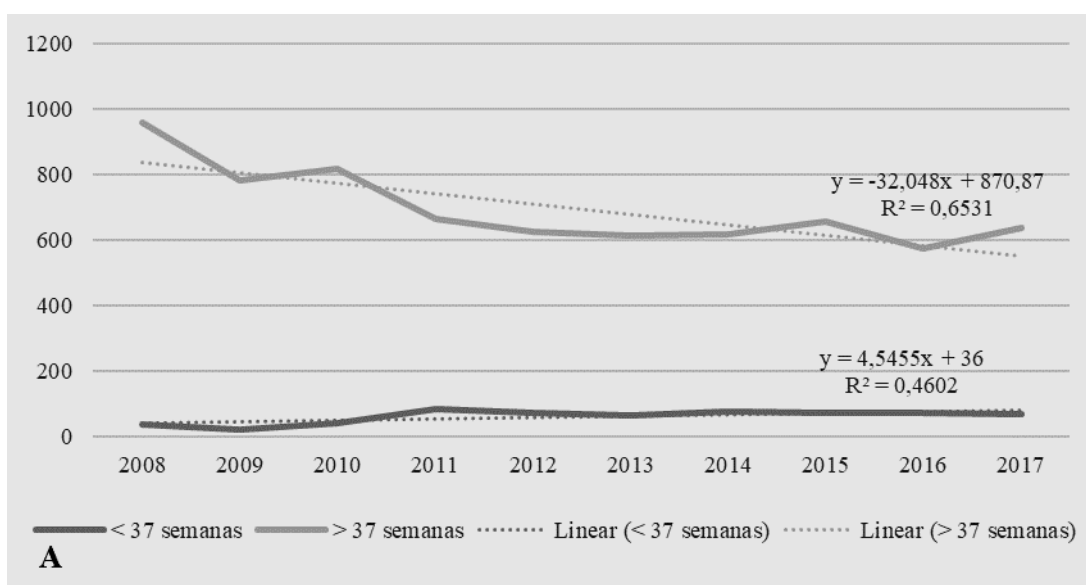
Com relação aos aspectos obstétricos, a tabela 2 evidencia predominância de mulheres com idade gestacional de 37 semanas ou mais (87,62%), de gestação única (97,99%), parto vaginal (67,54%), com 1 a 5 consultas pré-natal (54,65%) e com Rn de peso normal (92,46%).

Tabela 2. Caracterização de aspectos obstétricos e ginecológicos de mulheres de Jaguaquara no período de 2008-2017.

	n	%
Idade gestacional		
menos de 37	610	7,70
37 ou mais	6946	87,62
Ignorado	371	4,68
Tipo de gravidez		
Única	7768	97,99
Múltipla	139	1,75
Ignorada	20	0,25
Tipo de parto		
Vaginal	5354	67,54
Cesário	2547	32,13
Ignorado	26	0,33
Consultas pré-natal		
Nenhuma	261	3,29
1 a 5 consultas	4332	54,65
6 ou mais consultas	3225	40,68
Ignorado	109	1,38
Peso ao nascer		
Baixo peso	590	7,44
Peso normal	7329	92,46
Ignorado	8	0,10

Por meio da análise de tendência temporal, nota-se que os partos com 37 semanas ou mais mostraram uma tendência linear de redução ($\alpha = -32,05$), oscilando de 959 casos em 2008 a 639 em 2017, enquanto os < 37 semanas mantiveram-se constantes ao longo do tempo, sugerindo uma tendência estacionária ($\alpha = 4,54$) (A). Para aos tipos de parto, evidencia-se uma tendência linear de redução ($\alpha = -29,20$) para os normais (i.e. vaginais), oscilando de 735 a 470, respectivamente em 2008 e 2017, e consequente aumento nos partos cesáreos ($\alpha = 8,26$) (B).

No que concerne as consultas de pré-natal houve uma tendência decrescente para realização de menos de 6 consultas (inadequação pré-natal) ($\alpha = -32,81$), sendo que entre os anos de 2013 e 2014 percebe-se um ponto de intercessão das retas, ponto no qual a adequação pré-natal supera a inadequação (C).



