

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

Por que a Sífilis venceu o pré-natal: relação da qualidade do pré-natal com desfechos adversos de gestações de mulheres com sífilis.

Erica Lima da Silva

São Paulo

2022

Por que a Sífilis venceu o pré-natal: relação da qualidade do pré-natal com desfechos adversos de gestações de mulheres com sífilis.

Erica Lima da Silva

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo

2022

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Por que a Sífilis venceu o pré-natal: relação da qualidade do pré-natal com desfechos adversos de gestações de mulheres com sífilis.

Erica Lima da Silva

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientador: Prof. Dr. José da Rocha Carvalheiro

São Paulo

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Erica Lima da Silva

Por que a Sífilis venceu o pré-natal: relação da qualidade do pré-natal com desfechos adversos de gestações de mulheres com sífilis. São Paulo, 2022.

510p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientador(a): Prof. Dr. José da Rocha Carvalheiro

1. Teses e dissertações acadêmicas

Silva, EL. Por que a Sífilis venceu o pré-natal: relação da qualidade do pré-natal com desfechos adversos de gestações de mulheres com sífilis. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2022.

Resumo

Introdução – As taxas de transmissão vertical de sífilis têm alcançado patamares cada vez maiores, inclusive em gestantes com acesso a assistência pré-natal. Evidências científicas vêm apontando como causa do problema a baixa qualidade do pré-natal.

Objetivo - Descrever a população do estudo, desenvolver, aplicar e validar uma metodologia de avaliação da qualidade da assistência pré-natal dispensada às gestantes com sífilis e analisar a correlação entre a qualidade do cuidado pré-natal e dos desfechos das gestações.

Método – Foi realizado estudo avaliativo orientado pela Teoria do Programa. A população do estudo foi composta por gestantes do município de Osasco com diagnóstico de sífilis confirmado e com início de pré-natal no 1º semestre de 2019 e gestantes que não acessaram o pré-natal com desfecho da gestação ocorrido no ano de 2019.

Resultados – Foi proposto uma teoria para o programa. Com base na teoria proposta realizou-se a descrição do pré-natal ofertado à da coorte, mensuração e avaliação da qualidade do pré-natal e validação do esquema teórico. Constatou-se que o risco para a sífilis congênita aumenta conforme a queda do grau de qualidade pré-natal. Foi proposto recomendações para o fomento da qualidade do pré-natal.

Conclusões: A qualidade do pré-natal impacta fortemente os desfechos gestacionais, o risco para desfecho adverso aumenta com a diminuição da qualidade do cuidado.

Palavras-chave: Transmissão Vertical, Sífilis Congênita, Cuidado Pré-Natal, Qualidade Da Assistência À Saúde; Avaliação Em Saúde; Avaliação De Processos; Avaliação Da Qualidade Dos Cuidados De Saúde; Teoria Fundamentada.

Silva, EL. Why syphilis won prenatal care: relationship between prenatal care quality and adverse outcomes in pregnancies of women with syphilis [Master Thesis]. Professional Master's Program in Public Health - CRH/SES-SP. São Paulo: Secretary of State for Health; 2022.

ABSTRACT

Introduction - Vertical transmission rates of syphilis have reached increasing levels, including in pregnant women with access to prenatal care. Scientific evidence has been pointing to the low quality of prenatal care as the cause of the problem.

Objectives - To describe the study population, to develop, apply and validate a methodology for evaluating the quality of prenatal care provided to pregnant women with syphilis and to analyze the correlation between the quality of prenatal care and the outcomes of pregnancies.

Methods – An evaluative study guided by the Theory of the Program was carried out. The study population consisted of pregnant women in the municipality of Osasco with a confirmed diagnosis of syphilis and who started prenatal care in the 1st half of 2019 and pregnant women who did not access prenatal care and whose pregnancy ended in 2019.

Results – A theory for the program was proposed. Based on the proposed theory, the prenatal care offered to the cohort was described, the quality of prenatal care was measured and evaluated, and the theoretical scheme was validated. It was found that the risk for congenital syphilis increases as the level of prenatal quality decreases. Recommendations were proposed for promoting the quality of prenatal care.

Conclusões - The quality of prenatal care strongly impacts pregnancy outcomes, the risk of an adverse outcome increases with a decrease in the quality of care..

Descriptors - vertical transmission, congenital syphilis, prenatal care, quality of health care; health assessment; process evaluation; assessment of the quality of health care; reasoned theory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das taxas de casos de SC por 100.000 nascidos vivos, por tipo, região da OMS e ano civil	24
Figura 2 – Avaliação do pré-natal sem considerar relações com desfecho	40
Figura 3 - Evolução temporal da história da avaliação	42
Figura 4 - Intervenção como sistema organizado de ação aplicado à gestantes com sífilis	54
Figura 5 - As dimensões da qualidade dos cuidados	62
Figura 6 - Relação entre os componentes da tríade estrutura-processo-resultado.....	69
Figura 7 - O comportamento da tríade “estrutura-processo-resultado” adaptada para avaliação de programas, nos diversos níveis de um Sistema de Saúde.....	71
Figura 8 - Concepção do processo de produção para intervenção em saúde.	74
Figura 9 - Concepção de processo de produção com representação dos multiníveis da intervenção em saúde (subprocessos).....	75
Figura 10 – Diagrama de Vigilância em Saúde.....	78
Figura 11 - Critérios de avaliação da qualidade da intervenção em saúde e níveis do cuidado	85
Figura 12 - Modelo da caixa preta.....	88
Figura 13 - Componentes de um programa	90
Figura 14 – Fases do estudo	102
Figura 15 - Faixas do IVS – Índice de Vulnerabilidade Social.....	106
Figura 16 – Abordagens que influenciaram a construção da Teoria Avaliativa do Programa.....	109

Figura 17 - Organização da matriz avaliativa.....	121
Figura 18 - Definição da coorte.....	128
Figura 19 - Distribuição de casos de sífilis materna segundo IVS.....	146
Figura 20 - UDHs segundo incidência de casos de sífilis materna por 10 mil pessoas.	147
Figura 21 - Exemplo de variabilidade dentro da UDH.....	150
Figura 22 -Exemplo de variação drástica na taxa de incidência em decorrência de pequenas áreas.	151
Figura 23 - Estimação kernel normal aplicado aos dados sífilis materna: raio de influência de 1 Km.	152
Figura 24 - História natural da doença	155
Figura 25 - Núcleos organizativos da intervenção humana no processo saúde - doença.	160
Figura 26 - Seguimento da Gestante com Sífilis.....	189
Figura 27 - Tecnologias Sanitárias de Gestão Clínica.	193
Figura 28 – Tecnologias Sanitárias de Gestão da Condição e Gestão do Caso	208
Figura 29 - Gestão da condição e gestão do cuidado	209
Figura 30 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	210
Figura 31 - Modelo da pirâmide de risco de Kaiser Permanente.	211
Figura 33 – Diagrama orientador da codificação axial e / ou da construção do modelo lógico teórico operacional.	221
Figura 34 - Organização do modelo lógico operacional.	226

Figura 35- Modelo Lógico Teórico Operacional.....	228
Figura 36 – Modelo explicativo da ação das covariáveis da cadeia de causalidade. ..	244
Figura 37- Ações/interações e consequências	251
Figura 38 -Recursividade do processo de cuidado.....	257
Figura 39 – Diagrama Integrador: Teoria do Processo de Cuidado do Programa de Pré-Natal do SUS.	260
Figura 40 - Rota crítica do pré-natal de gestantes com sífilis.	266
Figura 41 – Rota crítica da gestante do pré-natal de gestantes com sífilis - fase de acesso e anamnese no pré-natal.	267
Figura 42- Rota crítica da gestante do pré-natal de gestantes com sífilis - fase de diagnóstico e tratamento da gestante e do parceiro.	278
Figura 43 - Rota crítica da gestante do pré-natal de gestantes com sífilis - fase diagnóstico, tratamento da gestante e do parceiro.....	293
Figura 44 - Rota crítica da gestante do pré-natal de gestantes com sífilis - fase diagnóstico, tratamento da gestante e do parceiro.....	296
Figura 45 - Rota crítica da gestante do pré-natal de gestantes com sífilis – fase de seguimento, gestão a condição e gestão do caso.	302
Figura 46 - Rota crítica da gestante do pré-natal de gestantes com sífilis – gestão da condição e gestão do caso.....	304
Figura 47 - Resultados da rota crítica do pré-natal de gestantes com sífilis.	311
Figura 48 - Modelo da caixa preta.....	327
Figura 49 - Indicadores de qualidade da assistência pré-natal.	331
Figura 50 - Domínios e rubricas avaliativas.....	350

Figura 51- Elementos que compõem a qualidade clínica do pré-natal..... 387

Figura 52 - Probabilidade de desfechos positivos segundo grau de qualidade clínica.389

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Casos de sífilis segundo diagnóstico final em 2018. Município de Osasco, Brasil e Estado de São Paulo.	25
Gráfico 2 - Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico, Município de Osasco, Brasil e Estado de São Paulo.	26
Gráfico 3 - Percentual de casos de sífilis congênita segundo informação de realização de pré-natal, diagnóstico e tratamento adequado da mãe por ano diagnóstico no Brasil....	27
Gráfico 4 - Percentual de casos de sífilis congênita segundo informação de realização de pré-natal, diagnóstico e tratamento adequado da mãe por ano diagnóstico no Estado de São Paulo.	28
Gráfico 5 - Percentual de casos de sífilis congênita segundo informação de realização de pré-natal, diagnóstico e tratamento adequado da mãe por ano diagnóstico no Município de Osasco.	29
Gráfico 6 - Distribuição das gestantes segundo idade.	136
Gráfico 7 - Descontinuidade do manejo de riscos no pré-natal.	275
Gráfico 8 – Diagnóstico de sífilis nas gestantes da coorte.	279
Gráfico 9 -Exame de VDRL de rastreio para 1º trimestre.	281
Gráfico 10 - Exame de VDRL de rastreio para 2º trimestre.	283
Gráfico 11 - Gestantes diagnosticadas e tratadas para sífilis.	294
Gráfico 12 - Processo de cuidado para tratamento do parceiro.	297
Gráfico 13 - Processo de cuidado do pré-natal etapa de seguimento da gestante.	303
Gráfico 14 - Processo de gestão da condição do pré-natal de gestantes com sífilis no município de Osasco, 1º semestre 2019.	306

Gráfico 15 - Processo de gestão do caso no pré-natal de gestantes com sífilis no município de Osasco, 1º semestre 2019.	310
Gráfico 16 - Correlação entre grau de qualidade genérica e grau de qualidade clínica.	372
Gráfico 17 - Resíduos estudantizados.....	375
Gráfico 18 - Output da curva de Roc da regressão logística.	379
Gráfico 19 - Probabilidade de sucesso no desfecho da gestação segundo Grau de qualidade clínica do pré-natal.....	380

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Especificações dos motivos de inclusão e exclusão dos casos na coorte.	131
Tabela 2 - Idade gestacional na data de primeira consulta de pré-natal	134
Tabela 3 - Adequação do acompanhamento de pré-natal segundo critérios do PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde.	135
Tabela 4 - Distribuição dos casos segundo raça /cor.	135
Tabela 5 - Escolaridade das gestantes que compuseram a coorte do estudo.	135
Tabela 6 - Distribuição dos casos segundo faixa etária.	137
Tabela 7 - Ocorrência de exposição a vulnerabilidade nas gestantes da coorte.	137
Tabela 8 - Grau de exposição as gestantes a vulnerabilidades de diferentes tipos.	138
Tabela 9 - Desfechos das gestações.	138
Tabela 10 - Risco de desfecho da gestação adverso segundo características das gestantes.	140
Tabela 11 - Risco de desfecho da gestação adverso segundo indicadores de qualidade do pré-natal do PHPN.	142
Tabela 12 - Critérios de renda média domiciliar para classificação de extrato socioeconômico.	143
Tabela 13 - Descrição da distribuição da incidência de casos de sífilis materna segundo UDH e IVS.	148
Tabela 14 - Forma de acesso da gestante ao pré-natal.	269
Tabela 15 - Riscos apresentados pelas gestantes e identificados pela equipe.	273
Tabela 16 – Detalhamento dos encaminhamentos necessários.	277

Tabela 17 - Diagnóstico por teste rápido.....	280
Tabela 18 - Problemas nos procedimentos de VDRL de rastreio.....	283
Tabela 19 - Diagnóstico de sífilis com base na clínica.....	289
Tabela 20 - Processo de cuidado para tratamento da gestante com sífilis.....	294
Tabela 21 - Quantitativo de parceiros tratados e não tratados.....	298
Tabela 22 - Desfecho de gestações de mulheres com sífilis segundo notificação, município de Osasco, 1º semestre 2019.	307
Tabela 23 - Mensuração da qualidade clínica do pré-natal.	351
Tabela 24 - Mensuração da qualidade genérica do pré-natal	354
Tabela 25 - Matriz de análise consolidada para Grau qualidade clínica do pré-natal ..	362
Tabela 26 - Grau de qualidade do pré-natal e risco para sífilis congênita, segundo exposição a vulnerabilidades	364
Tabela 27 - Tabela de estratificação de análise de covariáveis de efeito modificadores da qualidade clínica do pré-natal.....	367
Tabela 28 - Variação do desfecho da gestação segundo variação de um decimal do Grau de Qualidade clínica do pré-natal.	377
Tabela 29 - Regressão logística output de tabela com variáveis da equação e Chi-sq.	378
Tabela 30 - Tabela de análise da regressão	464
Tabela 31 -Tabela Anova out put excel.....	464
Tabela 32 -Tabela de coeficientes da regressão out put excel.....	464

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Definições de Avaliação em Saúde.....	45
Quadro 2 - Tipos de pesquisa avaliativa	58
Quadro 3 - Integração de abordagens e equivalência de termos entre o quadro teórico proposto por Daonabedian e o campo da Avaliação de Programas.	91
Quadro 4 - Característica da sífilis em gestante para qualificação como condição traçadora.	93
Quadro 5 - Categorias e Subcategoria da codificação aberta.....	111
Quadro 6 - Variáveis resultantes do efeito entre as covariáveis.	125
Quadro 7 - Intervenção humana sobre o processo saúde e doença.	157
Quadro 8 - Características em comum entre atributos da APS e Tecnologias de gestão da clínica.	163
Quadro 9 - Publicações sobre pré-natal e manejo da sífilis em gestante no Brasil.....	167
Quadro 10 - Principais diretrizes técnicas norteadoras do pré-natal no Brasil	170
Quadro 11 – Codificação aberta das Diretrizes sobre anamnese no pré-natal.	173
Quadro 12 – Codificação aberta das Diretrizes sobre diagnóstico no pré-natal.	178
Quadro 13 - Tratamento da Gestante com Sífilis.....	182
Quadro 14 – Codificação aberta das diretrizes para tratamento no pré-natal.	183
Quadro 15 – Codificação aberta das diretrizes para abordagem do parceiro.....	186
Quadro 16 – Codificação aberta das diretrizes para seguimento da gestante.	190
Quadro 17 – Expressões textuais nas diretrizes clínicas sobre núcleos organizativos da intervenção humana no processo saúde – doença.	194

Quadro 18 – Codificação aberta de diretrizes sobre acesso ao pré-natal ou Lista de Espera.	198
Quadro 19 – Codificação aberta das diretrizes sobre a tecnologia sanitária de gestão da condição.....	202
Quadro 20 - Codificação aberta das diretrizes sobre a tecnologia sanitária de gestão do caso.	211
Quadro 21 – Codificação aberta das diretrizes sobre a tecnologia sanitária de auditoria clínica.	216
Quadro 22 - Manifestações clínicas da Sífilis.....	235
Quadro 23 -Variáveis constructo e indicadoras de gestão da condição.	305
Quadro 24 - Variáveis constructo e indicadoras de gestão do caso.	308
Quadro 25 – Matriz avaliativa para o indicador de disponibilidade.	335
Quadro 26 – Critérios, padrões e rubricas avaliativas para o indicador de execução competente.....	339
Quadro 27 – Critérios, padrões e rubricas avaliativas para o indicador produtividade.	344
Quadro 28 - Delineamento da oficina de qualificação do cuidado pré-natal	400
Quadro 29 - Caracterização das gestantes que não acessaram o pré-natal.....	448
Quadro 30 - Resumos dos casos que gestantes que não foram diagnosticadas para sífilis.	450
Quadro 31 - Descrição dos casos com tratamento da gestante inadequado.	454
Quadro 32 - Descrição dos casos de gestantes tratadas adequadamente com desfechos adversos e parceiro não tratado.	459

Quadro 33 - Descrição dos casos com desfecho adverso em decorrência de seguimento inadequado.....	463
--	-----

APRESENTAÇÃO

A ideia desse estudo teve início no departamento de vigilância epidemiológica do município de Osasco.

Em 2017 as taxas de transmissão vertical de sífilis / Sífilis Congênita aumentaram substancialmente. No município de Osasco a taxa de incidência passou de 3,5/1.000 nascidos vivos em 2016 para 11,2/1.000 nascidos vivos em 2017 e 10,3 em 2018.

Diante desse cenário a equipe técnica da vigilância epidemiológica questionou o que teria ocorrido para que a assistência pré-natal não tivesse sido capaz de evitar a transmissão vertical de sífilis a esses recém-nascidos; o que seria possível fazer para solucionar o problema, que intervenções realizar.

Mediante o contexto descrito a Autora, que atualmente coordena a vigilância epidemiológica do município de Osasco, trabalhadora do SUS há 13 anos, enfermeira formada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 2007, decidiu apresentar o problema vivenciado em sua prática como proposta de pré-projeto de pesquisa no processo seletivo para mestrado profissional do Instituto de Saúde.

Para elaborar o esse estudo a Autora utilizou-se da experiência vivenciada nos atendimentos assistenciais de pré-natal durante o início de sua carreira no SUS, da experiência em Gestão em Saúde que adquiriu quando gerenciou o programa Estratégia Saúde da Família e da experiência vivida atualmente na divisão de Vigilância Epidemiológica.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
2	HIPÓTESE.....	97
3	JUSTIFICATIVA	98
4	OBJETIVOS	99
5	METODOLOGIA.....	100
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	134
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	393
8	CONCLUSÕES.....	395
9	RECOMENDAÇÕES.....	397
10	PRODUTOS DO MESTRADO	400
	REFERÊNCIAS	405
	APÊNDICES.....	415
	ANEXOS	489

1 INTRODUÇÃO

Desde o advento da penicilina, a sífilis não é apenas prevenível, mas também tratável. Apesar disso, continua a ser um problema global com cerca de 12 milhões de pessoas infectadas a cada ano (MEREDITH et al. 2007).

Ao contrário de muitas infecções neonatais, a sífilis congênita pode ser efetivamente prevenida através da realização dos testes para sífilis e tratamento adequado das gestantes. Segundo a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS - CONITEC a taxa de sucesso de tratamento da sífilis com penicilina benzatina para prevenção da sífilis congênita é de 98% (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR], 2015).

1.1 DEFINIÇÕES

A transmissão vertical da sífilis ou sífilis congênita resulta da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária ou no momento do parto. O Agente etiológico é o *T. pallidum*, uma bactéria gram-negativa, do grupo das espiroquetas, de alta patogenicidade, sendo o homem o único reservatório (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR], 2016)

O *T. pallidum*, quando presente na corrente sanguínea da gestante, atravessa a barreira placentária e penetra na corrente sanguínea do feto. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da infecção materna e durante o parto, se houver lesões genitais maternas. No entanto, existe uma dependência do estado da infecção na gestante, ou seja, quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais gravemente o feto será afetado. Inversamente, infecção antiga leva à formação progressiva de anticorpos pela mãe, o que atenuará a infecção do conceito, produzindo lesões mais tardias na criança. Ocasionalmente, há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* por meio do contato da criança com o canal de parto ou períneo (transmissão perinatal), se houver lesões genitais maternas (cancro duro, condiloma plano). Nenhum dado indica associação do leite materno com a transmissão mãe-criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR], 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR], 2018) é considerado caso de sífilis congênita todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada; toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: 1-alteração clínica, liquórica

ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente; 2-títulos de teste não treponêmico do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente; 3-títulos de testes não treponêmico ascendentes em pelo menos duas diluições; 4-títulos de testes não treponêmico ainda reagentes após 6 meses de idade, exceto em situação de seguimento terapêutico; 5-testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita, nestas situações deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida. Também é considerado caso de sífilis congênita a evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto ou detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

1.2 EPIDEMIOLOGIA

Sífilis em gestante não tratada está associada a resultados adversos da gravidez. Um estudo de revisão sistemática com meta análise (GOMEZ et al. 2013) mostrou que nas gestantes com sífilis não tratadas em comparação com gestantes sem sífilis, a ocorrência de perda fetal ou natimorto era 21% mais frequente, mortes neonatais eram 9,3% mais frequentes, crianças com baixo peso ao nascer ou prematuridade eram 5,8% mais frequentes, 15% das crianças nascidas de gestantes com sífilis não tratada apresentavam sinais clínicos de sífilis congênita e quanto a mortalidade infantil no primeiro ano de vida foi encontrada uma frequência 10% maior entre os filhos de gestantes com sífilis.

O custo para tratamento de gestantes com sífilis é bem inferior ao custo com tratamento de crianças com sífilis congênita. Estima-se que o custo per capita, em média, para a detecção de sífilis ativa não ultrapasse 1,4 dólar e 29 dólares para o tratamento das mulheres gestantes. Em 2017, o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou 2,8 milhões de dólares com procedimentos de médio e alto custo relacionados a IST, incluindo internações, dos quais um número significativo estava diretamente relacionado à sífilis e à sífilis congênita (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR], 2018)

O estudo de GOMEZ et al, (2013) sugere que, a menos que o teste e o tratamento da sífilis na gravidez estejam disponíveis universalmente, mais da metade das gestações em mulheres com sífilis resultará em um resultado adverso. No Brasil, os testes e

o tratamento estão disponíveis em toda a rede pública de saúde, sendo assim este é um problema evitável a nível nacional no Brasil para mães, famílias e sistemas de saúde, desde que haja um alinhamento com os esforços globais para eliminação da transmissão da sífilis de mãe para filho.

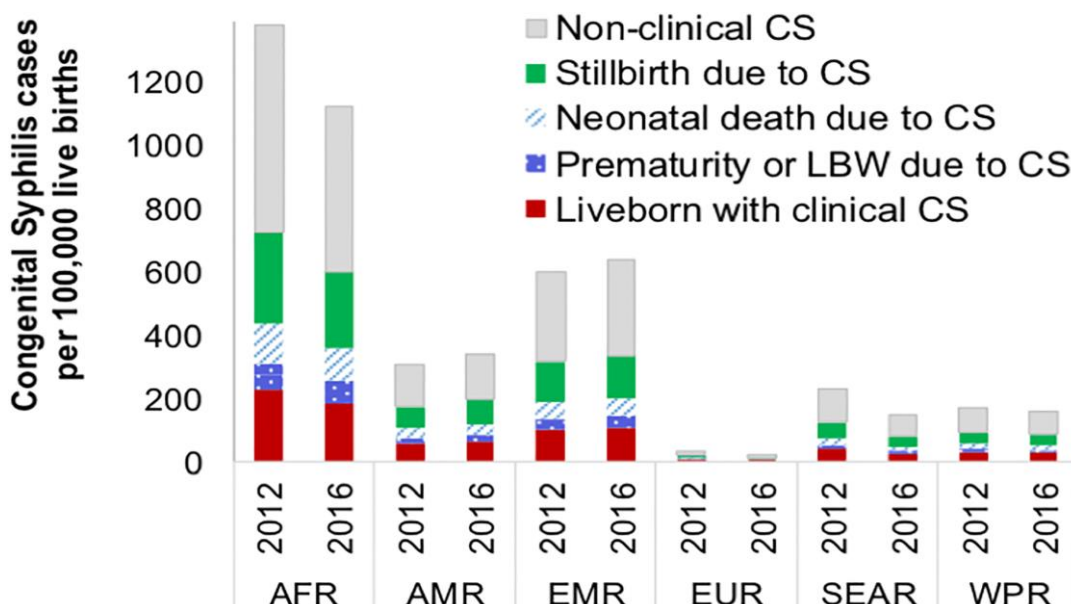
A estimativa da carga global de sífilis congênita é alta. Em 2007, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a iniciativa global para eliminar a transmissão da sífilis de mãe para filho (sífilis congênita, ou SC) e definiu uma meta para ser globalmente atingida até 2030: <50 casos de SC por 100.000 nascidos vivos. Desde então a OMS fomenta estudos que geram estimativas regionais e globais de sífilis materna e congênita.

Um estudo (KORENROMP et al. 2019), estimou a taxa global de Sífilis Congênita em 473 casos por 100.000 nascidos vivos, quando comparamos a meta da OMS de < 50 casos por 100.000 nascidos vivos, constatamos que a transmissão vertical de sífilis congênita ainda é um problema de ordem global. O mesmo estudo estimou para o ano de 2016 um total de 355.000 gestações de mulheres com sífilis com desfechos adversos no mundo e 306.000 casos de nascimentos de crianças com sífilis congênita sem sintomas clínicos (bebês sem sinais clínicos nascidos de mães não tratadas). Os desfechos adversos incluíram 143.000 óbitos fetais precoces e natimortos, 61.000 óbitos neonatais, 41.000 partos prematuros ou com baixo peso ao nascer e 109.000 bebês com sintomatologia clínica. Das gestações de mulheres com sífilis com desfechos adversos, 74.000 (21%) ocorreram em gestações que não tiveram assistência pré-natal, 203.000 (57%) ocorreram em gestações que tiveram assistência pré-natal, mas não foram rastreadas para sífilis; 55.000 (16%) em gestantes rastreadas, mas não tratadas, e 23.000 (6%) em mães inscritas, rastreadas e tratadas.

A

Figura 1 apresenta a distribuição das taxas de casos de sífilis congênita por tipo e região da OMS e ano civil. A região da África da OMS é a que apresenta a maior taxa de sífilis congênita, seguida pela região do Mediterrâneo da OMS e pela região das Américas da OMS.

Figura 1 - Distribuição das taxas de casos de SC por 100.000 nascidos vivos, por tipo, região da OMS e ano civil



Legenda:

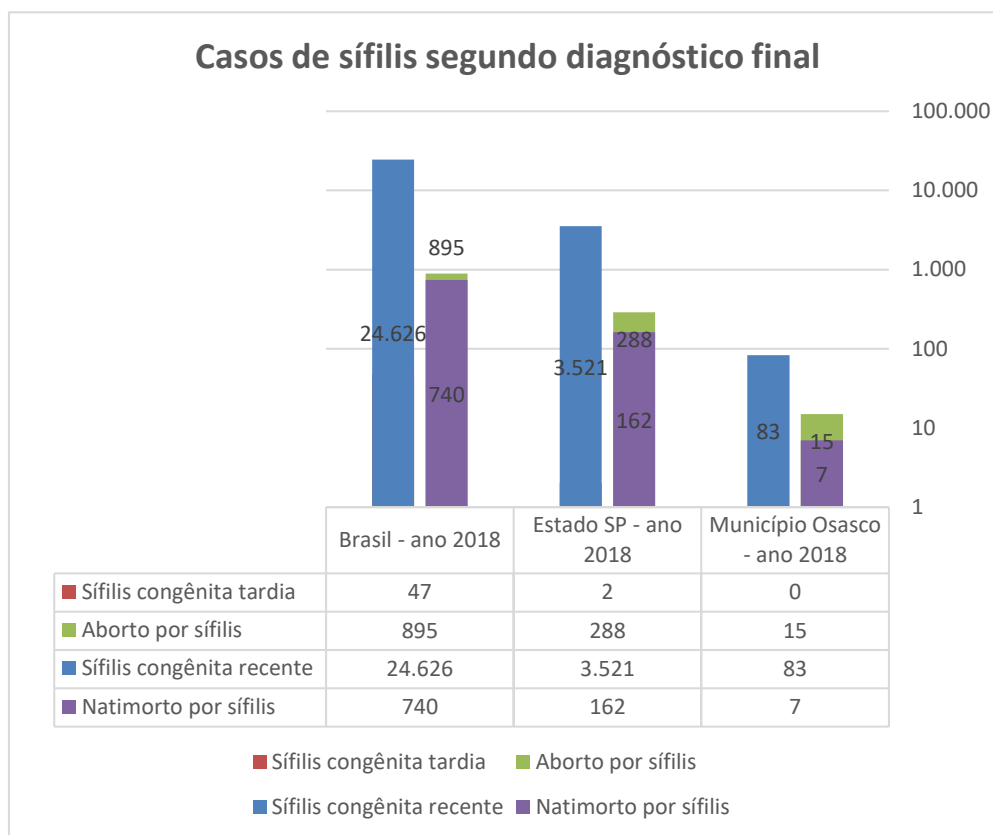
AFR = Região Africana da OMS; AMR = Região da OMS das Américas; EMR = Região do Mediterrâneo Oriental da OMS; EUR = Região Europeia da OMS; SEAR = Região do Sudeste Asiático da OMS; WPR = Região do Pacífico Ocidental da OMS.

Fonte: Carga global de sífilis materna e congênita e desfechos adversos associados ao parto - estimativas

Publicado em: 27 de fevereiro de 2019 - <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>

Em 2018 o Brasil apresentou 24.626 casos de sífilis congênita, 895 abortos em decorrência da sífilis, 740 natimortos e 47 casos de sífilis congênita tardia. Todos estes desfechos poderiam ter sido evitados e não foram. O gráfico 1 mostra os casos de sífilis segundo diagnóstico do ano de 2018 no Brasil, Estado de São Paulo e Município de Osasco.

Gráfico 1 - Casos de sífilis segundo diagnóstico final em 2018. Município de Osasco, Brasil e Estado de São Paulo.



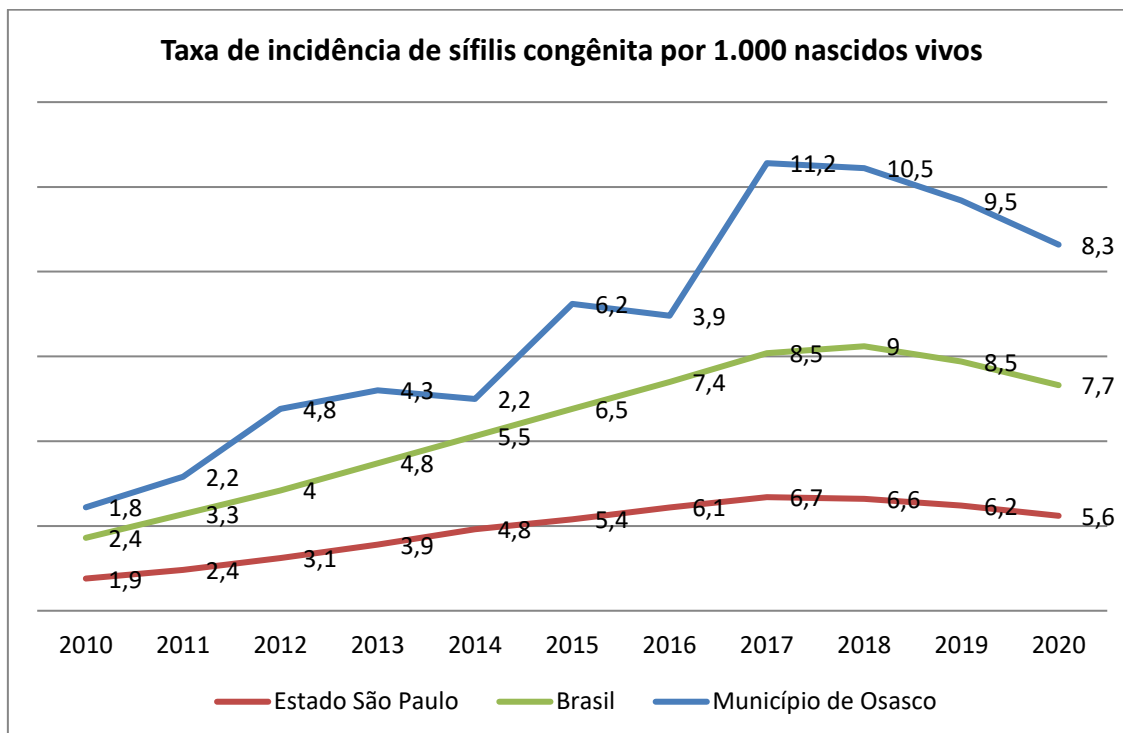
Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Dados consultados em 25/08/2020

NOTAS: (1) Dados até 30/06/2019; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>

No Brasil a taxa de incidência de sífilis congênita vem subindo desde 2010, como mostra o Gráfico 2. No município de Osasco essa taxa deu um importante salto de 2016 para 2017.

Gráfico 2 - Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico, Município de Osasco, Brasil e Estado de São Paulo.



Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Dados consultados em 18/06/2022

NOTAS: (1) Dados até 30/06/2021; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>

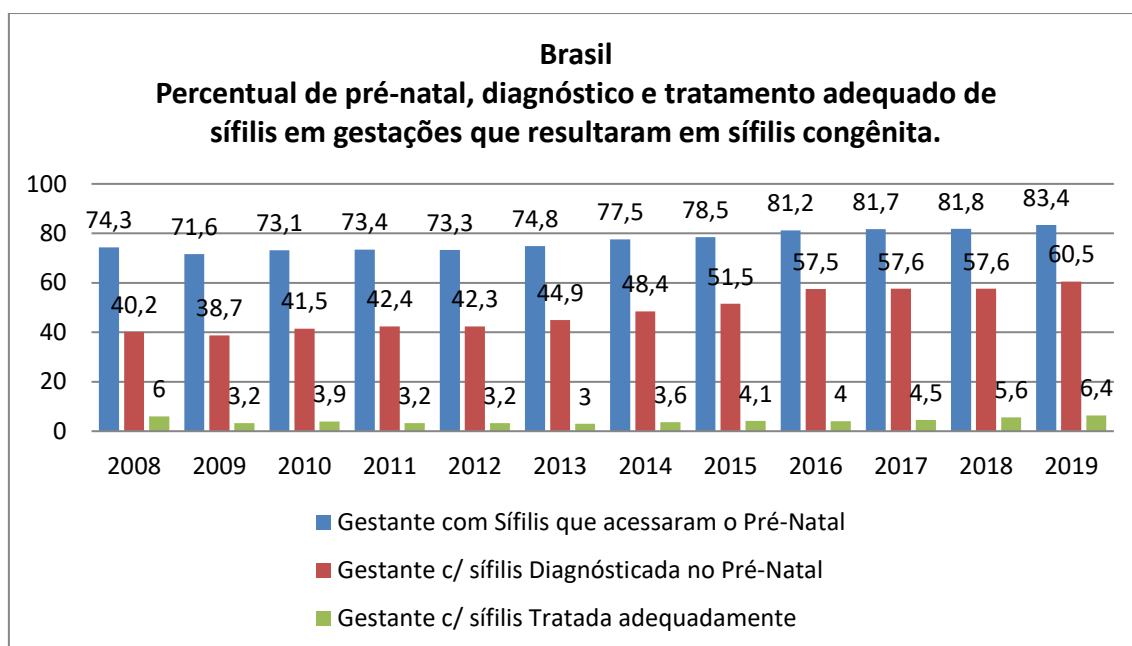
É oportuno lembrar que o Brasil é signatário junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) / Organização Mundial da Saúde (OMS) da Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e Sífilis na América Latina e Caribe, assumindo o compromisso para a eliminação da sífilis congênita, com meta de redução da incidência para $\leq 0,5$ caso por 1.000 nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR], 2016).

O município de Osasco segue a tendência nacional de aumento da taxa de incidência com algumas oscilações decrescentes nos anos de 2014 e 2016, ultrapassando a média nacional em 2017 e mantendo a superação em 2018, com um declínio em 2019;

já o estado de São Paulo também apresenta um aumento progressivo dos casos de sífilis congênita, porém mantendo valores abaixo da taxa de incidência nacional.

Em relação aos dados de gestações, ao nível nacional, que resultaram em sífilis congênita o gráfico 3 resume algumas informações.

Gráfico 3 - Percentual de casos de sífilis congênita segundo informação de realização de pré-natal, diagnóstico e tratamento adequado da mãe por ano diagnóstico no Brasil



Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Dados consultados em 25/08/2020

NOTAS: (1) Dados até 30/06/2019; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos

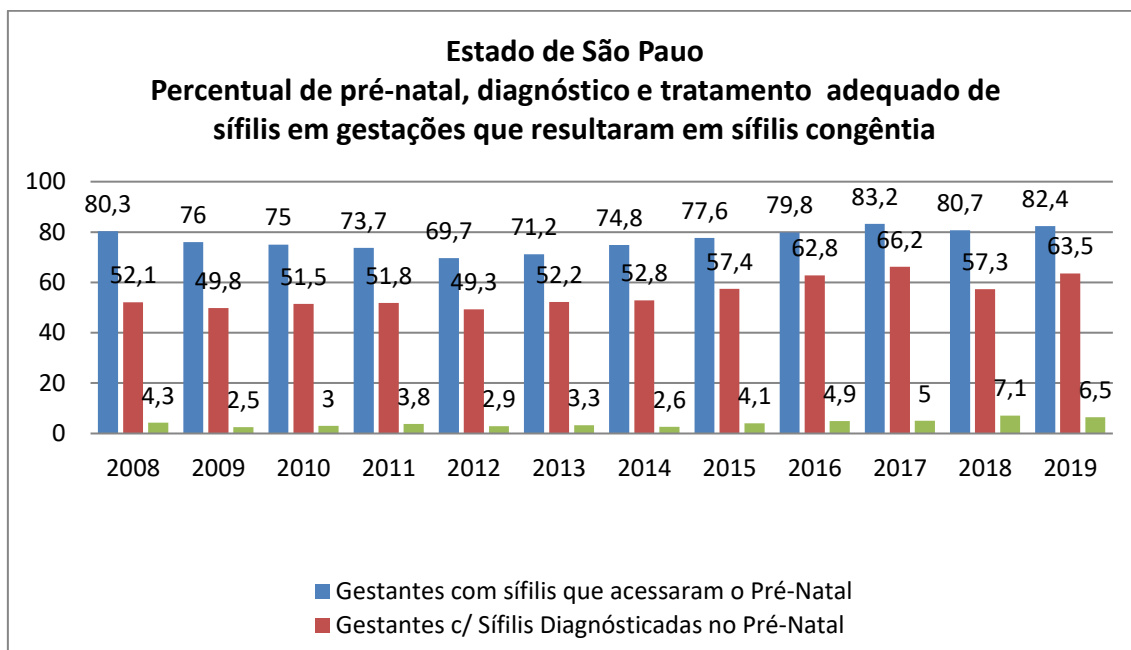
Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>

Em 2018 no Brasil, 81,8% do total de gestações que resultaram em sífilis congênita tiveram assistência pré-natal, porém essa assistência não foi efetiva a ponto de evitar a sífilis congênita, em somente 57,6% dos casos as gestantes foram diagnosticadas.

Somente 5,6% dos casos foram tratados adequadamente, e esse cenário vem se repetindo com pouca variação ao longo da última década ao nível nacional, estadual e

municipal como mostram os gráficos 03 e 04 do estado de São Paulo e município de Osasco respectivamente.

Gráfico 4 - Percentual de casos de sífilis congênita segundo informação de realização de pré-natal, diagnóstico e tratamento adequado da mãe por ano diagnóstico no Estado de São Paulo.



Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Dados consultados em 25/08/2020

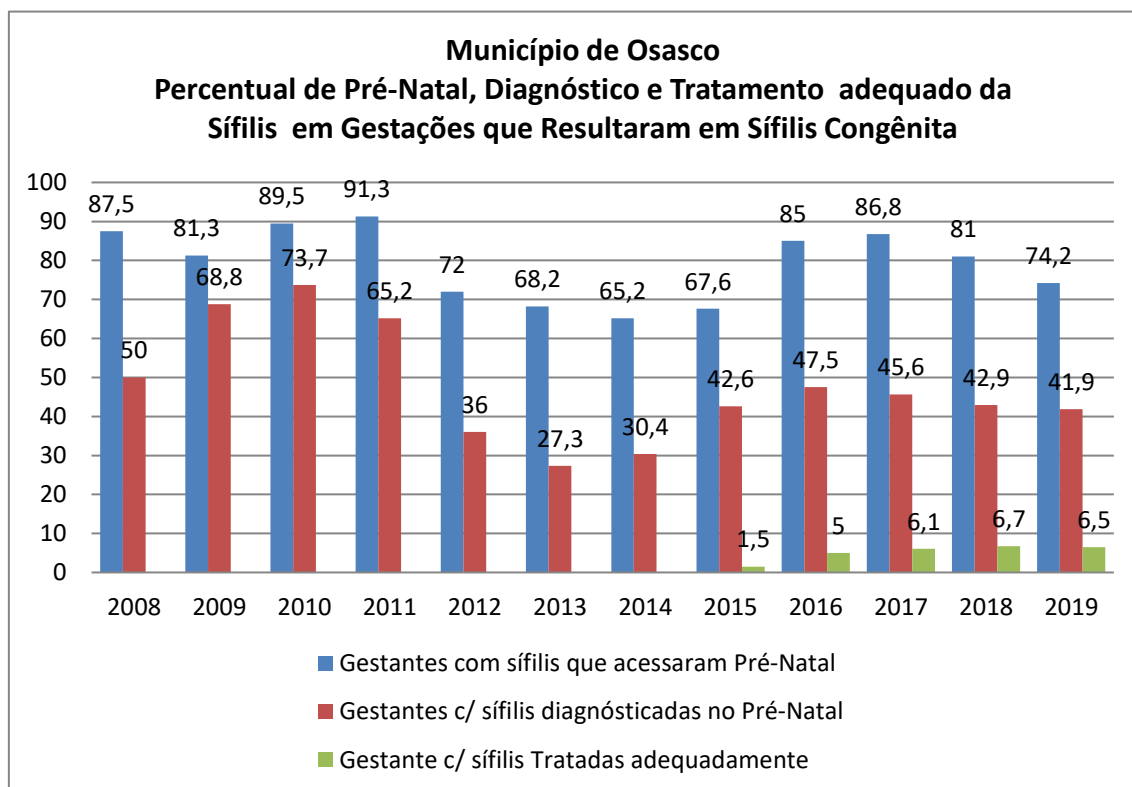
NOTAS: (1) Dados até 30/06/2019; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>

Diante do engajamento do Brasil nos esforços para eliminação da sífilis congênita era esperada uma diminuição dos desfechos negativos das gestações de grávidas infectadas por sífilis assistidas pela assistência pré-natal, no entanto, não foi o que ocorreu, ao contrário, houve um aumento nas taxas de transmissão vertical de sífilis nos últimos anos, inclusive em estados mais abastados como é o caso do Estado de São Paulo, conforme mostra o gráfico 2.

O gráfico 5 mostra informações de gestações do município de Osasco que resultaram em sífilis congênita.

Gráfico 5 - Percentual de casos de sífilis congênita segundo informação de realização de pré-natal, diagnóstico e tratamento adequado da mãe por ano diagnóstico no Município de Osasco.



Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Dados consultados em 25/08/2020

NOTAS: (1) Dados até 30/06/2019; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>

Percebemos ao analisar o gráfico 5 que há no município de Osasco uma enorme dificuldade em diagnosticar as gestantes que acessam o pré-natal e de tratar aquelas que são diagnosticadas.

No ano de 2017 o município de Osasco teve uma de suas maiores taxas de sífilis congênita, 11,2 ‰ nascidos vivos (conforme mostra gráfico 2). O gráfico 5 mostra que neste mesmo ano 86,8 % das gestantes, cujas gestações resultaram em sífilis congênita tiveram acesso ao pré-natal, porém apenas 45,6 % destas gestantes foram diagnosticadas para sífilis na gestação e apenas 6,1% foram tratadas adequadamente.

Os dados apresentados mostram pouca efetividade da assistência pré-natal.

1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO PRÉ-NATAL NO BRASIL

Há décadas o Brasil vem demonstrando esforços para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal, o maior exemplo de política pública voltada para este tema é a instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha.

Os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Um número expressivo de mortes evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. Contraditoriamente, com a ampliação da cobertura pré-natal, a incidência de sífilis congênita não diminuiu. Esses dados demonstram comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR] et al. 2012).

No ano 2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, o Ministério da Saúde instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o PHPN, através da portaria GM/MS nº569 de 1 de junho de 2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR], 2000).

O objetivo do PHPN foi o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

As principais prioridades do PHPN eram:

- ✓ Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país;
- ✓ Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;
- ✓ Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

Em 2011 o Ministério da Saúde, com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, institui a Rede Cegonha (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR] et al. 2012).

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da portaria 1.459 de 24 de junho de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR] 2011), consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

A Estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materna - infantil no Brasil. A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam:

I - Pré-Natal

II - Parto e Nascimento

III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, no componente PRÉ-NATAL temos:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

Para operacionalização da Rede Cegonha cabe ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal.

A Rede Cegonha é financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos seguintes recursos:

- a) 100% (cem por cento) de custeio dos novos exames do pré-natal:
 - a. Teste rápido de gravidez; Teste rápido de sífilis; Teste rápido de HIV; Cultura de bactérias para identificação (urina); Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina; Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes; Proteinúria (teste rápido); Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo; Exames adicionais para

gestantes de alto-risco: Contagem de plaquetas, Dosagem de proteínas (urina 24 horas), Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico, Eletrocardiograma, Ultrassom obstétrico com Doppler, Cardiotocografia ante-parto

Os repasses são mensais proporcionalmente ao número de gestantes acompanhadas. O sistema de informação que possibilita o acompanhamento da gestante é o SISPRENATAL.

- b) 100% (cem por cento) do fornecimento de:
 - a. kits para as UBS: 1 sonar, 1 fita métrica, 1 gestograma, 1 Caderno de Atenção Básica/CAB - Pré-natal, Balança adulto
 - b. kits para as gestantes: Bolsa Rede Cegonha, Material para cura do umbigo (um vidro de álcool 70% de 60 ml e 20 unidades de gaze estéril embalado em uma caixa de plástico), trocador de fralda
 - c. kits para parteiras tradicionais
- c) 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o pré-natal e
- d) 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o local de ocorrência do parto, de acordo com a regulamentação que será publica em portaria específica

Sobre a organização da atenção ao pré-natal em redes ou linhas de cuidado, MENDES (2011) esclarece que a base para o desenho das redes de atenção à saúde está na gestão da clínica e, inicia-se com a elaboração das linhas-guia. A linha-guia é uma recomendação sistematicamente desenvolvida com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição ou patologia. Não há o desenho de uma rede única que dê conta de todos os problemas de saúde. Por isso, devem ser propostas redes temáticas: rede de atenção à mulher e à criança, rede de atenção às doenças cardiovasculares, redes de atenção às doenças oncológicas, rede de atenção às urgências e às emergências etc.

A linha guia fundamenta a organização e normalização de todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as ações de prevenção primária, secundária e terciária, e por todos os pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção à saúde, envolvendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

O conteúdo das linhas guias orientam a organização sistêmica do programa de pré-natal, contribuindo no alcance da racionalização dos recursos, da otimização do trabalho e da melhoria da qualidade. As principais linhas guias de atenção ao pré-natal no Brasil são as publicações do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da saúde, estas serão amplamente discutidas mais adiante.

1.4 A FINALIDADE DO PRÉ-NATAL

O papel do pré-natal no que tange ao enfrentamento da sífilis congênita é impedir a transmissão vertical e vencer a sífilis congênita. Porém no Brasil e no mundo, conforme já discutido anteriormente, os indicadores mostram altas taxas de sífilis congênita, mesmo em filhos de mulheres que tiveram assistência pré-natal, evidenciando um problema de efetividade.

Uma vez que a efetividade é um atributo da qualidade em saúde (DONABEDIAN, 2003), então o nosso problema certamente envolve a qualidade da assistência pré-natal disponibilizada a essas mulheres.

Corroborando com a ideia de problemas na qualidade da assistência pré-natal um artigo publicado na Lancet em 2016 relatou que: “...*inadequações sistêmicas no atendimento pré-natal levaram a quase 80% dos casos globais de sífilis congênita (quase 275.000 eventos)*”(WIJESOORIYA et al., 2016).

Outra publicação importante (KORENROMP et al., 2019) aponta que a eliminação global da sífilis congênita exigirá melhoras no acesso, rastreamento e tratamento precoce da sífilis durante a assistência pré-natal, monitoramento clínico / seguimento de todas as mulheres diagnosticadas com sífilis, melhora na gestão do tratamento do parceiro e ações voltadas à redução da prevalência da sífilis na população geral através da expansão dos testes.

No Brasil a literatura vem mostrando alarmantes níveis de qualidade do pré-natal. Um estudo de revisão de literatura (NUNES et al., 2016) mostrou baixos índices de adequação do pré-natal entre 2005 e 2015 no Brasil, com a adequação variando entre 4,5 e 66,1% em várias regiões do país. Destacaram-se como fatores que contribuíram para a baixa qualidade do pré-natal a não realização dos exames laboratoriais de rotina, procedimentos básicos, prescrições e orientações durante as consultas.

Corroborando com a hipótese de problemas na qualidade do pré-natal um estudo que avaliou os óbitos em menores de um ano no Brasil no período 1997-2006 (MALTA et al. 2010), utilizando a lista de mortes evitáveis por intervenções do SUS encontrou redução de todas as mortes evitáveis, exceto daquelas relacionadas a uma adequada atenção pré-natal. O estudo mostrou que a mortalidade por causas reduzíveis por adequada atenção ao parto declinou em 27,7%; por adequada atenção ao recém-nascido declinou em 42,5%; e por adequada atenção à gestação cresceu 28,3%.

O objetivo principal do pré-natal é evitar desfechos negativos, sem dúvida nenhuma a sífilis congênita é um desfecho extremamente negativo, e o que é ainda pior, é também evitável, está claro que a assistência pré-natal ao nível municipal, estadual e nacional não está conseguindo atingir os resultados esperados, não está sendo efetiva, algo precisa ser feito e com urgência. Porém, para implementar ações assertivas precisamos saber por que o pré-natal não está sendo efetivo, quais são as dificuldades enfrentadas nesse processo.

Posto que o diagnóstico e tratamento oportuno da gestante com sífilis evita a transmissão vertical, nos parece razoável empregar esforços na investigação da qualidade da assistência pré-natal oferecida para as gestantes, já que a transmissão de infecção da gestante contaminada por sífilis ao seu concepto só irá ocorrer caso a assistência de pré-natal ofertada à gestante não seja de qualidade.

Assim propomos que o foco desse estudo seja a qualidade da assistência pré-natal vista sob a ótica dos padrões de assistenciais requeridos por um pré-natal de uma gestante com sífilis.

1.5 AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO BRASIL

A avaliação da adequação do pré-natal é fortemente moldada por métodos de medidas dos serviços assistenciais, os índices mais utilizados são o de Kessner / Institute of Medicine Index, proposto em 1973 e posteriormente modificado por Kotelchuck que propôs em 1994 o índice de Kotelchuck / APNCU - Adequacy of Prenatal Care Utilization (KOTELCHUCK, 1994).

O Índice de Kessner utiliza o número de consultas ajustado para a idade gestacional e o trimestre de início de acompanhamento para categorizar o pré-natal em adequado, intermediário e inadequado. O índice de APNCU combina avaliações independentes do momento do início do pré-natal e a frequência das visitas recebidas após o início e categoriza o pré-natal em adequado plus, adequado, intermediário e inadequado (KOTELCHUCK, 1994).

Embora tenham expressiva importância para avaliação do pré-natal, esses índices não permitem que se avalie o conteúdo e a qualidade da assistência. O foco em aspectos quantitativos como o número de consultas e o trimestre inicial pode encobrir a visualização de outros aspectos relevantes para os resultados do nascimento.

Outro ponto que dificulta a utilização desses índices no Brasil é o fato de utilizarem como referência o calendário de consultas preconizado pelo ACOG (American College of Gynecology and Obstetrics), muito diferente do brasileiro, o que tem levado pesquisadores nacionais a adaptá-lo ao calendário de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde. Além dessa adaptação também tem sido necessária a inserção de novos componentes que mensurem a qualidade de forma integral (SILVA et al., 2013 e DOMINGUES, et al., 2012).

Muitos estudos brasileiros têm proposto indicadores de adequação para avaliar a qualidade dos cuidados pré-natais. Uma das primeiras propostas brasileiras de avaliação da adequação do pré-natal, ainda com base no índice proposto por Kessner, foi feita por (TAKEDA, 1993), também baseado no número de consultas realizadas e na idade gestacional de início do pré-natal.

Alguns pesquisadores incorporaram outros elementos além dos parâmetros dos índices de Kessner e APNCU, (SILVEIRA et al., 2001) em estudo realizado em unidades de atenção primária à saúde em Pelotas, Sul do Brasil, acrescentaram ao índice de Kessner a realização de hemograma, exame de urina e sorologia para sífilis. Esse estudo concluiu que de um modo geral, a qualidade do cuidado pré-natal oferecido foi precária (adequada somente em 37% dos casos), e que necessitamos avançar em direção à melhora da aderência das equipes de saúde aos procedimentos e à lógica do programa.

Um outro estudo realizado em São Luiz do Maranhão (COIMBRA et al., 2003) para avaliação do pré-natal através de um índice criado pelos autores, baseando-se em recomendações do Ministério da Saúde, que inclui, além do número de consultas e mês de início do pré-natal, o número de consultas ajustadas à idade gestacional do parto, concluiu que a inadequação da assistência pré-natal foi de 49,2% pelo índice APNCU, e de 24,5% pelo novo índice proposto, identificou ainda associação da inadequação do pré-natal com a vários fatores indicativos da persistência de desigualdade social.

Os critérios definidos pelo PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, estabelecem um pacote mínimo de procedimentos e exames que devem ser oferecidos a cada gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR], 2000) :

Em relação ao adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e a puérpera deverão ser realizadas as seguintes atividades:

- 1** Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4.º mês de gestação;
- 2** Garantir os seguintes procedimentos:
 - 2.1** Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.
 - 2.2** Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.
 - 2.3** Realização dos seguintes exames laboratoriais:
 - a)** ABO-Rh, na primeira consulta;
 - b)** VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
 - c)** Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
 - d)** Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
 - e)** HB/Ht, na primeira consulta.
 - 2.4** Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes.
 - 2.5** Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.
 - 2.6** Realização de atividades educativas.

2.7 Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.

2.8 Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Na Conclusão da Assistência Pré-Natal

Será considerado realizado o procedimento CONCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL quando tiverem sido realizadas e registradas no SisPreNatal 6 consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios (1 ABO-Rh, 2 VDRL, 2 urinas, 2 glicemia de jejum, 1 Hemoglobina e 1 Hematócrito), a imunização antitetânica, a realização do parto e a consulta de puerpério.

Ao término do pré-natal, após o parto e a consulta de puerpério é encerrado o ciclo de atenção à gestante. O cumprimento do elenco de procedimentos previstos no programa, e a devida alimentação do Sisprenatal, gerará automaticamente o BPA para o SIA/SUS, com o código 07.071.03.5 permitindo o pagamento de R\$ 40,00/gestante (Ministério da Saúde [BR] 2000).

Os altos índices de inadequação da assistência pré-natal vêm evidenciando a necessidade de implicar esforços para mensuração da qualidade do pré-natal, e mais que mensurar, precisamos avançar na compreensão dos fatores desfavoráveis ao processo para que possamos também avançar nas recomendações e propor intervenções assertivas seja na estrutura organizacional ou no processo assistencial para melhorar a qualidade do pré-natal.

O processo de avaliação do pré-natal seria mais útil se baseado em um planejamento consistente, capaz de estabelecer: relações causais entre produtos, resultados, efeitos e impacto pretendido pelo propósito ou missão do programa, de tal sorte que se busque fazer com que as atividades de fato contribuam para o alcance desse mesmo propósito, em outras palavras é preciso estabelecer relações causais entre o pré-natal inadequado e os desfechos negativos (COSTA e CASTANHAR, 2003), p. ex.: um pré-natal de uma gestante com sífilis que não realiza tratamento, sem dúvida, é inadequado e certamente resultará em sífilis congênita ou óbito e a relação entre o não tratamento e a sífilis congênita está bem estabelecida.

Porém, quando se realizam avaliações com abordagem baseada apenas em elementos quantitativos sem ajustar a abordagem do estudo a objetivos de compreensão de causa dos desfechos finais, dificilmente será possível estabelecer relações causais, e haverá riscos de viés na classificação do cuidado, p. ex., uma gestante com sífilis pode ter tido o número adequado de consultas e ter realizado todos os exames, porém não ter

realizado o tratamento para sífilis, com base somente nesses critérios quantitativos (número de consultas e realização de exames) e sem levar em consideração o desfecho final da gestação, poderia ter seu pré-natal classificado como adequado quando de fato não o foi, por isso defendemos que é necessário e benéfico estabelecer relações causais nas avaliações.

A literatura (SILVA *et al.*, 2013) aponta inconsistências nos índices de avaliação do pré-natal de Kessner e APNCU, ao analisar a associação de categorias internas desses índices a desfechos adversos do nascimento. Os pesquisadores verificaram que pré-natais classificados como adequados foram fator de risco para ocorrência de desfechos obstétricos indesejados. Estes resultados sugerem que a qualidade do pré-natal está relacionada a aspectos mais abrangentes do que os abordados pelos índices de Kessner e APNCU.

Avaliações da atenção ao pré-natal sem a descrição de relações causais pode encobrir a visualização de outros aspectos relevantes para os desfechos do nascimento, sendo necessária a inserção de novos componentes que mensurem a qualidade de forma integral (SILVA *et al.* 2013) .

Na **Figura 2** está um exemplo de uma avaliação do pré-natal que não leva em consideração as relações com o desfecho, o exemplo mostra um pré-natal em que a gestante iniciou o acompanhamento no primeiro trimestre, realizou todas as consultas indicadas e todos os exames em tempo oportuno, porém não realizou o tratamento para sífilis.

Com base nos índices mais utilizados, esse pré-natal seria classificado como adequado, porém o desfecho desta gestação foi o nascimento de uma criança morta devido à sífilis congênita, logo o pré-natal não foi efetivo e não poderia ter sido considerado como adequado.

Figura 2 – Avaliação do pré-natal sem considerar relações com desfecho



Fonte: Próprio autor

Não basta saber que o pré-natal não foi adequado, para viabilizar ações corretivas é preciso evidenciar os detalhes. Por que não tratou? Falta de medicamento? Recusa da gestante em tratar-se? Falha na interpretação do resultado do exame?

Para que uma avaliação seja relevante precisa ser capaz de fazer recomendações assertivas, e para isso é preciso considerar as relações entre estruturas, processos e resultados.

No contexto desta temática, DONABEDIAN (1981, 2003), propõe um modelo de avaliação da qualidade da assistência baseado na tríade estrutura-processo-resultado, que permite uma visão mais global e a identificação de fatores que contribuem para inadequação, direcionando a melhoria das ações em saúde.

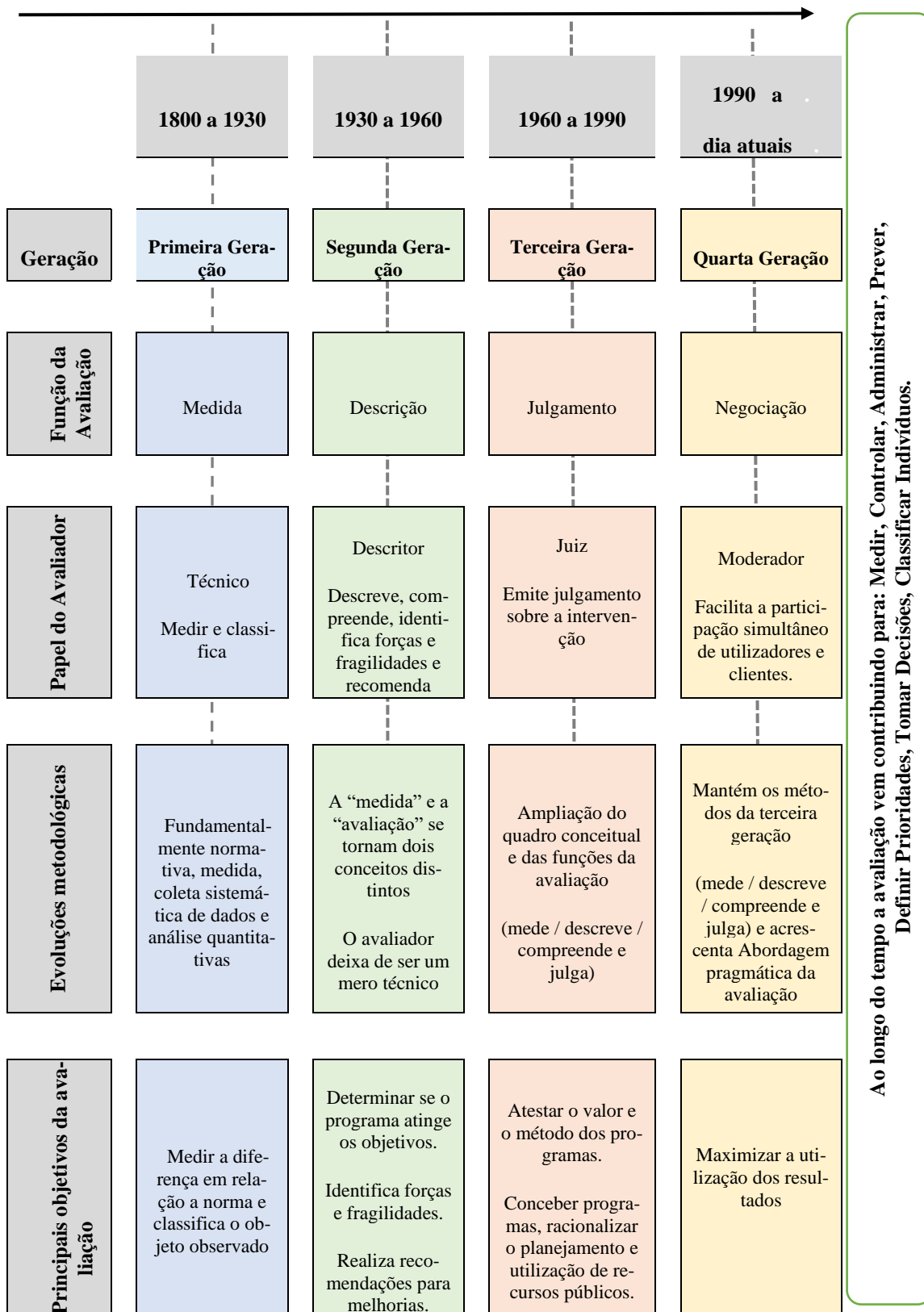
Já FARAND (2011) propõe a abordagem metodológica de análise de produção para avaliação da qualidade, essa abordagem consiste no estudo das relações entre o volume e a qualidade dos serviços produzidos e recursos utilizados.

1.6 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA PARA AVALIAÇÃO

O objeto do presente estudo nos remeteu à área de avaliação em saúde, por tanto, este estudo não pode furtar-se a apresentação de uma explanação desse campo de conhecimento.

Os métodos e as características das avaliações em saúde foram evoluindo ao longo do tempo, a **Figura 3** mostra as principais características de cada geração da avaliação em uma linha temporal.

Figura 3 - Evolução temporal da história da avaliação



Elaboração própria, baseado em: BROUSSELLE A, CHAMPAGNE F, CONTANDRIPOULOS A, HARTS Z. Avaliação conceitos e métodos. 2011.

Na primeira geração as atividades de avaliação resultam na elaboração de testes padronizados e de mecanismos de coleta sistemática de dados. No campo da educação e da saúde a pesquisa experimental é utilizada para testar a utilidade de diversas intervenções, identificar causas associadas a problemas e para elaboração de novas ferramentas de intervenção e análise, comparação e classificação de indivíduos e grupos de populações. Em resumo, trata-se de medir as diferenças em relação à norma e de classificar os sujeitos observados (DUBOIS et al., 2011).

Na segunda geração de avaliação o avaliador além de coleta sistemática de dados e procedimentos de medida da intervenção, também descreve o programa, compreende sua estrutura e funcionamento, identifica suas potencialidades e fragilidades a fim de avaliar se o programa tem condições de responder aos objetivos, também é incumbência do avaliador fazer recomendações para melhorias do programa. Ocorre a distinção dos conceitos de medida e avaliação, considera-se que a medida está a serviço da avaliação (DUBOIS et al., 2011).

A avaliação de terceira geração avança ao realizar julgamentos, diferenciando-se da avaliação de segunda geração que se limitava a avaliar o grau de realização dos objetivos pré-determinados, quando se mede a obtenção dos objetivos só é possível identificar as lacunas dos programas *ex post* (DUBOIS et al. 2011).

Na terceira geração avalia-se a pertinência das escolhas em relação as necessidades detectadas. Nessa geração o avaliador assume a responsabilidade de reunir e explorar toda a informação necessária para atesta o valor e o método dos programas, o avaliador realiza um julgamento sobre uma intervenção.

A avaliação de quarta geração sempre leva em conta abordagens e métodos elaborados anteriormente, porém sempre busca preencher lacunas e avançar no grau de complexidade. Observa-se uma proposta de abordagem pragmática da avaliação, ou seja, uma abordagem que simultaneamente favorece a participação dos utilizadores e dos clientes no processo de produção da avaliação, assim como a maior utilização dos resultados (DUBOIS et al. 2011).

Na quarta geração a avaliação passa a levar em conta o ponto de vista dos diferentes atores, os parâmetros podem ser elaborados durante a realização da avaliação e, não necessariamente, de antemão. Diferentes atores e grupos envolvidos podem participar, ou seja, a forma de avaliação e o seu andamento decorrem de um processo de negociação onde os atores reivindicam seus interesses e influenciam na escolha das perguntas que serão feitas e dos meios de tratá-las. Nesta geração a avaliação já não é um campo reservado a especialistas, o interesse técnico da avaliação se soma com o interesse prático e libertador (DUBOIS et al. 2011).

A avaliação no campo da saúde tem sido construída com base em paradigmas metodológicos de diferentes áreas: a da avaliação econômica, a da avaliação baseada na epidemiologia e na prática clínica, e cada vez com mais frequência a da avaliação oriunda das ciências sociais (CHAMPAGNE et al. 2011).

Para FIGUEIRÓ e FRIAS (2010), as definições de avaliação são numerosas, e cada avaliador pode construir a sua. No mesmo sentido COSTA e CASTANHAR (2003), defendem que enquanto não avançamos na teorização e no consenso, cada avaliação estabelecerá sua estrutura de referência para análise.

A avaliação é um conjunto de técnicas que adota conceitos diferenciados para se referir muitas vezes aos mesmos procedimentos. Enquanto não se avançar na teorização da prática e buscar os consensos necessários à construção de paradigmas conceituais, cada esforço de avaliação vai requerer o estabelecimento prévio de uma estrutura de referência para a análise e o treinamento supervisionado do pessoal envolvido (COSTA, e CASTANHAR, 2003, pag 987).

A falta de uniformidade dos termos e a diversidade de definições no campo de avaliação em saúde expressam a evolução das diferentes concepções, CHAMPAGNE et al. (2011) descrevem as principais definições e autores conforme mostrado no quadro 1.

Quadro 1 - Definições de Avaliação em Saúde

Ano	Definição	Autor
1967	<i>“determinação (baseada em opiniões, documentos, dados objetivos ou subjetivos) dos resultados obtidos por uma atividade que fora estabelecida para realizar um objetivo ou quaisquer objetivos”</i>	Suchman, 1967
1971	<i>“a retroação planejada e sistemática de informações necessárias para guiar a ação futura”</i>	Arnold, 1971
1972	<i>“a avaliação é a apreciação sistemática do funcionamento e (ou) dos resultados de um programa ou de uma política em função de critérios explícitos ou implícitos, de modo a contribuir para a melhoria do programa ou da política”</i>	Weiss, 1972
1977	<i>“avaliação é a coleta e interpretação sistemáticas de provas (dos dados convincentes) que leva, de modo inerente ao processo, a um julgamento sobre o valor de um programa em uma perspectiva de ação”</i>	Beeby, 1977
1985	<i>“a avaliação é a análise de uma ação fundamentada, visando a certos objetivos, em termos de pertinência, implantação e resultados”</i>	Sociedade Canadense de Avaliação, 1985
1991	<i>“a avaliação é o ‘processo de determinação do valor das coisas’ e se faz em função das necessidades interiorizadas”</i>	Scriven, 1991
1997	<i>“a avaliação dos programas consiste na coleta sistemática de informação sobre as atividades, as características e os resultados desses programas a fim de emitir julgamento sobre eles, melhorar sua eficácia e esclarecer as decisões relacionadas a novos programas”</i>	Patton, 1997
2000	<i>“a avaliação contribui para tornar as políticas e os programas mais coerentes graças a uma análise sistemática que descreve e explica as atividades, os efeitos, as justificativas e as consequências sociais dessas políticas e programas. O objetivo último da avaliação é a melhoria social, para a qual pode contribuir auxiliando as instituições democráticas a escolher melhor, supervisionar, aperfeiçoar e tornar coerentes as políticas e programas sociais.”</i>	Mark, Henry e Julnes, 2000
2004	<i>“definem a avaliação como uma atividade que consiste em ‘utilizar os métodos de pesquisa das ciências sociais para analisar sistematicamente a eficácia dos programas de intervenção social de um modo adaptado ao seu ambiente político e organizacional, e de maneira a iluminar a ação social tendo em vista a melhoria das condições sociais.’ Paradoxalmente, essa definição recente é mais restrita que as antecedentes ...”</i>	Rossi, Freeman e Lipsey, 2004

Elaboração própria, baseado em CHAMPAGNE et al. (2011).

CHAMPAGNE et al. (2011) propõe uma definição que objetiva reunir os elementos consensuais no campo da avaliação em saúde até os dias atuais:

“A avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que passam a ter julgamentos diferentes, de modo a

revelar a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento que possa se traduzir em ações” (CHAMPAGNE et al. 2011, pag 44).

A definição proposta por CHAMPAGNE et al. (2011) consegue integrar conceitos de avaliação de todas as quatro gerações.

Quando propõe uma avaliação a partir da implementação de “... *dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas ...*” mantém subentendido as funções de medida e descrição da avaliação de 1º e 2º geração.

No momento em que insere em sua definição a questão da emissão de juízo de valor como fator fundamental “*Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, ...*” deixa clara a abordagem de avaliação apresentada pela 3º geração.

E finalmente, ao inserir na definição proposta a possibilidade de posicionamento dos diferentes atores e a construção individual ou coletiva do julgamento “... *diferentes atores envolvidos, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individualmente ou coletivamente um julgamento ...*” consegue incluir os princípios da 4º geração de avaliação.

Teoria do Programa e a Modelização da Intervenção

No Campo de avaliação em saúde os métodos, abordagens ou estratégias metodológicas não são específicas, esta escolha depende do objeto, ou seja, da intervenção a ser avaliada (SAMICO, et al., 2010 e CHAMPAGNE et al. 2011).

De acordo com Bunge, 1974 citado por Medina et al., 2005, este é o segundo passo a ser dado no processo de conquista conceitual da realidade: a construção da teoria do objeto-modelo ou, em outros termos, a elaboração do modelo teórico

Hartz, 1999^a destaca que é possível encontrar na literatura o emprego dos termos modelo lógico, modelo teórico e teórico-lógico como equivalentes, na mesma linha, Rossi et al, 2004 informa que a teoria do programa tem sido descrita e usada sob vários nomes, por exemplo, modelo lógico, modelo de programa, linha de resultado, mapa

de causa e ação teoria, concluindo que não há consenso geral a cerca de como, melhor, descrever a teoria de um programa.

Já Chen, 2005 entende que embora os termos “teoria do programa” e “modelo lógico” tenham sido usados de forma intercambiável na literatura, os dois servem a propósitos separados.

A conceituação de programas dentro da teoria do programa e dentro do modelo lógico é totalmente distinta. **A teoria do programa é uma configuração sistemática de pressupostos prescritivos e descritivos subjacentes a um programa**, enquanto **o modelo lógico enfatiza marcos como componentes** (CHEN, 2005).

Um modelo lógico é uma representação gráfica da relação entre as atividades do dia a dia de um programa e seus resultados, pode ser dividido em duas partes principais: os componentes, os objetivos e os efeitos do programa. Os componentes do programa são atividades que podem ser conceitualmente ou administrativamente agrupadas (Chen 2005).

Para Chen, 1990 a avaliação orientada pela teoria é mais eficaz em comparação com a avaliação orientada pelo método, isso porque a avaliação orientada pela teoria reflete o potencial do programa nos possíveis resultados pretendidos ao nível do usuário (Theory-Driven EvaluationsCHEN, 1990).

Segundo Chen, 1990a e 1990b a avaliação orientada pela teoria pode ter duas formas, o autor descreve três modelos para cada forma:

- **Teoria Normativa:** refere-se à comparação entre elementos da teoria do programa e o que é obtido na execução do programa, busca identificar as contradições entre a teoria do programa e a sua execução. Nas avaliações normativas a teoria do programa é tida como padrão.
 - **Modelo de avaliação normativa da intervenção:** identifica a estrutura normativa da intervenção, examina a intervenção ofertada e estima a congruência entre normas e intervenções implementadas.

- **Modelo de avaliação normativa do ambiente de implementação:** identifica as normas de implementação do programa dentro do ambiente, examina o ambiente atual em que o programa é implementado e estima a congruência entre o normativo e os aspectos de implementação dentro do ambiente de execução do programa.
- **Modelo de avaliação normativa dos resultados:** busca identificar o objetivo normativo ou conjunto de resultados que são seguidos dentro do programa, analisa as atividades seguindo a disposições dos seus objetivos.
- **Teoria Causal:** aborda as relações de causalidade do programa, configurando-se em tipo determinístico, relaciona as ações e efeitos como impacto do programa.
 - **Modelo de avaliação do impacto:** mede o impacto da intervenção tanto ao nível dos efeitos esperados quanto ao nível dos efeitos não esperados.
 - **Modelo de avaliação do mecanismo de intervenção:** mede e analisa os processos causais entre intervenções e resultado.
 - **Modelo de avaliação da generalização:** observa as formas como os resultados da atuação de um programa podem ser estendidos em programas futuros, em outros locais ou programas dirigidos a outros grupos-alvo.

Na mesma linha de Chen, Scheirer, 1987 diferencia “teoria do programa” e “teoria do processo de implementação”, a primeira aborda os componentes do programa, seu conteúdo, descreve como é o programa e os fatores que participam de sua execução, a segunda procura explicar de forma coerente as intervenções realizadas e os efeitos esperados ou não esperados, as formas como os serviços são oferecidos, sucessão de atividades em relação aos planos iniciais, explicações usando a relação causa-efeito “*A teoria do processo de implementação, ao contrário, discute variáveis que governam o próprio mecanismo de entrega*” (SCHEIRER 1987).

Na teoria do processo de implementação as variações observáveis dos efeitos são avaliadas considerando as características do ambiente e atividades excetuadas pelo programa como variáveis independentes, tudo isso é colocado em uma relação determinística com a precisão da implantação (SCHEIRER, 1987).

Seguindo a linha de definição de modelo lógico proposta por Chen, Champagne et al, 2011 descreve o modelo lógico operacional do programa como uma representação do funcionamento do programa, da maneira como o programa pretende alcançar os objetivos da intervenção, representa os recursos, processos e bens e serviços produzidos.

Já o modelo Teórico, é descrito por Champagne et al, 2011 como uma representação sistemática das hipóteses subjacentes ao programa, em termos práticos, representa a cadeia hipotética de efeitos, onde, os efeitos imediatos contribuem para os efeitos intermediários que promove os efeitos de longo prazo ou impactos.

Champagne et al, 2011 descreve ainda a possibilidade de representação de um modelo causal, este constitui uma representação do conjunto de causas de um problema. Este modelo é muito utilizado em análises estratégicas que objetivam avaliar a pertinência das causas focalizadas por um programa.

Champagne et al, 2011 apresenta três modelos principais para modelização da intervenção:

- I. **Modelo Lógico Operacional:** representa a cadeia lógica das estruturas, processos e produtos, ou seja, a maneira como o programa deveria permitir o alcance dos objetivos da intervenção, esse tipo de modelo apoia a análise dos processos e da produção.
- II. **Modelo Lógico Teórico:** representa a cadeia de resultados imediatos ou proximais, intermediários ou a médio prazo e distais ou a longo prazo.
- III. **Modelo Causal:** representa o conjunto de causas do problema para o qual a intervenção foi proposta, apoia a análise estratégica que busca avaliar a pertinência das causas focalizadas por um programa.

Perceba que embora Champagne, diferentemente de Chen, 2005 não faça distinção entre “Teoria do Programa” e “Modelo do Lógico”, propõe dois modelos que equivalem a Teoria do programa proposta por Chen, 1990 e um modelo que equivale ao modelo lógico. Modelo Teórico (Champagne et al, 2011) \cong Teoria Normativa (Theory-Driven Evaluations CHEN, 1990; Issues in constructing program theory 1990); Modelo Causal (Champagne et al, 2011) \cong Teoria Causal (Theory-Driven Evaluations CHEN, 1990; Issues in constructing program theory 1990); Modelo Lógico Operacional (Champagne et al, 2011) \cong Modelo Lógico (Chen 2005).

Para Champagne et al, 2011 modelizar é revelar o conjunto das hipóteses necessárias para que a intervenção possa produzir os efeitos que permita melhorar a situação problemática. O modelo lógico pode desempenhar um papel normativo que permita interpretar os indicadores dos painéis de instrumentos.

Medina, 2005 esclarece que o modelo teórico é uma teoria específica de um objeto suposto real, constituída por uma teoria geral enriquecida de um objeto-modelo, esse movimento de enriquecimento da teoria geral com um objeto modelo significa o estreitamento do domínio de ação da teoria geral e a possibilidade de torná-la verificável (MEDINA; AQUINO; HARTZ, 2005).

Rossi et al, 2004 apresenta três componentes inter-relacionados úteis para descrever a teoria de um programa:

- I. **Teoria do Processo:** A combinação do plano organizacional do programa e do plano de utilização do serviço em uma descrição geral das suposições e expectativas sobre como o programa é deveria operar.
 - a. Plano de Utilização dos Serviços: coloca em foco as suposições críticas sobre como e por que os destinatários pretendidos do serviço realmente se envolverão com o programa, rastreia os vários caminhos que os alvos do programa podem seguir a partir de algum ponto apropriado antes do primeiro contato com o programa através.

b. Plano Organizacional: plano abrange tanto as funções quanto as atividades que o programa espera realizar e os recursos humanos, financeiros e físicos necessários para tal atuação. No centro deste esquema estão os serviços do programa, as atividades específicas que constituem a função do programa.

II. **Teoria do Impacto do Programa ou Teoria Causal:** descreve uma sequência de causa e efeito das atividades do programa, essa teoria é tipicamente representada na forma de um diagrama causal mostrando a causa e efeito e presumido ligações para conectar uma atividade do programa com o resultado esperado.

Uma abordagem útil para comparar a teoria do programa com o que é conhecido (ou assumido) é avaliar separadamente a Teoria do Processo do Programa e a Teoria do Impacto do Programa (Rossi et al, 2004), ou seja, é válido avaliar separadamente o modelo Lógico Teórico Operacional e o Modelo Causal.

Medina et al, 2005 destaca que seja qual for a terminologia utilizada, o importante é fundamentar e explicitar claramente os pressupostos que orientam a formulação da teoria do programa.

No campo da avaliação, a ideia que operacionaliza o objeto-modelo é a expressão “modelo lógico” (lógico modelo ou logical framework), consensualmente aceita pela maioria dos avaliadores (MEDINA; AQUINO; HARTZ, 2005).

“Na mesma linha, Almeida Filho (2000) refere que na produção do conhecimento científico, os objetos de conhecimento seriam operados como objetos-modelos, isto é, figuras capazes de instrumentalizar o pensamento sobre as coisas, sobre os processos, fenômenos ou eventos e que a conquista conceitual da realidade teria início pela integração do objeto-modelo em uma teoria, um conjunto de proposições relativas às propriedades de tal objeto que não seriam sensorialmente abordáveis, particularmente seus determinantes” (MEDINA; AQUINO; HARTZ, 2005).

De acordo com (Silva, et al., 2017) o uso de modelos teóricos pressupõe:

- 1- Que toda ação programática em saúde, como é o caso das ações previstas no programa de pré-natal, tem uma teoria subjacente e suas operações, uma teoria da ação.
- 2- Que se toda ação é concebida e planejada em certo momento, podemos supor que as ações propostas por programas como o pré-natal, surgem em respostas a demandas (p.ex., óbitos neonatais evitáveis pelo pré-natal) e interesses específicos (p.ex., diminuição da mortalidade infantil, diminuição da transmissão vertical de sífilis)
- 3- Que as ações programáticas em saúde, p. ex., ações realizadas no programa de pré-natal, consomem recursos para entregar algo a alguém (produtos / resultados).
 - a. Recursos Humanos, p.ex.; médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, recepcionistas, administradores, etc.
 - b. Recursos Materiais e Insumos, p. ex.; mesa ginecológica, balanças, estetoscópio, testes rápidos para exames de sífilis, disponibilidade de exames laboratoriais e de imagem, medicamentos como a penicilina, etc.
 - c. Recursos Financeiros, praticamente todos os tipos de recursos, humanos, materiais, estrutura física, serviços de suporte, necessitam de financiamento, p.ex.; os profissionais precisam receber seus vencimentos todos os meses, os materiais e insumos precisam ser comprados, a estrutura física precisa ser financiada etc.
 - d. Resultados produzidos, p. ex.; o pré-natal tem a potencialidade de produzir a diminuição ou eliminação da transmissão vertical de sífilis, HIV, a mortalidade infantil e materna por causas evitáveis no pré-natal.
- 4- Que tal ação e (sua teoria) nem sempre são explícitas para os atores, pois pode ter sido concebida e planejada por outros atores, ou advir de outros momentos históricos. A lacuna criada pelas diferentes percepções que fundamenta a construção dos modelos teóricos do objeto que se pretende avaliar.

Outro ponto importante do modelo teórico é a identificação e descrição dos principais fatores contextuais externos ao programa, ambiente da intervenção, que não

estão sob seu controle e poderiam influenciar seu sucesso, positivamente ou negativamente. É importante examinar as condições externas em que um programa é implementado e como essas condições afetam os resultados do programa (MCLAUGHLIN, J.A.; JORDAN, 1999).

O conceito de intervenção é de suma importância neste campo, segundo CHAMPAGNE et al. (2011): *“Uma intervenção pode ser concebida como um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, a modificar o curso possível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática”*.

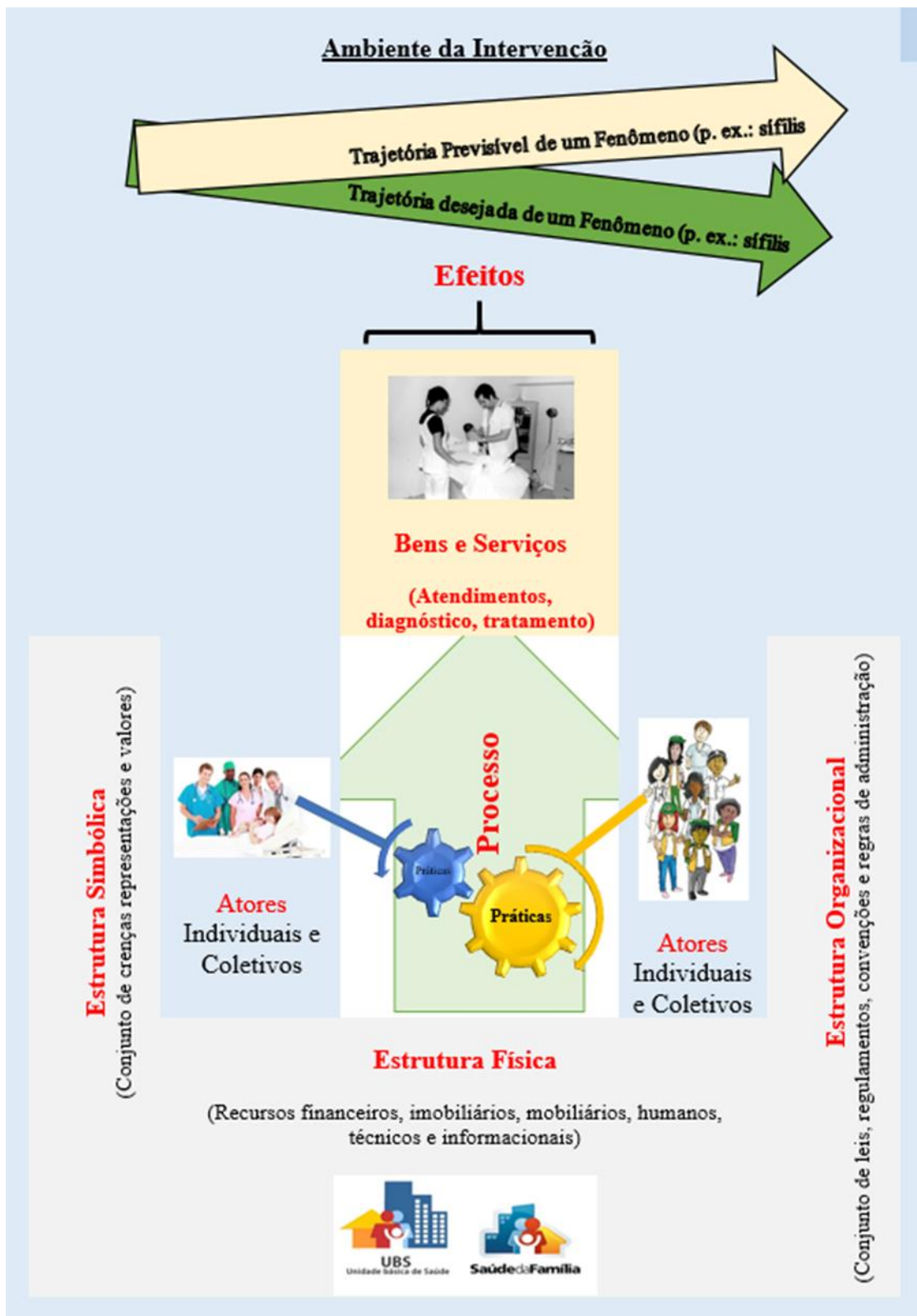
Todo sistema organizado de ação contém cinco componentes, uma estrutura, atores individuais e coletivos, processos de ação, uma ou várias finalidades e um ambiente. A

Figura 4 representa estes componentes.

A estrutura é composta por três dimensões. Uma dimensão física que representa os diferentes recursos mobilizados (financeiros, humanos, técnicos, imobiliário, insumos). A dimensão organizacional fala a respeito dos conjuntos de leis, regulamentos (portarias, resoluções, protocolos), convenções e regras da administração. E por último a dimensão simbólica que retrata o conjunto de crenças, representações e valores que dão significado as ações.

Os atores são representados por todas as pessoas que participam da intervenção, com suas características próprias, visões de mundo, convicções, disposição para agir e recursos próprios ou aqueles que controlam.

Figura 4 - Intervenção como sistema organizado de ação aplicado à gestantes com sífilis



Adaptado de (A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

O processo é entendido como ação, engloba as práticas, representa o conjunto de processos através dos quais os recursos são mobilizados e utilizados para produzir os bens e serviços. As práticas se traduzem nas condutas dos atores, são elas que constroem a intervenção, são influenciadas pela estrutura e pelo ambiente.

A finalidade tem relação direta com os objetivos da intervenção, é representada pela pretensão de produção de um efeito que modifique a evolução de um ou vários fenômenos para corrigir um problema, no modelo da intervenção a finalidade pode ser representada pelo(s) efeito(s).

O quinto e último componente da intervenção é o ambiente, ou seja, o contexto físico, jurídico, simbólico, econômico e social que estão presentes no campo onde a intervenção é implementada. Outras intervenções que fazem parte do sistema organizado de saúde e, que interagem com a intervenção em questão, também compõem o ambiente.

Apoiando-se no conceito de intervenção apresentado acima, é possível exemplificar vários tipos de intervenção no campo da saúde como p. ex.: técnicas (exames de triagem, software de gestão de reanimação), medicamentos ou tratamentos, protocolos de cuidados, organizações (um hospital, uma unidade básica de saúde), programas (programa de assistência ao pré-natal), políticas e mesmo um sistema de saúde como o Sistema Único de Saúde do Brasil.

Para avaliar uma intervenção, é necessário primeiro defini-la, qual problema se propõe a resolver, como opera, quais seus fundamentos teóricos, ou seja, é preciso estabelecer-lhe o modelo lógico antes da escolha do questionamento avaliativo.

Ao comparar as formas como um objeto é percebido pelos atores, não é rara a impressão de que eles estejam a enxergar objetos distintos ou até mesmo antagônicos em alguns aspectos (Silva, et al., 2017), um dos propósitos da elaboração de um modelo lógico teórico é resolver essa questão.

Para Medina, o objeto da investigação científica é um construto da realidade passível de modelagem. Modelizar significa representar o objeto, seus movimentos e suas

relações tendo por referência uma construção teórica: a teoria do objeto-modelo (MEDINA; AQUINO; HARTZ, 2005)

O objeto-modelo representa os traços-chave ou essenciais de um objeto completo. Não se trata aqui, ainda, de representar um sistema de ideias (teoria) particular (MEDINA; AQUINO; HARTZ, 2005) .

A representação do objeto modelo sem o suporte de uma teoria não auxilia muito o processo de investigação científica, é preciso enxertar o objeto de uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos, ou seja, é necessário modelizar a lógica e a teoria do objeto, modelo lógico e teoria do programa.

A avaliação tem cinco dimensões: cognitiva, normativa, instrumental ou utilitária, democrática (CHAMPAGNE et al. 2011).

A dimensão cognitiva tem por objetivo produzir informações científicas válidas e socialmente legítimas, a probabilidade de utilização a longo prazo de uma avaliação está positivamente associada ao rigor científico (CHAMPAGNE et al. 2011).

A dimensão normativa visa emitir um julgamento, e a dimensão instrumental ou utilitária visa a melhora de uma situação, já a dimensão democrática objetiva a promoção de debates (CHAMPAGNE et al. 2011).

Quanto às finalidades de uma avaliação, ela pode ser: estratégica, quando auxilia o planejamento; formativa, se fornece informações para melhorar a intervenção; somativa, se determina dos efeitos de uma intervenção para auxiliar na decisão de manter ou não a intervenção; transformadora, quando é utilizada como alavanca para transformar uma situação problemática; fundamental, se contribui para o avanço do conhecimento empírico e teórico da intervenção (FIGUEIRÓ et al. 2010, CHAMPAGNE et al. 2011).

Em relação à abordagem metodológica, a avaliação em saúde pode lançar mão de dois tipos de estudos avaliativos, avaliação normativa e pesquisa avaliativa.

A avaliação normativa faz uma comparação de todos os componentes da intervenção em relação às normas e critérios existentes, mede o grau de conformidade dos componentes da intervenção (estrutura, processos, produtos e resultados) em relação aos referenciais de normas e critérios (FIGUEIRÓ et al. 2010, SAMICO et al. 2010 e CHAMPAGNE et al. 2011).

A pesquisa avaliativa, proposta deste estudo, avança na perspectiva analítica mais relacional entre o problema, a intervenção, os objetivos, os recursos, as atividades, os efeitos, e o contexto. No desenho metodológico da pesquisa avaliativa a avaliação normativa pode ser uma de suas etapas (SAMICO, et al., 2010).

Para SILVA (2006) a pesquisa avaliativa é um julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada, sobre as características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular, através do recurso a metodologias científicas.

A pesquisa avaliativa tem seu ponto principal de definição na centralidade da compreensão sobre as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção, remetendo a perguntas “como?” e “por quê?” , mesmo que se utilize técnicas de comparação com normas, a construção da problemática da pesquisa pode corresponder à produção de um conhecimento científico original (CHAMPAGNE et al. 2011).

A pesquisa avaliativa se interessa pelo vínculo entre os diferentes componentes de uma intervenção, avalia a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, e estende a avaliação às relações existentes entre a intervenção e o contexto do ambiente (FIGUEIRÓ et al. 2010, CHAMPAGNE et al. 2011).

A pesquisa avaliativa se divide em seis subtipos que recorrem a abordagens metodológicas diferentes, o Quadro 2 mostra as principais características de cada tipo.

Quadro 2 - Tipos de pesquisa avaliativa

Tipo de Pesquisa Avaliativa	Componentes da intervenção estudados	Objetivo
Análise estratégica	Vínculo entre objetivo da intervenção e a natureza do problema	Determinar a pertinência da intervenção
Análise lógica	Adequação entre objetivos da intervenção e objetivos e meios dos recursos implementados.	Testar a validade teórica e operacional
Análise de produção	Relações entre recursos, volume e qualidade dos serviços prestados	Analisar a produtividade e a qualidade
Análise dos efeitos	A influência da intervenção sobre o estado de saúde da população alvo	Mensura a eficácia da intervenção
Análise da eficiência	Relação entre os recursos e efeitos observados, relação expressa pelos custos	Avaliação econômica
Análise da implantação	Relação entre a intervenção, seus componentes e o contexto	Determina as razões para as diferenças entre a intervenção planejada e a real

Elaboração própria, baseado em FIGUEIRÓ et al. (2010) e CHAMPAGNE et al. (2011).

1.7 REVISÃO DO TEMA: CONCEITO DE QUALIDADE

O conceito de qualidade não é unânime, muito pelo contrário, é carregado de relatividade.

Há coisas que são melhores que outras... portanto, tem mais qualidade. Mas se tentarmos definir essa qualidade ao dissociá-la do objeto que qualificamos, psit!... tudo se esvanece! Mais nada a definir! Mas se não podemos definir a qualidade, como sabemos o que ela é, como sabemos que ela existe? E se ninguém sabe o que é, na prática, ela não existe... E, no entanto, na prática, ela existe. Com base em que outro critério atribuímos os diplomas? Por que jogariam no lixo o que se apresenta sem ela? Há, visivelmente, coisas que valem mais que outras. Mas o que é melhor? E andamos em círculos, presos em uma engrenagem de pensamentos, sem encontrar o ponto de apoio. (Pirsig 1974 apud Champagne et al. 2011c).

Diversos autores se propuseram a definir a qualidade em função de suas áreas de interesse, no campo da saúde a qualidade tem sido tradicionalmente atribuída ao caráter apropriado dos cuidados na adequação dos processos de cuidado às normas profissionais, de consumo e sociais em várias dimensões (A Apreciação Normativa CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Baseado no conceito de erro zero, Philip Crosby (1984) define a qualidade como resultado da adequação entre o processo existente e o processo requisitado, defende a necessidade de um modelo teórico da intervenção no qual se deve embasar o julgamento emitido sobre a qualidade. Para este autor a origem da qualidade está na prevenção e não no controle.

Vuori (1991) explica que os profissionais que lidam com garantia da qualidade tendem a usar o conceito de qualidade técnico científica, este definido como: “*aplicação apropriada do conhecimento médico disponível, bem como da tecnologia, no cuidado com o paciente*”. Mas o próprio autor adverte que qualidade tem muitas facetas, e diferentes autores podem empregar significados distintos e destaca que o termo qualidade pode denotar um grande espectro de características desejáveis aos cuidados de saúde: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade científico- técnica.

O Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare, (1991) define qualidade como: “... *a qualidade do cuidado é o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de desfechos de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual*”. Para chegar a essa definição os membros do comitê avaliaram mais de 100 definições e um conjunto de parâmetros relacionados à qualidade.

A definição de qualidade proposta pelo Institute of Medicine (1991), abrange as seguintes propriedades:

- Inclui uma medida de escala (... grau a que...);
- Abrange uma ampla gama de elementos de cuidado (... serviços de saúde...);
- Identifica indivíduos e populações como alvos adequados para os esforços de garantia de qualidade;

- É orientado para o objetivo (... aumento... desfechos de saúde desejados...);
- Reconhece um atributo estocástico (aleatório ou provável) do resultado, mas valoriza o benefício líquido esperado (... aumentar a probabilidade de...);
- Ressalta a importância dos resultados e vincula o processo de atenção à saúde com os resultados (serviços de saúde... aumento... desfechos);
- Destaca a importância das preferências e valores individuais dos pacientes e da sociedade e implica que esses foram provocados (ou reconhecidos) e levados em conta na tomada de decisões e políticas de cuidados de saúde (... desfechos de saúde desejados...); e
- Ressalta as restrições impostas ao desempenho profissional pelo estado de conhecimento técnico, médico e científico, implica que esse estado é dinâmico, e implica que o profissional de saúde é responsável pelo uso da melhor base de conhecimento disponível (... consistente com o conhecimento profissional atual).

(INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE TO DESIGN A STRATEGY FOR QUALITY REVIEW AND ASSURANCE IN MEDICARE, 1991-).

Em contraste com outras definições comuns, a definição do Institute of Medicine (1991), além do atendimento médico ou ao paciente, também considera a qualidade nos serviços de saúde.

Starfield, 2002 contextualiza a qualidade de saúde na atenção primária, considerando a efetividade e equidade ela define qualidade como: “... *quanto as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde*”.

Starfield, 2002 considera que quatro aspectos são importantes na avaliação dos serviços de atenção primária: capacidade do recurso, prestação de serviços, desempenho clínico e avaliação do estado de saúde, na mesma direção do Institute of Medicine, a autora também considera a qualidade dos serviços.

Avedis Donabedian, 2003 concebe a qualidade como produto de dois fatores, o primeiro é a Ciência e a Tecnologia dos Cuidados de Saúde, o segundo é a aplicação, a aplicação da Ciência e Tecnologia na prática atual, a qualidade alcançada na prática seria o produto desses dois fatores.

Donabedian, 2003 defende que este produto “qualidade” pode ser caracterizado por vários atributos desejáveis de cuidado, estes incluem: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Estes atributos constituem os sete pilares da qualidade, tomados isoladamente ou em uma variedade de combinações, constituem uma definição de qualidade e, quando medidos de uma maneira ou de outra, significam sua magnitude.

Farand, 2011 define qualidade como o conjunto das propriedades de um processo, propriedades estas que determinam a eficácia e a eficiência de utilização. Para este autor a análise dos fatores da qualidade corresponde a análise dos fatores internos e externos ao sistema de produção. A qualidade técnica de um processo é estimada com base em critérios de acessibilidade, pertinência, intensidade, produtividade, continuidade e globalidade aplicados aos componentes internos do processo.

Dimensões da qualidade

Para DONABEDIAN (1980) a qualidade dos cuidados em saúde tem duas dimensões, técnica e interpessoal. O autor defende que, no que se refere à qualidade técnica, o cuidado consiste na aplicação da ciência médica e da tecnologia de modo a maximizar os benefícios para a saúde sem aumentar os riscos. Por conseguinte, o grau da qualidade técnica é uma medida na qual se espera que o cuidado prestado ofereça o maior benefício e o menor risco.

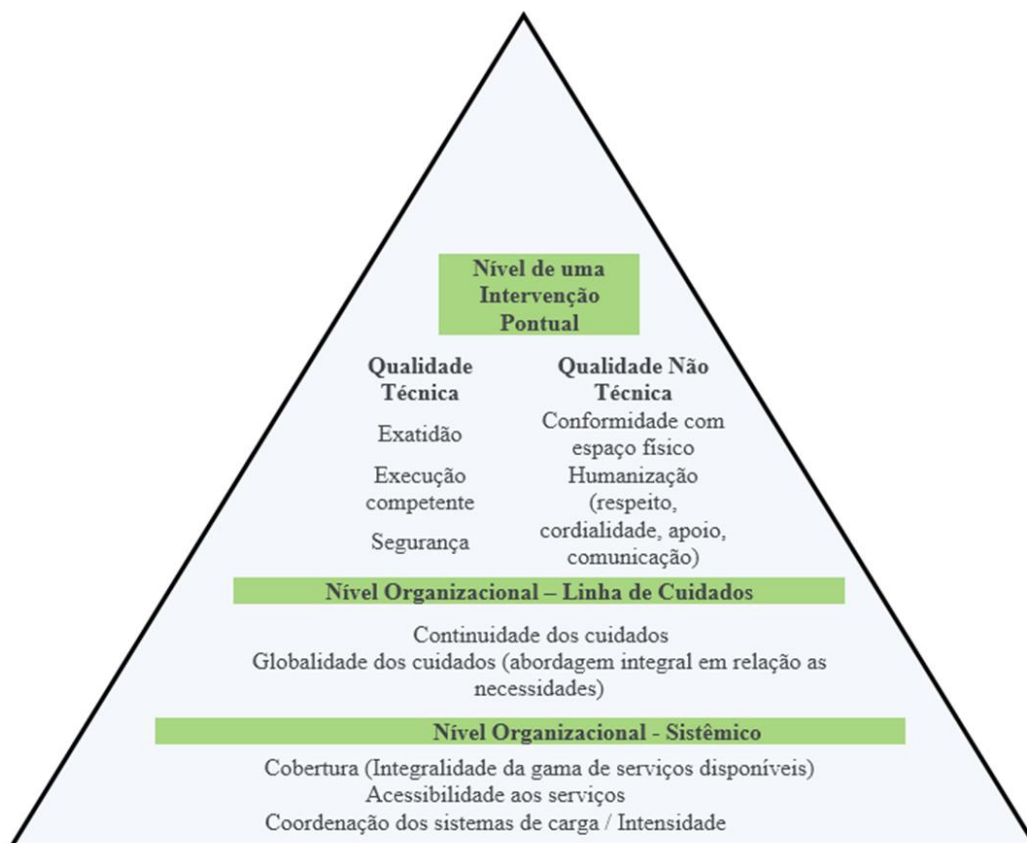
No que tange a dimensão interpessoal da qualidade dos cuidados, as relações devem ir ao encontro dos valores e normas socialmente aceitos, essa normas sofrem a influência, em parte, pelos preceitos éticos das profissões da saúde e pelas expectativas dos pacientes (DONABEDIAN, 1980).

A literatura descreve uma terceira dimensão da qualidade, a dimensão organizacional, essa remete à organização da oferta dos cuidados (CHAMPAGNE et al. 2011b).

Além das dimensões técnicas (qualidade técnica e qualidade não técnica) e organizacional, temos ainda três níveis da intervenção, o nível da intervenção pontual, o

nível organizacional da intervenção na linha de cuidado e o nível organizacional sistêmico, a **Figura 5** ilustra estes níveis e dimensões.

Figura 5 - As dimensões da qualidade dos cuidados



Fonte: Adaptado de (CHAMPAGNE et al. 2011b)

Assim a qualidade em saúde pode ser descrita em relação aos seus níveis de intervenção pontual, organizacional da linha de cuidado ou organizacional do sistema.

A dimensão técnica da qualidade em saúde (nível pontual da intervenção)

Essa dimensão corresponde à exatidão das escolhas (pertinência), a maneira como é produzida (execução competente) e a segurança do cuidado (segurança do paciente).

A exatidão da escolha fala sobre a relação entre a necessidade do paciente em relação a intervenção, ou seja, a pertinência das escolhas, já a execução competente fala

sobre a atuação, o desempenho do profissional que realizou a intervenção (CHAMPAGNE et al. 2011b).

Uma exemplificação clássica desse conceito é realizada a partir de uma cirurgia de apendicectomia, sabe-se que existe ambivalência acerca das necessidades de uma apendicectomia e que são numerosos os erros de diagnóstico para essa intervenção. Nesse contexto se impõe duas perguntas: o paciente precisava realmente de uma apendicectomia? a apendicectomia foi bem executada? A operação pode ter sido bem executada ou não (execução competente), e o paciente pode ter precisado dela ou não (exatidão da escolha / pertinência).

A apreciação da dimensão técnica em relação à exatidão das escolhas (pertinência) apresenta diferenças quando aplicada a uma intervenção pontual ou a um programa.

Em uma intervenção pontual as escolhas ocorrem no mesmo lapso de tempo que a execução da intervenção, os atores que fazem as escolhas participam da execução.

Em um programa, como por exemplo o programa de pré-natal, as escolhas são estabelecidas ainda na fase de planejamento, antes da execução da intervenção e por atores que na maioria das vezes não executarão a intervenção. É na fase de planejamento do programa que se escolhe por exemplo, em que público, quando e quais testes diagnósticos serão realizados, as diretrizes de condutas frente a determinadas situações ou diagnósticos também são escolhidas nessa fase.

Assim uma possibilidade de apreciação da exatidão das escolhas de programas se dá a partir da análise estratégica do programa, essa abordagem verifica a pertinência da intervenção (objetivos) em relação as necessidades (problemas) do público-alvo.

Em outras palavras, em uma intervenção pontual se avalia a pertinência das escolhas dos profissionais envolvidos, em um programa se avalia a pertinência do desenho do programa, pois as escolhas já estão dadas nos protocolos e linhas guias, foram feitas pelos atores que planejaram o programa e não pelos executores.

Sobre a execução competente da intervenção (maneira como se produz uma intervenção), quando comparamos uma intervenção pontual com um programa que engloba

várias intervenções pontuais, percebemos que em ambos os casos, em relação ao lapso temporal, a apreciação ocorre no decorrer da execução da intervenção.

Contudo, no caso dos programas, pode haver uma quantidade maior de processos (atividades a serem realizadas). Como consequência há uma subdivisão dos processos em processos de alto nível e subprocessos, assim a avaliação da execução competente de um programa envolve a análise de processos de alto nível e subprocessos. Em outras palavras, a análise da execução competente de um programa se dá a partir da análise da execução das diversas intervenções pontuais que compõem o programa.

A apreciação da dimensão técnica em relação a segurança dos cuidados é cada vez mais atual. Segurança do paciente consiste na redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo (OMS, 2011).

A dimensão não técnica da qualidade em saúde (nível pontual da intervenção)

O nível da intervenção pontual é dividido em qualidade técnica e não técnica, essa última compreende o componente não técnico das relações interpessoais (humanização, cordialidade, qualidade das comunicações, arte do cuidado). Além das relações interpessoais, o cuidado não técnico também engloba a conveniência do ambiente físico, como a limpeza dos locais (CHAMPAGNE et al. 2011b).

Qualidade da dimensão organizacional em saúde (nível da linha de cuidado)

A avaliação da qualidade da dimensão organizacional da linha de cuidado tem por objeto a globalidade - integralidade da intervenção / programa, em relação as necessidades da população alvo ou objetivos da intervenção, e a continuidade dos cuidados (CHAMPAGNE et al. 2011b).

Qualidade da dimensão organizacional em saúde (nível sistêmico)

A avaliação da qualidade na dimensão organizacional tem como objeto a condições de oferecimento do serviço, é subdividida em dois níveis, nível da linha de cuidado e nível organizacional.

O primeiro nível tem como objeto a globalidade e a continuidade dos cuidados. O segundo nível se interessa pela acessibilidade (geográfica, temporal, econômica, física e social) aos serviços; pela cobertura ou integralidade em relação à disponibilidade das intervenções ou serviços; e pela coordenação do sistema de cargas / intensidade do serviços (CHAMPAGNE et al. 2011b).

1.8 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

No campo da avaliação em saúde as possibilidades metodológicas são inúmeras, é um campo que apresenta consensos e dissensos nas suas definições, referenciais teóricos e modelos, tornando por vezes, a seleção de um modelo de avaliação um dilema para o pesquisador.