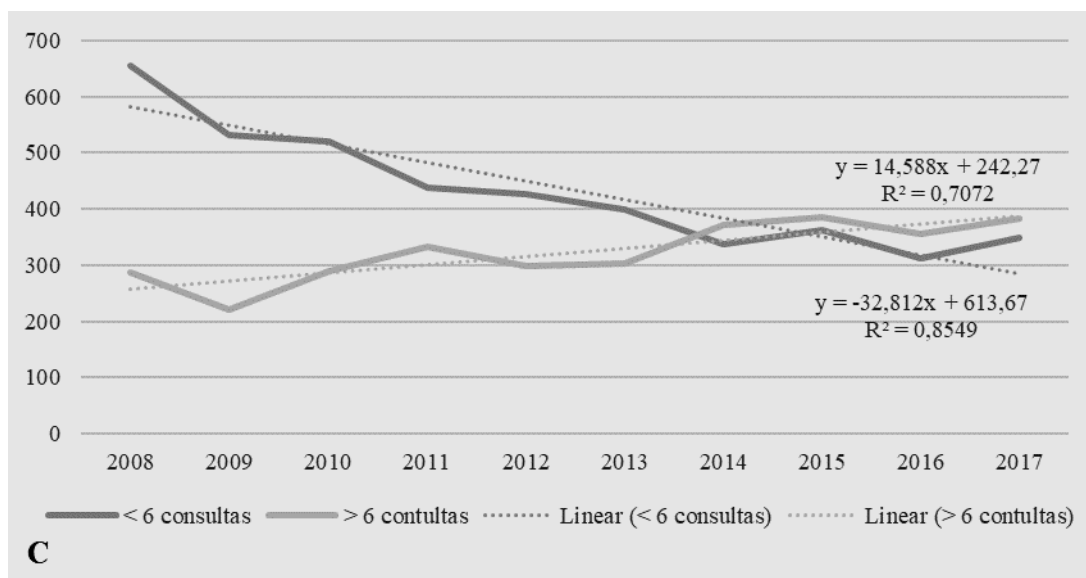


Figura 1. Análise de tendência temporal (2008-2017) para a idade gestacional, tipo de parto e consultas pré-natal. Jaguaquara-BA.

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou, em uma série histórica de 10 anos, um perfil sociodemográfico e obstétrico caracterizado por mulheres na faixa etária 20 a 29 anos, com 8 a 11 anos de escolaridade, solteiras, de raça/cor parda idade gestacional de 37 semanas ou mais (87,62%), de gestação única, parto vaginal, realizando 1 a 5 consultas pré-natal e com seus Rn de peso normal. Tal perfil evidenciado é similar a diferentes estudos realizados nos pais (ANJOS; BOING, 2016; LANSKY et al., 2014; VELHO et al., 2019).

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que no município estudado, no período de 10 anos, a proporção de gestantes que não realizou sete ou mais consultas pré-natal foi de 54,65%. Tal achado mostra-se digno de preocupação, uma vez que a importância da atenção pré-natal para a saúde materna reside na sua capacidade de detectar estados pré-clínicos ou mórbidos precoces em mulheres grávidas e a oportunidade de promoção da saúde que ela permite (OYERINDE, 2013). Essa inadequação no acompanhamento pode levar a complicações ou mesmo a um nível de desconhecimento dos aspectos obstétricos que favorece a escolha de um parto cesáreo em detrimento do normal, no intuito de dirimir riscos não conhecidos.

Ressalta-se, todavia, que a análise temporal evidenciou, uma tendência crescente para a adequação pré-natal. Nesse sentido, por meio de um pré-natal de qualidade é possível reduzir a morbimortalidade materno-infantil (BARBEIRO et al., 2015; TOMASI et al., 2017). Por meio da identificação do risco gestacional é possível prestar orientação e os

encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez, como, por exemplo, a “escolha” do tipo de parto e avaliação da idade gestacional (ANJOS; BOING, 2016).

O Brasil tem a maior taxa de cesárea do mundo, onde 57% de todos os nascidos vivos e quase 90% entre as mulheres que recebem cuidados de saúde privados durante o parto em 2013, foram submetidos a tal procedimento (DOMINGUES et al., 2014), sugerindo que muitas são por razões não médicas. Cerca de 45% das mães de baixo risco sem complicações obstétricas, que deram à luz bebês saudáveis, tiveram cesarianas, podendo ter optado pelo parto normal (LEAL et al., 2014). Os dados desta pesquisa deixam essa dicotomia (normal x cesáreo) bem explícita, uma vez que apesar de os partos normais serem os mais prevalentes, os cesáreos apresentam tendência linear de crescimento.