Na avaliação, assim como em todas as pesquisas, não há método separado da prática de pesquisa, cada avaliação é um caso particular que requer criatividade por parte do investigador/avaliador na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem na definição de níveis e atributos, bem como na seleção de critérios, indicadores e padrões (HARTZ, 1997).

No caso deste estudo, o interesse está na avaliação da qualidade do pré-natal oferecido às gestantes com sífilis no contexto do SUS.

A avaliação da qualidade em saúde se baseia em parâmetros ou atributos que vão servir de referência para a determinação da qualidade, a maior parte dos estudos realizados na área de avaliação em saúde tem se baseado no quadro teórico proposto por Donabedian (FRIAS, et al. 2010).

A abordagem metodológica proposta por Donabedian foi desenvolvida para avaliar a prática clínica. Mas quando o modelo é usado para avaliar outras atividades além

da prática clínica, como é o caso de um programa de pré-natal, poderá ser necessário adaptações (DONABEDIAN, 2003).

Como a intervenção que iremos avaliar neste estudo é um programa, adotaremos a abordagem metodológica “Tríade Estrutura-Processos-Resultados” proposta por DONABEDIAN (2003) integrada com a proposta metodológica de FARAND (2011) “Análise de Produção”, ambas abordagens metodológicas são adequadas para avaliação da qualidade em saúde, a proposta de Donabedian dá ênfase à prática clínica e a proposta de Farand dá ênfase a avaliação da qualidade em programas e sistemas de saúde.

A avaliação normativa também é uma abordagem muito aplicada na avaliação da qualidade. Já a avaliação dos efeitos do programa na população alvo pode ser bem estudada por meio da análise de implantação.

Nos próximos capítulos faremos uma breve explanação de cada uma das abordagens citadas.

Tríade “estrutura-processo-resultados”

A abordagem para avaliar o desempenho é a maneira de determinar se a qualidade do atendimento é “boa”, “aceitável” ou “ruim” (Donabedian, 2003).

Em seu último livro publicado DONABEDIAN (2003) ratifica três abordagens para mensuração da qualidade em saúde, sugeridas há mais de 30 anos, “Estrutura”, “Processo” e “Resultado”, uma tríade que, segundo o próprio autor: *“talvez por causa de sua simplicidade e persuasão quase intuitiva, ganhou aceitação generalizada, mesmo que nem sempre tenha sido bem compreendida ou usada adequadamente”* .

Para a compreensão da tríade, precisamos iniciar com a descrição dos conceitos de estrutura, processo e resultado, conforme (DONABEDIAN 2003) esses termos podem ser definidos como segue:

Estrutura: designa as condições sob as quais os cuidados são prestados, inclui:

1-Recursos materiais, como instalações e equipamentos

2-Recursos humanos, como número, variedade e qualificações do profissional e do pessoal de apoio

3-Características organizacionais, como organização das equipes médica e de enfermagem, a presença de função de ensino e pesquisa, tipos de supervisão e revisão de desempenho, métodos de pagamento de cuidados e assim por diante.

Processo: atividades que constituem a assistência à saúde, incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do paciente, geralmente realizada por profissionais, mas também incluem outras contribuições para o cuidado, particularmente pelos familiares e famílias.

As características detalhadas dos processos de saúde podem fornecer juízos discriminatórios e válidos sobre qualidade do atendimento. De certa forma essa informação é auto evidente porque “qualidade do cuidado” pode ser entendida como “qualidade do processo de cuidado”.

O julgamento da qualidade não é inerente às características do próprio processo, deriva de um relacionamento estabelecido, de antemão, entre processo e resultado. Em outras palavras, dizemos que tais características do processo significam qualidade porque sabemos (ou acreditamos) que elas contribuem para resultados desejáveis, do mesmo modo, tais características do processo significam má qualidade porque são conhecidas (ou acreditamos) que contribuem para resultados indesejáveis (DONABEDIAN, 2003).

Resultados: compreendido por alterações (desejáveis ou indesejáveis) em indivíduos e populações que podem ser atribuídas a cuidados de saúde, incluem:

1-Mudanças no estado de saúde.

2-Mudanças no conhecimento adquirido do paciente ou dos profissionais.

3-Mudanças no comportamento de pacientes ou membros da família ou profissionais que podem influenciar a saúde futura.

4-Satisfação dos pacientes e de seus familiares com o cuidado recebido e seus resultados ou dos profissionais quanto aos cuidados ofertados.

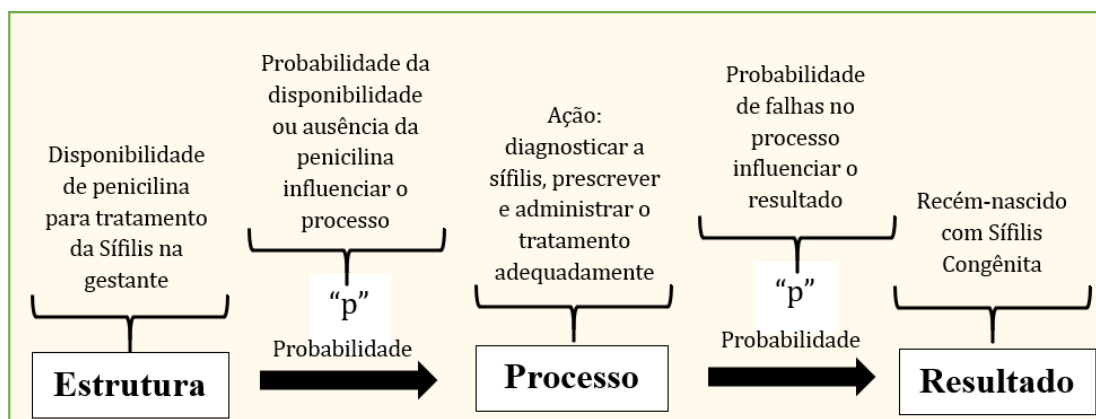
Para usar um resultado para fazer um julgamento sobre a qualidade, deve-se ser capaz de dizer que o cuidado dado foi responsável pelo resultado observado. Muitas vezes é difícil fazer essa conexão entre o cuidado anterior e os resultados subsequentes, Donabedian (2003) chama isso de “problema de atribuição”.

Os resultados reúnem as contribuições de todos os processos de cuidados de qualquer fonte, incluindo familiares, atribuindo a cada processo o peso proporcional à sua contribuição, a avaliação do processo não consegue fazer isso facilmente. O resultado não pode ficar sozinho. Os meios usados para alcançar o resultado também devem ser considerados, a menos que se pressuponha que os recursos sejam ilimitados, o que quase sempre está longe de ser verdade (DONABEDIAN, 2003).

É importante ressaltar que estrutura, processo e resultado não são atributos de qualidade como p. ex., (efetividade, eficácia etc.), são apenas tipos de informação que se pode obter, com base nos quais se pode inferir se a qualidade é boa ou não (DONABEDIAN, 2003).

Outro ponto que DONABEDIAN (2003) esclarece é que inferências sobre qualidade não são possíveis a menos que exista um relacionamento pré-determinado entre as três abordagens, de modo que a estrutura influencie o processo e o processo influencie o resultado, como mostra a

Figura 6 - Relação entre os componentes da tríade estrutura-processo-resultado



Fonte: Próprio autor, adaptado de (DONABEDIAN, 2003).

Destaca-se que relações postuladas de existir entre pares adjacentes no modelo estrutura-processo-resultado não são certas. Em vez disso, são probabilidades, portanto, o minúsculo “p” que é colocado sobre cada uma das setas no diagrama mostrado acima.

Essas probabilidades podem ser grandes ou pequenas e podem estar bem estabelecidas por evidências científicas, como nos casos de condições traçadoras e eventos sentinelas, ou amplamente presumidas.

Quanto maiores forem as probabilidades, e quanto mais frequentemente estabelecidas por evidências científicas, mais credíveis podem ser nossos julgamentos de qualidade. Pelo contrário, quanto mais fracas as probabilidades e mais imperfeitamente suportadas pelas evidências, mais hesitantes serão os julgamentos de qualidade. No extremo, se nada for conhecido ou imaginado sobre as relações em questão, nenhum julgamento razoável pode ser feito usando esse modelo (DONABEDIAN, 2003).

Verificamos na

Figura 6, que para gerar o “resultado final”, recém-nascido com sífilis congênita, a ausência de estrutura, neste exemplo representada pela medicação penicilina, pode influenciar negativamente o processo, pois sem o recurso medicamento não há como os profissionais realizarem o tratamento e o resultado final será negativo devido à influência inicial da estrutura. Poderíamos ter uma outra situação em que a estrutura estava presente e ocorreu falha no processo, p. ex., a gestante não compreendeu as orientações do médico e guardou a prescrição de penicilina e simplesmente não foi tratada, nesse caso o resultado negativo se dará por influência do processo.

É exatamente esse tipo de relação que este estudo avaliativo pretende esclarecer, precisamos compreender melhor a origem do problema para só então fazer propostas de resolução. Estudos avaliativos que não fazem essas relações acabam não conseguindo demonstrar as causas do problema, e contribuem pouco para recomendações de qualidade.

O próprio autor (DONABEDIAN, 2003) esclarece que a relação linear descrita acima é uma versão muito simplificada de uma realidade muito mais complexa, na qual certas causas têm seus efeitos, e esses efeitos tornam-se causas para efeitos subsequentes, e assim por diante em uma única corrente com dois ou mais ramos.

Limitações da Tríade

A tríade proposta por Donabedian responde perfeitamente a avaliação de intervenções pontuais, mas quando queremos avaliar programas de saúde que envolvem diversas intervenções pontuais e requerem uma organização da oferta de cuidados, e do sistema de saúde ela pode ser insuficiente.

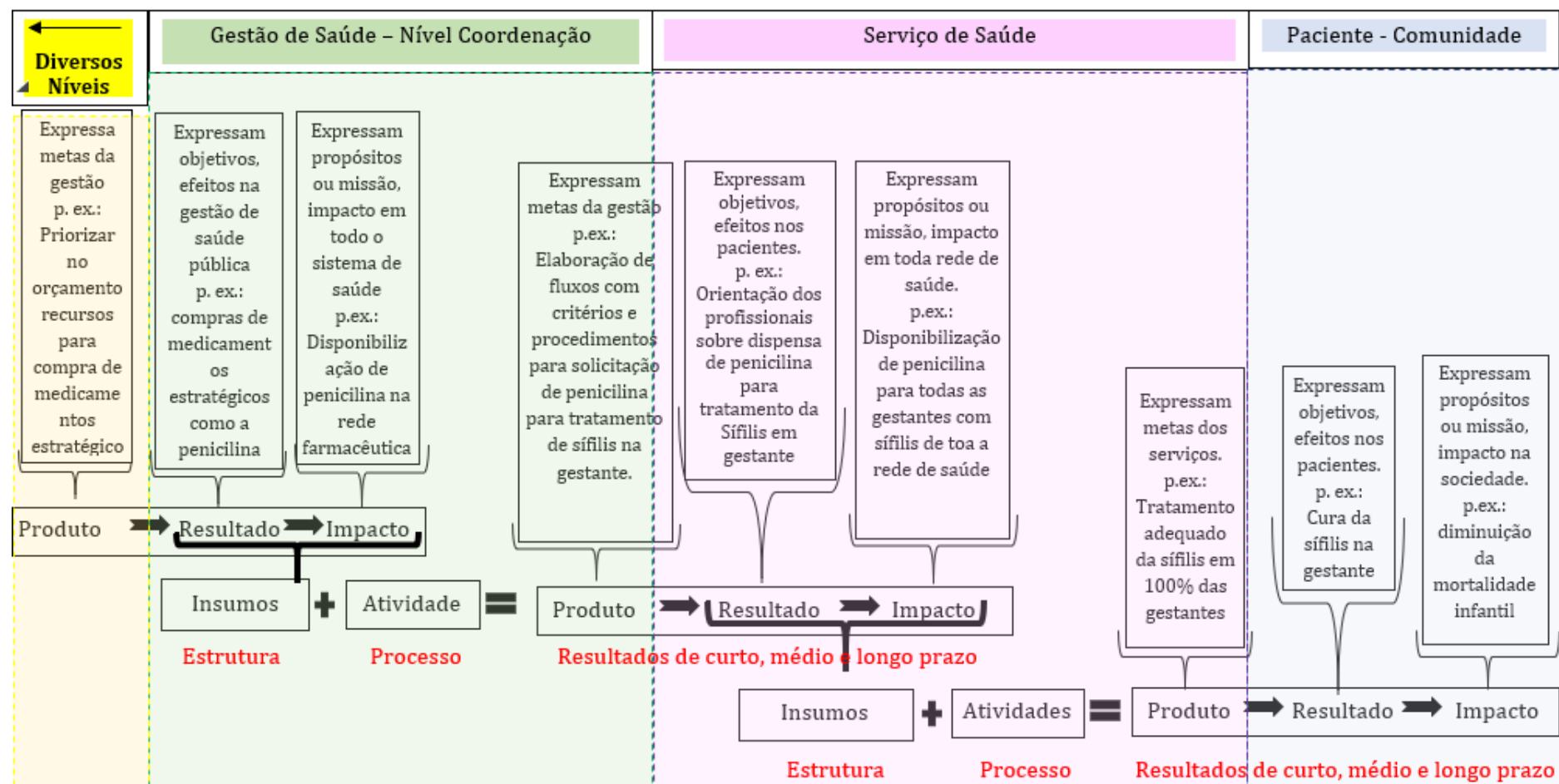
Salientemos a avaliação de programas também contempla a avaliação de serviços, assim a tríade continua a ser de muita utilidade em relação as avaliações de intervenções pontuais que compõem o programa.

Embora a abordagem proposta por Donabedian foque nas intervenções clínicas pontuais, ao nível da intervenção, é perfeitamente possível compreendê-la de uma forma sistêmica com abordagem de vários níveis da organização dos serviços de saúde.

Sem muito esforço é possível exemplificar o funcionamento da tríade transcendendo o nível da intervenção, na

Figura 7, já adaptada para o campo de avaliação de programa, observamos o funcionamento da tríade em pelo menos três diferentes níveis do sistema de saúde que impactam o programa de pré-natal: serviço de saúde, gestão dos serviços no nível coordenação e gestão de saúde nível central

Figura 7 - O comportamento da tríade “estrutura-processo-resultado” adaptada para avaliação de programas, nos diversos níveis de um Sistema de Saúde



Fonte: Próprio autor

Essa adaptação demonstra de forma convincente a possibilidade de utilização da abordagem proposta por Donabedian mesmo em avaliações de sistemas e programas.

Usando como exemplo o tratamento adequado da sífilis em gestante, para que o serviço (unidade de saúde) consiga realizar o tratamento adequado, os profissionais necessitarão que a medicação (penicilina) esteja disponível na unidade, porém essa disponibilização depende de outros níveis, outros profissionais.

Com frequência outras áreas terão que realizar diversos processos de trabalho para que a medicação esteja disponível para os profissionais de saúde de determinada unidade. Assim, o resultado do processo de trabalho de um nível será estrutura para outro nível.

Por exemplo, a gestão municipal terá que realizar atividades administrativas como gestão do orçamento de modo a priorizar recursos financeiros para compra de medicamentos estratégicos. O resultado desse processo (gestão de orçamento) será a compra do medicamento e o impacto será a disponibilização de medicamento para toda a rede de saúde.

A gestão de saúde a nível de coordenação terá que desenvolver ações para distribuir essa medicação de forma eficiente, tentando otimizar os recursos. Para isso podem elaborar fluxos de dispensa que organizem toda a distribuição, o resultado desse processo (elaboração de fluxos) será um documento orientador para todos os profissionais e o impacto será a disponibilidade de forma eficiente e otimizada para toda a rede de saúde. Esse resultado (disponibilidade de medicação na unidade) por sua vez será estrutura no serviço de saúde, e assim continuam as relações entre os diversos níveis.

Portanto, torna-se um pouco arbitrário dizer onde a estrutura termina e o processo começa ou onde o processo termina e os resultados (produtos, resultados e impacto) começam.

Para alguns, essa ambiguidade é angustiante, mas não deveria ser. O que é mais importante do que uma separação precisa é a capacidade de especificar como uma série de causas e efeitos é configurada. Feito isso pode se decidir que tipo de informações são necessárias para julgar a qualidade, e com que facilidade essa informação pode ser

obtida. Afinal, o modelo “estrutura, processo e resultado” é apenas um servidor, não um mestre (DONABEDIAN, 2003).

Uma estratégia que combine as três abordagens (estrutura-processo-resultado) pode ajudar a identificar as causas de falhas na qualidade, atribuindo-as à estrutura, processo ou ambos. Isso pode sugerir que medidas corretivas devem ser tomadas para melhorar a qualidade. Se as inferências sobre qualidade baseadas em estrutura, processo e resultado concordarem entre si, o acordo tende a confirmar que o método de avaliação é apropriado e as inferências são válidas (DONABEDIAN, 2003).

O relacionamento entre os três componentes da tríade e a afirmação do autor de que não é possível inferir qualidade se não houver relacionamento entre os componentes coloca em dúvida avaliações que inferem qualidade, porém somente abordam processo ou estrutura ou resultado sem fazer as devidas correlações entre os componentes da tríade.

Análise da produção

É uma metodologia desenhada para a avaliação de programas / ou sistemas, avança na proposta de Donabedian ao ponto que sua aplicação extrapola a prática clínica permitindo a abordagem de programas, complementa a abordagem da tríade “estrutura-processo-resultado” proposta por Donabedian, possibilitando uma integração entre as duas abordagens.

É fundamentalmente formativa, contribui para avaliação, concepção, planejamento, implementação e aperfeiçoamento contínuo ou radical das intervenções (FARRAND, 2011).

A análise da produção faz parte do modelo para avaliação das intervenções em saúde, apresentado pelo Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Saúde da Universidade de Montreal no Canadá. O modelo proposto é interdisciplinar, integra diferentes concepções de avaliação que se sucederam no decorrer do tempo (DUBOIS et al. 2011). **Modelo**

Conceitual da Análise de Produção

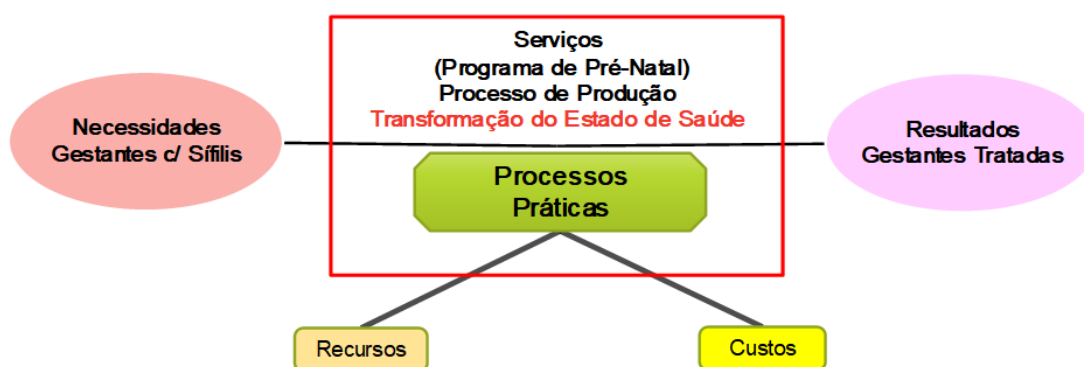
De acordo com FARAND (2011) o processo de produção pode ser representado por uma **transformação** dos insumos em exsumos através da mobilização de recursos que demandam um custo.

Lembrando que no contexto das intervenções em saúde, os insumos correspondem às necessidades, p. ex., gestantes com sífilis têm necessidade de tratamento, ainda de acordo com Donabedian, as necessidades podem ser representadas pelo estado de saúde que a intervenção visa modificar.

Os exsumos correspondem aos resultados, ou seja, o estado de saúde modificado pela intervenção mais os seus efeitos intermediários ou impactos, p. ex, a gestante com sífilis tratada é um resultado imediato, o nascimento de seu concepto saudável é um impacto.

Para realizar essa transformação (processo de produção) são necessários recursos, no caso do campo da saúde, recursos humanos, materiais, informacionais e tecnológicos, esses recursos vão demandar uma consequência financeira (FARAND, 2011).

Figura 8 - Concepção do processo de produção para intervenção em saúde.



Fonte: Próprio autor, baseado em (FARAND, 2011).

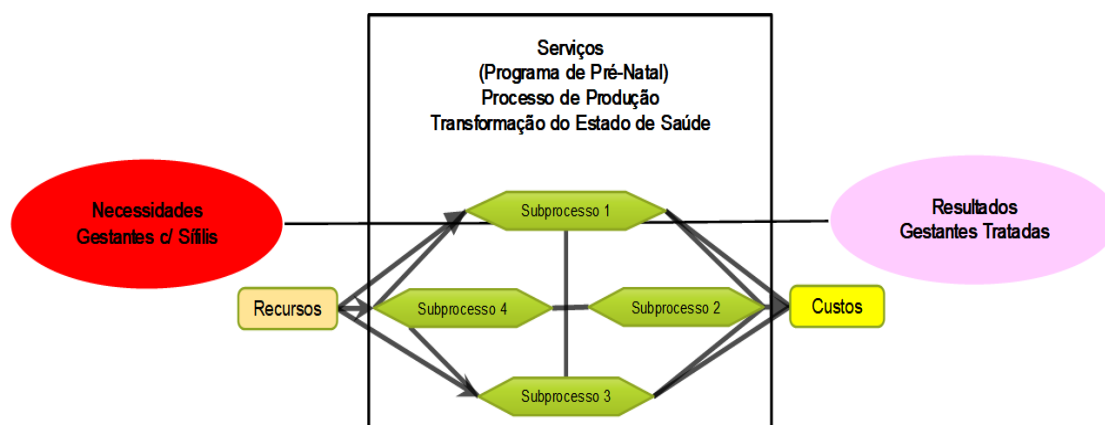
Essa concepção do processo de produção pode ser aplicada a diferentes níveis sistêmicos, desde uma intervenção pontual até um sistema nacional de saúde, neste último caso é possível considerar o conjunto de necessidades de saúde da população, o conjunto

dos recursos do sistema, o conjunto dos resultados obtidos e a totalidade dos custos (FARAND, 2011).

As transformações ocorridas no processo de produção também podem ser de natureza informacional e não só do estado de saúde, p. ex., uma consulta diagnóstica, o que muda é o estado inicial da informação, da expressão de sintomas no início para um diagnóstico no final da consulta, ou seja o grau de clareza da informação foi transformado (FARAND, 2011).

Outro ponto importantíssimo destacado pela literatura é que todo processo pode ser representado e analisado por subprocessos que pertencem a níveis sistêmicos inferiores, o conjunto desses subprocessos forma uma configuração complexa de fluxos e transformações (FARAND, 2011).

Figura 9- Concepção de processo de produção com representação dos multiníveis da intervenção em saúde (subprocessos).



Fonte: Próprio autor, baseado em (FARAND 2011).

A complexidade é ainda maior na medida que cada nó dessa rede pode ser decomposto em uma rede análoga (FARAND, 2011). Para ter como resultado uma gestante tratada teremos dentro do conjunto de intervenções vários processos de alto nível ou intervenções pontuais como o diagnóstico por teste rápido, o diagnóstico por VDRL ou clínico, o tratamento da gestante e do parceiro.

Cada processo de alto nível ou intervenção pontual tem seus subprocessos. O conjunto de todos as intervenções pontuais (processos de alto nível) e seus subprocessos compõem a intervenção principal “Programa de pré-natal”.

O objetivo da metodologia da análise da produção é examinar os determinantes dessa rede e sua influência sobre a produtividade, acessibilidade, pertinência, intensidade, continuidade e qualidade dos serviços.

A análise de produção é uma das abordagens metodológicas da pesquisa avaliativa, ela inclui dois tipos de análises: análise da produtividade e análise da qualidade (FARAND, 2011).

Objeto da análise de Produção

São objetos da análise de produção as necessidades, os recursos e os serviços produzidos (processos e produtos), assim como os aspectos da produtividade que refletem a qualidade (pertinência, globalidade, disponibilidade, acessibilidade, intensidade, continuidade) e a própria produtividade.

Análise das Necessidades

As necessidades representam os insumos das transformações, trata-se p. ex., da incidência, da prevalência dos problemas de saúde da população alvo da intervenção (FARAND, 2011).

As necessidades são representadas pelos problemas de saúde da população a ser atendida, pode ser descrita em termos de distribuição geográfica, intensidade, características temporais (acuidade, cronicidade, formas de evolução). Também pode ser descrita em termos de variedade biopsicossocial (FARAND, 2011).

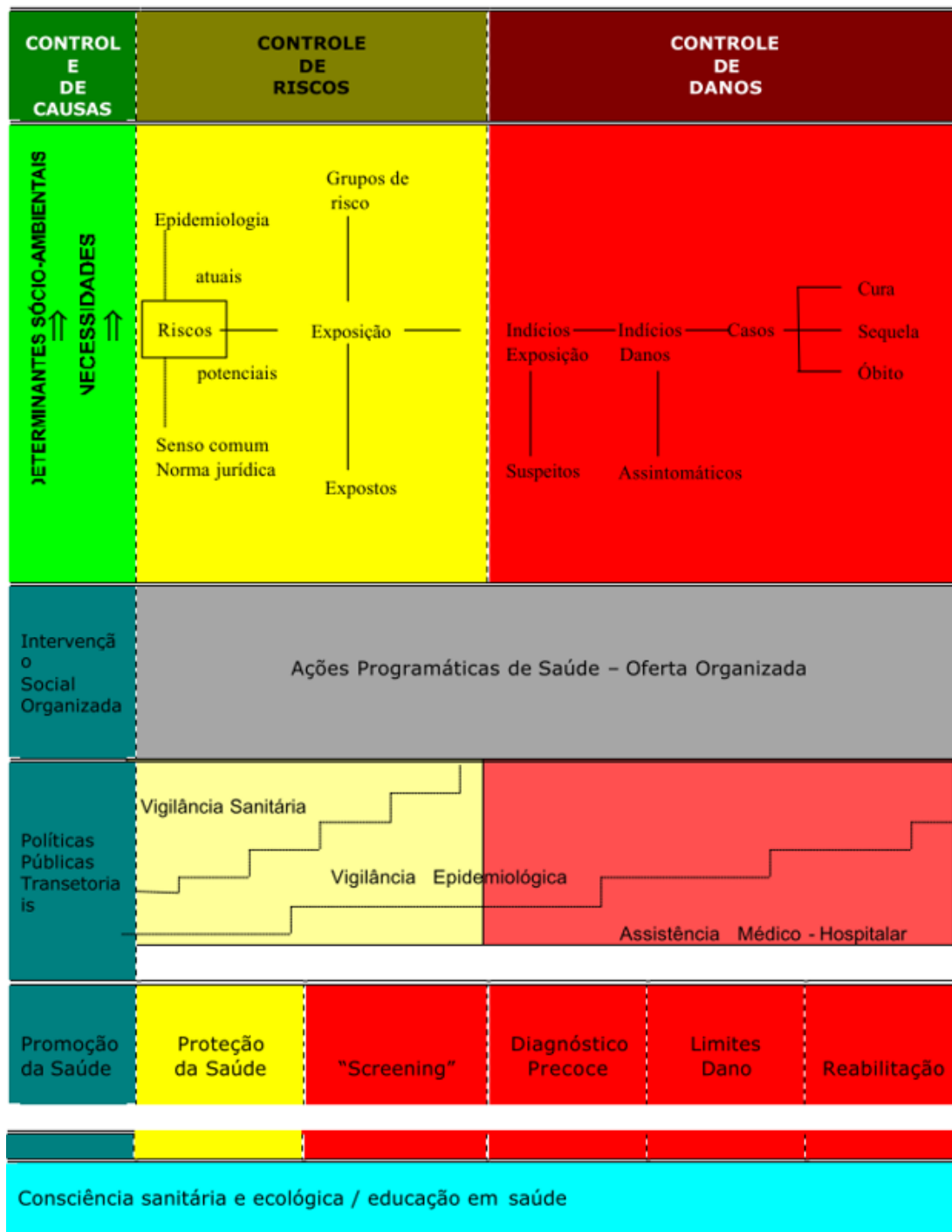
As necessidades podem ser objetos de diferentes graus de controles, p. ex., controle de causas, controle de riscos, controle de danos, (FONTES TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). No início da década de noventa, as discussões sobre a epidemiolo-

gia na organização dos serviços e a reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde resultaram na construção de um diagrama (

Figura 10) que demonstra os diferentes graus de controle das necessidades.

Ao se considerar a possibilidade de intervenções voltadas para o controle de danos, de riscos e de causas (determinantes socioambientais e necessidades sociais), pensava-se na perspectiva de incorporar a promoção e a proteção da saúde ao conjunto articulado de medidas adotadas pelo SUS. Assim, as ações programáticas de saúde e a oferta organizada em estabelecimentos de saúde poderiam se articular com as ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica e da assistência médico-hospitalar. Do mesmo modo, tais ações setoriais seriam capazes de se integrarem à intervenção social organizada e às políticas públicas transetoriais que configuram o espaço da promoção da saúde. Este esquema, tendo como referência o campo da Saúde Coletiva, ainda seria capaz de dialogar com os cinco níveis de prevenção de Leavell & Clark (1976), concebidos para o âmbito individual. (PAIM, 2001).

Figura 10 – Diagrama de Vigilância em Saúde



Fonte: Paim (2001)

Análise dos Recursos

Os recursos podem ser humanos ou materiais. Os recursos humanos podem ser descritos em termos de profissões, nível de formação, competência, experiência, distribuição geográfica, configurações (equipes multiprofissionais ou atendimento individual).

Os recursos materiais compreendem os imóveis, os mobiliários, os equipamentos, os aparelhos, as tecnologias etc. Podem ser descritos em termos de distribuição geográfica, custos, etc. (FARAND, 2011).

Para que as práticas de pré-natal sejam desenvolvidas, faz-se necessário haver:

- Recursos humanos que possam acompanhar a gestante no seu contexto familiar e social e segundo os princípios técnicos e filosóficos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Área física adequada para o atendimento da gestante e dos familiares nos serviços de saúde com condições adequadas de higiene e ventilação. A privacidade é um fator essencial nas consultas e nos exames clínicos e/ou ginecológicos;
- Equipamento e instrumental mínimo, devendo ser garantida a existência de: (a) mesa e cadeiras para acolhimento e escuta qualificada; (b) mesa de exame ginecológico; (c) escada de dois degraus; (d) foco de luz; (e) balança para adultos (peso/altura) com capacidade para até 300kg; (f) esfigmomanômetro; (g) estetoscópio clínico; (h) estetoscópio de Pinard; (i) fita métrica flexível e inelástica; (j) espéculos; (k) pinças de Cheron; (l) material para realização do exame colpo citológico; (m) sonar doppler (se possível); e (n) gestograma ou disco obstétrico;
- Medicamentos básicos e vacinas;
- Disponibilização de testes rápidos na unidade básica de saúde, assim como apoio laboratorial garantindo a possibilidade de realização de exames de rotina e complementares;
- Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis; ferramentas que garantam o fluxo de informações entre os serviços de saúde, o sistema de referência e contrarreferência também deve ser garantido (Brasil, Ministério da Saúde, 2012).

Análise dos Processos (serviços)

Os processos descrevem a intervenção como uma configuração de transformações de insumos (necessidades) a partir da mobilização de recursos. A análise dos processos frequentemente envolve mais de um nível sistêmico (FARAND, 2011).

Essa análise relaciona as configurações dos recursos e das necessidades biopsicossociais, pode ser realizada sob a forma de uma matriz onde as características das necessidades correspondem a características dos recursos. Avalia também a disponibilidade de recursos em relação às necessidades, a distribuição geográfica de recursos e necessidades, a intensidade das necessidades e dos recursos (FARAND, 2011).

Trata-se também da representação dos tipos e quantidades de transformações (clínicas, administrativas, informacionais clínicas e informacionais administrativas), os processos podem ser modelizados por diagramas de transformações, fluxogramas ou gráficos computacionais de fluxo. Devem-se modelizar primeiro os processos de alto nível para em seguida modelizar os subprocessos (FARAND, 2011).

Os processos clínicos modificam o estado dos pacientes, enquanto os administrativos modificam o estado da organização, esses dois grandes tipos de processos também recorrem a subprocessos informacionais clínicos e administrativos (FARAND, 2011).

Essa etapa da análise de produção observa os serviços recebidos (produtos) em função das características da clientela, assim como os serviços prestados em função da característica dos recursos (FARAND, 2011).

Análise da Produtividade

A análise da produtividade se interessa pelas relações entre o volume dos serviços produzidos (produtos) e os recursos utilizados (FARAND, 2011).

De maneira genérica a produtividade mede a razão exsumos / insumos (outputs / inputs), porém não há consenso acerca do conceito e medida da produtividade, principalmente quando se trata dos serviços de saúde (FARAND, 2011).

A principal controvérsia conceitual e metodológica sobre o conceito de produtividade é a definição de exsumos. No campo dos serviços de saúde, os exsumos (serviços) são de certa forma o próprio trabalho, p. ex., uma consulta, uma internação. Alguns autores também entendem que o resultados (efeitos) e até mesmo os impactos também são exsumos (FARAND, 2011).

Outra opção é analisar a produtividade em termos de “capacidade”, ou seja, estimar a proporção de exsumos realmente produzidos em relação ao que poderia ter sido produzido.

Análise da Qualidade

A análise da qualidade se interessa pelos vários aspectos dos processos de produção, entre as quais: a produtividade já comentada na secção anterior, a continuidade, a globalidade, a pertinência, a acessibilidade, a intensidade, a qualidade técnica e a qualidade interpessoal, (FARAND, 2011).

A **continuidade** é uma propriedade dos aspectos sequenciais de um processo, potencializa o vínculo ente as etapas, evita perdas temporais (desperdício de tempo), espaciais (deslocamentos desnecessários), informacionais (perda de informações entre etapas) e relacionais (perda de relações, mudança de profissionais entre etapas). Seu conceito tem ligação com o conceito de acessibilidade: um processo só poderá ser contínuo se cada uma de suas etapas for acessível (FARAND, 2011).

A gestão do caso favorece todos os aspectos da continuidade, a interdisciplinaridade favorece a continuidade informacional, a transdisciplinaridade favorece simultaneamente a continuidade informacional e relacional, já a multidisciplinariedade desfavorece ambas. O grau de coordenação dos processos afeta diretamente a continuidade, assim como os sistemas que permitem acesso à informação (FARAND, 2011).

A **globalidade** de um processo fala a respeito da extensão dos serviços prestados, para que um programa ou intervenção seja considerado global, ele precisa fornecer uma variedade de serviços correspondente a variedade de necessidades em termos bio-psicossociais, porém o simples oferecimento da variedade de serviços não mede a globalidade, ela é, de fato, medida pela adequação entre os serviços efetivamente prestados e a natureza das necessidades (FARAND, 2011).

A **pertinência** leva em conta a natureza das necessidades e, a capacidade do serviço em ser eficiente ou eficaz, segundo o conhecimento científico. Em outras palavras, a pertinência se baseia na escolha de um tipo de serviço potencialmente eficiente em função da situação. A pertinência é anterior ao processo de cuidados, sua determinação se baseia na força do vínculo causal entre o processo e o resultado, sua medida depende de normas que evoluem ao ritmo do conhecimento científico (FARAND, 2011).

Além do interesse na correspondência entre as necessidades e os serviços, a pertinência também tem por objeto a correspondência entre os recursos e os serviços. Recursos serão pertinentes se a ciência indicar que os recursos escolhidos tem potencial de maximizar a eficiência do processo (FARAND, 2011).

A **acessibilidade** se interessa pelo estudo dos diferentes tipos de obstáculos impostos na utilização do serviço pelos que dele necessitam, em outras palavras, entre os insumos e sua transformação. Pode ser expressa em termos de prazo (acessibilidade temporal), distâncias (acessibilidade geográfica), custos (acessibilidade financeira), desigualdades sociais, religião, costumes, língua, etnia, etc. (acessibilidade cultural), transmissão de informação (acessibilidade informacional) como p. ex., um resultado de exame disponível no sistema e não acessado (FARAND, 2011).

A **intensidade** dos serviços é definida pela razão da quantidade de serviços sobre a quantidade de necessidades, ela vai depender da disponibilidade de recursos em relação à necessidade e da capacidade de produção de produção dos serviços (FARAND, 2011).

A necessidade é definida como uma situação indesejável que a intervenção procura melhorar p. ex., gestante com sífilis tem necessidades de diagnóstico e tratamento. O serviço poderia ser representado pela quantidade de diagnósticos de sífilis em gestante produzidos.

Assim se um serviço que, em um determinado espaço de tempo, tem como necessidade 105 gestantes com sífilis e, de acordo com os recursos disponíveis (materiais e humanos) tem capacidade de produção de 110 diagnósticos, pode ser considerado um serviço com intensidade alta, ou seja, produtividade alta com a necessidade de consumo do serviço também alta, nesse caso as necessidades estão consumindo 95% da disponibilidade de serviços.

Já um serviço que, em um determinado espaço de tempo, tem como necessidade de 50 gestantes com sífilis e de acordo com os recursos disponibilizados (materiais e humanos) tem capacidade de produção de 110 diagnósticos nesse mesmo espaço de tempo, pode ser considerado um serviço de intensidade baixa, nesse caso, a disponibilidade de serviços é bem maior que as necessidades, a necessidade consome somente 45% dos serviços disponíveis.

O comportamento da eficácia em relação a intensidade tem uma curva em “S”, o crescimento da intensidade melhora a eficácia, mas a partir do ponto em que a intensidade é demasiadamente elevada a eficácia tende a diminuir (FARAND, 2011).

Além da produtividade, a acessibilidade também pode influenciar a intensidade, visto que determina as necessidades (demandas) que chegam até os serviços (FARAND, 2011).

Para Farand (2011), a **Qualidade Técnica** pode ser expressa com base em critérios de acessibilidade, pertinência, intensidade, produtividade, continuidade e globalidade, isto, se esses critérios forem aplicados a componentes internos do processo, ou seja, se a análise for aplicada a um grau de modelização mais fino (FARAND, 2011).

Outra possibilidade de avaliação da qualidade técnica é a utilização dos indicadores propostos pela avaliação normativa: exatidão, execução competente, segurança, descritos mais adiante, esses indicadores podem ser utilizados tanto na avaliação normativa

quanto na análise de produção com um diferencial entre as duas abordagens, na análise de produção além da utilização de normas, procura-se compreender os vínculos de causalidades subjacentes (FARAND, 2011).

A avaliação da exatidão, da execução competente e da segurança é a partir da comparação dos processos realizados com as normas profissionais (protocolos e linhas guias), sociais, e de consumo (A Apreciação Normativa CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

A **qualidade interpessoal** pode ser apreciada da mesma maneira que a qualidade técnica, porém os critérios de avaliação precisam refletir as relações pessoais como um conjunto coordenado de transformações informacionais e psicológicas (FARAND, 2011).

Níveis de produção do cuidado

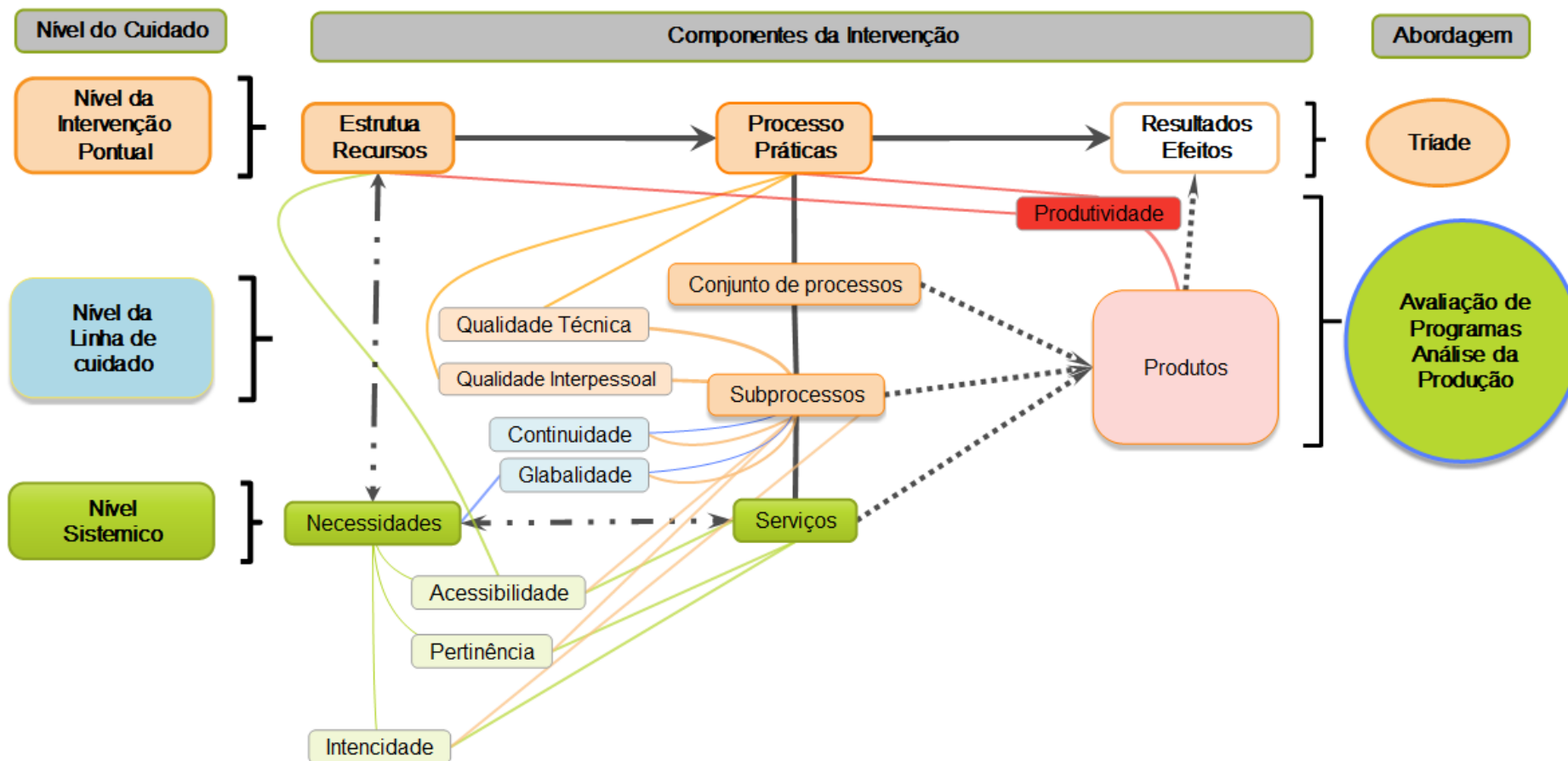
FARAND (2011) salienta que também é possível avaliar a qualidade técnica por meio dos aspectos do processo de produção (da continuidade, globalidade, pertinência, acessibilidade e intensidade), desde que esses critérios sejam relacionados aos componentes internos do processo por meio de um grau de modelização mais fino.

A (página 85) mostra que a avaliação da qualidade técnica e interpessoal da intervenção pode acontecer através da observação dos aspectos do processo de produção em seus objetos de estudo, ou seja, necessidades, recursos, processos e seus subprocessos, assim como a avaliação organizacional ao nível da linha de cuidado, que também é avaliada através da análise dos aspectos da globalidade e continuidade nos subprocessos.

A análise de produção também se ocupa em estudar os determinantes organizacionais mais amplos da qualidade e da produtividade. De acordo com a teoria dos sistemas sociais de ação de Parsons (citado por FARAND, 2011), todo sistema organizacional de ação comporta quatro funções: adaptação, produção, manutenção dos valores e alcance das metas. Como os determinantes organizacionais não serão objeto deste estudo não nos aprofundaremos nesse tema.

A figura 11 faz uma ilustração esquemática dos aspectos descritos acima e dos níveis de produção do cuidado onde podem ser aplicados.

Figura 11 - Critérios de avaliação da qualidade da intervenção em saúde e níveis do cuidado



Fonte: Próprio autor.

1.8.1.1 Avaliação Normativa

Se interessa pela verificação da correspondência de uma intervenção as suas expectativas, emite um juízo de valor sobre aspectos da estrutura, dos processos ou dos resultados da intervenção em comparação a determinadas normas.

Na avaliação normativa a qualidade é determinada por um conjunto de atributos do processo que favorecem o melhor resultado possível tendo em vista os conhecimentos, tecnologias e normas, ou seja, a qualidade é avaliada por meio da comparação dos processos realizados com as normas profissionais (A Apreciação Normativa CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

A validade das conclusões de uma avaliação normativa se apoia na pertinência e exatidão das normas escolhidas e na força do vínculo causal postulado entre as estruturas, processos e resultados. As normas utilizadas serão mais robustas e válidas se tiverem sido estabelecidas através de pesquisa científica (A Apreciação Normativa CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

De acordo com CHAMPAGNE *et al.* (2011) a avaliação normativa considera cinco critérios de avaliação:

Fidelidade ou conformidade: compara o desenrolar da intervenção com o previsto durante a concepção. Responde se a intervenção foi implantada como deveria ter sido.

Cobertura: Verifica se a intervenção atingiu a clientela prevista.

Qualidade: tem como foco principal a análise dos processos de cuidados e serviços. A depender da dimensão analisada a qualidade dá lugar a indicadores e medidas diferentes. Na dimensão da intervenção pontual aprecia-se a qualidade técnica (**adequação dos cuidados e competência de execução**) e a qualidade não técnica (humanização do ambiente físico). Na dimensão da linha de cuidados verifica-se a continuidade e a globalidade e, finalmente, na dimensão de um sistema de saúde aprecia-se a acessibilidade, a coordenação e a integralidade dos serviços. A **Figura 5** na página 62, ilustra bem essa dimensão.

Custos: na abordagem normativa não se estabelece relações entre os custos os serviços prestados ou os efeitos observados, o objetivo é fundamentalmente documentar os custos.

Efeitos: aprecia o alcance de metas, aprecia os resultados obtidos em função dos resultados esperados (objetivos). Prevê uma observação estática em razão dos vários vieses possíveis, não permite a certeza de que os resultados observados são de fato atribuíveis a intervenção.

Análise dos Efeitos

A análise dos efeitos compõe a pesquisa avaliativa, examina as relações causais entre uma intervenção e seus efeitos ou impactos (CHAMPAGNE, F; BROUSSELLE, A; CONTANDRIOPOULO; HARTZ, 2011).

A análise dos efeitos se interessa pelo conjunto dos efeitos possíveis de uma intervenção (negativos, positivos ou nulos), diferenciando-se da avaliação normativa que se interessa pelos efeitos almejados. Outro interesse da análise dos efeitos é a relação de causalidade entre os serviços e os efeitos, já a avaliação normativa não examina a relação, se limita a comparação dos efeitos observados com os esperados.

Análise de Implantação

A literatura não fornece uma definição consensual para análise de implantação, inicialmente essa metodologia era associada a avaliação das diferenças, procurava-se avaliar até onde um programa poderia se afastar de sua forma ideal até um limite aceitável sem se tornar um novo programa. A literatura, não raramente, utiliza indiferentemente as expressões “avaliação de processos” e “análise da implantação” (A Análise da Implantação CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

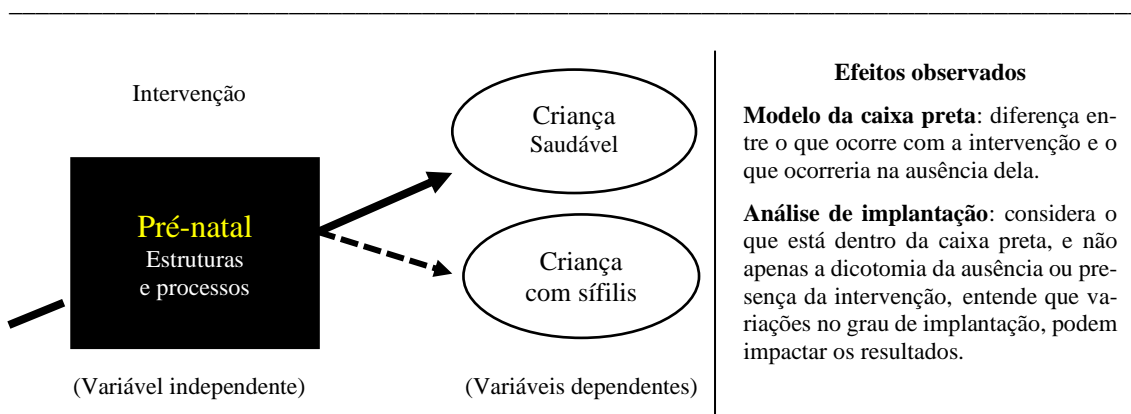
A análise de implantação busca delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção, busca explicar “por que” e “como”, esse tipo de análise transcende o modelo da caixa preta proposto pela avaliação dos efeitos

ou do impacto que trata a intervenção como uma variável dicotômica (ausência ou presença da intervenção), no modelo da caixa preta a intervenção é concebida independentemente do seu contexto (A Análise da Implantação CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Quando temos como objetivo investigar o modo pelo qual uma intervenção provoca mudanças, ou não provoca, teremos certamente que recorrer a análise de implantação.

Essa estratégia metodológica nos parece muito conveniente para o objeto deste estudo, ao analisarmos a intervenção “pré-natal” no modelo da caixa preta, simplificada teríamos que, gestantes com sífilis que realizam pré-natal dão à luz a crianças saudáveis, pois são devidamente tratadas e somente gestantes que não acessam o pré-natal dão à luz a crianças com sífilis, mas na realidade não é bem assim que acontece.

Figura 12 - Modelo da caixa preta



Fonte: próprio autor, baseado em (A Análise da Implantação CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

A análise da implantação se interessa pelo que acontece dentro da “caixa preta” esta metodologia comporta uma parte explicativa importante, objetiva compreender o desenrolar de uma intervenção.

Em termos práticos, enquanto a análise dos efeitos trabalha com a presença ou ausência da intervenção, variável dicotômica “caixa preta fechada”, a análise da intervenção trabalha com as variações do que podem ocorrer dentro da caixa, “caixa preta aberta” variáveis contínuas ou múltiplas categorias de variáveis.

Neste estudo analisaremos a que ocorre dentro da caixa preta do ponto de vista estrutural e processual, conforme proposto por Donabedian, sempre levando em consideração os resultados.

Para a análise das estruturas utilizaremos o indicador de disponibilidade, para análise dos processos o indicador de execução competente, utilizaremos ainda o indicador de produtividade que está diretamente ligado aos resultados, esse conjunto de indicadores está ilustrado na página 331, conforme a proposta desse estudo, definirão a qualidade do pré-natal.

De acordo com Champagne 2011 a análise da implantação pode tipificada em quatro subtipos de análise. O primeiro tipo de análise da implantação, tipo 1-a, se interessa pelas relações causais da transformação, explica o sucesso ou o fracasso da intervenção. Já o tipo 1-b busca esclarecer as diferenças entre a intervenção implantada e planejada (CHAMPAGNE *et al.*, 2011)

A análise de implantação tipo 2 relaciona a variação da intervenção com os efeitos observados, já o tipo 3 analisa a influência da “interação”, entre a intervenção e o contexto, nos efeitos (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

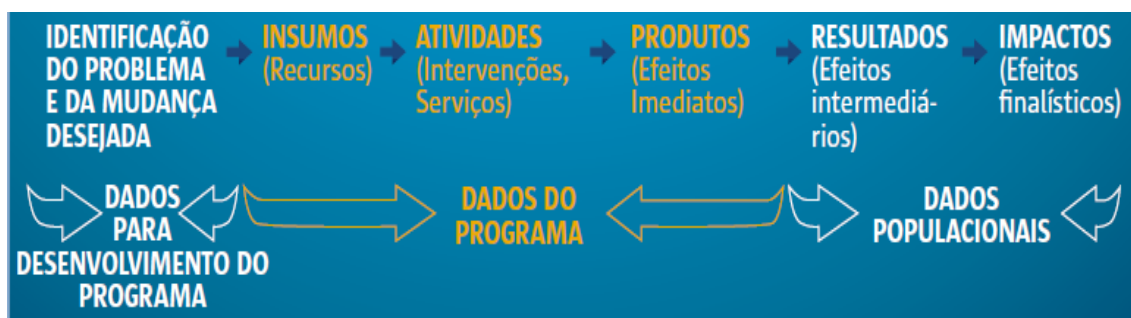
Integração da tríade com a abordagem de avaliação de programas (avaliação normativa, análise de produção e análise de implantação).

O campo da avaliação em saúde é carregado de uma multiplicidade de termos, conceitos e métodos, isto vai ao encontro da heterogeneidade e complexidade das intervenções (ações, serviços, programas ou políticas públicas).

Os termos utilizados na avaliação de desempenho proposta por (DONABEDIAN, 2003), quando utilizada na avaliação de programas, podem se referir a estrutura, processos e aos resultados através de termos diferenciados, isso está relacionado com o conceito de intervenção nesse campo (Costa, et al., 2003).

No campo da avaliação de programas as intervenções de saúde podem ser compreendidas como políticas, programas, projetos ou serviços que visam enfrentar problemas de saúde pública, a **Figura 13** demonstra os componentes que conformam um programa (Brasil, 2007; UNIFESP e UNA-SUS, 2019.).

Figura 13 - Componentes de um programa



Extraído de: Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília

É sempre importante lembrar que nem sempre os desenhos e a realidade são assim tão lineares.

Quadro 3 - Integração de abordagens e equivalência de termos entre o quadro teórico proposto por Donabedian e o campo da Avaliação de Programas.

Integração entre abordagens e equivalência de terminologias						
Termos utilizados por Donabedian, 2003	Termos oriundos do Campo de Avaliação de Programas (Brasil, 2007)	Conceitos oriundos do campo a avaliação de programas (Brasil, 2007, Champagne et al. 2011, Farand, 2011)	Abordagem metodológica			
			Triade (Donabedian, 2003)	Análise de Produção (Farand, 2011)	Apreciação normativa (Apreciação NormativaCHAMPAGNE <i>et al.</i> , 2011)	Análise da implantação (Champagne et al. 2011)
-----	Necessidades	Estado de saúde indesejável	Análise da Relação entre estrutura-processo-resultados	Análise da relação entre as Necessidades, a Estrutura (organizacional, recursos e simbólica), e os Processos e subprocessos.	Avalia a fidelidade ou adequação, a cobertura e a qualidade das estruturas e processos e resultados. Observação estática, não se estabelece relação entre custos / benefícios e resultados	Analisa fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção, busca explicar “por que” e “como” a intervenção produz ou não mudanças.
Estrutura	Estrutura organizacional	Leis, regulamentos, regras.				
	Insumos / Recursos	Insumos são os recursos previamente disponíveis para a execução das atividades do programa. Incluem recursos financeiros, humanos ou materiais.				
	Estrutura simbólica	Crenças, representações e valores.				
Processos	Atividades Subprocessos	Atividades são os procedimentos pelos quais os insumos são mobilizados visando à obtenção dos efeitos desejados. Subprocessos é o conjunto de processos ou atividades que compõem uma intervenção.				
-----	Produtos Bens e Serviços	Produtos são as consequências imediatas das atividades do programa (exsumos ou outputs).				
Resultados	Resultados de curto prazo	Resultados são os efeitos nas populações-alvo. Os resultados incluem vários tipos de efeitos, podendo focar o conhecimento, as atitudes, o comportamento, etc.				
	Resultados de médio prazo					
	Resultados de longo prazo	Impacto				

Fonte:Proprio autor. Baseado em (CHAMPAGNE et al. 2011; FARAND, 2011; Brasil. Ministério da Saúde, 2007; DONABEDIAN, 2003).

Corroborando com a ideia de equivalência de termos Hartz, (HARTZ, 1997) entende que o conceito de impacto tem sido também usado para designar o efeito de uma intervenção em relação a grandes grupos populacionais ou em grandes intervalos de tempo.

Além da equivalência de termos também é notável a aproximação entre a proposta de abordagem avaliativa de Donabedian e a abordagem avaliativa de avaliação de programas (análise de produção e avaliação normativa), sendo perfeitamente possível a integração das três abordagens.

As abordagens da avaliação de programas têm um desenho muito parecido com a proposta da tríade, acrescentando no modelo da abordagem as “necessidades” e os “produtos”. Da mesma forma que Donabedian a proposta de Farand e Champagne também considera a relação entre os componentes do modelo.

A abordagem de análise da implantação proposta por Champagne et al, 2011 inclui a análise do contexto e extrapola a proposta da “avaliação dos efeitos” ao ponto que substitui a dicotomia clássica da metodologia de avaliação dos efeitos “intervenção presente X intervenção ausente” pela análise da variação da implementação, partindo da premissa de que o grau de implantação influencia fortemente os efeitos produzidos.

Condição traçadora e evento sentinela

Essas duas técnicas, condição traçadora ou marcadora e evento sentinela são comumente utilizadas para obtenção de dados em estudos que objetivam avaliar a qualidade de serviços de saúde.

Condição Traçadora ou marcadora é uma técnica sistematizada por KESSNER et al, (1973) para avaliação da atenção à saúde. O conceito nasceu das ciências /disciplinas clássicas como a endocrinologia e parte da premissa que determinados problemas ou agravos de saúde poderiam servir como traçadores para análise da prestação de serviços e da qualidade de atenção à saúde (SAMICO, et al, 2010).

O “método traçador” supõe que a qualidade de um conjunto de atividades clínicas relacionadas pode ser representada por uma atividade no pacote ou, no máximo, por um número muito pequeno, p. ex., a cobertura de imunização contra sarampo poderia representar todas as coberturas de imunizações (DONABEDIAN, 2003).

Para se considerar um determinado agravo como traçador adequado, KESSNER et al, (1973) definiu alguns critérios, 1- o agravo deve ter um efeito funcional definido; 2- deve ser bem definido e de fácil diagnóstico; 3- apresentar altas taxas de incidência / prevalência; 4- a história natural do agravo deve variar com a utilização e efetividade do tratamento; 5- a forma de tratamento deve estar bem definida ao menos para uma das dimensões: prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação; 6 - os efeitos não médicos sobre o traçador dever ser bem compreendidos.

Ao considerar os serviços de saúde como uma intervenção, é possível utilizar a técnica de “método traçador” para avaliação de políticas e programas mediante a seleção de traçadores que possam refletir o funcionamento e a qualidade da intervenção (SAMICO, et al., 2010).

Com base nesses conceitos e, no fato da proposta do presente estudo utilizar uma amostra composta por casos de sífilis em gestante (traçadores) e por consequência casos de sífilis congênita (evento sentinela), existe a possibilidade de os resultados desta pesquisa refletirem o funcionamento e a qualidade da assistência pré-natal não só de gestantes com sífilis e sim de toda a assistência pré-natal do local do estudo.

Quadro 4 - Característica da sífilis em gestante para qualificação como condição traçadora.

Crítérios	Características da Sífilis em Gestante
Efeito funcional definido	A sífilis em gestante traz implicações graves e bem definidas para os recém-nascidos de mães com sífilis não tratada (aborto, óbitos fetais, neonatal e infantil e a sífilis congênita) essas condições trazem custos tanto para os indivíduos como para o sistema de saúde.
Fácil diagnóstico	A sífilis em gestante é de fácil diagnóstico através de métodos razoavelmente simples e disponíveis em toda a rede pública de saúde, inclusive faz parte do protocolo de pré-natal o rastreamento de sífilis para todas as gestantes.
Altas taxas de prevalência / incidência	Está entre as principais causas de desfechos desfavoráveis da gestação, em 2017 a taxa de detecção de sífilis em gestante no Brasil foi de 17,2 por mil nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR] et al. 2018).

História natural sensível a intervenção médica	É ampla a comprovação científica da sensibilidade da sífilis em gestante ao tratamento com penicilina benzatina (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR] et al. 2007; e GOMEZ et al., 2013).
Conduta médica bem definida (prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação)	O tratamento de sífilis em gestante é bem definido no Brasil inclusive com protocolos de manejo clínico específico para a sífilis em gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR) et al. 2007 e 2018) e também está previsto no protocolo de pré-natal de baixo risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR] et al. 2012)
Sofrer efeitos conhecidos de fatores não médicos	A fisiopatologia da sífilis na gestação está bem descrita na literatura e efeitos não médicos estão relacionados a fase da infecção ou reinfeção (GOMEZ et al. 2013).

Elaborado pelo autor.

Muito parecida com a condição traçadora, a técnica de “Evento Sentinela” proposta por (RUTSTEIN, et al., 1976) descreve um método para medir a qualidade dos cuidados médicos, Rutstein considera que, qualquer caso de doença, incapacidade ou mortes prematuras desnecessárias, ou evitáveis por uma sistema ou assistência de saúde efetiva, seja um índice negativo de saúde.

Uma lista de condições que poderiam ser evitadas na presença de serviços de saúde efetivos foi proposta por RUTSTEIN, et al, (1976). Com o avançar do tempo outros estudos foram realizados surgindo novas listas como a Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil (MALTA et al. 2011), onde consta a sífilis congênita entre os agravos reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação.

A ocorrência de eventos sentinelas indica sinal de alerta, problemas na qualidade da atenção à saúde, na efetividade e eficiência do sistema.

São exemplos de condições consideradas como evento sentinela: óbitos em menores de um ano, morte materna, casos de raiva humana, casos de sífilis congênita, óbito por dengue, dentre outros. Ao se identificar um evento sentinela deve se iniciar um processo de investigação em busca da identificação de falhas ocorridas na atenção à saúde com objetivo de compreender o processo e intervir para que situações semelhantes sejam evitadas posteriormente (SAMICO, et al., 2010).

Crêterios, Indicadores e Padrões de avalia o

Avalia o da qualidade necessariamente passa pela necessidade de mensura o, se não dispusermos de ferramentas para mensura o, claramente não podemos medir nada, isso inclui a qualidade do atendimento, a menos que tenhamos algo com o que medir – por exemplo um metro, ou um equilíbrio, e um conjunto de pesos, ou cr terios e padrões, meios pelos quais a qualidade do cuidado pode ser medida (Donabedian, 2003).

Para avaliar a qualidade dos cuidados prestados em saúde,   preciso ter "cr terios", "normas" e "padrões". Há na literatura diferentes conceitos para esses termos. De acordo com (Donabedian, 1981, 2003), os cr terios seriam um conjunto de fenômenos discretos, claramente definíveis e mensuráveis com exatidão, um atributo / característica de estrutura, processo e resultado que   usado para desenhar uma inferência sobre a qualidade, ou seja, de alguma forma são relevantes para a defini o de qualidade.

A defini o de cr terios   importante para uma delimita o clara dos aspectos que serão enfocados na avalia o. Alguns artigos não fazem distin o entre cr terios e indicadores, utilizando-se dos termos cr terios ou indicadores, indiferenciadamente, para falar das características a serem observadas (Alves, CKA; et al., 2010), no entanto há diferenças entre os dois conceitos.

Cr terio pode ser definido como um aspecto da estrutura, do processo ou do resultado a ser utilizado para fins de mensura o, alguns autores usam o termo cr terio como sin nimo de variável. Os cr terios podem ser quantitativos ou qualitativos (Alves, CKA; et al., 2010).

O indicador pode ser definido como uma medida ou fator empiricamente conectado ao cr terio, possibilitando um meio simples e confiável de mensurar o fenômeno, pode ser quantitativo ou qualitativo, sempre representar  uma aproxima o do fenômeno e não o fato em si (Alves, CKA; et al., 2010).

São exemplos de cr terio de estrutura: profissionais de uma unidade básica de saúde; de processo: o teste rápido ter sido ou não realizado durante a primeira consulta de pré-natal; de resultado: a criança ter nascido como sífilis congênita.

Esses fenômenos / critérios podem ser vistos como elementos, componentes, atributos ou características de qualquer processo ou resultado, devem ser definidos com clareza a ponto de podermos dizer com confiança se estão presentes ou ausentes. Segue-se que podemos medi-los ao dizer quantas vezes estão presentes. (Donabedian, 1981).

Dados esses fenômenos (elementos, componentes, atributos ou características), precisamos em seguida de alguma regra geral / norma ou padrão sobre o que constitui um bom nível de qualidade em relação a cada um deles. Um padrão é utilizado para significar uma medida quantitativa, especificada de magnitude ou frequência que, define um nível ruim, aceitável, bom ou ótimo em relação a cada um dos fenômenos / critérios em estudo, todo critério deve ser acompanhado de um padrão (Donabedian, 1981, 2003)

Alguns autores utilizam os termos padrão e parâmetro como sinônimos, padrão pode ser definido como um valor de referência para mensuração de um fenômeno ou objeto, nos estudos de avaliação o valor padrão é considerado como ideal, podendo ou não ser expresso numericamente (Alves, CKA; et al., 2010).

São exemplos de padrão de estrutura: mínimo de 1 médico na unidade básica de saúde para cada 2.000 a 3.500 pessoas; de processo: frequência de realização de teste rápido não inferior a 95% de todas as gestantes; de resultado: não mais de 0,5% de criança nascida como sífilis congênita.

Outro termo usado com frequência no campo da avaliação é a norma, essa pode acrescentar confusão de nomenclatura, pois pode ser compreendida de diversas maneiras, norma pode ser entendida como: 1- uma regra geral para determinar o que é bom – por exemplo, reduzir a mortalidade a um mínimo; 2- uma descrição da prática atual ou resultados atuais, como média, mediana; 3- um padrão baseado em tal prática (DONABEDIAN, 2003). Neste estudo adotaremos norma no sentido de padrão.

O modelo teórico nos fornece suporte para definir os critérios ou indicadores de avaliação da assistência pré-natal. Já os padrões foram definidos de acordo com as normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo através dos diversos documentos reguladores como notas técnicas, portarias, leis, protocolos e manuais.

2 HIPÓTESE

A hipótese desse estudo é de que os desfechos adversos do pré-natal (altas taxas de sífilis congênita) verificadas no município de Osasco podem ser resultantes de problemas na qualidade do cuidado pré-natal oferecido.

Essa hipótese decorre principalmente do fato de que, conforme mostra o **Gráfico 3** em 83,4% dos casos de sífilis congênita ocorridos em 2019 as gestantes acessaram o pré-natal e poderiam ter sido tratadas adequadamente de maneira a evitar a sífilis congênita.

3 JUSTIFICATIVA

Faz-se necessária uma compreensão mais nítida e específica a respeito dos fatores que contribuem com a transmissão vertical da sífilis.

A partir dessa compreensão, será possível propor ações mais assertivas e resolutivas no sentido de melhorar a qualidade do pré-natal. Contribuindo dessa maneira, não só com a eliminação da sífilis congênita, mas com a eliminação de todos os desfechos negativos preveníveis pela assistência pré-natal de qualidade.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVOS GERAIS

Investigar a associação da qualidade do cuidado pré-natal no desfecho da gestação de gestantes com sífilis atendidas no município de Osasco no primeiro semestre de 2019.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever as características da coorte estudada.
2. Elaborar e validar uma Teoria Avaliativa para o Programa de pré-natal ofertado a gestantes com sífilis.
3. Realizar Avaliação da qualidade do cuidado pré-natal ofertado as gestantes com sífilis.

5 METODOLOGIA

Para cumprir os diferentes objetivos foram realizados dois tipos de estudo: estudo epidemiológico descritivo e um estudo avaliativo orientado pela teoria do programa.

Na abordagem epidemiológica foi realizada descrição da coorte do estudo em relação as características de idade, sexo, raça, classe social, assim como descrição espacial geográfica dos casos por meio de técnicas de georreferenciamento e mapas temáticos.

Após a descrição da coorte, elaborou-se a teoria do programa e realizou-se um estudo avaliativo orientado pela Teoria do Programa do pré-natal de gestantes com sífilis.

Uma avaliação baseada em teoria do programa é aquela em que a seleção das características do programa a serem avaliadas é determinada por uma conceituação explícita do programa em termos de uma teoria, uma teoria que busca explicar como o programa produz os efeitos desejados (FITZ-GIBBON, T.C., LYONS MORRIS, 1996).

Segundo Cojocar, 2009 nos estudos de avaliação baseados na teoria do programa o modelo lógico do programa usado na avaliação é visto como um quadro de integração de vários métodos de coleta e interpretação de dados, possibilitando a realização integrada da triangulação metodológica, de fontes e avaliador, de construção das amostras quantitativas ou qualitativas.

Segundo Carvalho e White, 2004 a abordagem de avaliação baseada em teoria documenta os pressupostos implícitos na concepção do programa e aponta para os dados necessários para testar esses pressupostos.

Nesse tipo de estudo a operacionalização dos conceitos que satisfazem o requisito de validade do construto representam um quadro de aquisição de dados e sua interpretação, os avaliadores, recorrendo à teoria do programa, constroem o protocolo a partir do quadro teórico que integra os dados, utilizando suposições teóricas subjacentes a uma intervenção em termos de uma sequência faseada de causas e efeitos (CARVALHO, S., WHITE, 2004).

A avaliação baseada na teoria é uma das direções mais utilizadas na avaliação, esse tipo de estudo tem a capacidade de identificar os elementos do programa e sua coerência, essa direção se mantém como um núcleo de perspectivas de avaliação de programas, incorporando novos direcionamentos teóricos e práticas experimentais ou quase experimentais (COJOCARU, 2009).

A construção da Teoria do Programa que orientou a avaliação foi construída com base na abordagem metodológica da teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory, surgiu em 1960 com GLASER E STRAUSS, é utilizada para investigação de fenômenos recentes que ainda não tem uma teoria que pudesse ajudar a entender esse fenômeno.

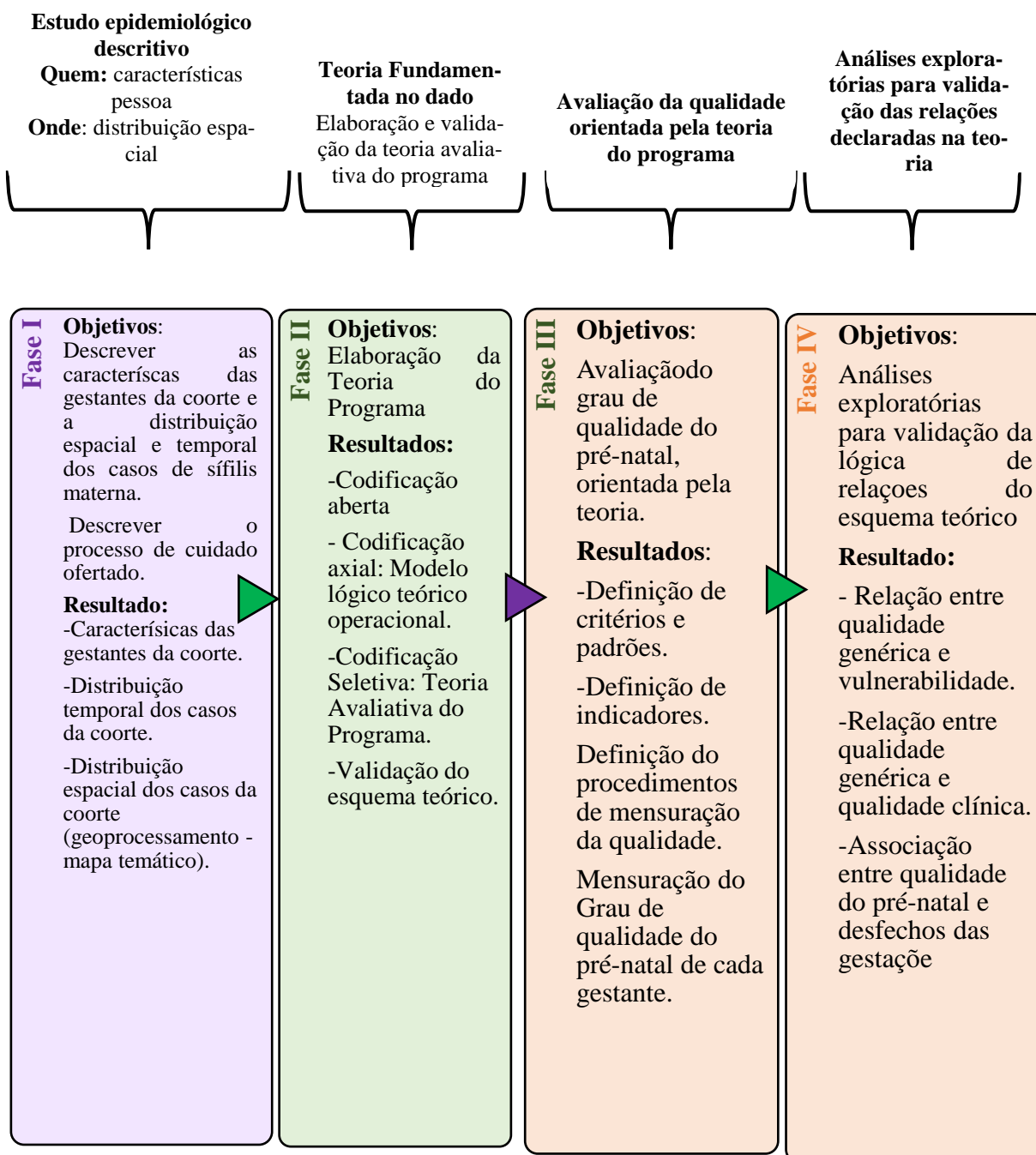
Nessa abordagem a teoria é desenvolvida a partir dos dados coletados, a partir de um problema amplo (sem definição rígida) coleta-se dados e a partir da análise sistemática, interativa e interpretativa se constrói uma teoria.

A forma de codificação de dados proposta pela teoria fundamentada muitas vezes é utilizada como técnica de coleta de dados mesmo em pesquisas que não se embasam totalmente na teoria fundamentada em dados.

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo foi organizado em quatro fases, a figura 5 resume cada uma das fases do estudo.

Figura 14 – Fases do estudo



5.1.1 Fase I do estudo

Essa fase da pesquisa deu-se por meio de estudo epidemiológico descritivo, foram descritas características de:

- Pessoa: idade, renda, escolaridade, raça/cor, vulnerabilidades.
- Cuidado ofertado: Idade gestacional no início do pré-natal, número de consultas realizadas.
- Lugar: distribuição espacial dos casos
 - A unidade de análise desta etapa foi a população de gestantes com sífilis das UDHs (Unidades de Desenvolvimento Humano que correspondem a delimitação geográfica de áreas municipais que reúnem um conjunto de dados comparativos).
 - Geoprocessamento das informações
 - Mapa com distribuição dos casos de sífilis materna
 - Mapa de incidência de casos por UDH
 - Definição da taxa de sífilis materna segundo UDH
 - Mapa resultante da estimação kernel normal

Avaliou-se o risco de desfecho adverso da gestação segundo características das gestantes. Cada variável foi analisada separadamente e em conjunto, usando-se uma variável sintética.

Para avaliação das características das gestantes as variáveis individuais avaliadas foram: renda, escolaridade, raça-cor e exposição a vulnerabilidades.

Em relação as características espaciais, foi realizada distribuição espacial dos 89 casos de sífilis materna do município de Osasco que iniciaram pré-natal na rede pública municipal entre 01/01/2019 e 30/06/2019 e os casos de sífilis materna que não acessaram o pré-natal, mas tiveram o desfecho da gestação no ano de 2019.

A distribuição espacial foi realizada utilizando-se do software para geoprocessamento QGIS versão 3.16.10 ([HTTPS://WWW.QGIS.ORG/](https://www.qgis.org/), 2021).

1. As coordenadas de cada caso foram obtidas por meio do cruzamento do CEP com um banco de dados de coordenadas geográficas (latitude e longitude) fornecido pelo município.

Os dados foram processados no QGIS por meio de três camadas, a camada de ponto dos casos de sífilis materna da coorte desse estudo, a camada de Índice de desenvolvimento social - IVS, a camada de aglomerados subnormais (favelas, assentamentos sociais e ocupações).

O arquivo de *shapefile* das camadas de IVS e aglomerados subnormais foram obtidas no site do IBGE, os dados da camada do IVS são do ano de 2010 e da camada dos aglomerados subnormais do ano de 2019.

O IVS desenvolvido pelo IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2015) destaca diferentes situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade social no território, numa perspectiva que vai além da identificação da pobreza entendida apenas como insuficiência de recursos monetários.

O IVS é um índice sintético que reúne indicadores do bloco de vulnerabilidade social do ADH, os quais, apresentados por meio de cartogramas e estruturados em diferentes dimensões, servem de suporte para a identificação de porções do território onde há a sobreposição daquelas situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade social no território, de modo a orientar gestores públicos municipais, estaduais e federais para o desenho de políticas públicas mais sintonizadas com as carências e necessidades presentes nesses territórios (IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA., 2015-).

O IVS sintetiza dezesseis indicadores estruturados em três dimensões:

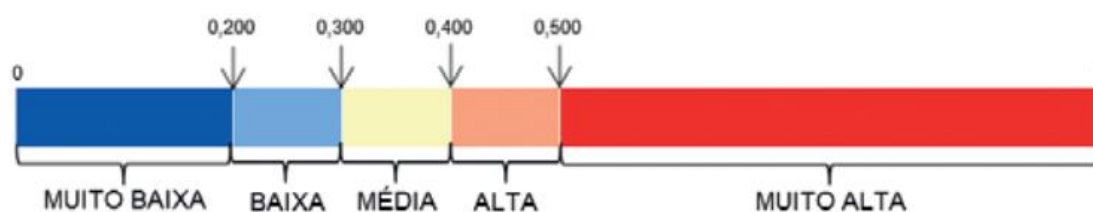
- Infraestrutura urbana
 1. Percentual de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados;
 2. Percentual da população que vive em domicílios urbanos sem serviço de coleta de lixo;
 3. Percentual de pessoas que vivem em domicílios com renda per capita inferior a meio salário-mínimo e que gastam mais de

uma hora até o trabalho no total de pessoas ocupadas, vulneráveis e que retornam diariamente do trabalho.

- Capital humano
 4. Mortalidade até um ano de idade;
 5. Percentual de crianças de 0 a 5 anos que não frequentam a escola;
 6. Percentual de pessoas de 6 a 14 anos que não frequentam a escola;
 7. Percentual de mulheres de 10 a 17 anos de idade que tiveram filhos;
 8. Percentual de mães chefes de família, sem fundamental completo e com pelo menos um filho menor de 15 anos de idade, no total de mães chefes de família;
 9. Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade;
 10. Percentual de crianças que vivem em domicílios em que nenhum dos moradores tem o ensino fundamental completo;
 11. Percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e possuem renda domiciliar per capita igual ou inferior a meio salário-mínimo (2010), na população total dessa faixa etária.
- Renda e trabalho
 12. Proporção de pessoas com renda domiciliar per capita igual ou inferior a meio salário-mínimo (2010);
 13. Taxa de desocupação da população de 18 anos ou mais de idade;
 14. Percentual de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal;
 15. Percentual de pessoas em domicílios com renda per capita inferior a meio salário-mínimo (de 2010) e dependentes de idosos;
 16. Taxa de atividade das pessoas de 10 a 14 anos de idade.

O IVS é o resultado da média aritmética dos subíndices: IVS Infraestrutura Urbana, IVS Capital Humano e IVS Renda e Trabalho, cada um deles entra no cálculo do IVS final com o mesmo peso. O índice varia entre 0 e 1 e quanto mais próximo a 1, maior é a vulnerabilidade social de um município ou de uma área, conforme mostra a **Figura 15**.

Figura 15 - Faixas do IVS – Índice de Vulnerabilidade Social.



Fonte: Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. IPEA, 2015

Áreas que apresentam IVS entre 0 e 0,200, considera-se que possuem muito baixa vulnerabilidade social. Valores entre 0,201 e 0,300 indicam baixa vulnerabilidade social. Aqueles que apresentam IVS entre 0,301 e 0,400 são de média vulnerabilidade social, ao passo que, entre 0,401 e 0,500 são considerados de alta vulnerabilidade social.

Qualquer valor entre 0,501 e 1 indica que a área possui muito alta vulnerabilidade social.

O IVS permite um mapeamento singular da exclusão e da vulnerabilidade social para os municípios brasileiros (conforme malha municipal do Censo demográfico 2010) e para as Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs) das principais regiões metropolitanas (RMs) do país.

Esse estudo analisou a distribuição dos casos de sífilis materna segundo as UDHs e os Aglomerados Subnormais do município de Osasco.

As UDHs - Unidades de Desenvolvimento Humano correspondem a delimitação geográfica de áreas intramunicipais que reúnem um conjunto de dados comparativos, com informações dos censos de 2000 e 2010.

Para essas delimitações de áreas (UDHs), são apresentados os principais indicadores socioeconômicos das áreas de demografia, saúde, educação, habitação, renda,

trabalho e vulnerabilidade social, além do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (MARTINS, CMR; GERMANO, LRRGBN; RANGEL, 2016).

As delimitações de áreas correspondentes as UDHS não correspondem as mesmas delimitações geográficas administrativas de bairros, podendo a delimitação da área de uma UDHS incluir diferentes bairros do município.

As UDHS permitem uma captação mais profunda da diversidade de situações relacionadas com o desenvolvimento humano no interior dos espaços intrametropolitanos e, assim, observar o que não é percebido pelas médias municipais agregadas (MARTINS, CMR; GERMANO, LRRGBN; RANGEL, 2016).

Aglomerado Subnormal é uma forma de ocupação irregular de terrenos de propriedade alheia – públicos ou privados – para fins de habitação em áreas urbanas e, em geral, caracterizados por um padrão urbanístico irregular, carência de serviços públicos essenciais e localização em áreas com restrição à ocupação, tais como: favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, loteamentos irregulares, mocambos e palafitas, entre outros (IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021).

O IBGE por meio do Censo Demográfico vem aprimorando a identificação dos aglomerados subnormais, permitindo assim o mapeamento da distribuição desses aglomerados no país e nas cidades, oferecendo à sociedade um quadro nacional atualizado sobre esta parte das cidades que demandam políticas públicas especiais.

5.1.2 Análise dos dados

Os dados de caracterização da coorte foram descritos por meio de tabelas e gráficos elaborados utilizando-se de recursos do pacote office software Excel versão 365.

O pacote estatístico Epi Info 7.4 (CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2019) foi utilizado na análise dos fatores associados utilizou-se o teste do qui-quadrado corrigido e ou o teste de Fisher Exact.

Os dados referentes a distribuição espacial dos casos foram analisados utilizando-se do software para geoprocessamento QGIS versão 3.16.10 (<https://www.qgis.org/> 2021).

5.1.3 Fase II do estudo

A segunda fase o estudo se concentrou na elaboração e validação da teoria do programa de pré-natal.

A elaboração da teoria foi guiada por duas linhas de abordagens metodológicas: Teoria Fundamentada nos dados ou Grounded Theory (STRAUSS; CORBIN, 2008) e a abordagem de Avaliativa.

Na linha de abordagem avaliativa o estudo contou com a influência de diversos autores, conforme mostra a

Figura 16.

A Teoria Avaliativa do Programa foi elaborada sob a influência das abordagens avaliativas: Teoria Fundamentada nos dados ou (Strauss; Corbin, 2008); avaliação orientada pela Teoria (Chen, 1990 e 2005); Tríade Estrutura-Processo-Resultados (Donabedian, 2003); Análise de Produção (Farand, 2011); Apreciação Normativa (Champagne et al. 2011d).

Figura 16 – Abordagens que influenciaram a construção da Teoria Avaliativa do Programa.



As funções, atividades e operações específicas dos componentes contidos na teoria elaborada, foram baseadas nas diretrizes técnicas do programa e nos conceitos da história natural da doença por descritos Levell e Clark, 1976; nos atributos da atenção primária descritos por Starfield, 2002; na concepção de Determinação Social da Doença descrito por Buss, 2003 e nas micro ferramentas de gestão da clínica descrito por Mendes, 2001 e 2011.

A seguir apresentaremos as etapas percorridas para a construção da teoria avaliativa.

Codificação Aberta

Primeiro foi realizado uma análise aberta não estruturada da literatura que versa sobre o processo de cuidado em saúde, os principais autores analisados foram: Sigerist, 1942; Leavell e Clarck, 1976; Starfield, 2002; Buss, 2003; Mendes, 2011.

Por meio da técnica de “codificação de processos” proposta por STRAUSS; CORBIN, 2008 ao invés de buscar propriedades, observou-se propositalmente ação/interação, sequência e mudança, ou seja, processos.

Na codificação de processos, cada passo ou sequência representa categorias com propriedades e estratégias de ação/interação e resultados próprios. Nesse tipo de codificação o processo constitui a categoria central ou básica em torno da qual todos os outros dados são organizados.

Segundo STRAUSS; CORBIN, 2008, há muitas maneiras diferentes de se fazer codificação aberta, análise linha por linha; análise por frase ou parágrafo; ler atentamente o documento inteiro.

Na codificação aberta, realizou-se uma leitura atenta da literatura buscando identificar nos parágrafos ação/interação “descobrir processos nos dados”, o resultado da codificação aberta foi a identificação de categorias iniciais.

A literatura esclarece que os processos geralmente podem ser divididos em subprocessos, que normalmente são ações/interações também nomeadas como táticas individuais ou táticas estratégicas ou táticas de rotineiras que compõem o ato maior (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Segundo STRAUSS; CORBIN, 2008 as **ações/interações estratégicas** são atos propositais ou deliberados praticados para resolver um problema e, ao fazê-lo, moldar os fenômenos de alguma forma. Rotinas, por sua vez, são ações/interações que tendem a modos mais habituais de responder às ocorrências na vida diária, nas organizações as rotinas assumem a forma de regras, de regulamentações, de políticas e de procedimentos (STRAUSS; CORBIN, 2008), como por exemplo o estabelecimento de um protocolo a ser seguido quando o cuidado pré-natal é demandado.

Após a identificação das categorias ou processos envolvidos no processo de cuidado em saúde, buscou-se examinar as questões da **rotina do programa** de pré-natal, para tanto selecionou-se documentos técnicos norteadores do cuidado pré-natal e da sífilis em gestantes e novamente por meio de leitura atenta buscou-se identificar nesse documento a presença de processos que representavam as categorias iniciais.

Embora os pesquisadores tendam a focar seus estudos na problemática, também é importante examinar questões de rotina, pois elas demonstram as ações/interações (que foram previamente trabalhadas estrategicamente) que tendem a manter a ordem social. ...Estudar rotinização de ação/interação, especialmente nas organizações, e descobrir que condições possibilitam que ela permaneça rotineira em face das contingências (acontecimentos inesperados) pode ser uma contribuição tão importante para o desenvolvimento do conhecimento como é estudar ação/interação inusitada e problemática (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Rossi et al, 2004 destaca que a estratégia de revisão de documentos do programa e revisão da literatura científica estão entre as principais fontes de informação válidas para a elaboração e descrição da teoria de um programa.

Essa segunda fase de leitura atenta dos documentos técnicos do programa de pré-natal identificou oito subcategorias, conforme mostra *Quadro 5*.

A literatura esclarece que uma subcategoria também é uma categoria, porém em vez de representar o fenômeno em si, as subcategorias respondem a questões como, por exemplo, quando, onde, por que, quem, como e com que consequências, dando assim um maior poder explanatório ao conceito (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Quadro 5 - Categorias e Subcategoria da codificação aberta

Categorias iniciais	Subcategorias iniciais	Estratégias de ação interação	Dimensão: atores executantes da ação
Produção do cuidado	Anamnese	Ação essencialmente interpretativa realizada pelos médicos / profissionais de saúde.	Ação exclusiva de profissionais com formação específica na área da saúde (médicos, enfermeiros etc.)
	Diagnóstico	Identificação de doenças ou riscos.	
	Tratamento	Ação para cura ou reduzir de danos de doenças ou riscos diagnosticados.	
	Seguimento	Monitoramento, acompanhamento dos efeitos do tratamento ou da evolução de doenças ou riscos.	
Gestão da clínica	Abordagem parceria sexual	Ações de diagnóstico, tratamento e gerenciamento de caso direcionadas para parceria sexual.	Ação multidisciplinar (gestores, agentes comunitários de saúde, recepcionistas, médicos, enfermeiros, assistentes sociais etc.)
	Acesso	Ações para normatizar e facilitar o atendimento de saúde	
	Gestão da condição	Monitoramento de grupos de pessoas com condições específicas de saúde ou de exposição a riscos.	
	Gestão do caso	Gerenciamento de casos	

Além das categorias também foram identificadas ações/interações estratégicas que foram classificadas e organizadas posteriormente na codificação axial.

Quando as funções de um programa são agrupadas em temas, elas representam a constituição dos elementos da teoria de processo do programa. Para descrever adequadamente a teoria do processo do programa, o avaliador deve identificar cada componente distinto do programa, suas funções e as atividades e operações específicas associados a essas funções (Rossi et al. 2004).

Codificação Axial

Segundo Rossi et al, 2005 um aspecto crítico na teoria dos programas é como os vários resultados esperados e as funções se relacionam entre si. Rossi explica que as vezes as relações envolvem apenas o sequenciamento temporal entre as principais atividades do programa, em outros casos essa relação tem a ver com a coordenação dos processos ou atividades, mas, mais especificamente na teoria da causalidade, também é possível que essas relações impliquem em ligações lógicas ou conceituais.

Para elaborar a teoria de um programa, além de descrever o programa, também é preciso explicitar as relações entre suas atividades e funções. A revisão codificação aberta do programa cumpri o objetivo de descrevê-lo, mas para explicitar essas relações foi necessário também a realização da codificação axial.

STRAUSS; CORBIN, 2008 esclarecem que o objetivo da codificação axial é começar o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação aberta, na codificação axial, as categorias são relacionadas às suas subcategorias para gerar explicações mais precisas e completas sobre o fenômeno.

Nesse estudo as categorias são representadas pelos processos (sequência de ação interação pertencentes a um fenômeno à medida que ele se desenvolve com o tempo). Na codificação de processos cada passo representa categorias com suas próprias propriedades, estratégias de ação/interação e resultados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Logo a codificação axial realizada nesse estudo buscou relacionar os processos e subprocessos que ocorrer no cuidado pré-natal com as estruturas. É justamente nesse ponto que a abordagem metodológica da Teoria Fundamentada se encontra com a abordagem metodológica de avaliação em saúde.

Na medida em que a codificação axial proposta pela Teoria Fundamentada objetiva o relacionamento de categorias, subcategorias e estruturas, o modelo lógico proposto pela Abordagem Metodológica de Avaliação de Programas objetiva o relacionamento de estruturas, processos e necessidades, produtos, público-alvo e resultados.

Essa relação fica ainda mais próxima quando a Teoria Fundamentada se utiliza da codificação de processos, de forma que as categorias também são processos.

Analisar os dados em busca de processos tem certas vantagens. Além de dar vida à teoria um sentido de “vida” ou de movimento, ajuda na integração e na descoberta da variação. Examinar dados para ver como a ação/interação muda no tempo e no espaço e em resposta às forças contingentes obriga um analista a procurar padrões, além disso ao relacionar processos à estrutura, estamos na verdade, conectando categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Tal descrições e explicações dessas “relações” não apenas retratam a teoria do programa, mas também fornecem uma maneira de tornar o programa ou a intervenção suficientemente concreta e específica (Rossi et al. 2004).

Os avaliadores geralmente constroem gráficos ou exibições gráficas para descrever essas relações. Estes podem ser configurados como listas, fluxogramas ou hierarquias, ou em qualquer número de formas criativas projetado para identificar os principais elementos e relacionamentos na teoria de um programa (Rossi et al. 2004).

Como o foco desse estudo é a realização de uma avaliação do programa orientada pela teoria do programa, a codificação axial relacionou as categorias/processos com as estruturas por meio de um **modelo lógico teórico operacional**.

Convém esclarecer que no campo da abordagem metodológica de avaliação o termo estrutura remete a recursos humanos, insumos, financiamento, e outros recursos necessários a realização dos processos. Já no campo da abordagem metodológica da teoria fundamentada, o termo estrutura remete ao contexto no qual uma categoria (fenômeno) está situado (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na integração dessas abordagens está diferença de conceituação foi resolvida na medida em que no modelo lógico teórico também foi inserido a avaliação “Necessida-

des”, as necessidades remetem um pouco o ambiente em que essas gestantes estão inseridas, e ao relacionar processos com necessidades e estruturas, foi possível expressar as o contexto em que as ações ocorrem.

A realização prévia de um estudo epidemiológico que contemplou a descrição das vulnerabilidades e do ambiente em que os casos ocorreram também contribui com a avaliação das necessidades e do contexto.

Assim a codificação axial realizada por meio de um modelo lógico permitiu a integração de processos a estrutura nos dois sentidos do termo.

A combinação de estrutura com processo ajuda os analistas a atingir um pouco da complexidade que faz parte da vida. Processo e estrutura estão intrinsecamente ligados e, a não ser que alguém entenda a natureza de sua relação (um com o outro e também com o fenômeno em questão), é difícil perceber de fato o que está acontecendo. Se alguém estuda somente estrutura, descobre **por que** mas não **como** certos fatos ocorrem. Se estuda apenas processo, entende como pessoas agem/interagem, mas não o porquê. É necessário estudar estrutura e processo para capturar a dinâmica e a natureza evolutiva dos fatos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O Modelo Lógico Teórico Operacional foi elaborado de acordo com a abordagem metodológica proposta por Champagne et al. 2011b e Mclaughlin, J.A. e Jordan, 1999.

Segundo Chen, 2005 os componentes do programa são representados pelo agrupamento conceitual ou administrativo das atividades, nesse estudo os componentes estão representados pelas 8 categorias ou fases do cuidado pré-natal.

O Modelo Lógico Operacional, além de enfatizar os componentes do programa, também representou a relação entre as atividades diárias de cada componente do programa com os seus resultados.

Em consonância com Chen, 2005 e com base na codificação axial, para cada um dos oito componentes ou categorias (acesso, anamnese, diagnóstico, tratamento da gestante, tratamento do parceiro, seguimento, gestão da condição e gestão do caso) do Modelo Lógico Teórico Operacional foram descritos as necessidades, as estruturas, os processos, os produtos e os resultados.

Além de realizar integração entre categorias/processos e estrutura, também é objetivo da codificação axial estudar a lógica das relações entre os fatos e acontecimentos, é preciso classificar e organizar as associações entre categorias e as conexões emergentes.

É útil ter um esquema que possa ser usado para classificar e organizar as conexões emergentes, STRAUSS; CORBIN, 2008 propõem o esquema do **paradigma**, eles definem paradigma como uma perspectiva assumida em relação aos dados.

A perspectiva assumida nesse estudo para a declaração da lógica das relações entre as categorias é que há fatores múltiplos operando em várias combinações e criando o contexto. Por contextos queremos dizer o conjunto de condições que se reúnem para produzir uma situação específica) que aumenta a probabilidade de certos resultados.

Codificação Seletiva

A codificação seletiva realizou a integração entre as categorias propostas pela codificação aberta e relações declaradas na codificação axial.

A codificação seletiva definiu a categoria central da teoria: Processo de Cuidado do Programa de Pré-natal do Sistema Único de Saúde – SUS, essa categoria representa do tema central da pesquisa, todas as outras categorias da pesquisa podem ser agrupadas na categoria central.

A integração foi realizada por meio da técnica: Diagrama integrador. STRAUSS, et al 2008 define diagrama integrador como representações muito abstratas dos dados, não precisam conter todos os conceitos que surgiram durante o processo de pesquisa, mas deve focar naqueles que alcançam o status de categorias importantes.

Após a produção do diagrama integrador a consistência interna da teoria foi revisada e refinada e o esquema teórico foi validado.

Validação da Teoria

Nessa etapa do estudo o foco estava na tarefa de avaliar a solidez da descrição da teoria do programa e do modelo lógico como um plano, essa validação é importante para que se prossiga com a avaliação que se realizará nas etapas seguintes.

Uma abordagem útil para avaliar a teoria ou o modelo lógico do programa, é descobrir a se o modelo é congruente com a experiência prática e com a evidências de pesquisa (ROSSI; LIPSEY; FREEMAN, 2004-).

Como ferramenta analítica foi utilizado a proposta por STRAUSS, et al 2008 pág 99 “técnica de comparação Sistemática de dois ou mais fenômenos” foi realizado a comparação das categorias de processos provenientes do desenho do programa com dados oriundos da experiência de cuidado da coorte. Assim buscou-se entender se havia propriedades ou dimensões nos dados oriundos da experiência prática que haviam sido negligenciados.

A Teoria Fundamentada nos dados reconhece o elemento humano na análise e o potencial para possíveis distorções de significado, por isso orienta a validação das interpretações por meio de comparação constante de uma parte dos dados com outra (STRAUSS; CORBIN, 2008). Por esse motivo, após a codificação axial foi realizado coleta e análise de dados de uma coorte de gestantes com sífilis, isso permitiu a validação por meio de comparação de dados oriundo do processo de cuidado real (coorte de gestantes) com dados oriundos da literatura e dos documentos técnicos. Os resultados dessa comparação estão apresentados em capítulo específico intitulado: Validação da teoria do programa .

Rossi et al, 2004 destaca outra abordagem útil para avaliar a validade da teoria do programa, a demonstração de congruência com evidências de pesquisa em outros lugares.

Nesse estudo foi realizado a comparação dos resultados da avaliação do cuidado pré-natal da coorte com resultados oriundos da literatura, essa comparação está descrita no capítulo intitulado: Validação da Teoria do Programa por meio da comparação dos resultados da avaliação com a literatura.

As declarações das lógicas de relações oriundas da codificação axial também foram validadas por meio de análises exploratórias e os resultados dessas análises estão descrito em um capítulo específico intitulado: Análises Exploratórias para validação da lógica das relações declaradas na codificação axial.

Embora os pesquisadores devam procurar descobrir todas as condições relevantes, eles nunca devem presumir que vão descobrir todas as condições ou que qualquer condição ou conjunto de condições é relevante até que isso seja provado ao associar essas condições ao fenômeno de uma forma explanatória (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Análise de dados

Os dados referentes a descrição do cuidado pré-natal ofertado a coorte do estudo foram analisados por meio de tabelas e gráficos elaborados utilizando-se de recursos do pacote office software Excel versão 365.

Todos os dados oriundos da prática real do cuidado pré-natal ofertado à coorte foram analisados a luz da teoria proposta para o programa.

5.1.4 Fase III do estudo

Nessa fase realizou-se a mensuração da qualidade do pré-natal a partir das etapas descritas abaixo:

- I. Explanação da base conceitual para mensuração da qualidade
 - a. A abordagem utilizada permite uma avaliação sobre o que ocorre “dentro da caixa preta”, ou seja, uma avaliação das interações entre os vários cuidados que compõem a intervenção.
 - b. Toda a abordagem foi orientada pelo Modelo Teórico Operacional.
- II. Definição dos indicadores para avaliação da qualidade
 - a. Os indicadores foram definidos levando em consideração a abordagem metodológica proposta por Donabedina, 2003 e Farand, 2011.
 - b. Foram definidos Três indicadores:
 - i. A disponibilidade: esse indicador representou a conformidade das estruturas disponíveis com as estruturas previstas o modelo lógico teórico.

- ii. Execução competente: esse indicador representou a conformidade dos processos realizados com os cuidados previstos no modelo lógico operacional.
- iii. Produtividade: esse indicador representou o grau de conformidade dos produtos oriundos do cuidado com os produtos previstos no modelo lógico operacional.

III. Definição dos critérios para avaliação da qualidade

- a. Os critérios para avaliação dos três indicadores selecionados foram os oito domínios previstos no modelo lógico operacional (1-acesso; 2-anamnese; 3-diagnostico; 4-tratamento da gestante; 5-tratamento do parceiro; 6-seguimento; 7-gestão da condição; 8-gestões do caso).
- b. Para o indicador de estrutura: os critérios foram as estruturas descritas no modelo lógico teórico operacional para o atendimento das necessidades em cada um dos oito domínios.
- c. Para o indicador de execução competente: os critérios foram os subprocessos descritos em cada domínio do modelo lógico operacional.
- d. Para o indicador de produtividade: os critérios foram os produtos descritos em cada domínio do modelo lógico operacional.

IV. Definição dos padrões para avaliação dos três indicadores

- a. Para o indicador de disponibilidade os padrões definidos fora;
 - i. Disponível: padrão utilizado quando a estrutura prevista no modelo lógico estava disponível na prática real.
 - ii. Indisponível: padrão utilizado quando a estrutura prevista no modelo lógico não estava disponível na prática real.
 - iii. Não se aplica: padrão utilizado quando o caso não necessitava daquela estrutura utilizava-se a classificação “não se aplica” ou “estrutura não necessária”.

- b. Para o indicador de execução competente os padrões definidos foram:
- i. Realizado adequadamente: padrão utilizado quando o subprocesso havia sido executado em conformidade com as previsões do modelo lógico operacional.
 - ii. Não realizado adequadamente: padrão utilizado quando o subprocesso havia sido executado em conformidade com as previsões do modelo lógico operacional.
 - iii. Recursos ausentes: padrão utilizado quando não se podia analisar a conformidade da execução dos subprocessos com a previsão do modelo lógico, pois o subprocesso não poderia ser executado por falta de recurso, nesse caso não houve uma execução incompetente.
 - iv. Sem necessidade: padrão utilizado quando o caso não necessitava do subprocesso avaliado, nesse caso a não execução do processo não se trata de uma inconformidade e sim da não necessidade.
- c. Para o indicador de produtividade os padrões definidos foram:
- i. Serviço produzido ou ofertado: padrão utilizado quando o serviço havia sido produzido ou ofertado em conformidade com as previsões do modelo lógico operacional.
 - ii. Serviço não produzido ou não ofertado: padrão utilizado quando o serviço não havia sido produzido ou ofertado em conformidade com as previsões do modelo lógico operacional.
 - iii. Recursos ausentes: padrão utilizado quando não era possível analisar a conformidade da oferta dos serviços com a previsão do modelo lógico, pois o serviço não poderia ser produzido por falta de recurso, nesse caso a inconformi-

dade está na disponibilidade e não na produtividade, embora a indisponibilidade impacte a produtividade, a causa da inconformidade não está no indicador de produtividade.

- iv. Sem necessidade: padrão utilizado quando o caso não necessitava do serviço avaliado, nesse caso a falta de oferta do serviço não se trata de uma inconformidade e sim da não necessidade

As opções “não se aplica” ou “sem necessidade” foram necessárias porque o modelo é baseado nas ligações entre necessidades, estruturas e processos, quando não há necessidade da estrutura ou da realização do processo e conseqüentemente o processo não é realizado, não assumir que o cuidado não possui conformidade com o modelo, mas sim que o cuidado não foi necessário.

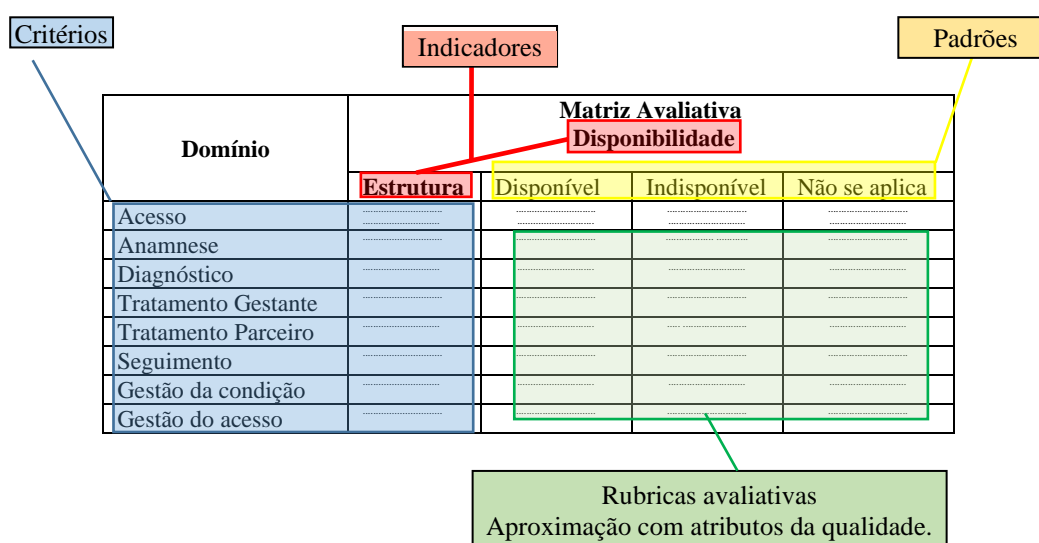
- V. Para cada correspondência entre um critério e um padrão foram elaboradas rubricas avaliativas.
 - a. As rubricas avaliativas permitem uma mensuração mais exata, porque define com exatidão as condições que estão em conformidade com a teoria e o modelo do programa e as condições que não estão em conformidade.
 - b. As rubricas avaliativas também possibilitam que o avaliador insira na avaliação questões relacionadas aos atributos da qualidade, tais como (oportunidade; segurança; cuidado centrado no paciente), exemplo, ao avaliar se o tratamento foi ofertado, a rubrica avaliativa permite informar que o tratamento ofertado para estar em conformidade com o modelo de avaliação deve ser: aplicado oportunamente e corretamente (droga correta, dose correta, e tempo oportuno), veja que a avaliação não é somente sobre a gestante ser tratada ou não tratada, a rubrica permite especificar como, quando, qual, o que.
 - c. As rubricas avaliativas definem com exatidão as condições para que o cuidado seja considerado em conformidade com o modelo de avaliação.

VI. Matrizes avaliativa para os três indicadores

- a. A definição dos indicadores, critérios, padrões e rubricas avaliativas deu origem as matrizes avaliativas para cada um dos três indicadores foram elaboradas.

Os elementos que compõem a Matriz avaliativa dos três indicadores são oriundos do modelo lógico teórico operacional, conforme ilustra a **Figura 17**.

Figura 17 - Organização da matriz avaliativa



VII. Procedimento de mensuração dos indicadores

- a. Para mensuração da disponibilidade, cada rubrica avaliativa dos oito domínios foi avaliada para cada caso da coorte e quando o cuidado estava em conformidade com o modelo recebia a pontuação “1”, quando não havia conformidade recebia pontuação “zero”.
- b. Para mensuração da execução competente, cada rubrica avaliativa dos oito domínios foi avaliada para cada caso da coorte e quando o cuidado estava em conformidade com o modelo recebia a pontuação “1”, quando não havia conformidade recebia pontuação “zero”.

- c. Para mensuração da produtividade, cada rubrica avaliativa dos oito domínios foi avaliada para cada caso da coorte e quando o cuidado estava em conformidade com o modelo recebia a pontuação “1”, quando não havia conformidade recebia pontuação “zero”.

Todos os procedimentos de mensuração foram realizados automaticamente por meio de programação de algoritmos em ambiente computacional, a descrição completa dos procedimentos de mensuração consta nos resultados desse estudo.

O modelo de avaliação fundamentou todo o processo de mensuração da qualidade, de modo que as condições testadas foram as condições previstas no modelo lógico operacional.

Os procedimentos de mensuração foram realizados no software do Excel 365 a partir da aplicação de conceitos de lógica. Uma planilha foi elaborada e programada para avaliar automaticamente as condições a serem testadas.

Por meio das funções lógicas do software Excel verificou-se a satisfação de uma ou mais condições delimitadas pelas rubricas avaliativas retornando o valor de “1” para condições satisfeitas e “0” para condições não satisfeitas.