Parece que as cesáreas são vistas como mais seguras, mais práticas, menos dolorosas e mais convenientes (já que se pode estabelecer uma data predeterminada) e trazem mais retorno financeiro às instituições. Ademais, a falta de informação e/ou o recebimento de informação equivocada contribuem para que a gestante desconheça as vantagens do parto vaginal em relação à cesárea, quando não há indicação para realização de parto cirúrgico (BARBOSA et al., 2017; LEAL et al., 2014; SOUZA et al., 2010).

O imponente aumento das taxas de cesárea no Brasil teve repercussões em todo o sistema de saúde. Primeiramente, os serviços de saúde tiveram que se adaptar para fornecer a estrutura e a equipe exigida pelo número crescente de cirurgias (BITTENCOURT et al., 2014; VELHO et al., 2019). Em segundo lugar, o custo dos cuidados de saúde foi afetado, dado que os partos cesáreos são 40% mais caros do que os partos vaginais. Assim, salienta-se que quando forem alcançados os níveis de cesárea recomendados pela OMS, haveria uma redução potencial de R\$ 57,7 milhões nos gastos em saúde (DALMORO et al., 2018; ENTRINGER et al., 2019).

Se observado atentamente a elevação no número de cesáreas pode ter por causa ou consequência a prematuridade. A taxa de nascimentos prematuros vem aumentando em todo o mundo, inclusive no Brasil. Isto constitui um desafio significativo para a saúde pública devido aos níveis mais elevados de morbidade e mortalidade e aos efeitos na saúde a longo prazo associados ao parto prematuro (LEAL et al., 2016).

Um estudo que avaliou os fatores de risco para o nascimento prematuro em países com diferentes índices de desenvolvimento humano (IDH), encontraram uma associação entre o nascimento prematuro espontâneo e condições sociais mais baixas. Os autores também foram capazes de mostrar que as taxas gerais de nascimento prematuro não estavam relacionadas aos IDHs, mas que a prematuridade iniciada pelo provedor do cuidado era mais frequente em

países com índices mais altos (MORISAKI et al., 2014). No Brasil, o nascimento prematuro iniciado pelo profissional de saúde é mais comum no sudeste, a região com o maior IDH do país, e também nas capitais (BITTENCOURT et al., 2014).

Salienta-se que a avaliação de dados de fonte secundária (sistema de informações) está susceptível a viés de informação, uma vez que, nem sempre a qualidade dos registros pode ser atestada e dados podem ser omitidos. Todavia, o SINASC tem por fonte dos seus dados um documento de notificação obrigatória (i.e. declaração de nascidos vivos), o que, em certa medida, reduz a omissão de informações e permite análises mais completas.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se, na série histórica de 10 anos, um perfil sociodemográfico e obstétrico formado por adultas jovens (20 a 29 anos), com 8 a 11 anos de escolaridade, solteiras, de raça/cor parda, com idade gestacional de 37 semanas ou mais, de gestação única, realizando 1 a 5 consultas pré-natal e com seus Rn de peso normal. Ademais, destaca uma tendência linear de redução do número de mulheres que deram a luz com 37 semanas ou mais, e também de redução acentuada para os partos normais (i.e. vaginais).

Com a observação dos resultados nota-se a eminente necessidade de intervenções capazes de modificar as tendências prejudiciais aqui evidenciadas (inadequação pré-natal, aumenta de partos cesáreos e prematuros) no intuito de propiciar melhores condições de saúde as mulheres em idade fértil.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, J. C. dos; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.19, n.4, p.835-850, dez. 2016.
- BARBEIRO, F. M. dos S. et al. Fetal deaths in Brazil: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v.49, n.0, 2015.
- BARBOSA, E. M. et al. Socio-demographic and obstetric profile of pregnant women in a public hospital. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.18, n.2, p.227, 13 jun. 2017.
- BITTENCOURT, S. D. de A. et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.suppl 1, p.S208–S219, ago. 2014.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 17 jul. 2019a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: [s.n.].
- DALMORO, C. et al. Normal delivery and cesarean section: cost per brazilian regions, 2015. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.64, n.11, p.1045-1049, nov. 2018.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.suppl 1, p.S101–S116, ago. 2014.
- ENTRINGER, A. P. et al. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.4, p.1527-1536, 2 maio 2019.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacional**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 17 jul. 2019.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro: [s.n.].
- LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n. suppl 1, p.S192–S207, ago. 2014.
- LEAL, M. do C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n. suppl 1, p. S17–S32, ago. 2014.
- LEAL, M. do C. et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health**, v.13, n.S3, p.127, 17 out. 2016.
- MORISAKI, N. et al. Risk factors for spontaneous and provider-initiated preterm delivery in high and low Human Development Index countries: a secondary analysis of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v.121, p.101-109, mar. 2014.
- OYERINDE, K. Can Antenatal Care Result in Significant Maternal Mortality Reduction in Developing Countries? **Journal of Community Medicine & Health Education**, v.03, n.01,

2013.

PARKER, J. et al. Adjusting National Health and Nutrition Examination Survey sample weights for women of childbearing age. **Vital Health Stat**, v.2, n.157, 2013.

SOUZA, J. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Medicine**, v.8, n.1, p.71, 10 dez. 2010.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.3, 2017.

VELHO, M. B. et al. Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v.35, n.3, 25 mar. 2019.

5.2 MANUSCRITO 02

**MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA MEDIADA POR
AUDITORIA EM UMA MATERNIDADE DO SUDOESTE BAIANO****OBSTETRIC ASSISTANCE QUALITY IMPROVEMENT MEDIATE BY AUDIT IN
A MATERNITYOF SOUTHWESTBAHIA**

Katiane Santana Miranda, Eduardo Nagib Boery

RESUMO

Para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) a auditoria é um instrumento de gestão que pode contribuir para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde. Assim este estudo objetiva avaliar a melhoria da qualidade da assistência obstétrica mediada por auditoria em saúde em um município do sudoeste baiano. Trata-se de estudo epidemiológico de caráter exploratório, que analisou dados de uma auditoria em saúde de uma maternidade de risco habitual, filantrópica no sudoeste da Bahia. A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de roteiros de inspeção, avaliando padrões de conformidade nas seguintes categorias: qualidade da assistência e da informação, gestão clínica e humanização. Evidenciou melhoria dos indicadores de qualidade da assistência obstétrica em uma maternidade do sudoeste baiano, com destaque aos indicadores de gestão clínica e humanização que foram incrementados em mais de 100%.

Palavras-chave: Auditoria; Maternidade; Qualidade da assistência

ABSTRACT

To strengthen the Unified Health System (SUS), auditing is a management tool that can contribute to the allocation and proper use of resources, ensuring access and quality of health care. Thus, this study aimed to evaluate the improvement of the quality of obstetric care mediated by health audit in a municipality of southwestern Bahia. This is an exploratory epidemiological study that analyzed data from a health audit of a usual philanthropic risk maternity hospital in southwestern Bahia. Data collection was performed through the application of inspection scripts, evaluating compliance standards in the following categories: quality of care and information, clinical management and humanization. There was an improvement in the quality indicators of obstetric care in a maternity hospital in southwestern Bahia, with emphasis on the indicators of clinical management and humanization that were increased by over 100%.

Keywords: Audit; Maternity; Quality of care

INTRODUÇÃO

Os serviços de maternidade são geralmente oferecidos em diversos ambientes, incluindo a comunidade e os hospitais, cobrindo três fases de cuidados: pré-natais, intranatais e pós-natais (NAO, 2013). Embora tenha havido um aumento na complexidade social e clínica nos serviços de maternidade, a maioria das mulheres tende a ser saudável sem morbidades ou complicações, fato que pode possibilitar um cuidado de melhor qualidade, que pode ser assegurado e verificado de diversas formas, como por meio de auditoria em saúde (TONIDANDEL et al., 2014; TRACY et al., 2014; VAUGHAN; CLEARY; MURPHY, 2014).

Para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) a auditoria é um instrumento de gestão que pode contribuir para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos. Conceitualmente é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, processos, atividades, desempenho e os resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal (BRASIL, 2017a).

No contexto do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) (BRASIL, 2017), a auditoria é um processo sistemático estruturado em etapas consecutivas, caracterizada pelo planejamento (fase analítica), Comunicado da Auditoria, execução (fase operacional), Relatório Preliminar, prazo para correções e justificativas documentadas do auditado e Relatório final.