- VIII. Avaliação da qualidade clínica e genérica do pré-natal ofertado para cada gestante.
 - a. A qualidade clínica e genérica foi mensurada a partir da análise dos três indicadores descritos acima.
 - b. Os resultados desse estudo descrevem detalhadamente os procedimentos de mensuração.
- IX. Definição dos procedimentos de mensuração da qualidade
 - a. Mensuração do Grau de Qualidade Clínica
 - i. 1º - O Grau de Qualidade Clínica de cada caso da corte: foi calculada por meio da soma da pontuação dos indicadores de “disponibilidade”, “execução competente” e “produtividade” dos domínios (anamnese, diagnóstico, tratamento da

gestante, tratamento do parceiro e seguimento) dividido por 3. O valor da continuidade corresponde ao Grau de qualidade clínica.

ii. O Grau de Qualidade Clínica de todos os casos da corte: foi calculada por meio da:

1. 1º passo: soma da “disponibilidade” dos domínios (anamnese, diagnóstico, tratamento da gestante, tratamento do parceiro e seguimento) de todos os casos da coorte dividido pelo número de casos avaliados.
2. 2º passo: soma da “execução competente” dos domínios (anamnese, diagnóstico, tratamento da gestante, tratamento do parceiro e seguimento) de todos os casos da coorte dividido pelo número de casos avaliados.
3. 3º passo: soma da “produtividade” dos domínios (anamnese, diagnóstico, tratamento da gestante, tratamento do parceiro e seguimento) de todos os casos da coorte, dividido pelo número de casos avaliados.
4. 4º passo: soma dos resultados do 1º, 2º e 3º passo dividido por três.

b. Mensuração do Grau de Qualidade Genérica

i. O Grau de Qualidade Genérica para cada caso da coorte: foi calculada por meio da soma da pontuação dos indicadores de “execução competente” e da “produtividade” dos domínios (acesso, gestão da condição e gestão do caso) dividido por 2.

ii. O Grau de Qualidade genérica de todos os casos da corte: foi calculada por meio da:

1. 1º passo: soma da “execução competente” dos domínios (acesso, gestão da condição e gestão do caso) de todos os casos da coorte dividido pelo número de casos avaliados.
2. 2º passo: soma da “produtividade” dos domínios (acesso, gestão da condição e gestão do caso) de todos os casos da coorte, dividido pelo número de casos avaliados.
3. 3º passo: soma dos resultados do 1º e 2º passo dividido por dois.

X. Avaliação consolidada do grau de qualidade do pré-natal

Análise dos dados

Os dados foram consolidados e analisados por meio de tabelas elaboradas utilizando-se de recursos do pacote office software Excel versão 365.

5.1.5 Fase IV do estudo

A fase IV realizou análises exploratórias para validação da lógica de relações entre as categorias.

Correlação entre grau de qualidade genérica e vulnerabilidades

Foi realizada análise de associação bivariada estratificada para verificar as interações entre as covariáveis e a variável preditora da cadeia de causalidade, ou seja o grau de qualidade clínica do pré-natal.

Para possibilitar a avaliação de associação bivariada as variáveis contínuas foram categorizadas em variáveis dicotômicas.

As variáveis contínuas “Qualidade genérica do pré-natal” e “Qualidade clínica do pré-natal” foram categorizada em variáveis dicotômicas com dois valores: $<0,6$ e $\geq 0,6$

Valores menores que 0,6 indicam que os processos e produtos do cuidado pré-natal estão com adequação igual ou menor que 59%. Enquanto valores iguais ou maiores a 0,6 indicam que os processos e produtos do cuidado pré-natal estão com adequação maior ou igual a 60%.

A partir da interação entre as covariáveis foram definidas quatro variáveis de efeito da interação entre vulnerabilidade e qualidade genérica, o **Quadro 6** ~~Erro! Fonte de referência não encontrada.~~ resume essas variáveis.

Quadro 6 - Variáveis resultantes do efeito entre as covariáveis.

		Qualidade genérica (gestão da clínica) $\geq 0,6$	
		Sim	Não
Presença de vulnerabilidade	Sim	Efeito sinérgico da interação	Efeito antagônito da interação
	Não	Sem interação Efeito sinérgico da qualidade genérica	Sem interação Efeito neutro da qualidade genérica

Analisou-se o efeito de cada uma das quatro variáveis em relação a qualidade clínica do pré-natal.

Análise dos dados

O pacote estatístico Epi Info 7.4 (CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2019) foi utilizado na análise de associação dos dados. A análise dos fatores associados foi realizada usando-se o teste do qui-quadrado corrigido e ou o teste de Fisher Exact.

Correlação entre grau de qualidade genérica e grau de qualidade clínica

Para analisar o efeito da qualidade genérica do pré-natal em relação a qualidade clínica foi realizado um regressão linear simples, visto que as duas variáveis eram contínuas.

A análise de dados

Para analisar os dados dessa regressão utilizou-se o software Real Statistics Resource Pack (versão 7.6). Copyright (2013 – 2021), pacote de recursos estatístico para o excel (WWW REAL STATISTICS; ZAIONTZ, [s. d.]).

Correlação entre grau de qualidade clínica e desfecho da gestação

Para analisar a inferência da qualidade clínica do pré-natal em relação ao desfecho da gestação foi realizado uma regressão logística.

Análise de dados

Para analisar os dados das regressões utilizou-se o software Real Statistics Resource Pack (versão 7.6). Copyright (2013 – 2021), pacote de recursos estatístico para o excel (www Real Statistics; Zaiontz).

5.2 LOCAL DA PESQUISA

A população da pesquisa foi constituída por gestantes residentes no município de Osasco, localizado na região metropolitana do estado de São Paulo.

O município tem 697.000 mil habitantes, 7ª maior população do Estado de São Paulo, alcançou o 6º maior PIB entre os municípios brasileiros e o 2º PIB do Estado de São Paulo no ano de 2018.

A rede de assistência ao pré-natal do município de Osasco é composta por 35 Unidades Básicas de Saúde, todas administradas diretamente pela gestão municipal e um ambulatório de referência para pré-natal de alto risco, também de gestão municipal.

5.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA

A seleção da população do estudo se baseou nas técnicas metodológicas de Método Traçador e Evento Sentinela. Esse método permitiu utilizar como critério de seleção apenas pré-natais de gestantes com sífilis (casos traçadores) e casos de sífilis congênita (casos sentinelas).

Assim foi definido como população do estudo:

- ✓ O conjunto de todos os casos de pré-natais de gestantes com sífilis independentemente do desfecho.
 - Todos os casos de sífilis na gestação com desfecho de nascimento de criança saudável
 - Todos os casos de sífilis na gestação com desfecho de nascimento com sífilis congênita
 - Todos os casos de sífilis na gestação com desfecho de abortos, mortalidade fetal ou infantil relacionados a sífilis

Definição da coorte

A coorte da pesquisa foi formada com base nas informações dos bancos de dados oriundos dos sistemas de informação SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), SINASC (Sistema de informação de Nascidos Vivos) e SIM (Sistema de Informação de Mortalidade).

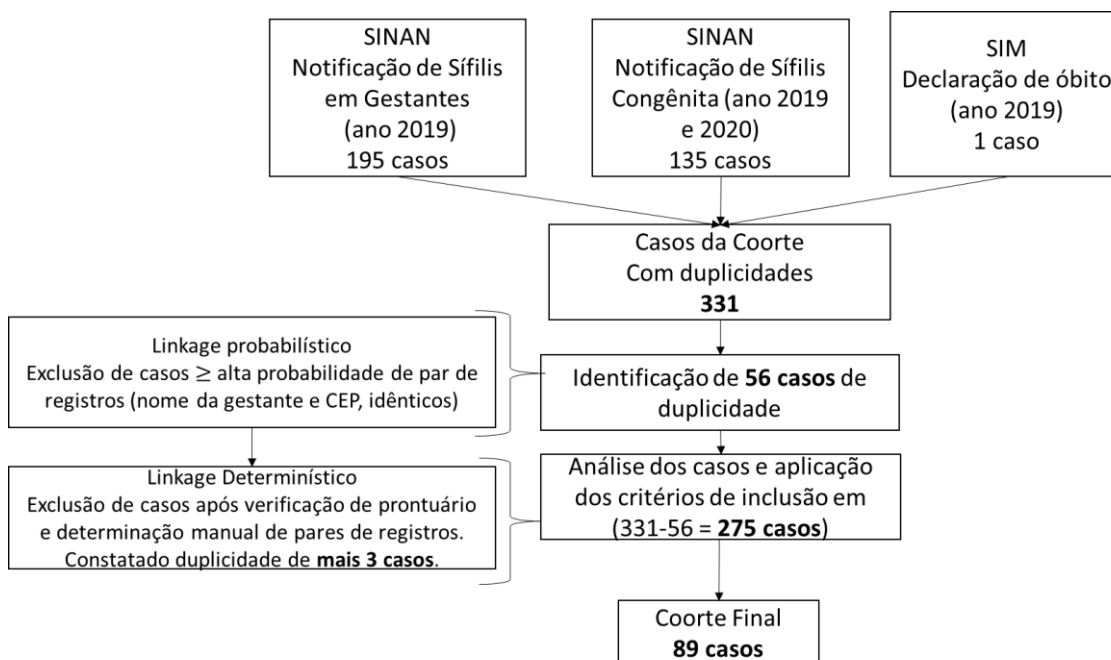
Considerando que há subnotificações, o caso foi selecionado independentemente da fonte que originou a informação (SINAN, SINASC, SIM), p. ex., é possível que tenhamos casos de óbito fetal associado a sífilis materna cujo a gestante não tenha sido notificada no SINAN para sífilis na gestação. Também há casos de sífilis congênita sem notificação de sífilis na gestação.

Para viabilizar todos os sistemas como fonte de informação e evitar duplicidade foi realizado linkage, técnica de relacionamento entre banco de dados e fusão de

registros entre diferentes bases de dados. Essa técnica baseia-se na “ligação” dos bancos de dados obtidos a partir das informações existentes nos sistemas em que se deseja realizar a ligação ou linkage. O emprego da “linkage” pressupõe a existência de informações registradas em documentos padronizados e individualizados, de modo a permitir, através de variáveis comuns nos sistemas, a identificação do mesmo indivíduo nos dois ou mais bancos (ALMEIDA, MF; JORGE, 1996; CAMARGO JR. *et al.*, 2015).

Conforme mostra a **Figura 18**, a primeira etapa do linkage foi realizada pelo método probabilístico (probabilistic record linkage). Este método baseia-se na utilização conjunta de campos comuns presentes em ambos os bancos de dados (ex. nome, data de nascimento, nome da mãe, endereço, número do cartão SUS), com o objetivo de identificar o quanto é provável que um par de registros em diferentes bancos de dados se refira a um mesmo indivíduo (CAMARGO JR. *et al.*, 2015).

Figura 18 - Definição da coorte



O software Excel foi utilizado para os procedimentos de relacionamento dos bancos de dados “linkage”, foi utilizada a fórmula “ProcV” para relacionar as variáveis dos dois bancos. Após a aplicação do método probabilístico foi realizada a conferência de cada caso manualmente (linkage determinístico) e como fonte complementar de dados foram utilizados os prontuários dos pacientes.

Critérios de inclusão de casos na coorte

Gestantes com sífilis que:

- Iniciaram o pré-natal (1º consulta de pré-natal) na rede municipal de saúde de Osasco no primeiro semestre de 2019 (01/01/2019 a 31/06/2019).

Ou

- Gestantes com sífilis que não tenham tido acesso ao pré-natal e cujo desfecho da gestação (parto ou aborto a partir do 2º trimestre) tenha ocorrido no ano de 2019 (01/01/2019 até 31/12/2019).

Critérios de exclusão de casos na coorte

Gestantes com sífilis que:

- Iniciaram o pré-natal (1º consulta de pré-natal) na rede municipal de saúde de Osasco antes ou após o primeiro semestre de 2019 (01/01/2019 a 31/06/2019).

Ou

- Gestantes que tenham realizado o pré-natal na rede privada ou na rede pública de outro município **sem nenhuma** passagem durante o período de pré-natal pela rede pública municipal de Osasco.

Ou

- Gestantes com sífilis que não tenham tido acesso ao pré-natal cujo desfecho da gestação (parto ou aborto) tenha ocorrido antes ou após o ano de 2019 (01/01/2019 até 31/12/2019).

Ou

- Gestantes com sífilis que não tenham tido acesso ao pré-natal cujo desfecho da gestação tenha sido aborto no primeiro trimestre ocorrido no ano de 2019 (01/01/2019 até 31/12/2019).

Para obtenção da coorte foi realizada análise das informações do sistema SINAN (Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação), foram incluídas na análise todas as notificações de sífilis em gestante recebidas pela vigilância epidemiológica de Osasco no ano de 2019 assim como as notificações de sífilis congênita dos anos de 2019 e 2020. Para sífilis congênita o ano de 2020 foi incluído devido ao fato de muitos casos com pré-natal iniciados em 2019 terem seus desfechos finais (nascimento do recém-nascido) em 2020.

Também foi analisado o banco de dados do sistema de informações SIM (Sistema de Informações sobre mortalidade), foram incluídas na análise todas as declarações de óbitos ocorridos no ano de 2019 e 2020 com menção do CIDs A502 a A509 – sífilis congênita.

As notificações de sífilis em gestante somaram **195 casos** no ano de 2019

As notificações de sífilis congênita somaram **135 casos** notificados em 2019 e 2020.

Entre os casos com registro de óbito fetal ou infantil encontramos no SIM, **1 caso** registrado no ano de 2019 que ainda não constava nas notificações de sífilis congênita.

O relacionamento de base de dados (linkage probabilístico) entre as notificações de sífilis em gestante e sífilis congênita, resultou em **56 casos** incomuns para sífilis gestante e sífilis congênita, as duplicidades foram excluídas.

Posteriormente verificou-se em prontuário eletrônico todos os casos que iniciaram pré-natal no 1º semestre do ano de 2019 e estes foram incluídos na coorte, também foram incluídos na coorte os casos em que as gestantes não acessaram o pré-natal e o desfecho da gestação (parto ou aborto após o 1º trimestre) ocorreu no ano de 2019.

No total de 275 casos analisados, 89 casos foram incluídos no estudo e 186 casos excluídos, os motivos de exclusão dos casos segue especificados na tabela abaixo.

Tabela 1 - Especificações dos motivos de inclusão e exclusão dos casos na coorte.

Crítérios de inclusão e exclusão	Casos
Incluídos - PN com 1º consulta no 1º semestre de 2019	80
Incluídos - Sem acesso ao PN, parto ou aborto ocorridos no ano de 2019.	9
Excluídos - PN com 1º consulta no 2º semestre 2019	100
Excluído - PN com 1º consulta em 2018	34
Excluído - PN realizado na rede privada	11
Excluir - PN com 1º consulta em 2020	11
Excluído - Aborto 1º trimestre - sem tempo hábil para PN	4
Excluído - Residentes de outro município	9
Excluído - PN com 1º consulta em 2017	5
Excluído - Duplicidade	3
Excluído - sem acesso ao PN - aborto ou parto em 2020	8
Excluído - 2ºGemelar	1
Total	275

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi orientada por dois instrumentos, ambos foram construídos com base no referencial teórico, modelo lógico teórico operacional proposto para este estudo.

O primeiro instrumento é um roteiro de coleta de dados (disponível no anexo 1) constituído majoritariamente por questões abertas, objetivou a coleta de detalhes de todas as consultas da gestante, fornecendo assim toda a cronologia de cada caso. Esse instrumento era utilizado em um primeiro momento, familiarizando o coletador com o caso, a partir dos dados coletados com esse roteiro era preenchido um segundo instrumento.

O segundo instrumento é constituído majoritariamente por questões fechadas (disponível no anexo 2) e embasou a construção do banco de dados.

Em um primeiro momento, o segundo instrumento de coleta de dados foi disponibilizado para preenchimento na ferramenta FormSus - Versão 3.0 (serviço do DATASUS para a criação de formulários na WEB), assim o roteiro ficou disponível no formato de formulário eletrônico, permitindo a coleta de forma inteligente, dependendo da resposta o pesquisador já era direcionado para perguntas específicas, não sendo necessário passar por todas as perguntas do formulário, outra vantagem do roteiro em formato eletrônico é que ao final da coleta de cada caso as informações já ficavam registradas no banco de dados.

Porém no meio do estudo a Ferramenta FormSUS foi descontinuada pelo Ministério da Saúde e a finalização da digitação dos dados ocorreu por meio do software Excel.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se as diversas fontes de informações disponíveis:

- Prontuário eletrônico municipal das gestantes, dos recém-nascidos e dos parceiros sexuais das gestantes;
- Módulo municipal dos sistemas de informação:
 - SINASC (Sistema de Informação de Nascido Vivo),
 - SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e
 - SIM (Sistema de informação de mortalidade),
- Relatórios epidemiológicos municipais de investigação de sífilis congênita, esses relatórios contém informações sobre o cuidado pré-natal das gestantes e sobre as condições de saúde do recém-nascido;
- Documentos institucionais disponíveis na divisão de vigilância epidemiológica, documentos eletrônicos como e-mails,
- Documentos do programa municipal IST/Aids, listas de profissionais capacitados para realização de testes rápidos.

Todos os documentos adicionais estavam disponíveis no momento da coleta de dados e foram utilizados para complementação das informações contidas no prontuário das gestantes.

A coleta de dados foi realizada na Divisão de Vigilância Epidemiológica do município, além da pesquisadora desse estudo mais seis profissionais do departamento de vigilância epidemiológica participaram da coleta de dados, todos os profissionais tinham experiência prévia com revisão de prontuários e receberam treinamento específico para a coleta de dados desse estudo.

Para controle do viés de mensuração de validade da medição, 07 casos foram coletados em duplicidade por diferentes profissionais, a mensuração do grau de qualidade do pré-natal entre as duas coletas de um mesmo caso, coletado por diferentes

profissionais, não mostrou diferenças maiores que 0,05 no grau de qualidade, as diferenças observadas variaram entre 0,01 e 0,045, ressalta-se que o grau de qualidade convencionado para esse estudo é uma medida que varia entre 0 e 1.

Caso	Coletador 1	Coletador 2
CG 1	E	DO
CG 3	E	DO
CG 8	E	DO
CG 12	E	DO
C 169	DA	I
C173/174 (gemelar)	I	DO
G 51	L	DA

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde CEPIS – SP por meio do parecer 3.709.324 emitido em 18/11/2019.

Foi garantido o sigilo de todas as informações pessoais da população de gestantes e profissionais que fizeram parte da coorte do estudo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos próximos capítulos serão apresentados resultados e discussão das etapas do estudo.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA COORTE ESTUDADA

A coorte foi composta por 89 gestantes com sífilis que iniciaram pré-natal entre 01/01/2019 e 30/06/2019 de 2019, e gestantes com sífilis que não acessaram o pré-natal e tiveram parto ou aborto durante o ano de 2019.

Dos 89 casos, 9 não tiveram nenhuma consulta de pré-natal, os outros 80 casos tiveram acesso a pelo menos 1 consulta de pré-natal.

Em relação a idade gestacional de início de pré-natal, conforme mostra a **Tabela 2**, 65% das gestantes iniciaram o pré-natal em tempo oportuno (até 16 semanas de gestação) segundo critério do PHPN – Programa de Humanização do Parto de Nascimento do Ministério da Saúde.

Tabela 2 - Idade gestacional na data de primeira consulta de pré-natal

Idade gestacional de início de pré-natal	Gestantes	
	N	%
Menos que 12 semanas de gestação	42	47%
Entre 13 e 16 semanas de gestação	16	18%
Entre 17 e 20 semanas de gestação	7	8%
Entre 21 e 24 semanas de gestação	6	7%
Entre 25 e 28 semanas de gestação	6	7%
Entre 29 e 32 semanas de gestação	2	2%
Entre 33 e 36 semanas de gestação	1	1%
Sem acesso ao PN	9	10%
Total	89	100%

A **Tabela 3** mostra que o cuidado pré-natal não está adequado as recomendações do PHPN, observa-se que 51% das gestantes realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal e 37% realizaram consulta de puerpério.

Tabela 3 -Adequação do acompanhamento de pré-natal segundo critérios do PHPN -Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde.

Adequação do acompanhamento pré-natal	Sim	Não	Total	% adequação
Primeira consulta até 16 semanas	58	31	89	65%
Uma ou mais consultas no 1º trimestre	46	43	89	52%
Duas ou mais consultas no 2º Trimestre	54	35	89	61%
Três ou mais consultas no 3º trimestre	40	49	89	45%
Seis ou mais de consultas de pré-natal	45	44	89	51%
Uma consulta de consulta de puerpério	33	56	89	37%

A **Tabela 4** apresenta a distribuição dos casos segundo raça/cor, a cor parda foi predominante na corte, seguida da cor branca e da cor preta.

Tabela 4 - Distribuição dos casos segundo raça /cor.

Raça e cor	N	%
Branca	33	37,08%
Parda	46	51,69%
Preta	10	11,24%
Total Geral	89	100%

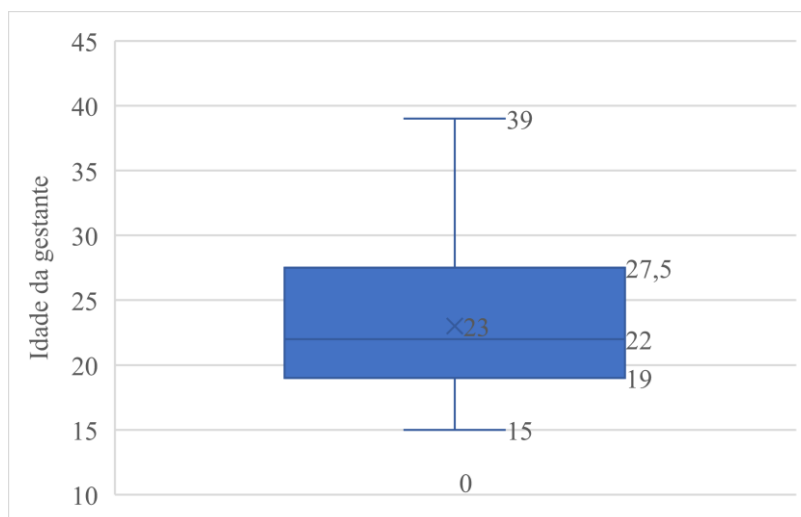
A maioria das gestantes (61%) não completaram o ensino médio, apenas 2% cursaram o ensino superior, conforme mostra a **Tabela 5**.

Tabela 5 - Escolaridade das gestantes que compuseram a coorte do estudo.

Escolaridade	Gestantes	
	N	%
Analfabeta	2	2%
Ensino fundamental I (1º a 5º série)	13	15%
Ensino fundamental II (6º ao 9º ano)	39	44%
Ensino médio	33	37%
Ensino superior	2	2%
Total	89	100%

Em relação à idade, conforme mostra o **Gráfico 6**, a maioria das gestantes tinham entre 19 e 28 anos, sendo que a média de idades foi 23 anos, a mediana 22 anos, o limite inferior e superior foram 15 e 39 anos respectivamente.

Gráfico 6 - Distribuição das gestantes segundo idade.



A **Tabela 6** mostra que, considerando a faixa etária definida pela OMS para adolescentes (10 a 19 anos), 1/3 das gestantes (33%) eram adolescentes, se consideramos a idade definida pelo ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente (12 a 17 anos) a percentagem de adolescentes cai para 16%.

Tabela 6 - Distribuição dos casos segundo faixa etária.

Faixa etária	N	%
15 a 17 anos	14	16%
18 a 19 anos	15	17%
20 a 24 anos	28	31%
25 a 29 anos	14	16%
30 a 34 anos	12	13%
35 a 39 anos	6	7%
Total	89	100%

Uma característica importante da coorte foi a alta ocorrência de exposição a vulnerabilidades, 87% das gestantes foram expostas a algum tipo de vulnerabilidade, a **Tabela 7** descreve os detalhes das ocorrências.

Tabela 7 - Ocorrência de exposição a vulnerabilidade nas gestantes da coorte.

Exposição das gestantes a vulnerabilidades	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Presença de qualquer vulnerabilidade	78	87,6%	11	12,4%	89	100,0%
Baixa renda	50	56,2%	39	43,8%	89	100,0%
Baixa escolaridade	53	59,6%	36	40,4%	89	100,0%
Adolescente (10 a 19 anos - OMS)	29	32,6%	60	67,4%	89	100,0%
Uso de entorpecentes	17	19,1%	72	80,9%	89	100,0%
Situação afetiva conflituosa	15	16,9%	74	83,1%	89	100,0%
Adolescente (12 a 17 anos - ECA)	14	15,7%	75	84,3%	89	100,0%
Descrédito com pré-natal ou não adesão	11	12,4%	78	87,6%	89	100,0%
Exposição à violência	9	10,1%	80	89,9%	89	100,0%
Parceiro em reclusão	5	5,6%	84	94,4%	89	100,0%
Desconhece pai da criança	3	3,4%	86	96,6%	89	100,0%
Imigrante	2	2,2%	87	97,8%	89	100,0%

Frequentemente as gestantes estavam expostas a mais de um tipo de vulnerabilidade, conforme descrito na **Tabela 8**, a maioria das gestantes (70%) foram expostas a pelo menos dois tipos diferentes de vulnerabilidades, algumas gestantes (4%) foram expostas cinco tipos de vulnerabilidades, 10% das gestantes foram expostas a quatro tipos diferentes de vulnerabilidades.

Tabela 8 - Grau de exposição as gestantes a vulnerabilidades de diferentes tipos.

Quantidade de tipos de vulnerabilidades das gestantes	N	%
Nenhuma exposição	11	12%
Exposição a um tipo de vulnerabilidade	16	18%
Exposição a dois tipos de vulnerabilidades	25	28%
Exposição a três tipos de vulnerabilidades	24	27%
Exposição a quatro tipos de vulnerabilidades	9	10%
Exposição a cinco tipos de vulnerabilidades	4	4%
Total	89	100%

A **Tabela 9** mostra que das 89 gestantes incluídas na coorte, 38% tiveram desfechos positivos das gestações, 58% tiveram desfechos adversos e em 3% dos casos não foi possível determinar o desfecho em decorrência da falta de informações no prontuário sobre o parto e a criança.

Tabela 9 - Desfechos das gestações

Desfechos das gestações	Positivo		Adverso		Indeterminado		Total
	N	%	N	%	N	%	
Aborto			4	4%			4
Indeterminado					3	3%	3
Nascimento de criança com Sífilis Congênita			41	46%			41
Nascimento de criança saudável	34	38%					34
Natimorto (óbito fetal)			2	2%			2
Neuro sífilis			5	6%			5
Total	34	38%	52	58%	3	3%	89

Os desfechos adversos se subdividem em natimorto (2%), aborto (4%), neuro sífilis (6%) e sífilis congênita (46%) em relação ao total de casos.

A tabela 10 mostra o risco de desfecho adverso da gestação segundo características das gestantes.

Em relação à renda, todas as gestantes que estavam cadastradas como beneficiárias do Programa Bolsa Família foram classificadas no grupo de baixa renda, as informações sobre a participação no programa bolsa família estavam disponíveis no pron-tuário eletrônico e em banco de dados da secretaria municipal de saúde.

Para ser beneficiário do programa as famílias precisam estar em situação de extrema pobreza, ter renda per capita de no máximo R\$ 89,00 mensais; ou renda entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 mensais, desde que a família tenha crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos (Secretaria Especial de Desenvolvimento Social, Ministério da Cidadania, 2021).

O benefício básico pago as famílias é R\$ 89,00 mensais, há também um benefício variável de R\$ 41,00. Gestantes tem direito a 9 parcelas do benefício variável (Secretaria Especial de Desenvolvimento Social, Ministério da Cidadania, 2021).

Não há informações sobre a variável renda para as gestantes da coorte que não estavam cadastradas no programa bolsa família, para efeitos dessa avaliação assumiu-se que a renda das gestantes não cadastradas era maior do que a renda das beneficiárias do programa, dessa forma os resultados não podem ser generalizados para gestantes não beneficiárias do bolsa família (viés de amostragem), vale ressaltar que esse viés pode afetar a medida de ocorrência, mas não afeta necessariamente a medida de efeito.

Os resultados de associação indicam que beneficiárias do Bolsa Família tem um risco 27% maior de ter um desfecho gestacional adverso do que gestantes não beneficiárias do programa, conforme mostra a tabela 10.

Tabela 10 - Risco de desfecho da gestação adverso segundo características das gestantes.

Características das gestantes	N	Risco relativo p/ Sífilis con- gênita	Inferior	Superior	Diferença Risco	Inferior	Superior	p
Renda: Beneficiárias do bolsa família								
Sim	50	1,62	1,0815	2,4266	27,5556	7,1013	48,0098	0,0185283466*
Não	36							
Escolaridade: até fundamental II								
Sim	53	1,2819	0,8738	1,8805	14,5226	-6,7689	35,8141	0,095976687**
Não	33							
Raça / cor: Parda ou negra								
Sim	54	1,0292	0,7203	1,4707	1,7361	-19,6798	23,1521	0,439732319**
Não	32							
Exposição a vulnerabilidades								
Sim	76	2,1491	0,8218	5,6205	34,4737	4,1007	64,8466	0,0243945348**
Não	10							

*p < 0,05 - Teste x² corrigido

**p < 0,05 - Teste Fisher Exact

Em relação à escolaridade os resultados não apresentaram significância estatística em relação a gestantes que cursaram até o ensino fundamental II e gestantes que cursaram o ensino médio ou ensino superior.

Em relação a variável raça cor, os resultados não foram significantes estatisticamente, não sendo possível afirmar, nesse estudo, diferença de risco em decorrência da variação dessa variável.

Observou-se um risco 34% maior de desfechos adversos em gestantes expostas a qualquer vulnerabilidade em relação as não expostas.

Também se avaliou os riscos de desfechos adversos decorrentes da variação dos indicadores de qualidade do pré-natal definidos pelo PHPN, conforme mostra a tabela 11.

Diferentemente das variáveis de características das gestantes, todas as variáveis de indicadores de qualidade do pré-natal apresentaram significância estatística.

Gestantes que não realizam pelo menos 6 consultas de pré-natal tem risco 40% maior para desfecho adverso em relação as gestantes que realizam 6 ou mais consultas.

A idade gestacional na data de primeira consulta de pré-natal foi a variável de segundo maior risco, gestantes que iniciam o pré-natal após 16 semanas tiveram risco 30% maior para desfechos adversos em relação às gestantes que iniciam pré-natal até 16 semanas de gestação.

A inadequação na quantidade de consultas realizadas em cada trimestre também implica em risco de desfechos adversos em relação às gestantes que realizam a quantidade de consultas adequadas em cada trimestre gestacional, sendo um risco de 33% para gestantes que não realizam 3 ou mais consultas no 3º trimestre, de 26% para gestantes que não realizam 2 ou mais consultas no 2º trimestre e 24% para gestantes que não realizam nenhuma consulta no 1º trimestre.

Tabela 11 - Risco de desfecho da gestação adverso segundo indicadores de qualidade do pré-natal do PHPN.

Indicadores do pré-natal	N	Risco relativo p/ Sífilis con- gênita	IC		Diferença Risco	IC		p
			Inferior	Superior		Inferior	Superior	
IG na 1º consulta de PN maior que 16 semanas								
Sim	31	1,64	1,933	2,2615	31,5543	12,3712	50,7373	0,0081947908*
Não	55							
Consultas por trimestre de gestação								
Nenhuma consultas no 1º trimestre								
Sim	41	1,4967	1,053	2,1272	24,2818	4,3506	44,2131	0,011914314**
Não	45							
Menos que duas consultas no 2º trimestre								
Sim	34	1,5294	1,100	2,1265	26,4706	6,7731	46,1681	0,00762385**
Não	52							
Menos que três consultas no 3º trimestre								
Sim	46	1,7903	1,2058	2,658	33,587	13,9236	53,2503	0,003112268*
Não	40							
Total de consultas								
Menos que seis consultas								
Sim	42	1,9788	1,3475	2,9059	40,0433	1,2791	58,8075	0,003112268*
Não	44							
Nenhuma consulta de puerpério								
Sim	53	1,4009	0,9415	2,0845	19,4397	-1,7425	40,6218	0,0403963616**
Não	33							

*p < 0,05 – Teste X² corrigido

**p < 0,05 – Teste Fisher Exact

6.1.1 Discussão: Caracterização da coorte estuda

A descrição da ocorrência de eventos relacionados com a saúde da população objetiva o conhecimento de padrões gerais no comportamento de doenças e a identificação de subgrupos populacionais mais vulneráveis. Para essa tarefa esse estudo lançou mão da estratégia analítica da epidemiologia descritiva que tem como principais eixos a distribuição temporal, espacial e por características pessoais.

A caracterização da população mostra que a população de gestantes acometidas pela sífilis são mulheres pobres e expostas a altos graus de vulnerabilidades sociais.

A Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas – ABEP publicou a estimativa de renda domiciliar mensal para os extratos socioeconômicos.

Tabela 12 - Critérios de renda média domiciliar para classificação de extrato socioeconômico.

<u>Extrato Socio Econômico</u>	<u>Renda média domiciliar</u>
A	R\$ 25.554,33
B1	R\$ 11.279,14
B2	R\$ 5.641,64
C1	R\$ 3.085,48
C2	R\$ 1.748,59
D e E	R\$ 719,81

Fonte: ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2019 – www.abep.org – abep@abep.org

Segundo o IBGE, pessoas que vivem com uma renda de aproximadamente R\$ 151,00 por mês no ano de 2019 estão em condições de extrema pobreza, seguramente as gestantes beneficiárias do Bolsa Família vivem em condições de extrema pobreza, em resumo, este estudo mostrou que a sífilis materna acomete majoritariamente gestantes das classes sociais E, D.

A classe social diferencia a experiência pessoal e os modos pelos quais os indivíduos vêem e vivenciam o mundo, limita experiência e oportunidades de vida, acaba gerando efeitos que determinam padrões de saúde e doença, atitudes, crenças e valores (BARATA, RB; WERNECK, 2017).

Esse estudo também mostrou que a sífilis materna também acomete majoritariamente mulheres pardas ou pretas com baixa escolaridade, jovens e expostas a vulnerabilidades socioeconômicas.

O perfil das gestantes com sífilis exemplificam o quanto a classe social diferencia as experiências de vida e determina comportamentos, crenças e valores que interferem diretamente na determinação da doença.

Essa população impõe ao cuidado pré-natal a necessidade de um olhar interdisciplinar, o cuidado pré-natal precisa extrapolar o biológico, se pautar pelo paradigma da determinação social do risco e atuar de forma integral.

Os resultados também mostraram que mulheres expostas a vulnerabilidades recebem cuidados de menor qualidade em relação a mulheres não expostas e tem um risco 2 vezes maior de desfecho gestacional adverso.

A correlação entre vulnerabilidade social e desfechos adversos de saúde não é exclusividade desse estudo, a literatura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015) descreve diferenças significativas na mortalidade infantil de crianças por status econômico, educação da mãe, local de residência e sexo.

6.2 RESULTADOS: DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS (2º FASE DA PESQUISA)

Os dados foram analisados espacialmente com o objetivo de saber se os eventos observados apresentavam algum tipo de padrão para agregação espacial (clustering).

Primeiramente os 89 casos de sífilis materna da coorte foram distribuídos espacialmente sobre as camadas das Unidades de Desenvolvimento Humano – UDH e Aglomerados subnormais, conforme mostra o mapa da **Figura 19** - Distribuição de casos de sífilis materna segundo IVS.. Os casos são representados pelos pontos em amarelos, os polígonos pretos representam áreas de aglomerados subnormais e os polígonos em tons

de vermelho representam as Unidades de Desenvolvimento Humano com seus respectivos IVS.

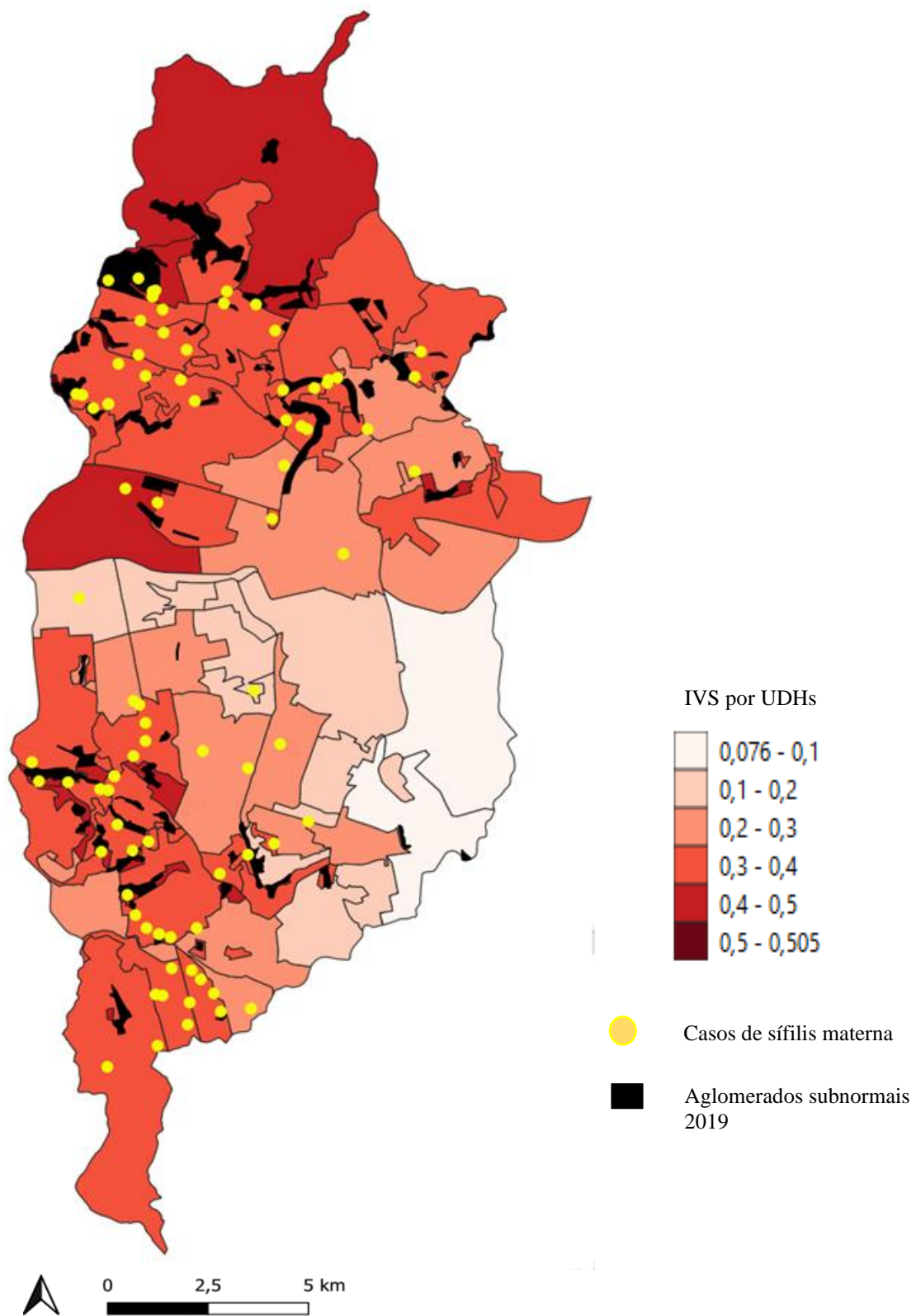
O IVS é representado pela variação do tom de vermelho, quanto mais escuro maior é a vulnerabilidade social da UDH, conforme mostra a legenda do mapa.

É perceptível que os casos de sífilis materna estão concentrados em UDHs com maior vulnerabilidade social, as IDHs com $IVS < 0,3$ contém pouquíssimos casos, já as UDHs com IVS acima de 0,3 tem as maiores concentrações de casos.

A **Figura 20** **Erro! Fonte de referência não encontrada.** mostra um novo mapa que informa a incidência de casos por 10 mil habitantes por UDHs, é notório a concentração de altas incidências em UDH que contém ou estão próximas de aglomerados subnormais.

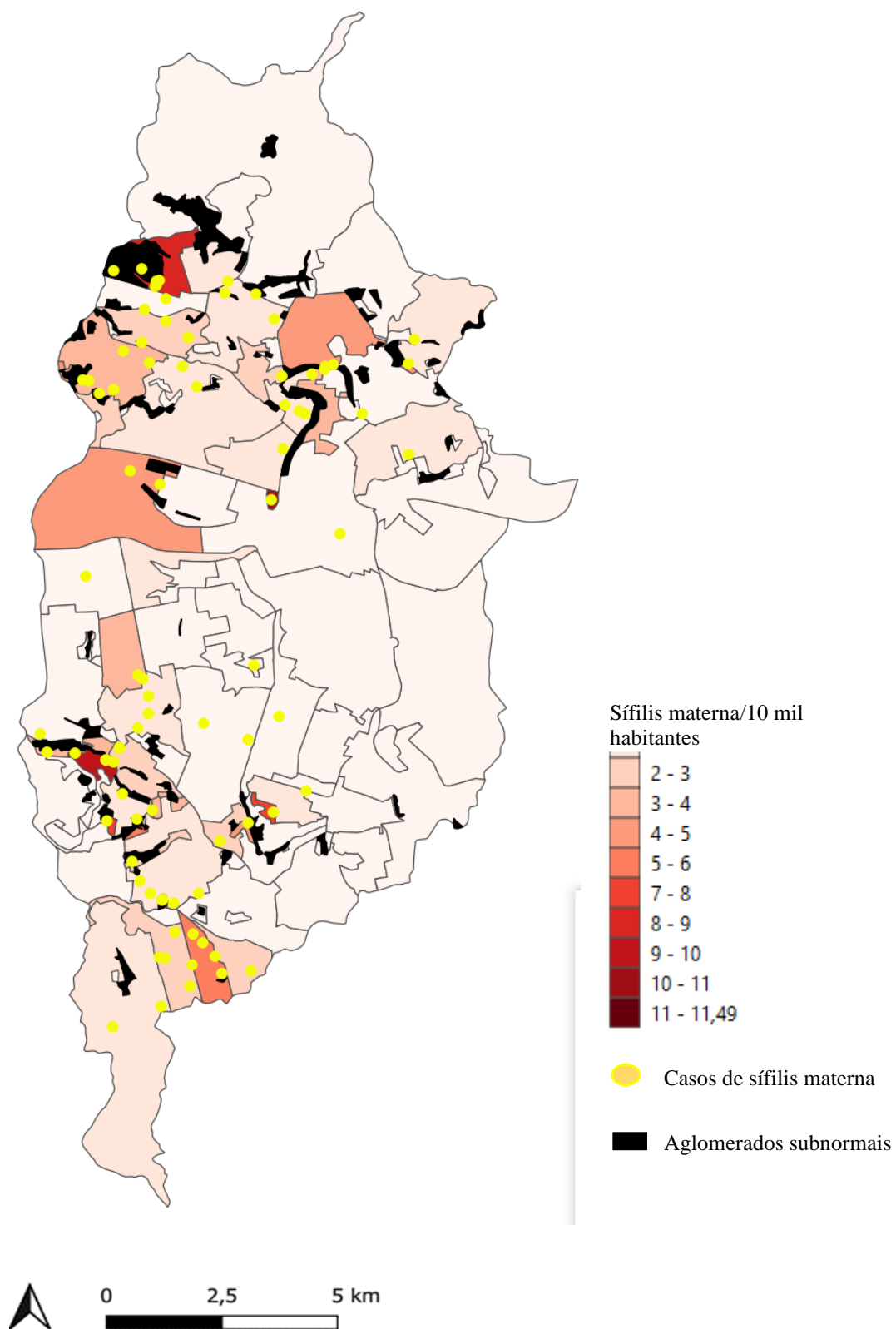
Essa distribuição peculiar dos casos denuncia uma correlação entre a distribuição espacial dos casos e as UDH com alta vulnerabilidade social e aglomerados subnormais.

Figura 19 - Distribuição de casos de sífilis materna segundo IVS.



Fonte: Elaboração própria

Figura 20 - UDHs segundo incidência de casos de sífilis materna por 10 mil pessoas.



Fonte: Elaboração própria

A **Tabela 13** faz uma descrição detalhada da incidência de casos segundo UDH e IVS. A incidência de casos foi calculada utilizando-se a população total de cada UDH, esse dado é fornecido pelo IBGE.

Para permitir uma melhor comparação entre as UDHs, os dados de incidência foram ajustados para 10 mil habitantes

Tabela 13 - Descrição da distribuição da incidência de casos de sífilis materna segundo UDH e IVS.

Código da UDH	Descrição IPEA para a localização da UDH	IVS	Casos sífilis materna	Casos / 10 mil habitantes
1353440100017	Jardim Paulista / W	0,498	1	11,49425287
1353440100084	Piratininga / Presidente Altino: Favela com a Rua Anhembi	0,358	1	10,28806584
1353440100016	Padroeira: Igreja Matriz Nossa Senhora Aparecida / Rua Manoel Gomes Gonçalves	0,319	3	9,596928983
1353440100051	Bonança	0,497	6	8,244023083
1353440100068	Jaguaribe: Avenida Flora	0,314	1	7,987220447
1353440100090	Jardim Turfúbio / Ap	0,403	1	7,874015748
1353440100004	Jardim Primeiro de Maio: Escola Estadual Professor Armando Gaban	0,337	5	5,284295075
1353440100091	Jardim Veloso / Bk / Jardim Veloso / Bn	0,402	1	5,091649695
1353440100035	Industrial Mazzei	0,303	2	4,795013186
1353440100066	Bussocaba: Rua Santos Futebol Clube	0,387	1	4,782400765
1353440100086	Setor Militar	0,403	2	4,332755633
1353440100059	Cidade Munhoz Júnior	0,501	1	4,033884631
1353440100111	Rochdale / Remédios: Vila Menk / Rua Sabirigui	0,303	1	4,027386226
1353440100013	Padroeira: Creche Maria Benedita Constâncio Irma / Escola Municipal de Educação Infantil Adelaide Dias	0,386	1	3,558718861
1353440100040	Rochdale: Cemei Vilma Poltran Portella	0,336	2	3,47765606
1353440100056	Munhoz Júnior	0,356	7	3,404172543
1353440100110	Cidade Das Flores	0,246	3	3,187081696
1353440100012	Padroeira: Escola de Educação Infantil Sonho de Criança S/C L	0,498	3	3,176283748
1353440100005	Jardim Primeiro de Maio: Fundação Bradesco Escola de Educação Básica / Escola Municipal de Ensino Fundamental Professor Renato Fiuza Teles	0,306	5	2,782260308
1353440100098	Padroeira: Creche Joao Correa	0,318	2	2,776235425
1353440100099	Santo Antônio / Bussocaba: Escola Municipal de Ensino Fundamental Oswaldo Quirino Simões	0,319	1	2,771618625
1353440100057	Helena Maria	0,368	4	2,649006623

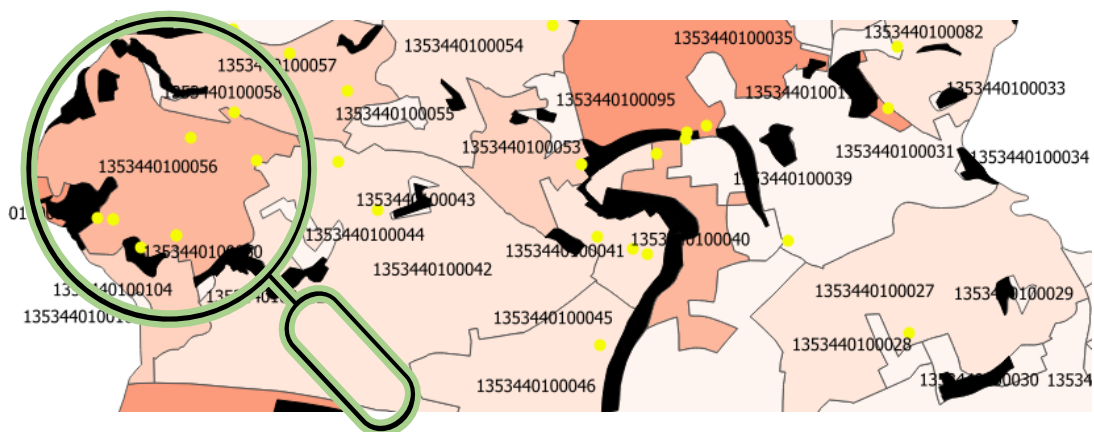
1353440100104	Munhoz Júnior: Escola Estadual Cel Jto A Escola Estadual Francisco Matarazzo Sobri- nho / Escola Estadual Francisco Matarazzo Sobrinho	0,358	1	2,618486515
1353440100010	Jardim Veloso / Ae	0,404	1	2,521432173
1353440100053	Aliança: Escola Estadual Professora Neuza de Oliveira Previde	0,314	1	2,21141088
1353440100007	Jardim Primeiro de Maio: Escola Municipal de Ensino Fundamental Residencial São Francisco	0,251	1	2,205071665
1353440100085	Jardim Roberto	0,333	3	1,885369532
1353440100054	Baronesa	0,328	3	1,810391648
1353440100102	Km 18: Estação Comandante Sampaio / Es- tação Quintana	0,139	1	1,78603322
1353440100009	Veloso	0,317	4	1,751620249
1353440100067	Jaguaribe: Escola Estadual Professor Bene- dicto Caldeira	0,26	1	1,569119724
1353440100041	Rochdale / Aliança: Escola Municipal de Ensino Fundamental Luiz Bortolosso	0,388	3	1,496035506
1353440100050	Bonança: Escola Municipal de Educação In- fantil Professora Maria Aparecida Camargo Damy Rodrigues / Base Comunitária Bo- nança / Escola Municipal de Ensino Funda- mental Professor Manoel Barbosa de Souza	0,327	1	1,47275405
1353440100089	Jardim Veloso / Bandeiras: Escola Muni- cipal de Ensino Fundamental Benedito Alves Turibio	0,367	1	1,39528394
1353440100032	Platina	0,328	1	1,309414692
1353440100027	Ayrosa	0,252	2	1,284686536
1353440100046	Iapi	0,246	1	1,222792859
1353440100042	Jardim Elvira / Castelo Branco	0,333	2	1,218769043
1353440100001	Jardim Primeiro de Maio	0,318	2	1,083834607
1353440100052	Portal DOeste	0,367	1	0,938262338
1353440100048	Industrial Centro / Bonfim / Rochdalle	0,278	1	0,863110651
1353440100077	São Pedro	0,314	1	0,764409112
1353440100079	Santo Antônio / Vila Yolanda	0,293	2	0,70894332
1353440100031	Mutinga: Escola Estadual Alcyr Oliveira Porciúncula / Mutinga	0,229	1	0,685025346

Ao analisar a tabela percebemos que a incidência de casos não segue uma distribuição totalmente explicada pelo IVS das UDHs, existem três explicações plausíveis para essa ocorrência.

Primeiro é preciso considerar que o IVS disponível atualmente para cada UDH teve sua última atualização no ano de 2010.

Em segundo lugar é preciso considerar a grande variabilidade dentro de UDHs que abrigam aglomerados subnormais. Como exemplo podemos citar a UDH 1353440100056 citada na 16° linha da **Tabela 13**, localizada na região “Munhoz Junior”, essa UDH apresenta uma IVS intermediária de 3,56 e uma incidência de 3,4 casos por 10 mil habitantes, veja na **Figura 21** que embora o IVS seja intermediário, a UDH abriga 6 aglomerados subnormais, isso implica em pessoas vivendo em diferentes condições dentro da mesma UDH.

Figura 21 - Exemplo de variabilidade dentro da UDH

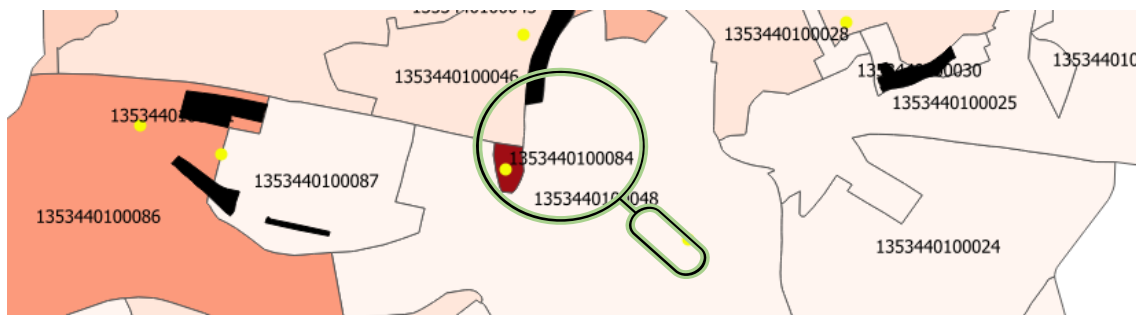


Não podemos esquecer que quando um estudo utiliza áreas pequenas (por exemplo, setores censitários e UDHs) está sujeito ao efeito da grande variabilidade nas taxas de incidência de áreas com populações pequenas, onde o acréscimo ou remoção de 1 ou dois casos pode causar mudanças drásticas nos valores de incidência.

Como exemplo podemos citar a UDH 1353440100084 citada na 2° linha da **Tabela 13**, localizada na região “Piratininga / Presidente Altino: Favela com a Rua Anhembí”, essa UDH apresenta uma IVS intermediária de 3,58 e uma altíssima taxa de incidência de sífilis materna, 10 casos por 10 mil habitantes.

A terceira consideração a ser feita está ilustrada na **Figura 22** que mostra como apenas um caso na UDH provocou um aumento drástico na incidência, essa é mais uma das limitações de estudos que analisam pequenas áreas.