Especificamente no campo da assistência obstétrica indicadores de qualidade da assistência (como a redução da mortalidade), da informação (registro adequado), de gestão clínica (ambiência adequada) e da humanização (como realização de manobras desnecessárias), são de grande relevância social, uma vez que as mulheres em idade fértil são maioria da população feminina brasileira 65,82% (IBGE, 2016).

Assim este estudo objetiva avaliar a melhoria da qualidade da assistência obstétrica mediada por auditoria em saúde em um município do sudoeste baiano

MÉTODO

Caracterização do estudo

Trata-se de estudo epidemiológico de caráter exploratório, que analisou dados da Auditoria em saúde vinculada ao marco conceitual da avaliação da qualidade da assistência da tríade de Avedis Donabedian (estrutura, processo e resultado) (BRASIL, 2011).

De acordo com Donabedianos sistemas deveriam ser analisados em três áreas distintas: 1) estrutura; 2) processo; e 3) resultado. Assim, ao avaliar a estrutura, analisa-se os recursos humanos ou materiais necessários para a provisão do cuidado. No processo, deve-se analisar as práticas dos diversos profissionais envolvidos e se elas estão em conformidade com padrões determinados de conduta e, através da análise dos resultados, avalia-se os efeitos da prática (DONABEDIAN, 2005).

Local do estudo e população

O estudo foi realizado em Maternidade de risco habitual, filantrópica do município de Jaguaquara, Bahia, que disponibiliza para atendimento do SUS uma sala de pré-parto com três leitos, uma sala de parto, um centro cirúrgico e vinte leitos de alojamento conjunto, realizando 96% dos partos da cidade.

Coleta e análise dos dados

A pesquisa foi dividida em duas etapas, pré-intervenção (agosto à dezembro de 2018) e pós-intervenção (janeiro e junho de 2019), ambas com extração de dados retrospectivos e prospectivos. A fase retrospectiva foi realizada nos prontuários (janeiro a maio) das puérperas que findaram gestação entre janeiro a junho de 2018 e a prospectiva por meio da análise técnica da estrutura, observação do processo de trabalho e entrevista com usuárias.

A coleta dos dados e preparação da auditoria foi caracterizada pelo planejamento (fase analítica), comunicado da Auditoria, execução (fase operacional) (F1), relatório Preliminar (com orientações corretivas), prazo para correções e justificativas documentada do auditado e Relatório final (F2) (BRASIL, 2017b).

A Auditoria (coleta dos dados) foi realizada através da aplicação de roteiros de inspeção (BRASIL, 2010), que procuram avaliar os padrões de conformidade nas seguintes categorias: qualidade da assistência (três indicadores= 12 pontos), qualidade da informação (dois indicadores= 4 pontos), gestão clínica (seis indicadores= 22 pontos) e humanização (cinco indicadores= 32 pontos).

O somatório dos indicadores pontua a alíquota alcançada por cada categoria, a soma dos valores de todas as categorias consiste no percentual geral alcançado pela instituição (70 pontos [100%]) e destina-se a avaliar o desempenho da Unidade no cumprimento das metas, sendo classificadas de acordo com escore em ruim (até 50%), regular (entre 51% e 70%), bom (entre 70% e 90%) e ótimo (acima de 91%).

Questões éticas

Este estudo foi autorizado pela secretaria de saúde de Jaguaquara estando respaldado com termo de compromisso para utilização de dados em prontuário. Ademais, mantendo um compromisso com as Questões Éticas, de acordo com a Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelas usuárias entrevistadas e a pesquisa submetida ao comitê de ética em pesquisa sob número de CAAE 09423318.1.0000.0055

RESULTADOS

Este trabalho avaliou, em diferentes aspectos, uma maternidade no sudoeste da Bahia, seguindo procedimento de auditoria em saúde preconizados pelo SUS.

Os indicadores de qualidade da oscilaram de três pontos na primeira avaliação (F1) a seis na segunda (F2), enquanto os de qualidade da informação mantiveram-se constantes (quatro pontos). Salienta-se que não havia em F1 nenhum protocolo de acolhimento e classificação de risco, bem como inexistia a assinatura de termo de consentimento para procedimentos, passando os mesmos a serem implementados após orientações prestadas e verificadas em F2.

No que concerne a gestão clínica e a humanização, houve um incremento maior do que 100% para ambos os indicadores. O primeiro passou de 8 para 15,5 pontos, enquanto o segundo de 6,5 para 16,5 pontos (Quadro 1). Destaca-se entre os indicadores de gestão clínica os relacionados ao “Funcionamento do Serviço de Assistência farmacêutica” não pontuavam em sua totalidade em F1, sendo que após orientações corretivas, os mesmos passaram a pontuar em F2.

Entre os indicadores de humanização por sua vez, práticas consideradas desnecessárias, ou mesmo violência obstétrica, como episiotomia e manobra de Kristeller, não tinham controle (F1), passando a ser reduzidas após orientações (F2). Ademais, o

preenchimento do partograma, antes incipiente ou incompleto, também foi incrementado, bem como a pesquisa de satisfação do usuário.

Quadro 1. Indicadores avaliados no processo de auditoria em uma maternidade do sudoeste baiano, antes (F1) e depois de recomendações (F2)

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA					
Indicador	Meta	Fonte de aferição	Pontos	Pontos F1	Pontos F2
Mortalidade Institucional	Até 5%	Relatórios Hospitalares e Censo Hospitalar	3	3	3
Acolhimento com classificação de risco	Garantir o acolhimento com classificação de risco na urgência/emergência.	Verificação in loco	3	0	1
Consentimento livre e esclarecido	Garantir informações aos usuários sobre as intervenções	Prontuário e entrevista com usuários	3	0	1
Alta hospitalar responsável	Garantir a alta hospitalar Responsável	Prontuário e entrevista com usuários	3	0	1
SUBTOTAL			12	3	6
QUALIDADE DA INFORMAÇÃO					
Indicador	Meta	Fonte de aferição	Pontos	Pontos F1	Pontos F2
Registro de óbitos	Registrar 100% dos óbitos maternos e neonatais	Documento de Registro	2	2	2
Notificação das doenças compulsórias	Notificar doenças compulsórias em 100% dos casos.	Registro em impresso próprio e encaminhado a órgão específico.	2	2	2
SUBTOTAL			4	4	4
GESTÃO CLÍNICA					
Indicador	Meta	Fonte de aferição	Pontos	Pontos F1	Pontos F2
Comissões	Garantir o funcionamento regular da CCIH	Atas e relatórios mensais com indicadores	2	1	1
	Comissão de óbito: analisar 50% dos prontuários que resultaram em óbito	Atas de análises realizadas	2	2	2
	Comissão de Prontuário: analisar 10% dos prontuários correspondentes ao total de saídas	Atas de análises realizadas	2	0,5	2

Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos	Garantir intervenções seguras e resolutivas, evitando ações desnecessárias.	Diretrizes terapêuticas e protocolos Clínicos	1	0,5	0,5
Ambiência adequada (RDC 36 e RDC 50) ou Projeto de adequação da área física, com cronograma de execução.	Ambiência adequada ou cronograma de execução	Visita in loco	5	1,5	1,5
Segurança paciente e trabalhador	Garantir identificação do paciente através do uso de pulseiras incluindo o RN	Verificação in loco do protocolo para higienização das mãos.	2	1	2
	Garantir assistência ao acidente biológico.	Fluxo, protocolo e relatório sobre os acidentes	2	1	1
Estabelecimento de rotina pela CME de reprocessamento de artigos, de acordo com a legislação vigente	Elaborar e implantar protocolos sobre higienização e esterilização de artigos	Protocolos	1	0,5	0,5
Funcionamento do Serviço de Assistência farmacêutica	Padronizar os medicamentos utilizados	Lista padronizada de medicamentos	1	0	1
	Garantir 100% de Medicamentos profiláticos: Na transmissão vertical- Sífilis, HIV/aids	Cadastro SICLOM/MS Prontuários	2	0	2
	Garantir 100% da administração Medicamentos profiláticos em caso de violência /estupro: gravidez e IST/AIDS	Cadastro SICLOM/MS Prontuários	1	0	1
	Notificar efeitos adversos a medicamentos em formulários	Formulários específicos de efeitos adversos.	1	0	1
SUBTOTAL			22	8	15,5
HUMANIZAÇÃO					
Indicador	Meta	Fonte de aferição	Pontos	Pontos F1	Pontos F2
Pesquisa de satisfação	Realizar pesquisa de satisfação em 60% dos pacientes internados trimestralmente	Relatório trimestral de análise de pesquisa de satisfação	2	0	1
Acompanhantes/visitas	Garantir o direito a acompanhante nas 24 horas para RN e Instituição livre	Verificação de normas institucionais e material	2	1	2