Figura 22 -Exemplo de variação drástica na taxa de incidência em decorrência de pequenas áreas.

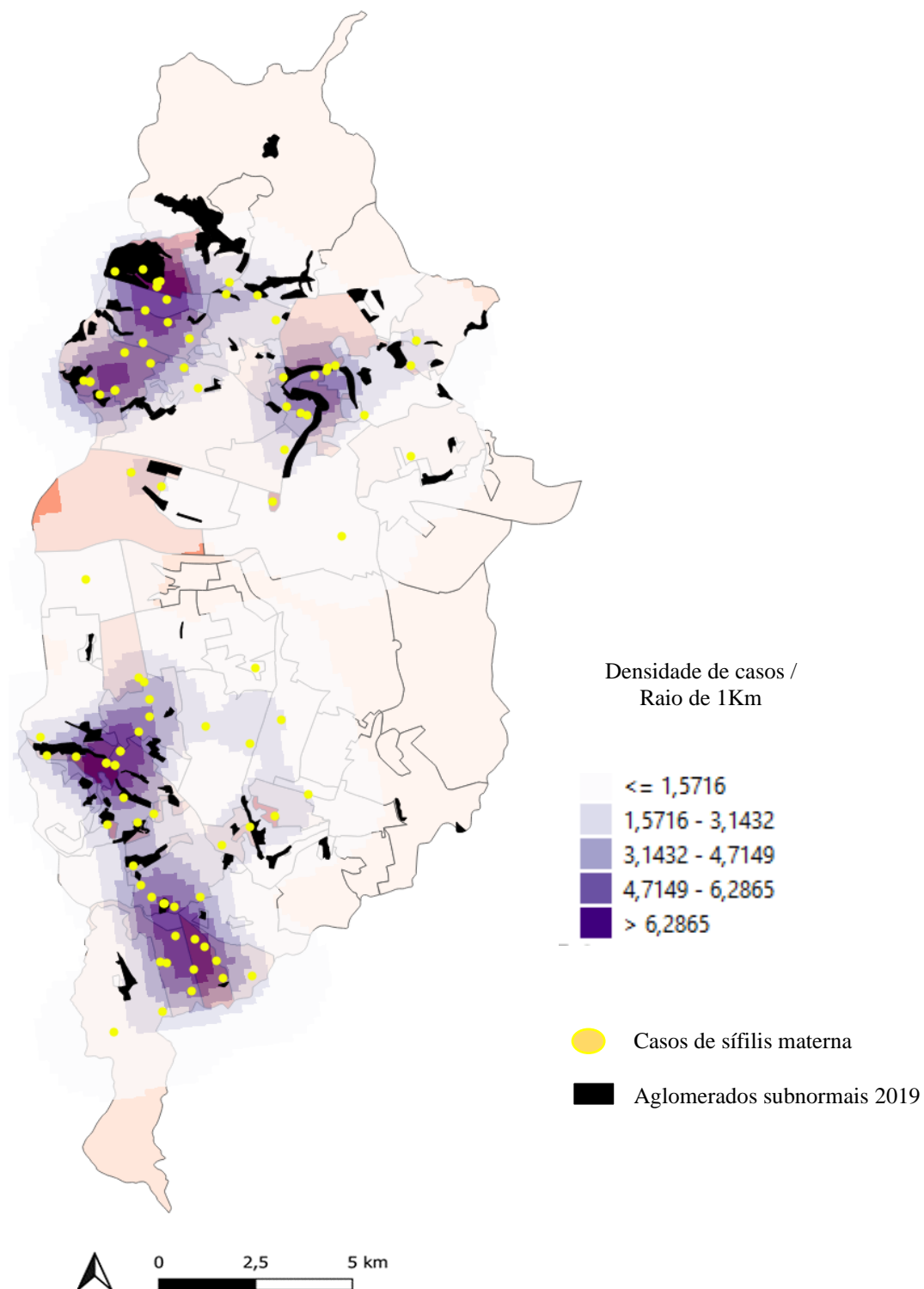


Em decorrência das limitações do cálculo da incidência por UDH, o padrão de distribuição dos casos foi analisado por um segundo método, os dados foram geoprocessados no QGIS de um mapa de densidade de Kernel foi gerado.

Por meio do estimador Kernel, que é uma técnica de interpolação, não paramétrica, foi gerado uma superfície de acordo com a distribuição espacial das variáveis (Casos de sífilis materna, UDH, Aglomerados subnormais), permitindo a identificação visual de padrões de distribuição espacial.

A **Figura 23** mostra o mapa resultante da estimação kernel normal aplicado aos dados da camada de pontos sífilis materna com raio de influência de 1 Km. O mapa mostra os locais com maior densidade de casos representados pela cor roxa. A concentração de casos variou entre 1 e 6 casos, quanto mais escura a tonalidade da cor roxa maior é a concentração de casos, conforme mostra a legenda do mapa.

Figura 23 - Estimaco kernel normal aplicado aos dados sífilis materna: raio de influência de 1 Km.



Fonte: Elaboraco prpria

A estimação de Kernel mostrou quatro aglomerados de alta concentração de casos. Note que todas as áreas de concentração de casos têm em suas proximidades aglomerados subnormais, ademais, todos os aglomerados se constituíram em UDH com altos índices de vulnerabilidade social.

6.2.1 Discussão: Distribuição espacial dos casos

A análise de distribuição espacial desse estudo revelou um padrão de distribuição de casos relacionado com a distribuição dos aglomerados subnormais e de UDHs com altos índices de vulnerabilidade.

Em consonância com os resultados desse estudo, outro estudo realizado no Quênia (SHARMA *et al.*, 2017), mostrou que a qualidade da saúde materna variou de acordo com o nível de pobreza: no nível da unidade sanitária, todas as métricas de qualidade foram mais baixas para as áreas mais pobres e aumentaram significativamente com maior riqueza.

O estudo mostrou que mulheres que viviam em áreas intensamente empobrecidas poderiam esperar receber apenas um terço das ações clínicas básicas em sua primeira consulta de pré-natal e metade das ações básicas baseadas em evidências essenciais na assistência ao parto, em comparação com aproximadamente 60% em cada área para mulheres em condições mais ricas (<60% pobreza). Os autores do estudo destacam que essas descobertas foram amplamente robustas.

Outro estudo (DAS; MOHPAL, 2016) realizado na Índia, avaliou as diferenças socioeconômicas no acesso a serviços de saúde de alta qualidade. O estudo mostrou que o status socioeconômico da vila, e não do domicílio, determina a qualidade do cuidado que as pessoas recebem. Portanto, surge uma distinção fundamental entre pessoas pobres em comunidades pobres e pessoas pobres em comunidades ricas. É o primeiro grupo que requer atenção especial, pois essas pessoas são especialmente privadas de serviços de saúde de alta qualidade.

6.3 ETAPAS PARA ELABORAÇÃO DA TEORIA

Para elaborar uma teoria para o programa de pré-natal foi necessário avançar na compreensão das relações entre disponibilidade de estruturas adequadas (insumos, recursos humanos, estrutura organizacional) e processos assistenciais (aplicação do conhecimento técnico para o diagnóstico, tratamento, reabilitação) e como essas relações impactam os resultados da intervenção.

Diante da necessidade de conhecimento profundo foi realizada uma codificação aberta para elucidar o processo de trabalho envolvido no programa de pré-natal.

6.3.1 Codificação das Diretrizes do programa de pré-natal

Este capítulo tem como objetivo compreender como as diretrizes do programa de pré-natal definem as necessidades, estruturas, processos, produtos e resultados do programa. A abordagem da teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory foi utilizada como pano de fundo para guiar essa compreensão.

Os resultados dessa etapa deram suporte para a construção do modelo lógico teórico operacional, este por sua vez embasou a definição dos critérios e padrões que foram utilizados neste estudo avaliativo para fins de avaliação da qualidade do pré-natal com foco na evitabilidade de sífilis congênita.

6.3.2 Codificação aberta

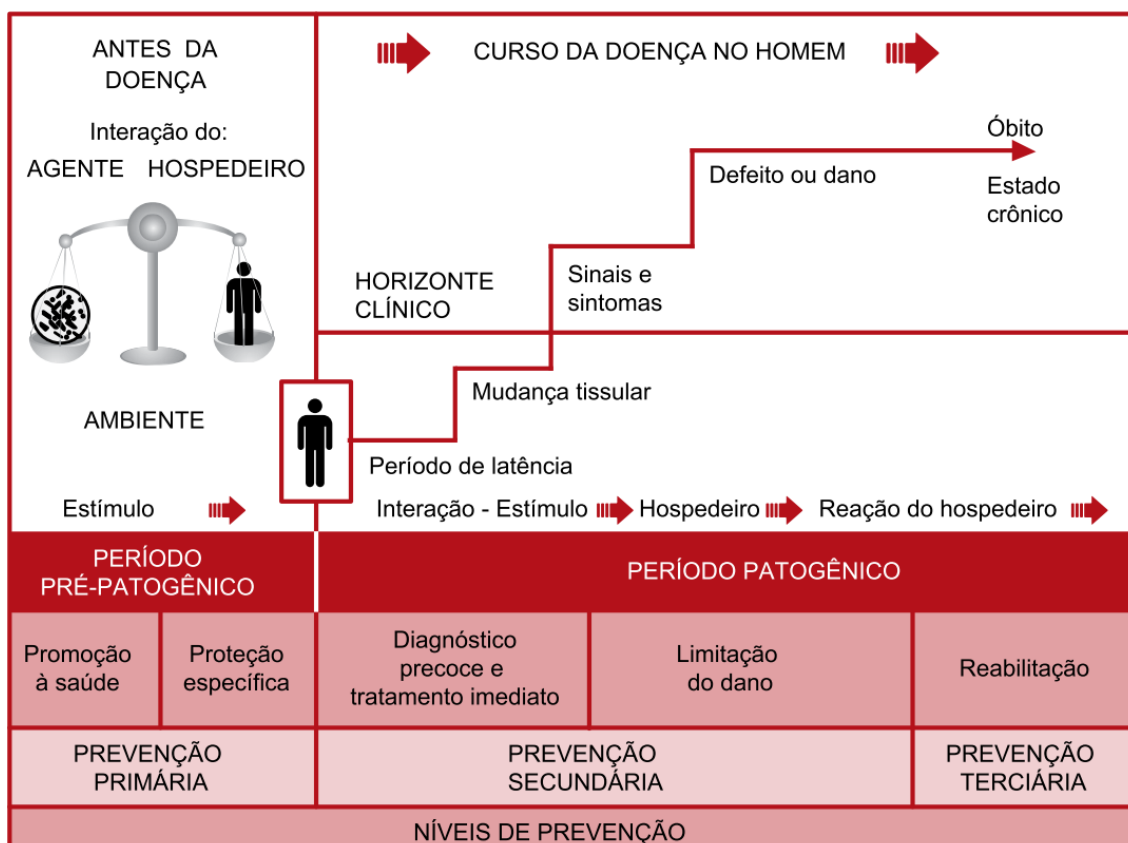
No exercício de tentar compreender a organização do programa pré-natal tivemos que refletir um pouco mais sobre as diversas formas de pensar a saúde.

Para tratar individualmente ou prevenir uma doença em determinada população, como por exemplo a sífilis em gestante, o diagnóstico (teste rápido ou sorológico), o remédio (penicilina), são fundamentais, mas quando pensamos em uma coletividade, aparecem outras variáveis que devem ser pensadas como por exemplo serviços públicos de saúde efetivos, condições de vida (econômica, habitação, saneamento etc.), qualidade de vida, rede de apoio, coesão social, entre outros.

A primeira maneira de ver/conceber o processo saúde–doença (individualmente) é definida como biomédica e a segunda (coletividade), como modo de determinação social da doença, ou seja, esses são dois modelos conceituais em saúde. O modelo da determinação social da doença não nega a atenção individual, e sim contextualiza a atenção individual em uma relação entre cidadãos. (VERDI, MIM; ROS, MA; CUTOLO, LRA; SOUZA, [s. d.]

Em 1942, Sigerist dizia que o médico tem quatro grandes tarefas: promover saúde, prevenir doenças, restabelecer o doente e reabilitá-lo. Em 1976 Leavell e Clarck propuseram a explicação da história natural da doença a partir de três fases de prevenção (primária, secundária e terciária) e 5 níveis (1- promoção à saúde; 2- prevenção específica, 3-diagnóstico precoce e tratamento; 4- limitação do dano; 5- reabilitação) conforme mostra a **Figura 24**.

Figura 24 - História natural da doença



Fonte: Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades (MOPECE). Organização Pan-Americana da Saúde, OPA; Organização Mundial de Saúde 2010.

Estas propostas dialogavam de maneira mais próxima com a visão biomédica. Após a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, em Ottawa o entendimento de promoção à saúde rompeu o modelo de níveis de prevenção de Leavell e Clark.

Corroborando com o modelo de determinação social (FONTES TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998) traz para a discussão a questão do controles de causas, riscos e danos. A diferenciação entre dois enfoques principais na questão da promoção da saúde (enfoque comportamental e enfoque amplo relacionado a políticas públicas também foi de suma importância (CARVALHO, AL; BUSS, 2012).

Estes dois modelos, tanto o modelo com visão biomédica quanto o modelo da determinação social da saúde tratam da discussão do processo de trabalho em saúde, ou seja, “produção do cuidado”, mais recentemente a gestão destes processos também passou a ser considerada e conceituada, “gerenciamento do cuidado clínico” é neste contexto que (MENDES, 2001) traz o conceito de gestão da clínica.

Foi com base em todos estes conceitos que procuramos compreender a organização do processo de produção do cuidado no pré-natal. O

Quadro 7 - Intervenção humana sobre o processo saúde e doença, resume o diálogo entre estes conceitos.

Quadro 7 - Intervenção humana sobre o processo saúde e doença.

Intervenção Humana sobre o processo saúde / doença						
Determinação Social da Doença	Setor de operacionalização	Subárea do conhecimento	Níveis de prevenção	Conceitos	Fases de Prevenção	Período
Controle das causas (Paim, et al 1998)	Diversos setores	Ações Inter setorial (interdisciplinaridade)	Promoção	<p>Enfoque comportamental (hábitos e estilo de vida – fatores de riscos comportamentais).Buss (2003) 1-Processo de fortalecimento e capacitação de indivíduos e coletividades no sentido de que ampliem suas possibilidades de controlar os determinantes do Processo de Saúde (condições adequadas de moradia e trabalho). 2- Desenvolvimento de habilidade pessoais (p. ex. estratégias educativas relacionadas a adoção de estilos de vida saudáveis).</p> <p>Enfoque mais amplo (desenvolvimento de políticas públicas – determinantes gerais).Buss (2003) 1-Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis (ex., estatuto da criança e do adolescente, política nacional de promoção a saúde). 2-Criação de ambientes favoráveis a saúde. (p. ex., habitação, escolas e ambiente de trabalho precisam ser ambientes saudáveis). 3-Reforço ação comunitária (participação social). 4-Reorientação do sistema de saúde (p.ex. ampliação do acesso, efetivação da equidade).</p>	<p>Prevenção Primária Aplicação de medidas de saúde que evitem o aparecimento da doença. Inclui ações de promoção e proteção específica.</p> <p>É a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde e proteção específica (ex.: imunização, orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade).</p> <p>(Leavell e Clarck. 1976)</p>	Pré - Patogênese
Controle dos Riscos (Paim, et al 1998)	Setor da Saúde		Prevenção específica	<p>Corresponde a ações que incidem no período pré-patogênico, antes da instalação da doença. A proteção específica é composta por ações dirigidas ao combate de uma enfermidade específica ou um grupo de doenças em particular, p. ex.; vacinação, quimioprofilaxia, eliminação de focos de vetores de doenças, fluoretação da água, distribuição de preservativos, adoção de medidas ergonômicas e ginástica laboral no ambiente de trabalho, etc...</p>		

Controle dos Danos (Paim, et al 1998)	
Setor Saúde	
Tecnologias clínicas de produção do cuidado,	
Reabilitação	Diagnóstico, Tratamento e Limitação do dano
	Seguimento
Física (readequação das rotinas mediante a capacidade física)	Anamnese
Psicossocial (reinserção social)	Diagnóstico
Econômica (readaptação de funções produtivas)	Tratamento
	Trata-se de uma tarefa essencialmente interpretativa, em que há uma relação reflexiva entre as hipóteses formuladas pelos médicos / profissionais de saúde e os comportamentos e motivações associados ao diagnóstico ou riscos.
	Clínico: diagnóstico por meio de sinais e sintomas Epidemiológico: diagnóstico realizado com base no risco epidemiológico Laboratorial: diagnóstico realizado por meio de exames laboratoriais Imagem: diagnóstico realizado por meio de exames de imagem
	Adequação de estilo de vida (nutrição, sedentarismo / atividade física, controle do stress) Medicamentoso Cirúrgico Expectante Paliativo: prioritário para garantir qualidade de vida
	Acompanhamento durante o curso da condição ou patologia realizando avaliações periódicas para detectar precocemente complicações de modo a possibilitar a intervenção e a prevenção dessas complicações.
	Diagnóstico e tratamento: período de latência ou incubação (antes do surgimento dos sintomas ou da infecção). Limitação do dano: período sintomático ou infeccioso (diagnóstico e tratamento após surgimento dos sintomas ou da infecção). É a identificação da doença, limitação da extensão das respectivas lesões e retardar o aparecimento de complicações, quando não foi possível evitá-las por completo. É o
Consiste no cuidado de sujeitos com sequelas de doenças ou acidentes, visando a recuperação ou a manutenção em equilíbrio funcional. (Leavell e Clarck. 1976)	Prevenção Secundária: (Diagnóstico precoce e pronto atendimento - Limitação da Invalidez) Compreende o diagnóstico precoce das doenças, permitindo o tratamento imediato e diminuindo as complicações e a mortalidade. (Leavell e Clarck. 1976)
Prevenção terciária: Nesse momento a doença já causou danos, objetivo é a prevenção de incapacidade total através de ações de reabilitação física ou psicossocial (Leavell e Clarck. 1976).	
Pós - patogênese	
Doença já presente, as vezes assintomática.	

Gestão dos cuidados oferecidos	Setor da Saúde	Tecnologia Sanitária de Gestão da clínica (Mendes, 2011)	Gestão da condição	Processo de gerenciamento de um fator de risco biopsicológicos ou sobre uma determinada condição de saúde já estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado	Diretrizes clínicas: esta tecnologia embasa todo o processo de gestão da clínica	Prevenção Quaternária: Tem como objetivo evitar danos e intervenções desnecessárias	Períodos pré e pós-patogênese
			Gestão do Caso	Case management: é um processo cooperativo entre um profissional, gestor do caso, e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, levando em consideração as necessidades da pessoa.			
			Lista de Espera	É uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que existe um desequilíbrio entre oferta e demanda, uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos e promovendo a transparência.			
			Auditoria Clínica	É uma sistemática análise crítica da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes” (HEALTH SECRETARIES OF STATE FOR, 1989)			

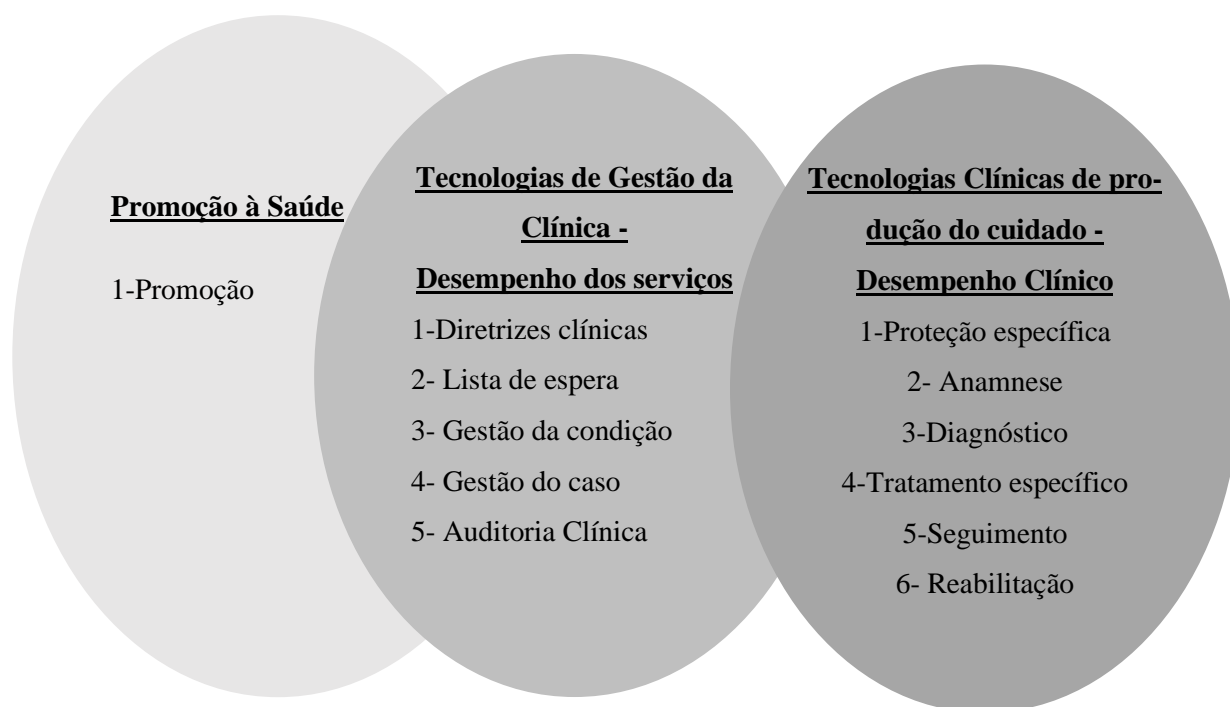
Elaboração própria.

A importância da avaliação das intervenções em saúde é evidente quando se considera a influência dos cuidados no processo saúde doença. Carvalheiro considera que a complexa relação entre saúde e doença é fortemente influenciada pela natureza dos cuidados que se prestam aos doentes e também aos sadios, e introduz a ideia do processo saúde/doença/cuidado (CARVALHEIRO, 2001).

A análise dos conceitos acerca das intervenções humanas no processo saúde doença resultou no esclarecimento de três grandes núcleos ou categorias que organizam este processo, conforme mostra a

Figura 25- Núcleos organizativos da intervenção humana no processo saúde - doença.

Figura 25- Núcleos organizativos da intervenção humana no processo saúde - doença.



Elaboração própria

Cada categoria conta com subcategorias de processos conforme mostra a

Figura 25.

Após esta breve análise o processo de produção em saúde foi organizado em três grandes núcleos, o núcleo de Promoção à Saúde, o núcleo de Tecnologias de Gestão

da Clínica e um terceiro núcleo de Tecnologias Clínicas de produção do cuidado. Cabe ressaltar que esta organização didática objetivou a operacionalização do estudo do tema, admitimos que no ambiente real de prática os processos de cada núcleo ocorrem de maneira simultânea e dinâmica.

A diferenciação apresentada acima também foi descrita na literatura por Barbara Starfield (STARFIELD, 2002), a autora propõe que ao avaliar a qualidade em serviços da Atenção Primária, o desempenho seja avaliado por meio de duas medidas, sendo a primeira específica e a segunda genérica.

- **Desempenho clínico**

- Medidas específicas de desempenho clínico por problema
 - Adequado (se o serviço é indicado, dado o estado atual do conhecimento a respeito das indicações para a atenção).
 - Adequado (os cuidados são prestados de forma adequada ou inadequada quando são indicados - qualidade técnica).
 - Oportuno (os serviços podem ser indicados e tecnicamente adequados, mas não ser prestados no melhor momento).

O desempenho clínico, referido nesse estudo como tecnologia clínica de produção do cuidado, busca avaliar se cuidado está indicado para determinada necessidade, se o cuidado foi realizado de forma adequada e oportuna. A avaliação do desempenho clínico envolve as fases de reconhecimento do problema -anamnese, diagnóstico, manejo - tratamento e reavaliação - seguimento, (Starfield, 2002).

Os indicadores da qualidade técnica refletem os padrões atuais para os procedimentos direcionados a anamnese, diagnóstico, tratamento e seguimento médico dos pacientes com problemas específicos (Starfield, 2002).

- **Desempenho dos serviços**

- Medidas de desempenho Genérico
 - Atributos da Atenção Primária
 - Acesso à atenção primária
 - Longitudinalidade

- Integralidade
- Coordenação do cuidado
- Aspectos derivativos da Atenção Primária
 - Orientação para a comunidade
 - Centralidade na família
 - Competência cultural
- Aspectos essenciais, mas não exclusivos da Atenção Primária
 - Formato do prontuário médico
 - Continuidade da atenção
 - Comunicação profissional – paciente
 - Proteção dos pacientes
 - Qualidade clínica da atenção

As medidas genéricas de desempenho clínico, referida nesse estudo como tecnologias de gestão da clínica, são oriundas de abordagens menos focalizadas nas enfermidades e mais focalizadas nos problemas dos pacientes e na saúde vista de forma mais ampla. Como esta orientação para a pessoa, e não para a enfermidade, é mais condizente com o enfoque da atenção primária, estas abordagens genéricas são especialmente relevantes no contexto da atenção primária (STARFIELD, 2002).

Essas medidas são indicadas como genéricas porque não estão relacionadas a enfermidades, problemas ou condições específicas, podendo ser aplicadas a todos os pacientes não importando sua condição (Starfield 2002).

As ferramentas de gestão da clínica elencadas por Mendes (2011) estão fortemente relacionadas com os atributos da propostos por Starfield (2002), de forma que todos esses atributos estão representados nas ações envolvidas nas tecnologias de micro gestão da clínica conforme mostra o quadro a seguir.

Quadro 8- Características em comum entre atributos da APS e Tecnologias de gestão da clínica.

Atributos da Atenção Primária		Variáveis de mensuração elencadas para esse estudo	Tecnologias Sanitárias de Gestão a Clínica	
Atributo	Tipo de informação necessária para mensuração do atributo		Ações envolvidas nas tecnologias de micro gestão da clínica	
Acessibilidade Primeiro contato	Acesso à atenção. Acessibilidade da unidade. Uso da unidade como local de primeiro contato.	-Realização da primeira consulta de pré-natal.	Normatização do uso dos serviços	Lista de espera
			Garantia do acesso	
			Intervenções na oferta	
			Intervenções na demanda	
Longitudinalidade	Conhecimento do paciente e seu meio social Vínculo com os pacientes Definição de população eletiva	-Realização de visita domiciliar periódica de pré-natal.	A gestão da condição requer conhecimento e relacionamento constante com a população acompanhada.	Gestão da condição
			Colocar a pessoa usuária como o centro da atenção à saúde.	
Coordenação	Reconhecimento de informações de consultas prévias. Reconhecimento de consultas para encaminhamentos. Mecanismos para continuidade.	-Completo dos registros no prontuário eletrônico. -Regulação e monitoramento do acesso a outros pontos da rede. -Continuidade do pré-natal após encaminhamento para outros serviços.	Manejo de condições que necessitam de atenção por longo tempo	Gestão do caso
			Promove o acesso a outros pontos da rede	
			Estimula adesão aos cuidados	
			Monitora e coordena, garantindo continuidade do cuidado.	
			Diminui a fragmentação do cuidado.	
			Processo cooperativo entre profissional e paciente.	
Elaboração, implementação e monitoramento e ordenação do cuidado				
Integralidade	Reconhecimento e manejo de problemas de saúde orgânicos, psíquicos e sociais. Porcentagem de pessoas sem manejo, encaminhamento ou encaminhamento.	-Identificação de casos complexos e de vulnerabilidades. -Mediante necessidade, encaminhamentos para outros pontos da rede.	Identificação dos problemas	
			Ajusta necessidades de saúde aos serviços	

Fonte: Elaborado com base em Starfield, 2002; Mendes, 2011.

Continuação Quadro 8- Características em comum entre atributos da APS e Tecnologias de gestão da clínica.

Aspectos derivativos da Atenção Primária		Variáveis de mensuração elencadas para esse estudo	Tecnologias Sanitárias de Gestão a Clínica	
Aspectos derivativos	Tipo de informação necessária para mensuração do aspecto		Ações envolvidas nas tecnologias de micro gestão da clínica	
Orientação para a comunidade	Mecanismos para alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade. Participação nas atividades comunitárias. Envolvimento comunitário na unidade.	-Identificação de faltas das gestantes em consultas ou exames.	Programação da condição de saúde	Gestão a condição
			Mudança de comportamento	
Centralidade na família	Conhecimento dos membros da família. Conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família.	-Abordagem do tema “parceria sexual”. -Registro de informações sobre tratamento do parceiro.	Advoga as necessidades das pessoas usuárias e de suas famílias	Gestão do caso
Competência cultural	Ações para atender a necessidades especiais associadas às características culturais. Prestação de serviços especiais para atender a características culturais.	-Não avaliado.	A identificação do problema deverá levar em consideração as características de grupo étnico, endereço, estado civil, tipo de emprego, situação socioeconômica, nível educacional, grupo cultural e orientação religiosa além de toda a história médica da pessoa.	

Fonte: Elaborado com base em Starfield, 2002; Mendes, 2011.

Continuação Quadro 8- Características em comum entre atributos da APS e Tecnologias de gestão da clínica.

Aspectos essenciais, mas não exclusivos da Atenção Primária		Variáveis de mensuração elencadas para esse estudo	Tecnologias Sanitárias de Gestão a Clínica	
Aspectos essenciais	Tipo de informação necessária para mensuração do aspecto		Ações envolvidas nas tecnologias de micro gestão da clínica	
Formato do prontuário médico	Lista de problemas. Exatidão no preenchimento do prontuário.	-Registros de riscos, vulnerabilidades e problemas complexos. -Completeness do registro a respeito da história clínica, familiar e social da gestante.	Identificação dos problemas Reconhecimento dos problemas por outros profissionais.	Gestão do caso
Continuidade da atenção	Porcentagem de consultas com o mesmo profissional durante o acompanhamento.	-Não avaliado.	Assegurar a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde.	Gestão do caso
Comunicação profissional - paciente	Conteúdo / qualidade e interação.	-Não avaliado.	Processo cooperativo entre profissional e paciente. Relacionamento constante com a população acompanhada.	Gestão da condição
Proteção dos pacientes	Conhecimento dos recursos da comunidade. Uso dos serviços da comunidade.	-Não avaliado.	Gestão dos riscos.	
Qualidade clínica da atenção	Qualificação do pessoal. Adequação, exatidão e oportunidade dos serviços.	-Grau de qualidade do pré-natal.	Identificação do problema a ser auditado.	Auditoria clínica
			Estabelecimento de padrões ou metas ótimas.	
			Avaliação do grau de consistência entre o padrão e o problema escolhido.	
			Identificação das mudanças necessárias para que o problema seja superado;	
			Implementação das mudanças identificadas.	
			Monitoramento do processo de mudança.	

Fonte: Elaborado com base em Starfield, 2002; Mendes, 2011.

Para seguir com codificação aberta selecionou-se as diretrizes clínicas norteadoras do pré-natal para uma análise mais aprofundada do 2º e 3º núcleos apresentados na

A seguir detalharemos um pouco mais o conceito de diretrizes clínicas para que o leitor possa melhor compreender o motivo da seleção deste tipo de documento para exploração da literatura.

Atualmente o número e a complexidade das opções diagnósticas, terapêuticas e preventivas têm crescido diariamente, neste contexto o conceito de Medicina Baseada em Evidências (M.B.E) se destaca. A M.B.E compreende o uso consciente, explícito e judicioso das melhores evidências disponíveis para tomada de decisões sobre os cuidados dos pacientes. (SCHMIDT, MI; DUCAN, BB; LOPES, 2017).

Não se espera que um profissional de saúde ou um chefe do serviço de saúde tenha tempo para analisar criticamente os resultados de várias pesquisas disponíveis para cada um de seus problemas do dia a dia, para então, tomar as suas decisões. A análise crítica das pesquisas é realizada coletivamente em várias instâncias e, posteriormente, divulgada em documentos como protocolos clínicos e diretrizes, além dos artigos de revisão sistemática. (SCHMIDT, MI; DUCAN, BB; LOPES, 2017).

Os dois principais tipos de diretrizes clínicas são, as linhas-guias (guidelines) e os protocolos clínicos, a literatura descreve quatro funções essenciais das diretrizes clínicas: gerencial, educacional, comunicacional e legal (MENDES, 2011-).

As diretrizes clínicas são elaboradas com base nos preceitos da M.B.E e são planejadas para dar resposta no manejo das patologias e condições clínicas, este tipo de documento costuma ser fonte de evidência científica para decisões clínicas.

Linhas guias são conteúdos editoriais que têm por finalidade determinar, normalizar, padronizar ou regular ações ou procedimentos. Esses conteúdos consistem em uma recomendação, desenvolvida sistematicamente, com o objetivo de prestar a atenção à saúde em relação a uma determinada condição ou patologia.

A linhas guias tem por objetivo normalizar todo o processo da patologia ou condição de saúde, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as ações de proteção; promoção; prevenção primária, secundária e terciária; diagnóstico; tratamento e reabilitação; por todos os pontos de atendimento de uma rede de atenção à saúde, envolvendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

A linha-guia, portanto, é mais ampla que o protocolo clínico que se fixa numa parte do processo da condição ou doença e, em geral, num único ponto de atenção à saúde.

As diretrizes clínicas são definidas como recomendações preparadas, de forma sistemática, com o objetivo de influenciar decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas (MENDES, 2011-).

“As diretrizes clínicas não são trilhos; são trilhas” (Algemar, 2004).

Para elaboração deste capítulo foi realizada uma análise documental, que incluiu as principais publicações sobre o assunto. A busca se limitou a publicações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo.

É importante ressaltar que no município de Osasco, até o ano de 2018 não havia um protocolo municipal ou uma norma específica que regulamentasse as ações assistenciais do pré-natal, os profissionais se guiavam pelas normas ministeriais e estaduais.

Quadro 9 - Publicações sobre pré-natal e manejo da sífilis em gestante no Brasil

Ano	Autoria da Publicação	Título da Publicação
2018	(SÃO PAULO -ESTADO, 2018)	Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, Parto e puerpério
2018	(MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 2018)	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais
2017	(SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SÃO PAULO; CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS -	Nota Informativa Nº 02/2017 - Dispõe sobre as definições de caso de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita

	PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS – CCD, 2017)	
2017	(BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)	Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil
2017	(GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO / COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE, 2017)	Deliberação CIB – N° 67 de 26/10/2017 - Aprova a Nota Informativa Conjunta n° 001/2017/AB/CRT-PE- DST/AIDS/SES-SP que dispõe sobre protocolo diag- nóstico e terapêutico para tratamento da Sífilis adqui- rida e Sífilis na gestação, realizado pela enfermagem, no Estado de São Paulo
2016	(COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016)	Parecer N° 259 de 27 de setembro de 2016. Dispõe sobre competência técnica e legal para a reali- zação do exame, aconselhamento pré-teste e pós- teste rápido para diagnóstico de HIV, Sífilis e Hepatites Vi- rais, emissão de laudo, realização ou solicitação de exame para confirmação diagnóstica.
2016	(MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR], 2016)	Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres
2016	(SÃO PAULO; SECRETARIA DE SAÚDE ESTADUAL; CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO EM DST/AIDS; PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS - CCD, 2016)	Nota Técnica Conjunta N° 001/2016/SPSP/SBI/ATSC/CRT-PE-DST/AIDS/SES- SP Dispõe sobre Tratamento de sífilis congênita no Es- tado de São Paulo. Define tratamentos alternativos na ausência de penicilina
2016	(BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)	Guia de Bolso para Manejo da Sífilis em Gestante e Congênita
2012	(Brasil, Ministério Da Saúde, 2012)	Cadernos de Atenção Básica - Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco

2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR], 2011)	Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha, a ser implantada em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão
2010 (São Paulo-Estado, 2010)	Guia de referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis congênita
2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS, 2007-)	Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso

Fonte: Elaboração própria

O objetivo análise documental foi compreender melhor a proposta de organização do cuidado pré-natal (como se dá a assistência pré-natal? Como se organiza?) e promover o diálogo entre a organização do pré-natal e os conceitos de avaliação em saúde.

A assistência pré-natal destinada às gestantes que acessam a atenção básica no Brasil é norteadada pelos Protocolos e Normas, Manuais Técnicos e Linhas Guias publicadas pelo Ministério da saúde ou pelas Secretarias de Saúde de Estado, esses documentos passam por atualizações periódicas, neste estudo identificamos as principais diretrizes envolvidas no processo do cuidado pré-natal no Brasil, como mostra o quadro 10.

Quadro 10- Principais diretrizes técnicas norteadoras do pré-natal no Brasil

Documentos Técnicos norteadores do cuidado Pré-Natal	Referência	Tipo de diretriz
<i>Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, Parto e puerpério</i>	(São Paulo -Estado 2018)	Linha Guia
<i>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais</i>	(Ministério Da Saúde [BR] 2018)	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica
<i>Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres</i>	(Ministério da Saúde [BR] 2016)	Protocolo Clínico
<i>Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical</i>	(Ministério da Saúde [BR] 2014)	Protocolo Clínico
<i>Cadernos de Atenção Básica - Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco</i>	Ministério da Saúde [BR] 2012)	Manual Técnico

Elaboração própria.

Toda a assistência pré-natal às gestantes com sífilis no Brasil além das recomendações das diretrizes técnicas para o pré-natal também segue as orientações de Manuais Técnicos e Protocolos Clínicos, como o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais.

Há também o documento técnico que orienta a investigação de casos sentinelas como o protocolo de investigação de transmissões verticais. Temos também o protocolo do pré-natal de alto risco, que não foi abordado neste trabalho por não fazer parte do escopo desta pesquisa.

6.3.2.1 Núcleo Tecnologias Clínicas de Produção do Cuidado

O núcleo de Tecnologias Clínicas de produção do cuidado é composto por 4 categorias de tecnologias clínicas principais, Proteção específica, Anamnese, Diagnóstico, Tratamento, Seguimento e Reabilitação. Nesta revisão buscou-se encontrar nas diretrizes do programa de pré-natal as expressões textuais de cada um destes componentes, exceto o componente de reabilitação e proteção específica.

Simultaneamente à análise dos componentes do núcleo de Tecnologias Clínicas já foi realizado o link com os momentos avaliativos propostos pela literatura da área de avaliação em saúde (Necessidades, Estruturas, Processos, Produtos, Resultados imediatos e a médio prazo e Resultados a longo prazo).

6.3.2.2 *Anamnese no programa de pré-natal*

Anamnese é uma tarefa essencialmente interpretativa, em que há uma relação reflexiva entre as hipóteses formuladas pelos profissionais de saúde e os comportamentos e motivações associados ao diagnóstico (FILHO, 1994). A anamnese favorece o reconhecimento do outro, de suas necessidades, medos e ansiedades (SOARES, MOM; HIGA, MR; GOMES, EF; MARVÃO, LFQ; GOMES, JPF; GONÇALVES, 2016).

As anamneses são essenciais para o estabelecimento de um diagnóstico médico, e consistem em um processo de coletar dados das biografias dos pacientes à luz de uma hipótese. Trata-se de um procedimento essencialmente interpretativo, envolvendo uma relação reflexiva entre as suposições do médico e o comportamento e motivações que poderiam ser associadas ao diagnóstico (FILHO, 1994).

Como método científico, a anamnese permite descobertas sobre as condições de saúde, embasa o levantamento de hipóteses diagnósticas (SOARES, MOM; HIGA, MR; GOMES, EF; MARVÃO, LFQ; GOMES, JPF; GONÇALVES, 2016).

A anamnese clínica, no sentido de rememorar os acontecimentos referentes às condições de saúde, será tanto mais fidedigna quanto mais for relatada pelo próprio paciente. Quem melhor pode expressar suas próprias sensações é o paciente (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

A anamnese se propõe a esclarecer a história da doença atual e patológica pregressa da pessoa. Objetiva a descrição do indivíduo como um todo e a forma como ele interage com ambiente, permite um melhor conhecimento do paciente em um primeiro e importante momento, o que conduzirá de forma coerente as demais etapas desse contato. (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Soares et al. (2016) destacam a abordagem biopsicossocial contida na anamnese e os benefícios desta abordagem para a prestação de cuidados integrais, nesta abordagem o foco conceitual em relação à anamnese está centrado na pessoa.

Essa prática de anamnese valoriza a escuta ativa, oportuniza atenção; engajamento dos pacientes ao bem-estar e promove o alcance de melhorias a partir do acesso às necessidades eleitas pelos pacientes. Para se conseguir tal efeito,

é imprescindível a comunicação entre os profissionais, a clareza de papéis, a presença de valores éticos para ampliar os cuidados de forma holística, empreendimento com melhores cuidados e menores custos (SOARES, MOM; HIGA, MR; GOMES, EF; MARVÃO, LFQ; GOMES, JPF; GONÇALVES, 2016).

A revisão dos documentos técnicos do programa de pré-natal em relação à anamnese foi ao encontro da base conceitual da anamnese biopsicossocial com a orientação explícita da escuta ativa. De forma geral as diretrizes orientaram a importância da identificação de fatores de riscos gestacionais para a gestante e o conceito visando diagnóstico precoce; classificação dos riscos gestacionais; definição de prioridades clínicas.

A anamnese também mantém uma estreita proximidade com a integralidade, segundo Cecílio:

“... quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde”, que caberia à equipe ter a sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível ... a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual”
(CECILIO, 2001)

A ação de “decodificar ou traduzir” as necessidades de saúde passa necessariamente por uma boa anamnese. Logo a integralidade se operacionaliza através da anamnese.

O quadro 11 apresenta as principais expressões textuais sobre anamnese nos documentos técnicos norteadores do cuidado pré-natal. Nas expressões textuais fica clara a proposta por uma anamnese biopsicossocial, assim como a importância da identificação contínua dos riscos e vulnerabilidades objetivando um ajuste entre as necessidades apresentadas pelas gestantes e a densidade tecnológica do cuidado a ser ofertado.

Quadro 11 – Codificação aberta das Diretrizes sobre anamnese no pré-natal.

Categoria: Anamnese									
Expressões textuais em documentos técnicos norteadores do Pré-Natal	Referência	Tipo de documento	Necessidades	Estrutura	Processos	Produto	Resultado Imediato /	Resultado médio	Resultado longo prazo /
"5. ROTINAS DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL ... Anamnese completa • Exame físico geral de todos os aparelhos • Exame ginecológico ... • Interpretação dos exames solicitados ... hábitos dietéticos saudáveis, atividade física incluindo perineal, abandono ou redução significativa do uso de substâncias psicoativas e fumo ... Na anamnese, valorizar as condições da ocorrência da gravidez, os hábitos, os antecedentes obstétricos, as possíveis intercorrências nas gestações; os antecedentes ginecológicos e o interrogatório complementar, de condições clínicas e cirurgias prévias, além de interrogatório sobre risco de doenças familiares."	(São Paulo -Estado 2018 p. 49 - 51)	Linha Guia	Cuidado integral	Serviço de pré-natal	Identificação de vulnerabilidades e riscos biopsicossociais	Vulnerabilidades identificadas e riscos identificada	Definição de cuidados necessidade de cuidados biopsicossociais.	Oferta de serviços de acordo com a densidade tecnológica necessária.	Desfechos gestacionais positivos
"5.4.1 Anamnese ... Na primeira consulta, deve-se pesquisar os aspectos socioepidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO da gravidez atual."	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 63)	Manual Técnico							
"10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica - ... 4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".	Ministério da Saúde [BR] 2012) p. 39	Manual Técnico							
"Condutas: Interpretação dos dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares;"	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 72)	Manual Técnico							
"C) Condutas • Interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessários. • Tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário"	(São Paulo -Estado 2018 p. 67)	Linha Guia							
"5.4.5 Condutas gerais - Deve haver a interpretação dos dados da anamnese, o exame clínico/obstétrico e a instituição de condutas específicas;"	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 70)	Manual Técnico							
"Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir: ... Classificação do risco gestacional (em toda consulta) e encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica;	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 41 - 43)	Manual Técnico								Identificação de riscos	Serviço de pré-natal	Identificação oportuna e contínua de risco	Risco classificado	Encaminhamento para referência	Oferta de serviços de acordo com a densidade tecnológica necessária.
"4.3.2.4 Médico(a): 4.3.2 Atribuições dos profissionais ... Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência ..."	(Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 12 p. 48)	Manual Técnico							
"Nas consultas subsequentes, devem ser realizados os seguintes procedimentos: Anamnese atual sucinta: deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;"	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 71)	Manual Técnico							

"Portanto, é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta".	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 56)	Manual Técnico							
"Também se deve realizar a avaliação dos fatores de risco nos retornos... A avaliação dos fatores de risco e o nível de complexidade sugerido incluem: ...Suporte familiar ou social inadequado, Situação afetiva conflituosa; Transtorno mental; Condições ambientais desfavoráveis, como vulnerabilidade social; Dependência de drogas lícitas ou ilícita; Violência doméstica, abuso, assédio moral ..."	(São Paulo -Estado 2018 p. 53-54)	Linha Guia							
"Esta avaliação de risco deve ser contínua, a cada consulta, valorizando o caráter dinâmico do ciclo gravídico-puerperal, apoiada em novas informações, queixas ou achados clínicos, por profissionais atentos e bem treinados"	(São Paulo -Estado 2018 p. 52)	Linha Guia							
"5.2 Risco gestacional ... A avaliação dos fatores de risco e o nível de complexidade sugerido incluem: 1. Características pessoais (acompanhamento na atenção básica): ... Transtorno mental ... Altura menor que 1,45 m ... Idade menor que 15 e maior que 35 anos ... Índice de massa corpórea (IMC) inicial que evidencie baixo peso (<20Kg/mm2) ou, sobrepeso (25-29,99Kg/m2) ou obesidade (≥30Kg/ m2)"	(São Paulo -Estado 2018 p. 52)	Linha Guia							
"5.2 Risco gestacional ... A avaliação dos fatores de risco e o nível de complexidade sugerido incluem: ... características sociodemográficas (acompanhamento na atenção básica): ...Menos que cinco anos de estudo regular ... Ocupação com esforço físico excessivo, trabalho noturno, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos e níveis altos de estresse ... Suporte familiar ou social inadequado ... Situação afetiva conflituosa ... Condições ambientais desfavoráveis, como vulnerabilidade social ... Dependência de drogas lícitas ou ilícitas Violência doméstica, abuso, assédio moral ..."	(São Paulo -Estado 2018 p. 52)	Linha Guia							
"5.2 Risco gestacional ... A avaliação dos fatores de risco e o nível de complexidade sugerido incluem: ... Antecedentes obstétricos (acompanhamento na atenção básica): ... Abortamento habitual 1º trimestre (mais do que 2 abortos) ... Cirurgia uterina anterior (que não sejam cesáreas) ... Esterilidade/infertilidade ... Intervalo interparte menor que dois anos ... Macrossomia fetal ... Nuliparidade e grande multiparidade (> 4 gestações) ... Pré-eclâmpsia/eclâmpsia ... Recém-nascido com restrição de crescimento ou malformado ... Síndromes hemorrágicas em partos anteriores ... Duas ou mais cesarianas prévias ... Acretismo placentário Perdas gestacionais de 2º ou 3º trimestre ... Prematuridade prévia ... Morte perinatal explicada ou inexplicada"	(São Paulo -Estado 2018 p. 52)	Linha Guia	Identificação de riscos	Serviço de pré-natal	Identificação oportuna e contínua do risco	Risco classificado	Encaminhamento para referência	Oferta de serviços de acordo com a densidade tecnológica necessária.	

<p>"5.2 Risco gestacional ... A avaliação dos fatores de risco e o nível de complexidade sugerido incluem: ... Morbidade prévia e atual (encaminhamento para referência de pré natal de risco e avaliação com especialista para definição da complexidade de atenção pré-natal): ... • Aneurismas; • Aterosclerose; • Alterações genéticas maternas; • Alterações ósteo-articulares de interesse obstétrico; • Câncer; • Cardiopatias; • Cirurgia bariátrica; • Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses); • Doenças inflamatórias intestinais crônicas; • Doenças psiquiátricas que necessitam acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.); • Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus); • Epilepsia; • Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras); • Hanseníase; • Hemopatias; • Hipertensão arterial crônica, com ou sem medicação; • Infecção urinária de repetição; • Nefropatias; • Pneumopatias; • Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras IST); • Cirurgia abdominal prévia com história de complicações; • Tromboembolismo; • Tuberculose; • Asma grave"</p>	<p>(São Paulo -Estadado 2018 p. 52)</p>	<p>Linha Guia</p>						
<p>"5.2 Risco gestacional ... A avaliação dos fatores de risco e o nível de complexidade sugerido incluem: ... Doença obstétrica na gravidez atual (acompanhamento pré-natal no serviço de referência para pré-natal de alto risco): ... • Aloimunização; • Amniorrexe prematura; • Restrição de crescimento fetal; • Gestação múltipla; • Oligo ou polidrâmnio; • Hidropsia fetal; • Malformações fetais maiores; • Óbito fetal; • Síndromes hemorrágicas; • Síndromes hipertensivas (pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crônica com pré-eclâmpsia superposta); • Trabalho de parto prematuro; • Gravidez prolongada. Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência e emergência obstétrica: • Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento; • Anemia grave (Hb < 8g/dl); • Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, etc.; • Crise hipertensiva (PA ≥ 160/110mmHg); • Sinais premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria); • Eclâmpsia/convulsões; • Hipertermia (Tax > = 37,8C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS (infecção das vias aéreas superiores); • Suspeita de trombose venosa profunda; • Suspeita/diagnóstico de abdome agudo; • Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar; • Prurido gestacional/ictêria; • Hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia); • Idade gestacional de 41 semanas confirmadas ou mais.</p>	<p>(São Paulo -Estadado 2018 p. 52)</p>	<p>Linha Guia</p>	<p>Identificação de riscos</p>	<p>Serviço de pré-natal</p>	<p>Identificação oportuna e contínua de risco</p>	<p>Risco classificado</p>	<p>Encaminhamento para referência</p>	<p>Oferta de serviços de acordo com a densidade tecnológica necessária.</p>
<p>"Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir: Classificação do risco gestacional (em toda consulta) e encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica..."</p>	<p>(Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 12 p. 42)</p>	<p>Manual Técnico</p>	<p>Identificação de riscos</p>	<p>Serviço de pré-natal</p>	<p>Identificação de fatores de risco gestacionais</p>	<p>Fatores de riscos gestacionais</p>	<p>Definição da necessidade e densidade tecnológica do cuidado</p>	<p>Oferta de serviços de acordo com a densidade tecnológica</p>
<p>"A identificação de riscos para a gestante e/ou feto durante a evolução da gravidez deve ser privilegiada na primeira consulta. É uma estratégia para estabelecer o plano de ação terapêutica no pré-natal, incluindo a regularidade dos retornos e seu nível de complexidade, que devem ser revistos a qualquer tempo".</p>	<p>(São Paulo -Estadado 2018 p. 53)</p>	<p>Linha Guia</p>	<p>Identificação de riscos</p>	<p>Serviço de pré-natal</p>	<p>Identificação de fatores de risco gestacionais</p>	<p>Fatores de riscos gestacionais</p>	<p>Definição da necessidade e densidade tecnológica do cuidado</p>	<p>Oferta de serviços de acordo com a densidade tecnológica</p>

<p>"Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento".</p>	<p>Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 56)</p>	<p>Manual Técnico</p>					
--	---	-----------------------	--	--	--	--	--

Elaboração própria.

6.3.2.3 Diagnóstico da sífilis no programa de pré-natal

Enquanto a anamnese fala a respeito de ações reflexivas e hipóteses diagnósticas, o diagnóstico trata da operacionalização de processos diagnósticos de rastreamento, seguimento ou confirmação de hipóteses. A seguir uma breve apresentação das diretrizes sobre o diagnóstico no pré-natal.

Idealmente, a gestante deve ser acolhida na unidade de saúde por meio de uma primeira consulta de enfermagem, nessa consulta devem ser solicitados os exames de rotina pré-natal, realização do teste rápido para sífilis e HIV e agendando-se posteriormente a primeira consulta médica (SÃO PAULO -ESTADO, 2018).

Na Primeira Consulta de Enfermagem a gestante receberá as orientações sobre o acompanhamento pré-natal, devendo ser oferecidos/solicitados os exames de rotina. A Primeira Consulta Médica de pré-natal deve ser agendada idealmente após duas ou três semanas da consulta de enfermagem, período suficiente para receber os resultados das provas laboratoriais solicitadas pela enfermeira. Também destaca-se a importância da solicitação de outros exames complementares, se necessário e da atualização do cartão da gestante e do prontuário da paciente, assim como avaliação dos resultados de exames laboratoriais adicionais e instituição de condutas específicas, tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário (SÃO PAULO -ESTADO, 2018) .

O rastreamento para sífilis deve ser iniciado na primeira consulta do pré-natal com teste treponêmico (teste rápido ou convencional) ou não-treponêmico. Deverá ser repetido obrigatoriamente entre 28-30 semanas com teste não treponêmico (VDRL), no momento do parto (teste rápido) e em caso de abortamento (Brasil. Ministério Da Saúde, 2018; São Paulo -Estado, 2018).

Na medida da disponibilidade, pode-se repetir também no 2º trimestre. Recomenda-se a triagem inicial com teste treponêmico (teste rápido idealmente, ou imunoen-saios), seguido por testes não treponêmicos (VDRL ou RPR) para seguimento se teste treponêmico for reagente. Para agilidade no diagnóstico e posterior conduta, recomenda-se realizar teste rápido na unidade de saúde na 1ª consulta (Brasil. Ministério Da Saúde, 2018; São Paulo -Estado, 2018).