	acesso de visita diária pelos pais, respeitando a dinâmica do hospital.	educativo			
Assistência adequada à Parturiente e ao RN	Preencher 100% dos prontuários e partogramas adequadamente	Prontuários completos	3	0	1,5
	Apresentar 97% dos RN com apgar >7 no 5 minuto	SISPRENATAL DNV ou SINASC	3	3	3
	Garantir 100% utilização de métodos não invasivos para alívio da dor.	Prontuários	3	0	1,5
	Garantir utilização das boas práticas no parto e nascimento	Prontuário	3	0	1,5
	Evitar uso de práticas desnecessárias: Reduzir taxa de cesareanas 10% ao ano até atingir 30%	SIH/SUS	6	0	0
	Evitar práticas desnecessárias no parto: Reduzir Episiotomia até menos de 10% dos partos normais	Prontuário	3	0	1,5
	Evitar práticas desnecessárias no parto: manobra de Kristeller (0%)	Prontuário	1	0	1
	Garantir realização de SADT para Diagnostico e tratamento adequado	Prontuário	2	0	1
Fornecimento adequado de refeições para acompanhantes e ao paciente internado (com orientação nutricional).	Fornecer 04 refeições/dia ao paciente internado com orientação nutricional.	Verificação dos cardápios e entrevistas com pacientes in loco.	2	1,5	1,5
Fornecimento de enxoval adequado ao paciente internado e acompanhantes.	Garantir o fornecimento de duas mudas de roupas /dia ao paciente internado quando necessário.	Verificação dos kits e entrevistas com pacientes in loco	2	1	1
SUBTOTAL			32	6,5	16,5
TOTAL GERAL			70	21,5	42,0

Na avaliação global os indicadores foram incrementados de 21,5 (31,0% - classificação ruim) para 42 pontos (60,0% - classificação regular), um aumento de quase 100% entre as avaliações.

DISCUSSÃO

Esse estudo evidenciou melhoria dos indicadores de qualidade da assistência obstétrica em uma maternidade do sudoeste baiano, que realizou em 2018 um total de 658 partos (normais e cesáreos) totalizando um gasto de R\$ 336.635,21 (BRASIL, 2019).

Destaca-se que os indicadores da gestão clínica e humanização foram incrementados em mais de 100%. Com base nos achados que serão aqui discutidos, nota-se que a auditoria em saúde permite que os prestadores de cuidados reflitam sobre a eficácia do modo como as coisas estão sendo feitas e implementem mudanças quando necessário (PATON et al., 2015).

Entre os indicadores de qualidade da assistência, a redução da mortalidade materna (MM) é de grande relevância para a área da saúde. A MM é considerada altamente evitável por tratar-se de um evento que é prevenível, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época, sendo sua redução tem sido foco de esforços nacionais e internacionais (BARBEIRO et al., 2015; MALTA et al., 2007).

Durante a década de 1990, uma maior compreensão sobre os determinantes sociais da mortalidade materna, incluindo o papel da educação, renda e local de nascimento passou a ser observada (SOUZA; SOUZA, 2015). A partir desse entendimento, a redução da mortalidade materna foi incluída como uma das metas a serem perseguidas dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (UN, 2014). Intimamente atrelado ao indicador de MM, e fonte do seu cálculo, está o adequado registro dos óbitos e também das doenças de notificação (BRASIL, 2009), indicadores aqui avaliados com 100% de qualidade.

Quanto aos indicadores de gestão clínica, as Comissões Hospitalares (i.e. investigação de óbito e prontuários; controle de infecção hospitalar [CCIH] aqui avaliadas) destacam-se como ferramentas de gestão, promovendo a produção de indicadores relevantes, contribuindo para tomada de decisões e melhoria dos serviços prestados, com otimização do faturamento e minimização de glosas (FERREIRA et al., 2016). Salienta-se que o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, instituído pela Portaria MS nº 3.123/06, tornou obrigatória a constituição de Comissões de Óbito nos hospitais (BRASIL, 2006).

Ainda no que concerne aos indicadores de gestão clínica, à segurança do paciente, que é caracteriza-se pela redução do risco de danos desnecessários durante a assistência em saúde (WHO, 2009), foi incrementada pela implementação de protocolos clínicos, identificação dupla (RN e mãe); criação de normas de higienização e esterilização, padronização e garantia de medicamentos relacionados à assistência farmacêutica, como, por exemplo, a garantia de tratamento profiláticos para a transmissão vertical (Sífilis, HIV), bem como no primeiro atendimento em caso de estupro para posterior encaminhamento.

No contexto da atenção obstétrica e neonatal, especificamente, a atenção deve estar voltada para o fortalecimento dos serviços de saúde, objetivando reduzir os agravos resultantes do próprio processo reprodutivo, minimizando os danos relacionados ao processo assistencial, além de contribuir para a humanização (ANVISA, 2014). A humanização no contexto das maternidades pode ser afetada por uma visão rotineira de atendimentos que leva ao mau uso de tecnologias disponíveis e desvaloriza as recomendações científicas, gerando práticas desnecessárias na assistência às gestantes, como cesáreas eletivas, manobras e violência obstétrica (PEDROSO; LÓPEZ, 2017).

A taxa de cesáreas não se alterou conforme constatado na auditoria aqui realizada. No Brasil, estão acima do parâmetro recomendado pela OMS em todas as regiões sendo as maiores taxas no Nordeste e Sudeste (DALMORO et al., 2018), tendo aumentado acentuadamente, de 37,9% em 2000 para 53,9% em 2011 (BARROS et al., 2015). Na realidade brasileira, as mulheres são desnecessariamente expostas a situações adversas e iatrogênicas que o excesso de tecnologia impõe. Uma série de intervenções são realizadas como rotina, que vão desde a cesárea desnecessária à intervenções excessivas como a episiotomia, o uso de ocitocina, a amniotomia precoce, e a manobra de Kristeller (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; LEAL et al., 2014).

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o uso do partograma para acompanhar o trabalho de parto, com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde e reduzir a morbidade e a morte materna e fetal e podendo ser usado como um guia ao adotar intervenções oportunas e sem práticas desnecessárias (OMS, 1996; ROCHA et al., 2009).

Como já citado, a humanização pode ser o caminho para a redução de práticas desnecessárias e a adoção de medidas mais voltadas à qualidade da assistência prestada. Assim, a humanização da assistência ganhou espaço entre as políticas de saúde e o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e o Programa de Humanização dos Hospitais em 2000 (BRASIL, 2002), além de em junho de 2011, criar a

Rede Cegonha (BRASIL, 2011), que, entre outros objetivos, garante o atendimento humanizado às gestantes mulheres.

Atrelado a Rede Cegonha e segundo a Política Nacional de Humanização, o acolhimento e classificação de risco é de vultuosa importância nas maternidades já que o desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. Assim, o acolhimento leva à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado e acima de tudo humanizado (BRASIL, 2014).

Além dos aspectos hospitalares, a atenção primária pôde também ser avaliada de maneira indireta uma vez que foi instituída a alta responsável, prevista no artigo 16 da portaria 3.390 do Ministério da Saúde, e que estipula que toda alta de puérpera residente no próprio município deve ser comunicada ao centro de saúde de sua referência, sendo o acompanhamento puerperal de responsabilidade do mesmo (BRASIL, 2013; REIS et al., 2015).

Fica claro por todo o exposto o potencial da auditoria em melhorar a qualidade da assistência prestada às gestantes. Ressalta-se que os dados apresentados não representam a totalidade das informações obtidas, nem mesmo das melhorias alcançadas demandando novos estudos para a compreensão completa dos diferentes aspectos englobados na assistência a parturiente.

CONCLUSÃO

Foi possível evidenciar a melhoria dos indicadores de assistência obstétrica mediante a realização de um processo de auditoria na maternidade avaliada.

Todavia, toda melhoria notada por meio da auditoria em saúde é parte de um processo, identificando a necessidade de mudanças, implementando-as e reavaliando o impacto das mesmas. Para além dos avanços já alcançados, existem algumas implicações e recomendações claras que surgem desta auditoria, como a necessidade de melhorias nas práticas clínicas e assistenciais, que apresentam uma grande contribuição do componente humano e da formação profissional.

Ademais, transcender a assistência da atenção secundária (maternidade) e alcançar e entender os processos desde a atenção primária à saúde, mostra-se necessário para um completo entendimento dos fenômenos estudados, dada a complexidade da assistência prestada às mulheres em idade fértil.