Observação: É preconizada a realização de dois testes para a sífilis durante o pré-natal, no entanto, pode ser benéfico à realização de três testes: 1º trimestre, 2º trimestre e 3º trimestre, devido:

O tratamento da gestante e do parceiro sexual que deve, preferencialmente, ser iniciado até a 20ª semana de gestação;

A gestante que se infectar durante a gravidez, após a realização do primeiro teste para sífilis no 1º trimestre, poderá apresentar elevada treponemia e a criança será mais gravemente afetada (parto prematuro, natimorto, óbito neonatal);

A gestante que realizar o teste para sífilis no final do 3º trimestre pode não ter tempo suficiente para realizar o tratamento de forma adequada;

(SÃO PAULO -ESTADO, 2018)

O diagnóstico da sífilis deve ser realizado por meio de uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Somente o conjunto dessas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento adequado (BRASIL, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 2018).

De acordo com o parecer do Cofen N° 259/2016:

O Técnico e/ou auxiliar de enfermagem devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar teste rápido para triagem do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, encaminhando prontamente para o enfermeiro, os clientes com resultado reagente. Cabendo-lhe a anotação em prontuário ou boletim de atendimento, da data e hora do procedimento, aspecto da polpa digital ou local de punção, desconforto decorrente da perfuração necessária, resultados encontrados. orientações efetuadas, nome completo e Coren do responsável pelo procedimento. Não podendo emitir laudo, que é privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior. (COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

Caso o teste rápido (treponêmico) tenha um resultado positivo deve-se: Coletar sangue periférico para realizar teste não treponêmico (VDRL) na mesma consulta, iniciar o tratamento da sífilis com a administração da primeira dose de penicilina benzatina na gestante e agendar retorno para o resultado de VDRL em 7 dias. (SÃO PAULO - ESTADO, 2018).

No quadro abaixo apresentamos as expressões textuais relacionadas ao diagnóstico de sífilis da gestante correlacionados com os momentos avaliativos.

Quadro 12 – Codificação aberta das Diretrizes sobre diagnóstico no pré-natal.

Categoria: Diagnóstico									
Expressões textuais em documentos técnicos norteadores do Pré-Natal	Referência	Tipo de documento	Necessidades	Estrutura	Processos	Produto	Resultado Imediato / PN	Resultado médio	Resultado longo
"10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica - 3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal"	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 44)	Manual Técnico	Prevenção transmissão vertical	Serviço de pré-natal	Solicitação e coleta de exames Interpretação dos resultados de exames e correlação com dados clínicos	Diagnóstico	Maior possibilidade de tratamento oportuno	Prevenção de transmissão vertical	Desfechos gestacionais positivos
"Os profissionais de saúde devem estar aptos a ... interpretar os resultados dos testes que desempenham função importante no controle do agravo, permitindo a definição do diagnóstico e o monitoramento da resposta terapêutica".	(Ministério Da Saúde [BR] 2018 p. 159)	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica							
"O diagnóstico da sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto dessas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento adequado".	(Ministério Da Saúde [BR] 2018 p. 161)	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica							
"Para agilidade no diagnóstico e posterior conduta, recomenda-se realizar teste rápido na unidade de saúde na 1ª consulta".	(São Paulo -Estado 2018 p. 62)	Linha Guia	Prevenção trans-	Insumos para TR Profissionais de	Realização de Testagem de ras-	Diagnóstico pre-	Maior possibili-	dade de trata-	

<p>"TESTAGEM PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL</p> <p>Os testes que devem ser realizados pela gestante para prevenir a transmissão vertical de infecções estão detalhados a seguir:</p> <p>Sífilis: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre (28ª semana) e no momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores".</p>	<p>(Ministério Da Saúde [BR] 2018 p. 31)</p>	<p>Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica</p>						
<p>"A testagem para sífilis está preconizada na gestação na 1ª consulta de pré-natal, idealmente no 1º trimestre, no início do 3º trimestre (a partir da 28ª semana), no momento do parto ou em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual".</p>	<p>(Ministério Da Saúde [BR] 2018 p. 164)</p>	<p>Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica</p>						
<p>"Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir: ... Realização de testes rápidos na unidade básica de saúde..."</p>	<p>(Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 12 p. 44)</p>	<p>Manual Técnico</p>						
<p>"Quando o teste rápido for utilizado como triagem e resultar reagente, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico. Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste"</p>	<p>(São Paulo -Estado 2018 p. 178)</p>	<p>Linha Guia</p>						
<p>"Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir: ... apoio laboratorial ..."</p>	<p>(Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 12 p. 44)</p>	<p>Manual Técnico</p>						
<p>"Quando o TR treponêmico for utilizado como o primeiro teste, nos casos reagentes, uma amostra de sangue venoso deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico laboratorial e definição do diagnóstico".</p>	<p>(Ministério Da Saúde [BR] 2018 p. 164)</p>	<p>Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica</p>						
<p>"Os exames de rotina devem ser solicitados no acolhimento da mulher no serviço de saúde, imediatamente após o diagnóstico de gravidez e os resultados devem ser avaliados na primeira consulta clínica. Devem ser solicitados ... Teste rápido de triagem para sífilis e/ou sorologia para sífilis (VDRL, RPR, ELISA, TPHA, FTA-Abs etc.) – O rastreamento é iniciado na primeira consulta com teste treponêmico (rápido ou convencional) ou não-treponêmico".</p>	<p>(São Paulo -Estado 2018 p. 61-62)</p>	<p>Linha Guia</p>						

<p><i>Para que tais práticas sejam desenvolvidas, faz-se necessário haver: ...Realização de testes rápidos na unidade básica de saúde, assim como apoio laboratorial, garantindo a realização dos seguintes exames de rotina:</i></p> <p><i>i) teste rápido de gravidez; ii) teste rápido de triagem para sífilis e sorologia para sífilis (VDRL/RPR);..."</i></p>	<p>Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 39)</p>	<p>Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica</p>					
<p><i>"Os profissionais de saúde devem estar aptos a identificar as manifestações clínicas e classificar os estágios da sífilis, ... "</i></p>	<p>(Ministério Da Saúde [BR] 2018 p. 159)</p>	<p>Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica</p>	<p><i>Prevenção transmissão vertical</i></p>	<p><i>Serviço de pré-natal</i></p>	<p><i>Anamnese</i></p>	<p><i>Diagnóstico clínico</i></p>	<p><i>Maior possibilidade de tratamento oportuno</i></p>
<p><i>"O exame físico deve ser completo, observando alterações no estado geral, peso, pressão arterial...É importante ressaltar que, para muitas mulheres, este pode ser seu primeiro contato com o sistema de saúde e a oportunidade deve ser aproveitada para investigação de sua condição médica geral".</i></p>	<p>(São Paulo -Estado 2018 p. 40)</p>	<p>Linha Guia</p>					

Elaboração própria.

6.3.2.4 Tratamento da sífilis na gestação no programa de pré-natal

A transmissão vertical é dependente de alguns fatores: o tempo de exposição fetal ao treponema, a carga treponêmica materna, a virulência do treponema, o momento do tratamento da infecção materna (tempo oportuno), a coinfeção materna pelo HIV ou outra causa de imunodeficiência. Esses fatores poderão acarretar aborto, natimorto ou óbito neonatal, bem como Sífilis Congênita “sintomática” ou “assintomática” ao nascimento. Quando ocorre invasão maciça de treponemas e/ou esses são muito virulentos, a evolução do quadro é grave e a letalidade, alta.

Um dos principais objetivos do pré-natal é tratar a sífilis em gestantes de modo a diminuir a carga treponêmica e bloquear a transmissão vertical, prevenindo abortos, natimortos, óbitos neonatais ou sífilis congênita.

Segue um breve resumo da análise documental sobre tratamento da sífilis em gestante no pré-natal.

Sobre a administração do tratamento da sífilis, de acordo com a deliberação CIB nº 67 (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO / COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE, 2017), reafirma-se que:

- a) A Penicilina Benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, mediante prescrição médica ou de enfermagem;
- b) Os Enfermeiros podem prescrever a Penicilina Benzatina, conforme protocolo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.
- c) A ausência do médico na Unidade Básica de Saúde não configura motivo para não realização da administração oportuna da Penicilina Benzatina por profissionais de enfermagem.

O tratamento da sífilis depende da fase da doença. As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para dessensibilização em ambiente hospitalar, a possibilidade de reação anafilática à administração de penicilina benzatina é de 0,002% e o receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de penicilina benzatina nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica.

Destaca-se também a Decisão nº 0094/2015 e a Nota Técnica Cofen/CTLN nº 03/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que reforçam a importância da administração da penicilina benzatina pelos profissionais de enfermagem na Atenção Básica e reafirmam esse compromisso de cuidado à saúde (Brasil. Ministério Da Saúde, 2018; São Paulo -Estado, 2018).

Diante da impossibilidade de administração de penicilina (p. ex., desabastecimento do medicamento) deve ser administrado Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, uma vez por dia, durante 8 a 14 dias, mas será necessário notificar/investigar e tratar a criança para sífilis congênita, o feto não será considerado tratado, salienta-se que não existem estudos controlados, em gestantes, que tenham determinado a eficácia da ceftriaxona no tratamento do feto, e por isso esta não é uma medicação recomendada para o tratamento de sífilis na gravidez (Brasil. Ministério Da Saúde, 2018; São Paulo -Estado, 2018).

Quadro 13 - Tratamento da Gestante com Sífilis.

Sífilis primária, secundária e latente recente (até 1 ano do contato)^{a, #}		
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 2 semanas Dose total: 4,8 milhões UI, IM	Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias	Mensal, com testes não-treponêmicos
Sífilis latente tardia (mais de 1 ano do contato) ou latente com duração ignorada ou sífilis terciária		
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias	Mensal, com testes não-treponêmicos

Extraído de: (SÃO PAULO -ESTADO, 2018) - Linha de cuidado gestante e puérpera: Manual Técnico do Pré-Natal, Parto e Puerpério. 2018.

É considerado tratamento adequado da sífilis na gestante: Tratamento completo e documentado, adequado ao estágio da doença, feito com Penicilina G Benzatina e instituído até 30 dias antes do parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 2018).

No quadro abaixo apresentamos as expressões textuais sobre tratamento da sífilis na gestação correlacionadas com os momentos avaliativos.

Quadro 14 – Codificação aberta das diretrizes para tratamento no pré-natal.

Categoria: Tratamento									
Expressões textuais em documentos técnicos norteadores do Pré-Natal	Referência	Tipo de documento	Necessidades	Estrutura	Processos	Produto	Resultado Imediato / PN	Resultado médio prazo / Rado	Resultado longo prazo / Rado
"A sífilis congênita é passível de prevenção quando a gestante infectada por sífilis é tratada adequadamente".	(Ministério Da Saúde [BR] 2018 p. 160)	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica	Evitar transmissão vertical	Serviço de pré-natal	Prescrição e administração de tratamento adequado e oportuno	Tratamento adequado (draga e dose) administrado oportunamente	Sucesso do tratamento	Bloqueio da transmissão vertical	
"Em todos os casos de gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste".	(Ministério Da Saúde [BR] 2018 p. 164)	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica	Evitar transmissão vertical	Serviço de pré-natal	Prescrição e administração de tratamento adequado e oportuno	Tratamento adequado (draga e dose) administrado oportunamente	Sucesso do tratamento	Bloqueio da transmissão vertical	
"TR positivo - Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais • Iniciar primeira dose de penicilina benzatina na gestante e agendar retorno"	(São Paulo - Estado 2018p. 119)	Linha Guia	Evitar transmissão vertical	Diagnóstico oportuno	Prescrição e administração de tratamento adequado e oportuno	Tratamento adequado (draga e dose) administrado oportunamente (tempo).	Sucesso do tratamento	Bloqueio da transmissão vertical	Desfechos gestacionais positivos
"...permite que o tratamento materno seja instituído antes dos 30 dias que antecedem o parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero"	(São Paulo - Estado 2018 p. 178)	Linha Guia							
"o tratamento da gestante e do parceiro sexual que deve, preferencialmente, ser iniciado até a 20ª semana de gestação"	(São Paulo - Estado 2018p. 180)	Linha Guia							
"É considerado tratamento adequado da sífilis na gestante: Tratamento instituído, pelo menos, antes dos 30 dias que antecedem o parto; ..."	(São Paulo - Estado 2018p. 183)	Linha Guia							
"É considerado tratamento adequado da sífilis na gestante: • Tratamento completo e documentado, adequado ao estágio da doença, feito com Penicilina G Benzatina"	(São Paulo - Estado 2018 p. 183)	Linha Guia							
"Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir: ...Oferta de medicamentos necessários ..."	Ministério da Saúde [BR]	Manual Técnico	Evitar transmissão vertical	Medicamento	Prescrição e administração de tratamento adequado e oportuno	Tratamento adequado (draga e dose) administrado oportunamente (tempo).	Sucesso do tratamento	Bloqueio da transmissão vertical	

	2012 p. 41 - 43)								
"A penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes".	(Ministério Da Saúde [BR] 2018 p. 167)	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica							
"É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição da titulação em duas diluições dos testes não treponêmicos em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento (ex.: pré-tratamento 1:64 e em três meses 1:16, ou em seis meses 1:4)."	(Ministério Da Saúde [BR] 2018 p. 169)	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica	Evitar transmissão vertical	Serviço de pré-natal	Prescrição e administração de tratamento adequado e oportuno	Tratamento adequado (draga e dose) administrado oportunamente	Sucesso do tratamento (diminuição da titulação em	Bloqueio da transmissão vertical	

Elaboração própria.

6.3.2.5 Abordagem da Parceria Sexual (diagnóstico e tratamento) no programa de pré-natal

Toda vez que uma DST é diagnosticada devemos convocar parceiros sexuais do caso-índice, a convocação dos parceiros poderá ser realizada de diferentes formas, convocação pelo paciente-índice, busca ativa por profissional de saúde. O profissional deve sempre aconselhar a gestante e o parceiro sobre: a natureza confidencial de suas informações; a possibilidade do parceiro estar infectado mesmo sem presença de sintomas; a possibilidade de reinfeção da gestante, se um parceiro permanece infectado; as consequências para o parceiro, para a gestante e para o feto se não tratado (SÃO PAULO-ESTADO, 2010).

Durante a execução das atividades de busca ativa, o sigilo sobre a identidade do paciente-índice deverá sempre ser mantido. Entretanto, de acordo com o artigo segundo da resolução número 1359/92 do Conselho Federal de Medicina, será permitida a quebra de sigilo por justa causa (proteção à vida de terceiros, incluindo-se os comunicantes sexuais) quando o próprio paciente se recusar a lhes fornecer a informação quanto a sua condição de infectado.

(SÃO PAULO-ESTADO, 2010).

As parcerias sexuais da gestante devem ser testadas e tratadas, os sinais e sintomas auxiliam na determinação do estágio da doença, na ausência de sinais e sintomas ou quando for impossível estabelecer a data da infecção o tratamento do parceiro sexual

deve seguir o esquema de tratamento para Sífilis latente tardia. As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina G benzatina intramuscular (2.400.000 UI) (SÃO PAULO -ESTADO, 2018).

As parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes; portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina benzatina IM (2.400.000 UI). No caso de teste reagente para sífilis, seguir as recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico da infecção, utilizando preferencialmente penicilina benzatina.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 2018).

Parcerias sexuais de pessoas com sífilis devem ser submetidos a testes imunológicos; ao tratamento com esquema de sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas e quando impossível se estabelecer a data da infecção; ao tratamento na mesma oportunidade, em caso de dúvida quanto ao seguimento.

Em parceiro sexual de gestante com sífilis recente, com provas sorológicas não reagentes, o tratamento deve ser realizado presumivelmente, com esquema para sífilis recente, se o parceiro sexual foi exposto nos últimos 90 dias (ele pode estar em período de janela). Os parceiros sexuais expostos há mais de 90 dias deverão ser avaliados clínica e laboratorialmente e tratados conforme achados diagnósticos ou, na ausência de sinais e sintomas e na impossibilidade de estabelecer a data da infecção, deverão ser tratados com esquema para sífilis latente tardia. (SÃO PAULO -ESTADO, 2018). O parceiro sexual deve sempre ser testado, na impossibilidade da testagem deve ser realizado o tratamento presumível (SÃO PAULO -ESTADO, 2018).

O quadro abaixo mostra que os documentos norteadores do pré-natal expressam claramente a importância e necessidade de abordagem da parceria sexual da gestante, o diagnóstico e o tratamento da parceria sexual contribuem em grande escala para a prevenção de reinfecção da gestante. No quadro já está disposta a relação das diretrizes técnicas com os componentes de avaliação de programa.

Esta categoria “abordagem do parceiro” não tinha surgido na codificação aberta inicial, surgiu somente no momento de análise das diretrizes do programa.

Quadro 15 – Codificação aberta das diretrizes para abordagem do parceiro.

Categoria: Abordagem do Parceiro									
Expressões textuais em documentos técnicos norteadores do Pré-Natal	Referência	Tipo de documento	Necessidades	Estrutura	Processos	Produto	Resultado Imediato / PN	Resultado médio prazo / Rede	Resultado longo prazo / Desfecho
"Durante o acompanhamento pré-natal, é possível aproveitar a oportunidade para avaliar algumas condições clínicas do companheiro, com ênfase nas doenças de transmissão sexual e estimular o cuidado geral, incluindo hábitos saudáveis."	(São Paulo - Estado 2018 p. 52)	Linha Guia	Prevenir reinfeção da gestante tratada	Serviço de pré-natal	Abordagem do parceiro	Parceiro abordado	Gestante não reinfectada	Manutenção do bloqueio da transmissão vertical	Desfechos gestacionais positivos
"É importante que a equipe atente para a inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde."	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 38)	Manual Técnico							
"Os serviços de saúde devem ... buscar a comunicação efetiva com as parcerias sexuais também para testagem e tratamento em momento oportuno".	Ministério da Saúde [BR] 2018 p. 167)	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica							
"É fundamental realizar busca ativa para diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais de gestantes com sífilis, bem como fortalecer o pré-natal do parceiro nos serviços de saúde".	Ministério da Saúde [BR] 2018 p. 170)	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica	Prevenir reinfeção da gestante tratada	Serviço de pré-natal	Busca ativa do parceiro sexual	Parceiro abordado	Gestante não reinfectada	Manutenção do bloqueio da transmissão vertical	
"Parcerias sexuais de pessoas com Sífilis deverão: 1) realizar testes imunológicos; 2) ser tratadas com esquema de Sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas e quando impossível estabelecer-se a data da infecção; 3) ser tratadas na mesma oportunidade, em caso de dúvida quanto ao seguimento"	(São Paulo - Estado 2018 p. 123)	Linha Guia	Prevenir reinfeção da gestante tratada	Profissional capacitado e insumos para TR + suporte laboratorial para	Testagem do parceiro para sífilis	Parceiro com diagnóstico confirmado ou pré-	Gestante não reinfectada	Manutenção do bloqueio da transmissão	
"O parceiro sexual deve sempre ser testado e tratado (se sorologia reagente ou sorologia não realizada)"	(São Paulo - Estado 2018 p. 182)	Linha Guia	Prevenir reinfeção da gestante	Medicamentos disponíveis	Prescrição e administração de	Parceria sexual tratada ade-	Gestante não reinfectada	Manutenção do bloqueio da	

"A medida mais efetiva para a prevenção de IST no recém-nascido é o diagnóstico e tratamento da gestante e de sua parceria sexual".	(Ministério Da Saúde [BR] 2018 p. 35)	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica								
" (3) As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina G benzatina intramuscular (2.400.000 UI)".	(São Paulo - Estado 2018 p. 179)	Linha Guia								
"É considerado tratamento adequado da sífilis na gestante: ...Parceiro sexual com sífilis tratado concomitantemente; ..."	(São Paulo - Estado 2018p. 183)	Linha Guia								
"As parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes; portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina benzatina IM (2.400.000 UI). No caso de teste reagente para sífilis, seguir as recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico da infecção, utilizando preferencialmente penicilina benzatina".	(Ministério Da Saúde [BR] 2018 p.169)	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica								

Elaboração própria.

6.3.2.6 Seguimento no programa de pré-natal

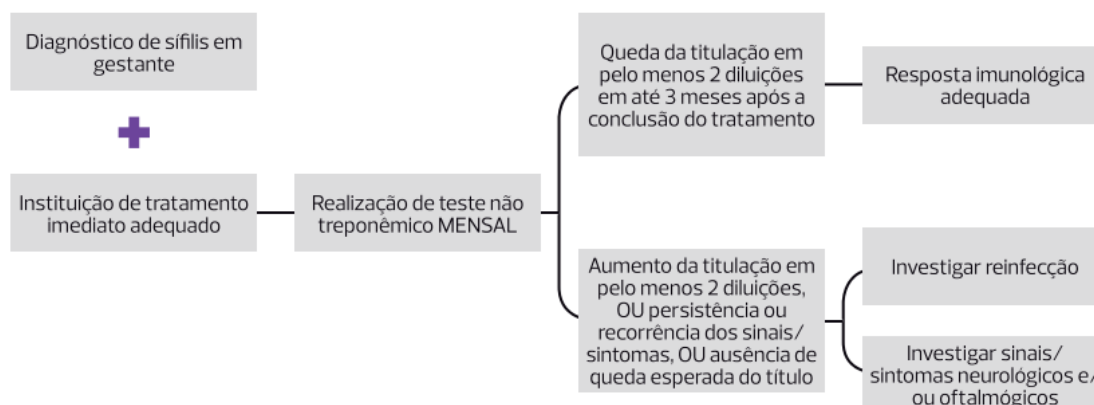
O seguimento da gestante com sífilis deve levar em consideração tanto os sinais e os sintomas clínicos quanto o monitoramento laboratorial da resposta ao tratamento. A quantificação do título de teste não treponêmico, que poder ser realizada através do exame mensal de VDRL, deve ser obtida no início do tratamento (idealmente, no primeiro dia de tratamento), visto que os títulos podem aumentar significativamente após alguns dias entre o diagnóstico de sífilis e o início de tratamento. A coleta no 1º dia do tratamento, principalmente quando o tratamento é implementado com base somente no teste rápido (treponêmico), é importante para documentação da real queda da titulação, evitando a necessidade de retratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 2018).

O monitoramento é fundamental para classificar a resposta ao tratamento e definir a conduta mais correta para cada caso, o seguimento e controle da cura das gestantes com sífilis deve ser realizado com testes imunológicos, p. ex., VDRL, mensalmente. Segundo o Ministério da Saúde, 2018 quando ocorre queda dos títulos no VDRL em duas diluições em três meses ou diminuição de quatro diluições dos títulos em seis meses após o final do tratamento: por exemplo: (ex.: pré-tratamento 1:64 e em três meses diminuição da titulação para 1:16, ou em seis meses 1:4) podemos dizer que ocorreu cura sorológica.

Mesmo que ocorra resposta adequada ao tratamento, o seguimento clínico deve continuar, com o objetivo de monitorar possível reativação ou reinfeção. Afirmar que a titulação da amostra diminui em duas diluições (de 1:64 para 1:16) é equivalente a afirmar que o título da amostra caiu 4 vezes. Isso porque a amostra é diluída em um fator 2; logo, uma diluição equivale a 2 títulos.(MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 2018; SÃO PAULO -ESTADO, 2018).

O VDRL de seguimento deve ser realizado mensalmente até que ocorra a cura sorológica, a duração da gestação pode não ser suficiente para a negatificação, nesse caso o seguimento deve continuar mesmo após o parto. A persistência de resultados reagentes em testes não treponêmicos com títulos baixos (1:1 a 1:4) durante um ano após o tratamento, quando descartada nova exposição de risco durante o período analisado, é chamada de “cicatriz sorológica” e não caracteriza falha terapêutica reinfeção (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 2018; SÃO PAULO -ESTADO, 2018).

Caso durante o seguimento não haja resposta ou se houver aumento da titulação pelo menos, duas diluições em relação ao último VDRL (ex.: de 1/2 para 1/8) a gestante deverá ser novamente tratada, mesmo na ausência de sintomas.

Figura 26 - Seguimento da Gestante com Sífilis.

Extraído de: (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 2018) - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 2018.

Para determinar a necessidade de retratamento é fundamental a avaliação da presença de sinais ou sintomas clínicos novos, reexposição de risco, violência sexual, comorbidades, histórico do tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica, é difícil diferenciar entre reinfecção, reativação e resposta imunológica mais lenta (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 2018).

São critérios de retratamento da gestante:

Não redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis primária, secundária e sífilis latente recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para 1:8, ou de 1:128 para 1:32); OU Aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64 ou de 1:4 para 1:16) em qualquer momento do seguimento; OU Persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 2018)

<p>"TÍTULO x DILUIÇÃO - Afirmar que a titulação da amostra diminui em duas diluições (de 1:64 para 1:16) é equivalente a afirmar que o título da amostra caiu 4 vezes. Isso porque a amostra é diluída em um fator 2; logo, uma diluição equivale a 2 títulos".</p>	<p>(Ministério Da Saúde [BR] 2018 p.171)</p>	<p>Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica</p>							
<p>"Cura sorológica: queda dos títulos no VDRL: duas diluições ou diminuição de quatro vezes os títulos: por exemplo, de 1/8 para 1/2; ou 1/128 para 1/32. Deverão ser novamente tratadas, mesmo na ausência de sintomas, se não houver resposta ou se houver aumento de, pelo menos, duas diluições em relação ao último VDRL (ex.: de 1/2 para 1/8)"</p>	<p>(São Paulo - Estado 2018 p. 182)</p>	<p>Linha Guia</p>							
<p>"É considerado tratamento adequado da sífilis na gestante: ...Gestante ter apresentado queda de duas titulações em sorologia não-treponêmica (VDRL ou RPR) ou títulos estáveis de sorologia não-treponêmica, se o título inicial for menor ou igual a 1:4"</p>	<p>(São Paulo - Estado 2018 p. 183)</p>	<p>Linha Guia</p>							
<p>"...Para o controle de cura, indica-se a realização do VDRL após 30 dias do término do tratamento".</p>	<p>(São Paulo - Estado 2018 p. 181)</p>	<p>Linha Guia</p>							
<p>"Critérios para retratamento da gestante com sífilis > Não redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis primária, secundária e sífilis latente recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para 1:8, ou de 1:128 para 1:32); OU > Aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64 ou de 1:4 para 1:16) em qualquer momento do seguimento; OU > Persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento"</p>	<p>(Ministério Da Saúde [BR] 2018 p.172)</p>	<p>Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica</p>							

Elaboração própria.

6.3.2.7 Núcleo Tecnologias de Gestão da Clínica

No setor saúde, as dimensões administrativas (gestão) e assistenciais (clínica) sempre atuaram em paralelo, falando línguas absolutamente incompreensíveis.

No Brasil a expressão “gestão da clínica”, foi adotada por Mendes (2001) para expressar um sistema de tecnologias de micro gestão dos sistemas de atenção à saúde, aplicável ao SUS (MENDES, 2011-).

A gestão da clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde

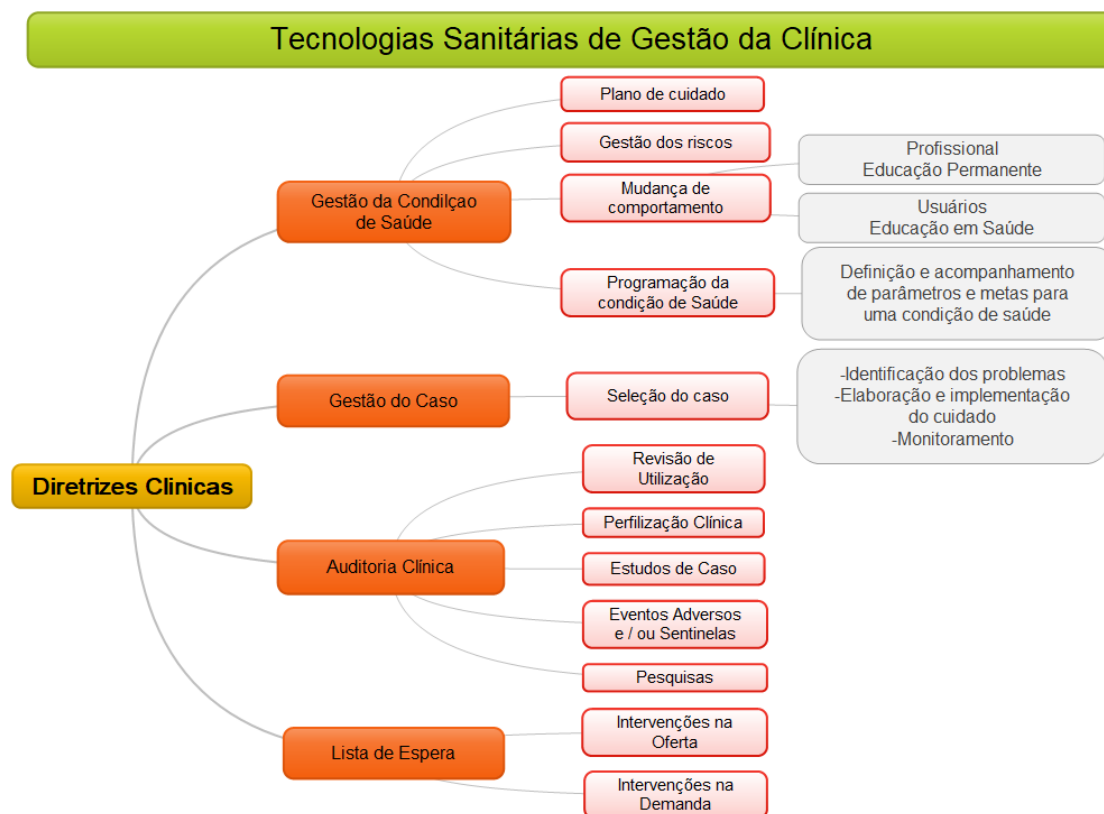
de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada (MENDES, 2011-).

No contexto da gestão da clínica é importante salientar que o objeto da clínica não pode ser reduzido somente a dimensão biológica.

O reducionismo a causas orgânicas e/ou simplesmente à patologia do paciente vem se mostrando como uma abordagem incapaz para a produção de saúde e para a construção da autonomia do paciente no sentido de conduzir a própria vida, cuidar-se, construir e participar de redes sociais de apoio (GRABOIS, 2011).

A gestão da clínica é constituída por um conjunto de tecnologias sanitárias, a saber: **gestão da condição de saúde**, **gestão de caso**, **auditoria clínica** e **listas de espera** e a tecnologia mãe, as **diretrizes clínicas**, é a partir desta que todas as outras tecnologias sanitárias se desenvolvem (MENDES, 2011-).

Figura 27 - Tecnologias Sanitárias de Gestão Clínica.



Fonte: Elaboração própria, baseado em Mendes, 2011.

A gestão da clínica ocorre também, mas não somente, no nível pontual da intervenção, neste nível opera a gestão do plano de cuidados, têm como objeto o indivíduo e não o serviço ou sistema de saúde, logo esta gestão exige o envolvimento e atuação dos profissionais que atuam no nível pontual da intervenção, no contato direto com o indivíduo.

A utilização da tecnologia sanitária “Diretrizes Clínicas” na assistência pré-natal do Brasil é muito presente na organização de todo o programa de pré-natal, o quadro 17 mostra a expressão textual de cada um destes núcleos representados pela

Figura 27 - Tecnologias Sanitárias de Gestão Clínica.

Nos documentos técnicos analisados é muito clara a expressão textual dos núcleos organizativos da intervenção humana no processo saúde – doença propostas neste trabalho, como mostra o quadro abaixo.

Quadro 17 – Expressões textuais nas diretrizes clínicas sobre núcleos organizativos da intervenção humana no processo saúde – doença.

Diretrizes Clínicas				
Expressões textuais em documentos técnicos norteadores do Pré-Natal	Referência	Tipo de Documento	Núcleos organizativos	Momentos avaliativos propostos pela área de avaliação em saúde.
<i>"No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso"</i>	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 41)	Manual Técnico	<i>Núcleo Tecnologias de Gestão da Clínica: diretrizes clínicas</i>	<i>Necessidades</i>
<i>"5. ROTINAS DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL - 5.1 Aspectos gerais O acompanhamento pré-natal exige acolhimento das necessidades da gestante, acompanhante e familiares em relação à gravidez, parto e puerpério. Deve haver disponibilidade para que sejam esclarecidas queixas, dúvidas, angústias, ansiedades, criando um ambiente empático e receptivo, que estimule a adesão ao programa de consultas e ações educativas.</i>	(São Paulo -Estado 2018 p. 51)	Linha Guia	<i>Núcleo Tecnologias de Gestão da Clínica: diretrizes clínicas</i>	<i>Necessidades</i>
<i>"Garantia de adequadas infraestruturas física e tecnológica das diversas unidades de saúde para atendimento da gestante e da puérpera"</i>	(São Paulo -Estado 2018 p. 18)	Linha Guia	<i>Núcleo Tecnologias de Gestão da Clínica: diretrizes clínicas</i>	<i>Estrutura</i>
<i>"Para garantir qualidade, é necessário manter uma infraestrutura adequada, com profissionais capacitados (médicos, enfermeiras, enfermeiras obstétricas e obstetrizes) e com a organização dos processos de trabalho desenvolvidos pelas unidades de saúde."</i>	(São Paulo -Estado 2018 p. 23)	Linha Guia	<i>Núcleo Tecnologias de Gestão da Clínica: diretrizes clínicas</i>	<i>Estrutura</i>

<p>"A atualização nos aspectos técnicos da atenção pré-natal é muito importante e o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos essenciais é obrigatório."</p>	<p>(São Paulo -Estado 2018 p. 24)</p>	<p>Linha Guia</p>	<p>Núcleo Tecnologias de Gestão da Clínica: Lista de espera</p>	<p>Processos</p>
<p>"A Linha de Cuidado da Gestante deve abordar atividades de promoção à saúde e prevenção, cura e reabilitação dos agravos e doenças eventualmente apresentados no período gestacional."</p>	<p>(São Paulo -Estado 2018 p. 23)</p>	<p>Linha Guia</p>	<p>Núcleo de Promoção à Saúde e de Tecnologias Clínicas de produção do cuidado: Promoção, prevenção, cura e reabilitação</p>	<p>Processos</p>
<p>"A integralidade é um dos princípios constitucionais do SUS que, juntamente com a universalidade do acesso, a equidade das ofertas em saúde e a participação da comunidade, modificam os modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. De acordo com este princípio, o sujeito passa a ser percebido de forma integral (não fragmentada) e ocorre a incorporação de ações de promoção, prevenção e articulação com ações curativas e reabilitadoras. Dessa forma, a atenção à gestante, à puérpera e à criança deve ser concebida de forma integral, indissociada das questões físicas, emocionais, de seu contexto familiar, comunitário e de relações sociais."</p>	<p>Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 121)</p>	<p>Manual Técnico</p>	<p>Núcleo de Promoção à Saúde e de Tecnologias Clínicas de produção do cuidado: Promoção, prevenção, cura e reabilitação Núcleo Tecnologias de Gestão da Clínica: gestão do caso (integração, coordenação do cuidado).</p>	<p>Processos</p>
<p>"2.2.1 Organização da assistência: As rotinas estabelecidas devem respeitar as características locais, com máximo aproveitamento do tempo e das instalações...Isso inclui normatizações sobre: • Procedimento de busca ativa • Visitas domiciliares Educação em saúde • Acolhimento da gestante e seus familiares ..."</p>	<p>(São Paulo -Estado 2018 p. 24)</p>	<p>Linha Guia</p>	<p>Núcleo Tecnologias de Gestão da Clínica: gestão da condição</p>	<p>Processos</p>
<p>"... as equipes de atenção básica devem se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando a referida população necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde."</p>	<p>(Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 38)</p>	<p>Manual Técnico</p>	<p>Núcleo Tecnologias de Gestão da Clínica: gestão do caso (coordenação do cuidado)</p>	<p>Processos</p>

<i>"É importante que os profissionais da unidade organizem a discussão regular e rotineira de êxitos e dos insucessos da assistência obstétrica, como os casos de insucessos maternos graves (morte materna, morbidade materna grave relatada, histerectomia, internação na UTI, transfusão de sangue, eclâmpsia, hipertensão ou grave), além dos óbitos fetais e neonatais, nascimentos prematuros e casos de sífilis congênita".</i>	(São Paulo -Estado 2018 p. 29)	Linha Guia	<i>Núcleo Tecnologias de Gestão da Clínica: auditoria clínica</i>	<i>Processos</i>
<i>"O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas".</i>	(Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 34)	Manual Técnico	<i>Núcleo Tecnologias de Gestão da Clínica: diretrizes clínicas</i>	<i>Produtos e resultados</i>
<i>"Com esse protocolo, afirma-se também um compromisso com a implementação de ações de saúde no âmbito da AB que reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis..."</i>	(Ministério da Saúde [BR] 2016 p. 13)	Protocolo Clínico	<i>Núcleo Tecnologias de Gestão da Clínica: diretrizes clínicas</i>	<i>Produtos e resultados</i>
<i>"No contexto atual, frente aos desafios citados, o Ministério da Saúde, com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, institui a Rede Cegonha"</i>	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 16)	Protocolo Clínico	<i>Núcleo Tecnologias de Gestão da Clínica: diretrizes clínicas</i>	<i>Produtos e resultados</i>

Elaboração própria.

6.3.2.8 *Tecnologia Sanitária - Lista de Espera ou Gestão do Acesso*

Mendes (2011) define as listas de espera como “... uma tecnologia de gestão da clínica orientada a **racionalizar o acesso** a serviços em que existe um desequilíbrio entre oferta e demanda”, uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos e promovendo a transparência.

Os sistemas de saúde universais, como o SUS, costumam apresentar longos tempos de espera, gerando insatisfação na população e aumento dos custos da atenção.

O tempo de espera evidencia o diferencial de tempo para oferecer o serviço em função da atual e da futura oferta. As listas de espera mostram o estoque de pessoas usuárias em busca de atenção num ponto determinado do tempo.

A superação do problema do tempo de espera exige intervenções do lado da oferta e da demanda. Do lado da oferta, o incremento das intervenções e da produtividade dos serviços é o fundamental. Do lado da demanda, podem-se adotar políticas de redução das necessidades através da melhoria da rede de atenção primária e do estabelecimento de critérios de estratificação de riscos (MENDES 2011).

No que tange ao programa de pré-natal, a tecnologia de lista de espera se empenha na organização do programa para garantir o acesso o mais precocemente possível de todas as gestantes.

O **Quadro 18** mostra as expressões textuais contidas nos documentos norteadores do programa de pré-natal, a análise do quadro deixa muito clara a orientação do programa em relação a gestão do acesso das gestantes.

As diretrizes orientam a organização dos serviços de maneira a garantir o acesso precoce ao pré-natal, explicitam a estratégia de utilização de visitas domiciliares como ferramenta de facilitação do acesso ao pré-natal, de modo a identificar e estimular

as gestantes que não acessaram o pré-natal a buscar este cuidado. Esta ação se operacionaliza no nível dos serviços de saúde e, portanto, faz parte do objeto de avaliação deste estudo.

Também é muito clara a orientação referente à organização da rede de atenção à saúde de modo a garantir o acesso das gestantes a todos os níveis de complexidade de que ela necessite, organizando e regulando todas as demandas. As ações de organização da rede extrapolam os limites do serviço local de atenção ao pré-natal (UBS) portanto não serão alvo de avaliação neste estudo, visto que o nosso objeto é do serviço de pré-natal.

Quadro 18 – Codificação aberta de diretrizes sobre acesso ao pré-natal ou Lista de Espera.

Categoria: Lista de Espera (Gestão do Acesso)									
Expressões textuais em documentos técnicos norteadores do Pré-Natal	Referência	Tipo de documento	Necessidades	Estrutura	Processos	Produto	Resultado Imediato / PN	Resultado médio prazo / Rede	Resultado longo prazo / Desfecho
"... gestores e trabalhadores possuem a tarefa de organizar os serviços de modo que eles sejam, de fato, acessíveis e resolutivos às necessidades da população"	(Ministério da Saúde [BR] 2016 p. 12)	Protocolo Clínico	Acesso aos serviços	Estrutura Organizacional	Organização dos serviços	Disponibilidade de serviços	Acesso a serviços de pré-natal	Acesso a cuidados complementares	Desfechos positivos
"Os serviços de saúde devem se organizar para realização da busca ativa, visando o início precoce do pré-natal".	(Ministério Da Saúde [BR] 2018 p. 167)	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica	Início precoce do pré-natal	Agente de Saúde	Busca ativa	Captação da gestante	Acesso ao pré-natal	Acesso a cuidados complementares	
"Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir: ...Identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal ... Acolhimento imediato e garantia de atendimento a todos os recém-natos e à totalidade das gestantes e puérperas que procurarem a unidade de saúde".	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 41 - 43)	Manual Técnico	Início precoce do pré-natal	Profissional capacitado.	Acolhimento	Escuta qualificada	Acesso facilitado	Fortalecimento do vínculo	

"Mesmo antes que a gestante acesse a UBS, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil. A equipe precisa conhecer ao máximo a população adscrita de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo".	(Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 38)	Manual Técnico	Início precoce do pré-natal	Agente de Saúde	Captação precoce	Captação precoce da gestante	Acesso ao pré-natal	Acesso precoce a cuidados complementares
"10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica - 1º passo: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captção precoce)"	(Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 39)	Manual Técnico						
"4.1. Acolhimento da mulher com atraso menstrual A unidade de saúde deve criar um fluxo de atendimento ágil, buscando não postergar o diagnóstico e oferecendo acolhimento precoce para orientação e atenção pré-natal"	(São Paulo - Estado 2018 p. 45)	Linha Guia	Início precoce do pré-natal	Profissional capacitado	Acolhimento	Escuta qualificada	Acesso facilitado	Fortalecimento do vínculo
"É preciso ter claro que a visita domiciliar é uma ação de saúde que se oferece à usuária para facilitar seu acesso à atenção"	(São Paulo - Estado 2018 p. 73)	Linha Guia	Facilidade de acesso	Agente de Saúde	Visita domiciliar	Captção da gestante	Acesso ao pré-natal	Acesso a cuidados complementares
"...incluir o acolhimento com escuta qualificada como princípio básico das ações dos profissionais de saúde tem por objetivos ... a melhoria do acesso das usuárias aos serviços de saúde, modificando a forma tradicional de entrada por filas e a ordem de chegada"	(Ministério da Saúde [BR] 2016 p. 16)	Protocolo Clínico	Facilidade de acesso	Profissional capacitado	Acolhimento	Escuta qualificada	Acesso facilitado	Fortalecimento do vínculo
"As situações prioritárias para visita domiciliar são: • Identificar grávidas que não iniciaram a assistência pré-natal, entender os motivos para isso e estimular sua busca por cuidado, providenciando, inclusive, o agendamento"	(São Paulo - Estado 2018 p. 18)	Linha Guia	Romper barreiras de acesso	Agente de Saúde	Visita domiciliar	Captção da gestante	Acesso ao pré-natal	Acesso a cuidados complementares
"Além da adequada articulação dos serviços na linha de cuidado, é preciso ter mecanismos apropriados de regulação da assistência, garantia de acesso a exames complementares, fornecimento de medicações essenciais e segurança para o transporte eventual de pacientes."	(São Paulo - Estado 2018 p. 23)	Linha Guia	Acesso a rede regional de atendimento	Estrutura organizacional	Regulação da Rede regional	Organização da demanda X oferta	Oferta adequada de cuidados	Acesso a serviços de complementares
"Garantia de acesso a uma rede integrada de serviços de saúde que propicie abordagem integral"	(São Paulo - Estado 2018 p. 18)	Linha Guia						
"É necessário planejar a organização da Rede Regional de Atenção à Saúde para garantir acesso e o acolhimento de todas as mulheres, durante as diversas fases da gestação, parto e puerpério"	(São Paulo - Estado 2018 p. 23)	Linha Guia						
"Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir: Sistema eficiente de referência e contrarreferência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal (em todos os níveis do sistema de saúde) para todas as gestantes, conforme a exigência de cada caso"	(São Paulo - Estado 2012 p. 41 e 43)	Manual Técnico	Continuidade da assistência	Serviços disponíveis para todos os níveis	Regulação de referência e contrarreferência	Disponibilidade de referência	Encaminhamento para referência	Cuidado integral

<i>Há necessidade de adequação da lista de condições potenciais de risco à situação epidemiológica local, estabelecendo uma Linha de Cuidado regional que dependerá da distribuição e localização dos serviços de referência</i>	(São Paulo - Estado 2018 p. 52)	Linha Guia							
<i>"Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir: Vinculação das unidades básicas de saúde (UBS) aos hospitais, às maternidades, às casas de parto, às residências de parto domiciliar (feito por parteira) de referência e aos serviços diagnósticos, conforme definição do gestor local."</i>	(São Paulo - Estado 2012 p. 41 e 43)	Manual Técnico							
<i>"...é preciso ter mecanismos apropriados de regulação da assistência, garantia de acesso a exames complementares..."</i>	(São Paulo - Estado 2018 p. 23)	Linha Guia	<i>Continuidade da assistência</i>	<i>Serviços disponíveis para todos os níveis</i>	<i>Regulação exames complementares</i>	<i>Acesso a exames complementares</i>	<i>Diagnóstico complementares</i>	<i>Cuidados e tratamentos complementares</i>	

Elaboração própria.

6.3.2.9 Tecnologia Sanitária - Gestão da Condição de Saúde

A gestão da condição de saúde é uma tecnologia especialmente indicada para o manejo das condições crônicas, que necessitam de atenção por longo tempo e em diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Essa tecnologia se dirige a uma população determinada, sendo necessário o conhecimento e o relacionamento constante com a população associada. A gestão da condição de saúde foi definida por Mendes (2011) como:

o processo de gerenciamento de um fator de risco biopsicológico ou sobre uma determinada condição de saúde já estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde (MENDES, 2011-).

A “gestão da condição de saúde” substituiu o antigo termo “gestão da doença”, pois o termo “gestão das condições de saúde” permite de forma mais adequada se referir ao gerenciamento de condições como gravidez, acompanhamento de pessoas idosas, crianças e adolescentes, que não são doenças, mas que são condições crônicas.

A gestão da condição de saúde contempla um conjunto de ações sobre fatores de risco biopsicológicos (dislipidemia, hipertensão arterial, depressão etc) ou sobre uma

condição de saúde já estabelecida (pré-natal, diabetes, doença coronariana, asma etc), envolve a **programação da condição de saúde**, a **mudança de comportamento**, a **gestão dos riscos** relacionados e a elaboração de um **plano de cuidados** para a condição.

A gestão da condição tem como instrumento básico para o desenvolvimento de suas ações a linha-guia relativa à condição (Diretrizes e protocolos técnicos) porque ela vai definir as ações a serem desenvolvidas em cada ponto de atenção à saúde e suas relações com os sistemas de apoio, englobando os processos de cura, cuidado, reabilitação.

É o **plano de cuidado** que cumpre o papel de, efetivamente, colocar a pessoa usuária como o centro da atenção à saúde.

Gestão dos riscos proposta pela tecnologia sanitária de gestão da condição se refere a promoção boas práticas clínicas, à diminuição dos riscos clínicos e a ocorrência de incidentes danosos ou adversos para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde (Mendes, 2011). A gestão de riscos de que trata a tecnologia de gestão da condição corrobora com a prevenção quaternária descrita na história natural da doença.

A **programação** local da gestão da condição de saúde é realizada através do momento normativo do plano estratégico, é baseada nas linhas-guias, p. ex., uma linha-guia de atenção ao pré-natal contém, dentre outros, os seguintes parâmetros em sua planilha de programação: prover, no mínimo, 7 consultas para cada gestante; realizar exames para HIV, sífilis e toxoplasmose em 100% das gestantes; notificar 100% dos casos positivos de sífilis na gestação; tratar 100% das gestantes positivas sífilis. Esses são exemplos de parâmetros que devem ser a base da programação local que deve ser realizada pela própria equipe que vai executá-la, a programação deve ter validade de um ano, devendo ser reprogramada após esse período.

A **mudança de comportamento** se aplica tanto aos usuários quanto aos profissionais por meio de ações de educação em saúde para usuários e educação permanente para profissionais.

O **Quadro 19** mostra as evidências de gestão da condição nas diretrizes técnicas que orientam o cuidado pré-natal.

Quadro 19 – Codificação aberta das diretrizes sobre a tecnologia sanitária de gestão da condição.

Categoria: Gestão da condição									
Expressões textuais em documentos técnicos norteadores do Pré-Natal	Referência	Tipo de documento	Necessidades	Estrutura	Processos	Produto	Resultado Imediato / PN	Resultado médio prazo /	Resultado longo prazo /
"Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir: ...Acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação ...Realização de práticas educativas, ...Visita domiciliar às gestantes e puérperas, principalmente no último mês de gestação...Busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto... ""	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 41 - 43)	Manual Técnico	Monitoramento das da condição: gestante	Serviço de pré-natal	Visitas domiciliares de monitoramento	Gestantes visitadas periodicamente	Identificação de problemas	Ajuste dos cuidados ofertados às necessidades apresentadas pelas gestantes	Desfechos gestacionais positivos
"Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir: Visita domiciliar às gestantes e puérperas, principalmente no último mês de gestação e na primeira semana após o parto, com o objetivo de monitorar a mulher e a criança, orientar cuidados adequados, identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários; Busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto"	(Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 41 e 43)	Linha Guia							
"A Organização Mundial da Saúde recentemente atualizou sua recomendação para um mínimo de oito consultas, assim distribuídas: uma no primeiro trimestre (até a 12ª semana), seguida por retornos com 20, 26, 30, 34, 36, 38 e 40 semanas. O acompanhamento deve ser regular e completo, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas ..."	(São Paulo - Estado 2018 p. 68)	Linha Guia							
"Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir: ... Acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo), acompanhando-as tanto nas unidades de saúde quanto em seus domicílios, bem como em reuniões comunitárias..."	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 41 e 42)	Manual Técnico							
"As situações prioritárias para visita domiciliar são: ... Realizar ações de saúde individualizadas e indicadas para a situação, como por exemplo, o monitoramento do estado de saúde de gestantes em tratamento de intercorrência"	(São Paulo - Estado 2018 p. 74)	Linha Guia							

"4.3.2 Atribuições dos profissionais de saúde: ...Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes; ..."	4.3.2.1 (Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 12 p. 47)	Manual Técnico						
"As visitas domiciliares constituem-se em atividade obrigatória da atenção pré-natal e devem ser realizadas por agentes comunitários ou outro profissional da unidade de saúde, a depender da necessidade".	(São Paulo - Estado 2018 p. 73)	Linha Guia	Ajustar cuidados às necessidades apresentadas	Serviço de pré-natal	Visita domiciliar de médico ou enfermeiro	Visita de médico ou enfermeiro realizada	Oferta de cuidado de acordo com a necessidade	Necessidades atendidas
"Médico (a): ... Realiza visitas e presta assistência domiciliar de acordo com a necessidade"	(São Paulo - Estado 2018 p. 27)	Linha Guia						
"Enfermeiro (a), enfermeiras obstétricas e obstetrizes: ... Realiza visita domiciliar de acordo com a rotina da unidade ou quando for considerado necessário (quando demandar algum procedimento ou avaliação qualificada de risco)"	(São Paulo - Estado 2018 p. 26)	Linha Guia						
"Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir: Registro das informações em prontuário, no Cartão da Gestante e no SisPre-Natal, inclusive com preenchimento da Ficha Perinatal, abordando a história clínica perinatal, as intercorrências e as urgências/emergências que requeiram avaliação hospitalar"	(Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 41 e 43)	Manual Técnico	Registro de informações	Serviço de pré-natal	Registro de informações em prontuário	Informações sobre história clínica e perinatal, intercorrências e urgências registradas	Comunicação das informações entre os membros da equipe	Continuidade do cuidado por outros membros da equipe
A sífilis na gestante também é doença de notificação compulsória durante o pré-natal.	(São Paulo - Estado 2018 p. 177)	Linha Guia	Notificação	Serviço de pré-natal	Notificação do caso	Gestante notificada	Vigilância do caso	Deteção e correção de falhas no plano de cuidado
"...É importante que a equipe profissional esteja atenta para monitorar as faltas, empenhar-se em caracterizar o problema e apoiar a superação das dificuldades percebidas, podendo utilizar a busca ativa com visita domiciliar para esse fim"	(São Paulo - Estado 2018 p. 24)	Linha Guia	Assiduidade da gestante no Pré natal	Serviço de pré-natal	Visita para busca ativa de gestantes faltosas	Visita de busca ativa realizada	Retorno da assiduidade no pré-natal	Fortalecimento de vínculo
"O controle do comparecimento das gestantes às consultas é de responsabilidade das equipes da UBS; para isso deve ser implantado um sistema de vigilância que permita a busca ativa de gestantes faltosas".	(São Paulo - Estado 2018 p. 69)	Linha Guia						
"A equipe deve estar atenta para monitorar o absentismo das gestantes, empenhar-se em caracterizar o problema e apoiar a solução da dificuldade, com visita domiciliar pelo (a) agente	(São Paulo - Estado 2018 p. 69)	Linha Guia						

comunitário(a) ou outro membro da equipe de saúde"										
"Recomenda-se visita domiciliar para gestantes faltosas, com intercorrências e para todas as puérperas, na 1ª semana pós-parto"	(São Paulo - Estado 2018 p. 69)	Linha Guia								
" Agente comunitário de saúde: ... Monitora o comparecimento às consultas e reagenda retorno para as gestantes faltosas..." "Uma atividade que deve ser implantada é o monitoramento do absenteísmo das gestantes no pré-natal, tratado como indicador de qualidade..."	(São Paulo - Estado 2018 p. 24 e 26)	Linha Guia								
"Agente comunitário de saúde: ...Realiza atividade de educação, orientando sobre a periodicidade das consultas, cuidados de saúde, enfocando ações preventivas de agravos, aspectos nutricionais e sanitários"	(São Paulo - Estado 2018 p. 26)	Linha Guia								
" 5.9 Atividades educativas na gestação e preparo para o parto ...É necessário que a equipe profissional ofereça apoio à mulher e esteja disponível para esclarecer suas dúvidas, de seus parceiros e outros acompanhantes. O principal objetivo das ações educativas ao longo do pré-natal é ampliar o conhecimento da mulher sobre gravidez, parto e pós-parto e sobre cuidados que favorecem seu bem-estar, sua saúde e a do feto"	(São Paulo - Estado 2018 p. 74)	Linha Guia								
"Realização de práticas educativas, abordando principalmente: (a) o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida; (b) a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto; (c) os cuidados com o recém-nascido; (d) a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério ..."	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 42)	Manual Técnico								
"4.3.2 Atribuições dos profissionais 4.3.2.1 Agente comunitário de saúde: ... Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários; "	(Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 12 p. 47)	Manual Técnico								
"5. ROTINAS DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL ...O acompanhamento pré-natal exige acolhimento das necessidades da gestante, acompanhante e familiares em relação à gravidez, parto e puerpério. Deve haver disponibilidade para que sejam esclarecidas queixas, dúvidas, angústias, ansiedades, criando um ambiente empático e receptivo, que estimule a adesão ao programa de consultas e ações educativas"	(São Paulo - Estado 2018 p. 49 -51)	Linha Guia								
"Garantia de aprimoramento permanente dos processos de trabalho envolvidos ...Desenvolvimento contínuo de processos de educação permanente dos profissionais de saúde"	(São Paulo - Estado 2018 p. 18)	Linha Guia	Atividades de educação per-	Gestão municipal	Oferta de ações de edu-	Participação dos trabalha-	Melhoria dos processos de	Melhoria da qualidade		
			Atividades de educação em saúde	Serviço de pré-natal	Ações educativas	Participação das gestantes em ações educativas	Promoção de comportamentos saudáveis e seguros	Fortalecimento de vínculo com equipe e assiduidade no pré-natal		

"Deve-se, também, oferecer e acompanhar a regularidade de atividades de educação permanente para os profissionais das UBS"	(São Paulo - Estado 2018 p. 29)	Linha Guia							
"2.3.1. Indicadores de processo (na unidade de saúde e nível municipal): — Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta prévia ao quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existente ou estimado pelo número de nascidos vivos do município). — Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, oito consultas de pré-natal. * ..."	(São Paulo - Estado 2018 p.30)	Linha Guia	Estabelecimento de metas	Serviço de pré-natal	Monitoramento de indicadores	Identificação de fragilidades	Ajuste da intervenção	Oferta de cuidados adequados às necessidades	
""2 LINHAS ORIENTADORAS DESTA PUBLICAÇÃO ... além da prevenção de intervenções e danos desnecessários, a denominada prevenção quaternária.""	(Ministério da Saúde [BR] 2016 p. 13- 15)	Protocolo Clínico	Prevenção de danos desnecessários	Gestão municipal	Ações monitoramento da segurança do paciente	Cuidados livres de danos	Oferta de cuidado seguro	Melhoria da qualidade	

Elaboração própria.

6.3.2.10 Tecnologia Sanitária - Gestão do caso

Segundo Mendes (2011) a gestão de caso (case management) é um processo cooperativo entre um profissional, **gestor do caso**, e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, levando em consideração as necessidades da pessoa.

Os principais objetivos da gestão de um caso, de acordo com MENDES (2011) são:

- ✓ Advogar as necessidades das pessoas usuárias e de suas famílias;
- ✓ Ajustar as necessidades de saúde aos serviços providos;
- ✓ Estimular a adesão aos cuidados prescritos nas diretrizes clínicas;
- ✓ Monitorar os planos de tratamento, a reabilitação e as ações paliativas;
- ✓ Assegurar a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde;
- ✓ Diminuir a fragmentação da atenção à saúde;
- ✓ Assistir às pessoas usuárias e às suas famílias para acessar o ponto de atenção à saúde adequado;
- ✓ Avaliar as altas de serviços; e prevenir as internações sociais.
- ✓ Aumentar a satisfação das pessoas usuárias e de suas famílias;
- ✓ Reduzir os efeitos adversos das intervenções médicas;
- ✓ Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias dos serviços;

- ✓ Melhorar a comunicação e a colaboração na equipe de profissionais de saúde;
- ✓ Reduzir, sem prejuízo da qualidade, a permanência nas unidades de saúde;
- ✓ Incrementar a qualidade de vida das pessoas usuárias;
- ✓ Incrementar a autonomia das pessoas;
- ✓ Estimular o autocuidado;

A gestão do caso tem foco tanto em uma unidade como na trajetória do usuário/paciente, pode ser conduzida por um gestor de caso que, normalmente, é um enfermeiro ou um assistente social. Cabe ao gestor de caso exercitar a coordenação da atenção, cuidar da mobilização dos recursos e monitorar os resultados, sem se envolver diretamente, na prestação de serviços.

Outro desenho possível da gestão do caso é a gestão compartilhada, nesse caso a gestão do caso pode ser feita por uma pequena equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, agentes de saúde, etc.) em que os gestores de caso, além das funções de coordenação, mobilização de recursos e monitoramento, executam, diretamente, alguns procedimentos (MENDES, 2011-).

As pessoas com condições complexas são elegíveis para gestão do caso, pessoas portadoras de condições de saúde que representam alto risco sanitário, econômico e social, p. ex., alvos de eventos sentinelas, HIV/aids, certos nascimentos prematuros, sífilis em gestante, aqueles que apresentam graves problemas familiares ou econômicos-sociais, aqueles desprovidos de rede de suporte social, pessoas portadoras de distúrbios mentais graves, pessoas que sofrem algum tipo de abuso, moradores de rua, pessoas em estado de pobreza extrema.

O processo de gestão do caso envolve quatro etapas principais ilustradas na **Figura 28** (página 208), a primeira consiste em selecionar as pessoas que devem ser acompanhadas, em geral pessoas que apresentam condições crônicas complexas, as pessoas que apresentam baixa adesão às intervenções prescritas, aquelas acometidas por danos catastróficos, pessoas alvo de eventos sentinela, aqueles que apresentam graves problemas familiares ou econômicos-sociais, pessoas que vivem só, idosos frágeis, portadores de distúrbios mentais graves, pessoas em situação de violência, em situação de rua ou

em estágio de extrema pobreza, todas essas situações são elegíveis ao processo de gestão de caso (MENDES 2011).

A segunda etapa é a identificação do problema, nesta etapa recolhe-se o máximo de informações sobre a pessoa que será o sujeito da gestão de caso (história de saúde, condições de vida). A terceira etapa é a elaboração e implementação do plano de cuidados, é nesta etapa que se decide aonde chegar, de que maneira alcançar os objetivos propostos, quem proverá os serviços necessários; quando os objetivos serão alcançados e onde o cuidado será prestado (MENDES 2011).

A quarta etapa é o monitoramento do plano de cuidado, o objetivo desta etapa é a verificação do cumprimento dos objetivos e a verificação de necessidade de reajustes das intervenções prescritas. O monitoramento pode ser presencial, por telefone, mensagens de aplicativos ou correio eletrônico (MENDES 2011).

No Brasil, a introdução da gestão de caso tem sido feita, principalmente, por operadoras de planos privados de saúde. Um exemplo é a UNIMED de Belo Horizonte que introduziu a gestão de caso domiciliar e verificou que, em 296 clientes acompanhados, no mínimo, por 18 meses, **o custo mensal da atenção caiu de R\$ 1.118,00 para R\$ 568,00**, uma redução de **49,2%**. O número médio de internações hospitalares passou de 0,140 por usuário/mês para 0,113 por usuário/mês, uma queda de 19,6%. (CHAVES 2008 apud MENDES 2011)

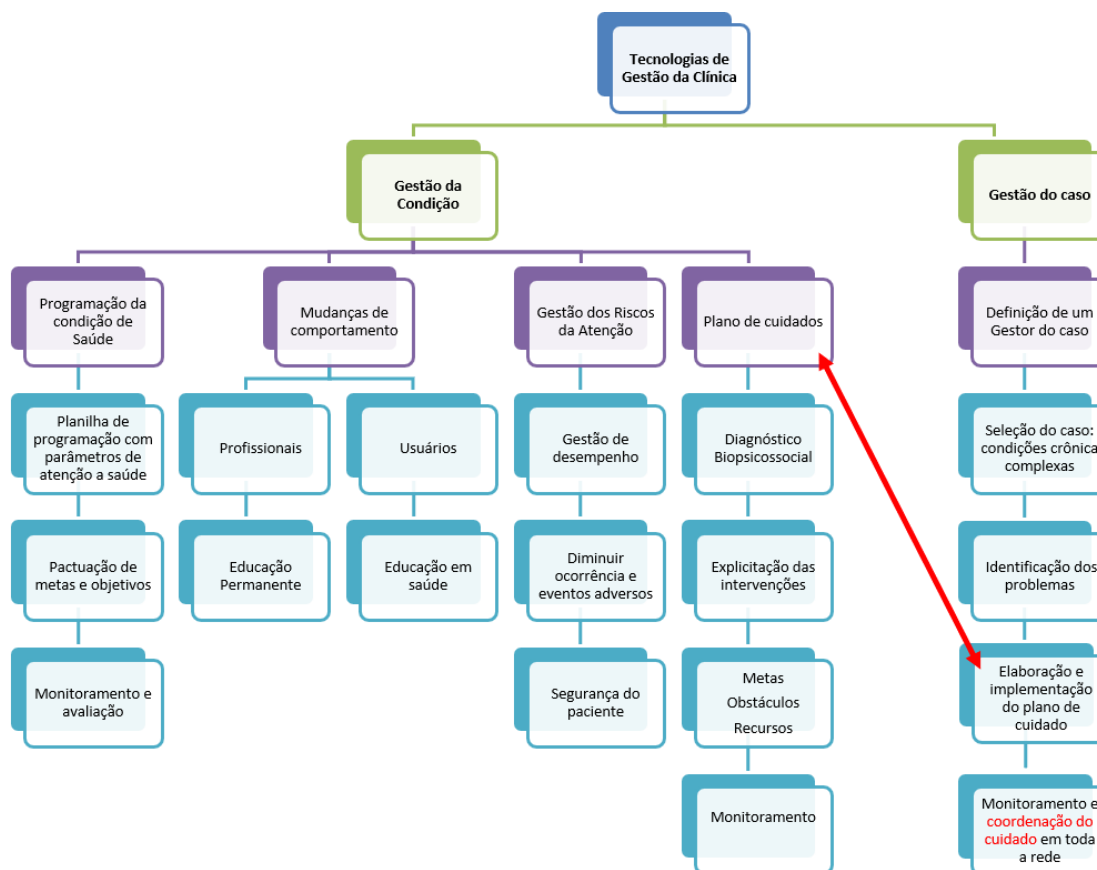
Em Minas Gerais, a Secretaria de Saúde de Janaúba obteve resultados muito positivos na redução da mortalidade infantil e uma das explicações possíveis dessa queda pode estar na introdução da gestão de caso aplicada às gestantes e às crianças, (ALBUQUERQUE 2008 apud MENDES 2011).

Entendemos que é oportuno neste momento destacar algumas diferenças e semelhanças entre a gestão da condição e gestão do caso.

A **Figura 28** demonstra as ações envolvidas da gestão da condição e na gestão do caso. O plano de cuidados é elemento central nas duas tecnologias sanitárias, porém na gestão do caso (tecnologia destinada a casos mais complexos) este plano é guiado e coordenado por um profissional gestor do caso e é elaborado sob medida para cada caso

individualmente. Na gestão da condição não temos a figura do gestor do caso e o plano de cuidados, embora continue sendo individual, segue os padrões gerais orientados pelas diretrizes técnicas.

Figura 28 – Tecnologias Sanitárias de Gestão da Condição e Gestão do Caso

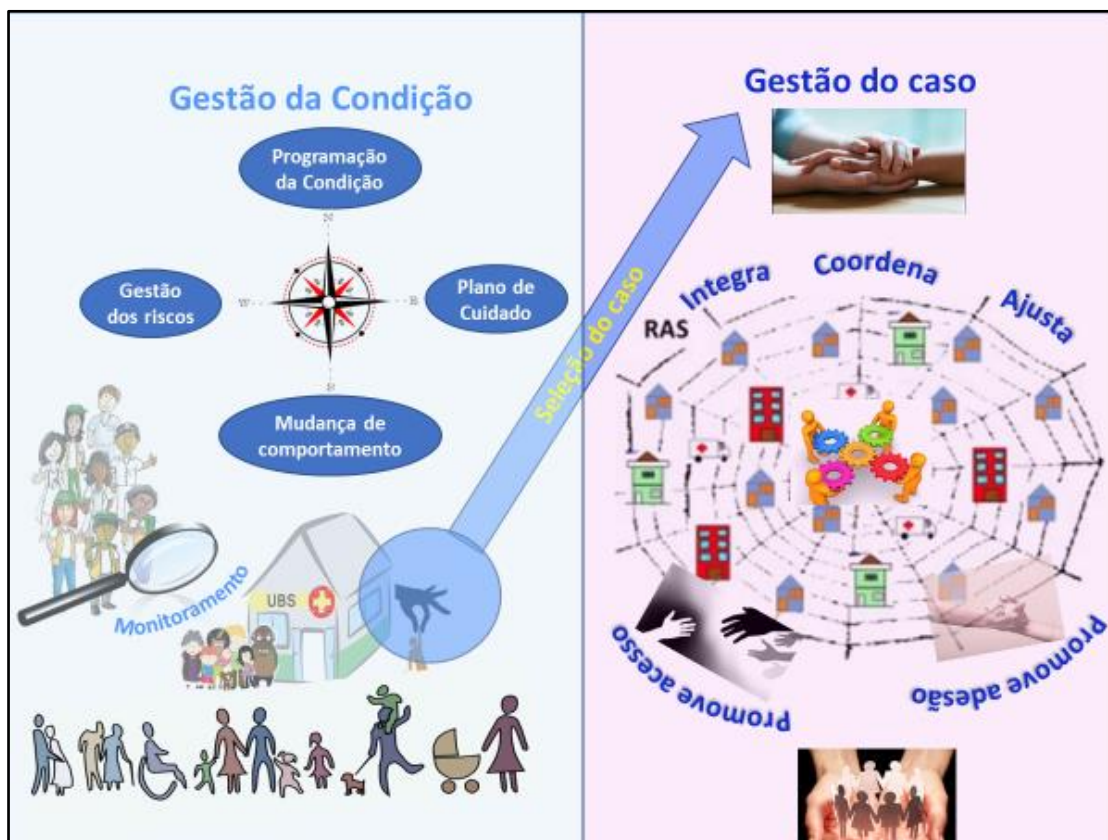


Fonte: Próprio autor – baseado em (MENDES, 2011-)

A **Figura 29** procura ilustrar o foco no indivíduo de cada uma das tecnologias de gestão clínica em questão. A gestão da condição é guiada pelas ações de programação da condição, mudança de comportamento, gestão dos riscos e implementação e monitoramento do plano de cuidado do indivíduo que necessita de atenção por longo tempo, essa tecnologia se baseia nas diretrizes clínicas para determinar o plano de cuidado. Já a gestão do caso seleciona os indivíduos com condições mais complexas, coordena, ajusta e integra o cuidado, promove o acesso e a adesão ao plano de cuidado, chega mais perto do indivíduo,

“segura a mão” destes indivíduos, “caminha junto a ele” por toda a rede de atenção à saúde, protege e advoga por ele.

Figura 29- Gestão da condição e gestão do cuidado



Elaboração própria

Na gestão da condição o plano de cuidados é voltado a todas as mulheres na condição de gestante, já na gestão do caso o plano de cuidados é ajustado para mulheres na condição de gestante com associação de condições complexas nas áreas clínica ou psicossocial. Na maioria das vezes o plano de cuidado na gestão do caso envolve a necessidade de promoção de acesso a outros serviços da rede de atenção à saúde.

6.3.2.11 Modelo de atenção a condições crônicas

Mendes, 2011 descreve um modelo de atenção a condições crônicas que se estrutura em cinco níveis, este modelo está ilustrado na

Figura 30 e demonstra bem a gestão do caso e a gestão da condição de saúde.

Figura 30- Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).



Fonte: Mendes, 2011

O MACC estrutura-se em cinco níveis e em três componentes integrados. As condições de saúde de nível 1 e nível 2, representam as condições de baixo e médio riscos. As condições de nível 3 a 5 representam as condições de alto e muito alto riscos. Assim diferentes estratos têm manejos clínicos diferenciados e concentração de trabalho profissional e de autocuidado apoiado diversos.

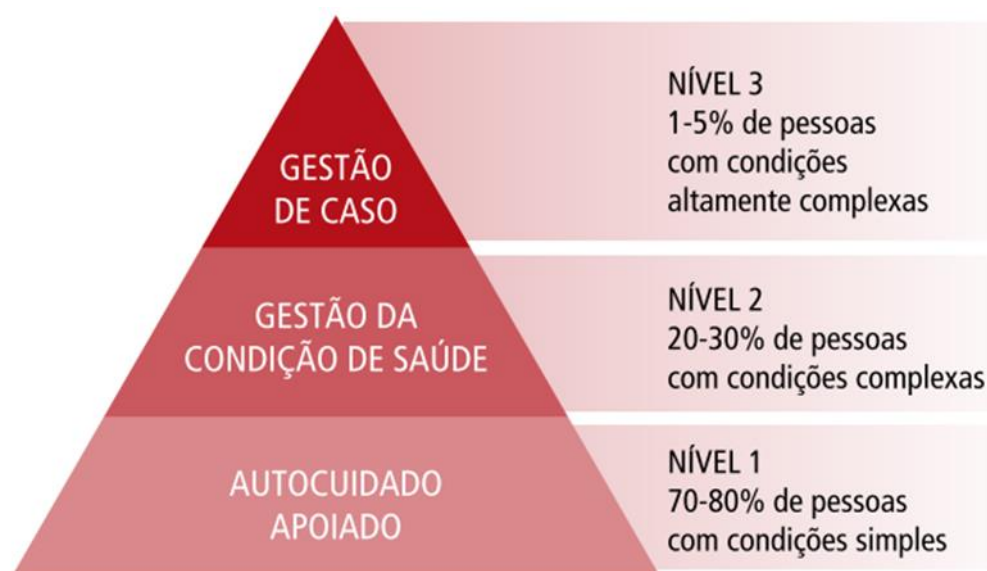
As ações de gestão da condição de saúde estão representadas na pirâmide da

Figura 30 em três níveis (2, 3 e 4) quanto maior o nível mais complexo é a condição da pessoa assistida e mais atenção profissional será dispensada ao caso. A linha vermelha que corta transversalmente a pirâmide indica que a partir do nível de complexidade 3 quando a condição crônica complexa está associada a determinantes sociais e / ou fatores de risco biopsicológicos as necessidades de atuação profissional aumentam e no nível 5, em situações crônicas muito complexas há necessidade de gestão do caso.

Outro modelo que exemplifica bem o uso das tecnologias de gestão da clínica é o modelo da pirâmide de risco

Figura 31, criado pela Kaiser Permanente (KP), uma operadora privada de plano de saúde nos Estados Unidos, este modelo identifica três níveis de intervenções de acordo com a complexidade da condição crônica.

Figura 31- Modelo da pirâmide de risco de Kaiser Permanente.



Fonte: Bengoa (2008) apud Mendes, 2011 p. 238

A lógica da pirâmide de risco está em promover a saúde de toda a população, de apoiar as ações de autocuidado para os portadores de condições de saúde mais simples, de ofertar a gestão da condição de saúde para as pessoas que tenham uma condição estabelecida e de manejar os portadores de condições de saúde muito complexas por meio da tecnologia de gestão de caso (MENDES, 2011-).

Quadro 20- Codificação aberta das diretrizes sobre a tecnologia sanitária de gestão do caso.

Gestão do Caso							
Expressões textuais em documentos técnicos norteadores do Pré-Natal	Referência	Tipo de documento	Necessidades	Estrutura	Processos	Produto	Resultado Imediato Resultado médio Resultado longo

<i>A OMS recomenda a vigilância dos desfechos maternos graves na atenção básica ... Processo similar pode ser feito com os desfechos perinatais graves (óbitos fetais e mortes neonatais precoces até sete dias) Assim, propõe-se que as unidades básicas do Estado de São Paulo assumam a responsabilidade de identificar estas situações junto às gestantes sob seu acompanhamento... As condições clínicas que devem ser identificadas, como sinalizadoras dos casos de morbidade materna grave incluem: eclâmpsia, histerectomia, internação em UTI e transfusão sanguínea".</i>	(São Paulo - Estado 2018 p. 31)	Linha Guia	<i>Cuidado individualizado para casos complexos (complexidade referente a questões clínicas e / ou sociais e / ou</i>	<i>Serviço de pré natal</i>	<i>Identificação e Monitoramento dos casos complexos</i>	<i>Definição da densidade tecnológica do cuidado e encaminhamentos quando necessário</i>	<i>Ajuste da oferta de cuidado às necessidades apresentadas</i>	<i>Oferta de cuidados adequados às necessidades apresentadas</i>	<i>Desfechos positivos</i>						
<i>"Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos (grau de recomendação A)".</i>	Ministério da Saúde [BR] 2012 p.34)	Manual Técnico													
<i>" Agente comunitário de saúde: ... Identifica sinais de risco, avisando ao enfermeiro ou o médico de sua equipe, incluindo a não adesão ao acompanhamento pré-natal, buscando identificar a causa e participando da elaboração de plano de cuidado com a resolução ou minimização do problema"</i>	(São Paulo - Estado 2018 p. 26)	Linha Guia													
<i>"...Contribuir para o monitoramento das ações de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV, da sífilis e das hepatites B e C".</i>	(Ministério da Saúde [BR] 2014 - p.5)	Linha Guia													
<i>"2 LINHAS ORIENTADORAS DESTA PUBLICAÇÃO ... No cotidiano dos serviços, a integralidade se expressa pela atenção à saúde dos usuários, sob a ótica da clínica ampliada, com a oferta de cuidado à (e com a) pessoa, e não apenas a seu adoecimento" ... a mudança de objeto (da doença para o sujeito)"</i>	(Ministério da Saúde [BR] 2016 p. 13-16)	Protocolo Clínico													
<i>"2 LINHAS ORIENTADORAS DESTA PUBLICAÇÃO ...a operacionalização de uma clínica ampliada que implica a abordagem da usuária para além da doença e suas queixas, bem como a construção de vínculo terapêutico para aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde"</i>	(Ministério da Saúde [BR] 2016 p. 13 -15)	Protocolo Clínico													
<i>"Assim, a partir da avaliação da necessidade de cada usuária e seguindo orientações do protocolo local, o acesso a outras redes assistenciais (Rede de Média e Alta Complexidade, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede Oncológica etc.) deve ser garantido às gestantes..."</i>	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 39)	Manual Técnico								<i>Acesso a outros pontos da rede de atenção à saúde</i>	<i>Serviço de pré-natal</i>	<i>Comunicação e articulação com outros pontos da rede para garantia</i>	<i>Regulação do acesso ao serviço necessitado (encaminhado para fluxo</i>	<i>Agendamento do atendimento que a gestante necessita</i>	<i>Acesso ao serviço necessário</i>
<i>"... a fim de garantir um cuidado integral sob a ótica da clínica ampliada, considerando que aspectos biológicos, psíquicos, socioeconômicos, culturais, espirituais e ambientais exercem determinação sobre o processo saúde-doença dos indivíduos e, portanto, os profissionais de saúde devem acionar recursos diversos para o cuidado"</i>	(Ministério da Saúde [BR] 2016, p 11)	Protocolo Clínico													
<i>"...viabilizar a integração das diversas unidades de atenção à saúde, inicialmente na atenção básica, passando pela rede de ambulatório especializada, incluindo os Ambulatórios Médicos Especializados (AME), para gestações de maior risco, e finalizando na rede hospitalar com suas maternidades de referência"</i>	(São Paulo - Estado 2018 p. 23)	Linha Guia													
<i>"Assim, a partir da avaliação da necessidade de cada usuária e seguindo orientações do protocolo local, o acesso a outras redes assistenciais (Rede de Média e Alta Complexidade, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede Oncológica etc.) deve ser garantido às gestantes..."</i>	(Ministério da Saúde [BR] 2012 p.	Manual Técnico													

	12 p. 38)								
"... a necessidade de transferir cuidados pode acontecer...A equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) que propôs o encaminhamento tem responsabilidade sobre a continuidade dos cuidados, devendo manter contato por visita domiciliar ou outra estratégia...a unidade deve acompanhar o desfecho do caso, estabelecendo uma estrutura para o fluxo de informações"	(São Paulo - Estado 2018 p. 57)	Linha Guia	Coordenação e continuidade do cuidado	Serviço de pré-natal	Manutenção do cuidado pré-natal por visita domiciliar, consultas ou outras estratégias	Visita domiciliar ou consulta realizada para gestantes encaminhadas a outros pontos da rede	Coordenação do cuidado e promoção da assiduidade da gestante no pré-natal e em outros pontos da rede		
" As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (grau de recomendação D). Não existe alta do pré-natal".	Ministério da Saúde [BR] 2012 p.34)	Manual Técnico							
"A equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) que propôs o encaminhamento tem responsabilidade sobre a continuidade dos cuidados, devendo manter contato por visita domiciliar ou outra estratégia."	(São Paulo - Estado 2018 p. 57)	Linha Guia							
"Caso o encaminhamento ocorra, a gestante deve ter seu cuidado pré-natal monitorado pela unidade de origem, através de visitas domiciliares"	(São Paulo - Estado 2018 p. 52)	Linha Guia							
"... as equipes de atenção básica devem se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando a referida população necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde".	(Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 12 p. 38)	Manual Técnico							
"4.3.2 Atribuições dos profissionais 4.3.2.1 Agente comunitário de saúde: ... Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço; ..."	(Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 12 p. 47)	Manual Técnico							
"A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde".	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 58)	Manual Técnico							

Elaboração própria.

6.3.2.12 Tecnologia Sanitária - Auditoria Clínica

A auditoria clínica deve ser entendida no contexto da garantia de qualidade da atenção à saúde, o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido define auditoria como “uma sistemática análise crítica da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes” (HEALTH SECRETARIES OF STATE FOR, 1989).

A maneira convencional de representar a auditoria clínica é como um ciclo, um processo que apresenta seis momentos:

- 1- Identificação do problema a ser auditado;
- 2- Estabelecimento de padrões ou metas ótimas;
- 3- Avaliação do grau de consistência entre o padrão e o problema escolhido, estabelecendo a brecha a ser superada pela auditoria;
- 4- Identificação das mudanças necessárias para que o problema seja superado;
- 5- Implementação das mudanças identificadas;
- 6- Monitoramento do processo de mudança.

Dentre as várias tecnologias disponíveis para a realização de auditorias clínicas, as mais utilizadas são as tecnologias de revisão da utilização, a perfilização clínica, os estudos de caso, os eventos adversos ou sentinelas e os surveys (MENDES 2011).

Revisão da utilização dos procedimentos clínicos é realizada em casos individuais, pode se fazer de várias maneiras, prospectiva ou ex-ante, concomitante retrospectiva através da revisão de prontuários e a comparação com padrões prefixados, a segunda opinião é usada para confirmar se certos procedimentos têm ou tiveram indicação correta, a revisão por pares é realizada por painel de profissionais de saúde da mesma categoria de modo a evitar conflitos entre estes e os gerentes (MENDES 2011).

Perfilização clínica se diferencia da revisão da utilização dos procedimentos porque opera com informações agregadas e não com casos individuais, é definida como a análise estatística e o monitoramento de dados para a obtenção de informações que permitam avaliar a propriedade da atenção à saúde. A perfilização clínica tem sido ampliada para a perfilização de hospitais e de condições de saúde (MENDES 2011).

A tecnologia de apresentação de casos envolve a revisão de casos individuais sob a forma de sessões clínicas, o processo é altamente subjetivo, porém é muito utilizado porque permite aos profissionais de saúde comunicarem-se efetivamente entre si e compartilhar ideias e práticas (MENDES 2011).

Eventos adversos ou sentinelas é, neste ponto, que a auditoria clínica se encontra com a gestão dos riscos da atenção à saúde, esta tecnologia consiste em auditar a ocorrência de atenção à saúde de baixa qualidade ou de efeitos adversos da atenção à saúde (MENDES 2011).

Surveys ou pesquisas são avaliações sobre o que está acontecendo em um período determinado. Costumam ser realizados através da aplicação de questionários ou de entrevistas e são dirigidos principalmente para a avaliação de resultados dos sistemas de atenção à saúde (MENDES 2011).

Os documentos norteadores do pré-natal são claros quanto a indicação de ações de auditoria clínica, o Quadro 21 demonstra claramente esta questão.

Quadro 21 – Codificação aberta das diretrizes sobre a tecnologia sanitária de auditoria clínica.

Categoria: Auditoria Clínica									
Citações do Documento Técnico Regulamentador do Pré-Natal	Referência	Tipo de documento	Necessidades	Estrutura	Processos	Produto	Resultado Imediato	Resultado médio	Resultado longo
"Recomenda-se que a equipe discuta regularmente aspectos da evolução dos cuidados, especialmente nestes casos-sentinelas e medidas de remediação para prevenir situações similares futuras. Essa avaliação ampla do processo contribui para a busca de soluções e sensibiliza o grupo para os problemas a serem enfrentados"	(São Paulo - Estado 2018 p. 29)	Linha Guia	Avaliação do processo de cuidado	Gestão municipal e local	Investigação e discussão de casos êxitos e insucessos	Identificação de fragilidades no processo de cuidado	Adequação dos processos de cuidado	Prevenção de novos desfechos negativos	Desfechos positivos
"Critérios de seleção dos casos a serem investigados- Casos de transmissão vertical do HIV - Todos os casos de HIV/aids em menores de 5 anos - Casos de sífilis congênita - Todos os casos de aborto por sífilis-Todos os natimortos por sífilis - Todos os óbitos por sífilis - Casos de sífilis congênita precoce (≤ 2 anos de idade) ..."	(Ministério da Saúde [BR] 2014 - p.6)	Protocolo Clínico							
"...estados e municípios devem observar dados epidemiológicos de casos de transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C e verificar a necessidade de sua investigação, para identificar as causas e possibilidade de atuação em todos os níveis do Sistema".	(Ministério da Saúde [BR] 2014 - p.4)	Protocolo Clínico							
"É importante que os profissionais da unidade organizem a discussão regular e rotineira de êxitos e dos insucessos da assistência obstétrica, como os casos de insucessos maternos graves (morte materna, morbidade materna grave relacionada, histerectomia, internação na UTI, transfusão de sangue, eclâmpsia, hipertensão ou grave), além dos óbitos fetais e neonatais, nascimentos prematuros e casos de sífilis congênita".	(São Paulo - Estado 2018 p. 29)	Linha Guia							
"2.1 Objetivo geral. Investigar os casos de transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C no Brasil para subsidiar intervenções, visando à eliminação destes agravos como problema de saúde pública"	(Ministério da Saúde [BR] 2014 - p.5)	Protocolo Clínico							
" Para que tais práticas sejam desenvolvidas, faz-se necessário haver: ... Avaliação permanente da assistência pré-natal: procedimento com foco na identificação dos problemas de saúde da população-alvo, bem como no desempenho do serviço. Deve subsidiar, quando necessário, a mudança da estratégia de ação e da organização dos serviços com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência"	Ministério da Saúde [BR] 2012 p. 44)	Manual Técnico							

Elaboração própria. **O papel social das tecnologias de gestão da clínica**

A figura 32 mostra quatro ilustrações de Tony Ruth que são uma adaptação das ilustrações do livro infantil *The Giving Tree* de Shel Silverstein, na ilustração composta por 4 partes uma árvore é usada como metáfora do sistema socioeconômico para ilustrar a desigualdade do sistema atual, a ilustração remete a ideia de uma desigualdade

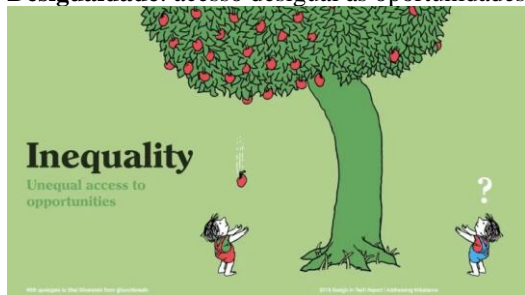
estrutural resultante de um processo “intencional” de opressão que promove o privilégio de uns e negligência o acesso a outros.

A ilustração sugere que é possível reequilibrar a árvore utilizando suportes e polias imprimindo a ideia de que sistemas desmantelados e injustos podem ser reajustados. Esta ilustração pode representar o SUS com facilidade. É possível utilizar ferramentas apropriadas para promover acesso àqueles que mais necessitam.

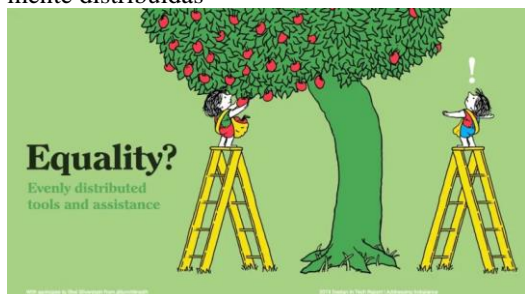
No contexto da saúde pública e do SUS as tecnologias sanitárias de micro gestão da clínica certamente contribuem para a promoção do acesso e do cuidado integral daqueles que mais necessitam.

Figura 32 – Desigualdade, igualdade, equidade e justiça

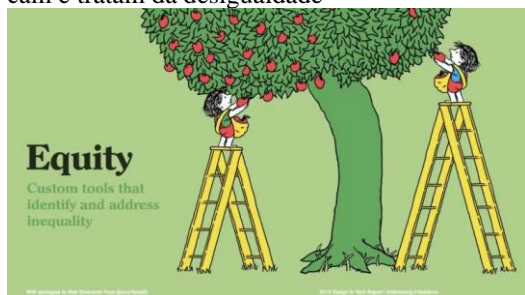
Desigualdade: acesso desigual às oportunidades



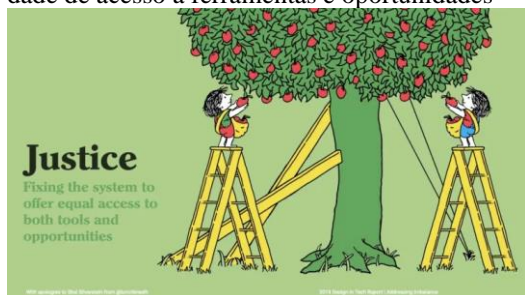
Igualdade: ferramentas e assistência uniformemente distribuídas



Equity: ferramentas personalizadas que identificam e tratam da desigualdade



Justiça: Consertar o sistema para oferecer igualdade de acesso a ferramentas e oportunidades



Fonte: Design in Tech Report de John Maeda 2019 – Disponível em: <https://cx.report/2020/06/02/equity/>

A universalidade é uma das diretrizes do SUS, mas não basta estar disponível para todos, é preciso que os serviços sejam acessíveis para todos.

As diferenças sociais, econômicas, demográficas impõem diferentes graus de dificuldade para acesso. Somente através do exercício da equidade é que, de fato, os serviços de saúde se tornarão acessíveis para todos os que dele necessitam.

A ferramentas de gestão da clínica são ferramentas personalizadas que cumprem exatamente o papel de identificar e tratar as desigualdades de acesso aos serviços.

A gestão da fila de espera cuida da adequação entre a oferta e a demanda, a gestão da condição identifica as desigualdades, a gestão do caso personaliza o cuidado e trata as desigualdades, a auditoria clínica diagnostica o sistema e permite seu “conserto”, as diretrizes clínicas estruturam e reestruturam o sistema.

A inserção das ferramentas de gestão da clínica como critério de avaliação em saúde permite a realização de diagnósticos mais detalhados e completos sobre os serviços e sistemas de saúde.

Em última instância, a inserção da gestão da clínica no modelo lógico teórico operacional promove a justiça, uma vez que contribui diretamente para a identificação da atuação dos serviços sobre as desigualdades oportunizando o ajuste do sistema.

6.3.3 Codificação Axial - integrando os dois temas: Avaliação em Saúde e Categorias do processo de cuidado do pré-natal

Um dos objetivos deste trabalho era modelizar o programa de pré-natal, entendendo o programa como sinônimo de intervenção em saúde.

Para cumprir essa tarefa o primeiro passo foi definir o programa, qual problema se propõe a resolver, como opera, quais os objetivos finais, quais seus fundamentos teóricos (codificação aberta).

Para execução desta tarefa foi preciso compreender as necessidades impostas pelas gestantes e suas famílias, pois são as necessidades que definem qual problema o programa se propõe a resolver, nesse aspecto o estudo descritivo da coorte foi fundamental, principalmente com a descrição das vulnerabilidades enfrentadas pelas gestantes da coorte.

Na busca pelo entendimento da operacionalização do programa logo percebemos que precisaríamos desvendar os processos, as estruturas e os produtos. Visto que para funcionar o programa requer estrutura ou recursos (humanos, mobiliários, imobiliários etc.) e a execução de ações ou processos que resultarão em produtos (serviços) que impactarão os resultados.

Na tentativa de esclarecer os objetivos do programa uma compreensão mais profunda dos resultados foi obrigatória, uma vez que os resultados respondem aos objetivos, quais são os objetivos finais do programa de pré-natal? A resposta para esta pergunta é nada mais que os resultados esperados.

Para cumprir o propósito de compreender os fundamentos teóricos do programa de pré-natal não poderíamos nos furtar da compreensão do processo de produção em saúde dentro do programa de pré-natal.

Toda esta necessidade de compreensão nos levou a caminhar por duas trilhas, a “trilha da avaliação em saúde” e a “trilha do processo de produção em saúde”, conforme ilustra a

Figura 32.

Esta aventura se deu por meio de duas linhas de abordagem metodológica, a primeira se debruçou sobre as abordagens de avaliação em saúde (os métodos e modelos de avaliação da qualidade).

O resultado da primeira revisão está representado na primeira linha da

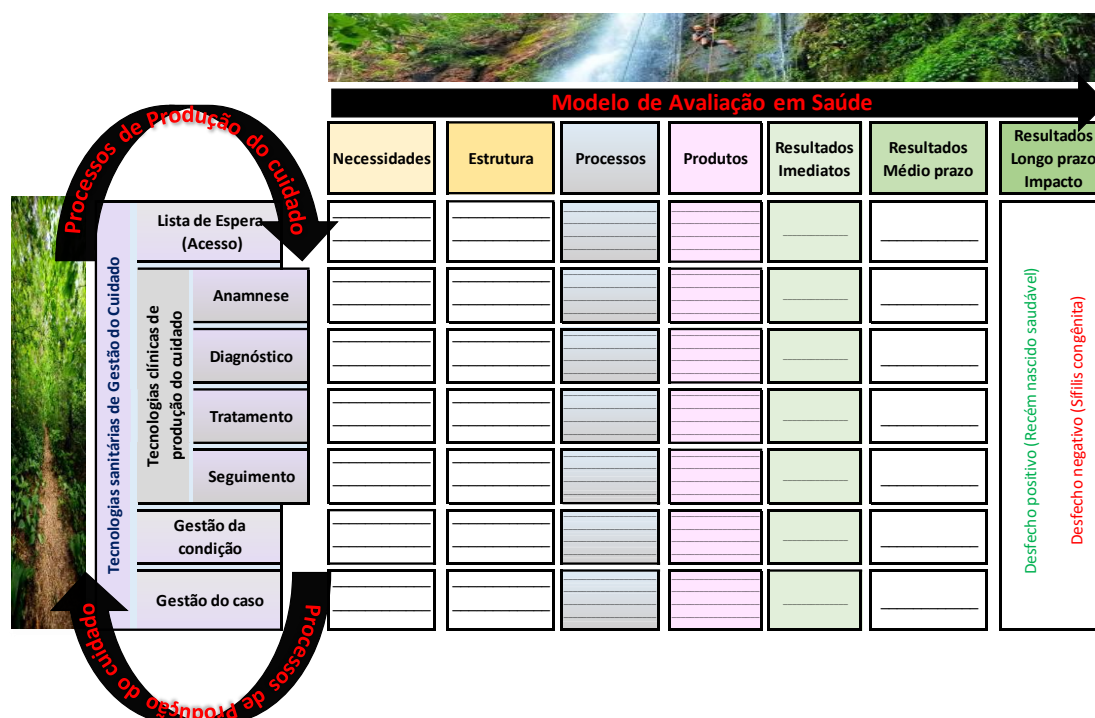
Figura 32, (Necessidades, Estruturas, Processos, Produtos, Resultados imediatos e a médio prazo e Resultados a longo prazo ou Impacto).

A segunda abordagem metodológica (Teoria Fundamentada nos Dados) ocorreu concomitantemente com a primeira e buscou na literatura e nas diretrizes técnicas do programa de pré-natal a compreensão de como se dá o processo de produção do cuidado de pré-natal. Esta segunda linha de abordagem metodológica considerou duas categorias e suas respectivas subcategorias: Núcleo de Tecnologias de Gestão da Clínica e Núcleo de Tecnologias Clínicas de Produção do Cuidado.

A codificação axial foi registrada em uma estrutura teórica diagramal que resultou no modelo lógico teórico operacional.

Mini estruturas e diagramas são dois mecanismos de registro da análise durante a codificação axial, ambos criados para mostrar relações entre conceitos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Figura 32 – Diagrama orientador da codificação axial e / ou da construção do modelo lógico teórico operacional.



Elaboração: Próprio autor

Depois de percorrer todas estas trilhas foi possível fundamentar a modelização do programa de pré-natal e seguir para as etapas subsequentes do questionamento avaliativo.

“Trilho ou Trilha ... Na trilha sou o que procuro ser; nos trilhos, simplesmente aceito ser conduzido. É óbvio que nos trilhos é mais fácil viver, porque eu, antecipadamente, já tenho uma desculpa para minhas falhas, omissões e desequilíbrios.... Foi um outro personagem que quis assim!

Na trilha, é diferente porque eu escolho o que pretendo ser. ... Aqui eu sou o comandante de minhas decisões e, portanto, eu acerto ou eu erro.

.... No final de um estágio de uma trilha, eu posso escolher qual o próximo caminho a ser seguido. No trilho, eu tenho como opção um entroncamento e nada mais do que isso (BRANDALISE, 2010).”

A integração de abordagens metodológicas permitiu uma compreensão lúcida e organizada dos fundamentos do modelo da intervenção proposto nesse estudo.

Um dos principais diferenciais desse estudo foi a demonstração da importância das ações de gestão da clínica no cuidado pré-natal, no entanto, durante a revisão de literatura verificou-se que as linhas guias e / ou protocolos destinados ao direcionamento do cuidado pré-natal não definem claramente a operacionalização e as responsabilidades dos profissionais em relação as ações de gestão da clínica, essa é uma lacuna importantíssima e de alto impacto nos desfechos gestacionais que precisa ser revista com urgência.

Na literatura de avaliação em saúde ainda não há consenso sobre a metodologia de avaliação mais adequada para serviços e programas de saúde, não há protocolos de avaliação bem definidos para o setor saúde, ainda não é claro o método de avaliação mais adequado para cada nível do sistema de saúde (sistêmico, organizacional, pontual), assim, o método de avaliação a ser utilizado fica a critério dos autores da avaliação.

6.3.4 Codificação Axial - Modelo lógico teórico operacional

A construção do modelo Lógico Teórico Operacional deste estudo se baseou no trabalho de (MCLAUGHLIN, JORDAN 1999; DONABEDIAN 2003 e CHAMPAGNE et al. 2011a) e na Teoria Fundamentada no Dado (STRAUSS; CORBIN, 2008), buscou descrever as ligações lógicas entre recursos do programa de pré-natal, as atividades, os produtos, o público alvo e resultados de curto médio e longo prazo.

Destacamos que todas as variáveis contidas no modelo lógico teórico operacional aqui proposto foram fruto de codificação aberta e estão contidas nas diretrizes técnicas que norteiam o pré-natal.

Em resumo, com este modelo pode-se avaliar:

- Se as estruturas / recursos necessários à assistência pré-natal estavam disponíveis (Disponibilidade), análise das estruturas;
- Se os processos / atividades foram realizados (execução competente), análise dos processos;
- Se os processos produziram os serviços ou produtos esperados (Produtividade), análise dos processos;

- Se os produtos produziram os resultados de (curto, médio e longo) prazo, análise dos resultados ou efeitos, eficácia da utilização.

O modelo lógico operacional se organiza em linhas e colunas, em suas linhas estão as variáveis oriundas dos métodos de avaliação em saúde, e em suas colunas estão dispostas as variáveis resultantes da codificação aberta do processo de cuidado pré-natal.

Os elementos que compõem a linha do modelo lógico / teórico / operacional aqui proposto são: Necessidade, Recursos, Processos, Produtos e Resultados de curto, médio e longo prazo. Estes componentes não são exclusivos aos processos de produção da área da saúde, eles podem ser os mesmos em outros processos produtivos.

As necessidades são representadas pelas demandas impostas pelas gestantes ou pelos serviços, podem ser biológicas, psíquicas, sociais ou gerenciais.

Os recursos ou estruturas incluem recursos humanos, financeiros, físicos e organizacionais, bem como outros insumos necessários para apoiar o programa como parcerias.

Os processos e subprocessos ou atividades incluem todas as etapas de ação previstas nas diretrizes técnicas e necessárias para produzir “outputs” ou produtos do programa.

Os produtos são, bens e serviços fornecidos aos usuários diretos do programa, p.ex., a realização de exames para diagnóstico de sífilis é uma atividade que gera o produto: gestantes testadas para sífilis ou diagnóstico da sífilis (MCLAUGHLIN, J.A.; JORDAN, 1999).

O relacionamento entre recursos e resultados não podem acontecer sem pessoas, inserir os usuários de um produto ou serviço, explicitamente no meio da cadeia lógica ajuda o programa e as partes interessadas pensarem melhor e explicarem o que leva a quê e quais grupos populacionais o programa pretende servir.

Os resultados são caracterizados como mudanças ou benefícios / efeitos resultantes de atividades e produtos (MCLAUGHLIN, J.A.; JORDAN, 1999).

Os programas geralmente têm vários resultados sequenciais, primeiro, há resultados de curto prazo, essas mudanças ou benefícios / efeitos que estão mais próximos associados ou "causados" pelos produtos do programa ou "outputs".

No modelo desse estudo os resultados de curto prazo representam as mudanças informacionais a respeito do estado de saúde da gestante.

Em segundo lugar, existem resultados intermediários expressos por mudanças que resultam de uma aplicação dos resultados de curto prazo, refletem mudanças na trajetória assistencial.

No caso desse modelo os resultados intermediários ou de médio prazo são representados pela mensuração consolidada da trajetória assistencial da gestante, essa mensuração foi denominada "Grau de qualidade do pré-natal", quanto maior a probabilidade de evitabilidade da transmissão vertical e de neutralização do impacto das vulnerabilidades, maior é o grau de qualidade do pré-natal.

Resultados de longo prazo ou impactos do programa são representados pelos benefícios acumulados resultantes dos resultados intermediários (MCLAUGHLIN, J.A.; JORDAN, 1999). Refletem mudanças no estado de saúde ou no estado de conhecimento / comportamento dos usuários e seus familiares.

No nosso modelo os resultados de longo prazo se referem ao risco de desfecho gestacional adverso (criança com sífilis) ou positivo (nascimento de criança saudável).

Mudanças informacionais sobre a saúde da usuária (gestantes) são decorrentes de processo de produção em saúde, essas mudanças podem ser sobre aspectos biopsicossociais e tem o potencial de mudar a trajetória da assistência (implementação de condutas) dentro do próprio serviço.

Um bom exemplo de mudança informacional como resultado imediato é o diagnóstico de sífilis na gestante, esse resultado imediato (gestante diagnosticada) provoca mudanças informacionais sobre a saúde da usuária e essa mudança informacional

muda a trajetória da assistência através da implementação de uma nova conduta (tratamento da sífilis).

O modelo lógico operacional prevê que as “necessidades” demandam intervenções que impactem positivamente o estado de saúde, conforme mostra a

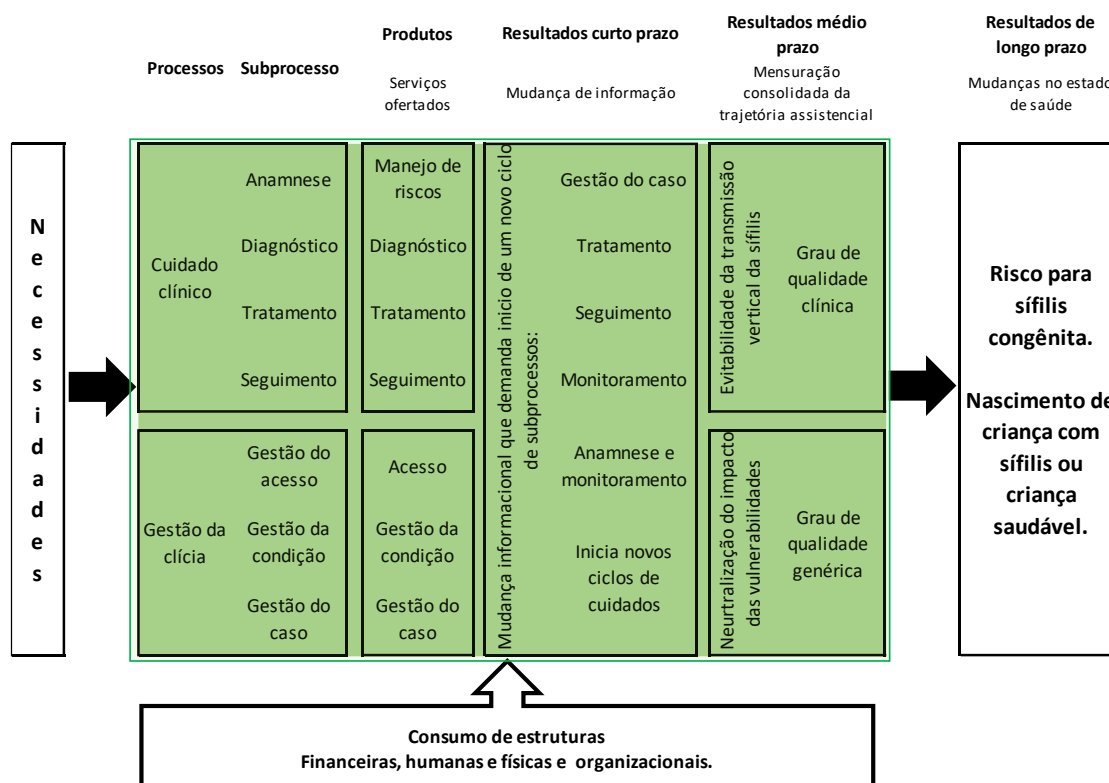
Figura 33, as intervenções são compostas por processos, subprocessos, produtos e resultados intermediários demandam ou consomem “estruturas”.

Os processos e subprocessos geram produtos ou serviços ofertados à gestante. Esses produtos geram resultados de curto prazo, esses representam as mudanças de informações sobre o estado de saúde e riscos das gestantes. Essas mudanças de informação demandam o início de novos subprocesso que iniciam uma nova etapa do cuidado que produz resultados de médio prazo.

Os resultados de médio prazo são representados pela mensuração consolidada das “mudanças na trajetória assistência” ou “implementação de novas condutas” decorrentes da interação entre os subprocessos, nesse modelo a mensuração da trajetória assistencial é representada por duas variáveis, “Grau de qualidade clínica” e “Grau de qualidade genérica”.

A divisão da mensuração da trajetória assistencial em duas variáveis reflete a diferença de natureza dos subprocessos que originam cada uma dessas variáveis. Mais adiante abordaremos os métodos para mensuração das variáveis que representam as mudanças na trajetória assistencial.

Figura 33 - Organização do modelo lógico operacional.



Em uma linha vertical do modelo lógico estão dispostos os elementos que compõem a organização do processo de produção em saúde e as tecnologias de gestão da clínica, estes sim são peculiares da área da saúde, esta linha vertical é composta por:

O modelo proposto tem como objetivo facilitar a compreensão dos recursos, operações, produtos e suas relações no decorrer do processo de produção em saúde e da gestão da clínica.

Como o interesse do estudo é a especificidade do processo de trabalho no cuidado pré-natal, optou-se por não incluir no modelo as fases de promoção e proteção, específica, por entender que estas são “explicadas didaticamente” como anteriores ao cuidado pré-natal. Também não incluímos as fases de reabilitação e auditoria clínica, por entender que estas fases são “explicadas didaticamente” como posteriores ao cuidado pré-natal.

No parágrafo anterior usamos o termo “explicada didaticamente” com o objetivo de explicitar que no âmbito real as coisas acontecem dinamicamente não havendo uma separação clara da cronologia dos cuidados.

A assistência pré-natal às gestantes com sífilis foi descrita dentro do modelo lógico de maneira a evidenciar como o programa funciona. Foi desenvolvida uma descrição dos “prováveis caminhos” da trajetória assistencial do pré-natal a gestantes com sífilis, o objetivo foi evidenciar quais estruturas são necessárias para a realização dos processos e geração dos resultados.

As informações do modelo foram organizadas de modo a permitir a compreensão e avaliação das ligações / interações hipotéticas entre os recursos / estrutura, os processos/atividades e resultados.

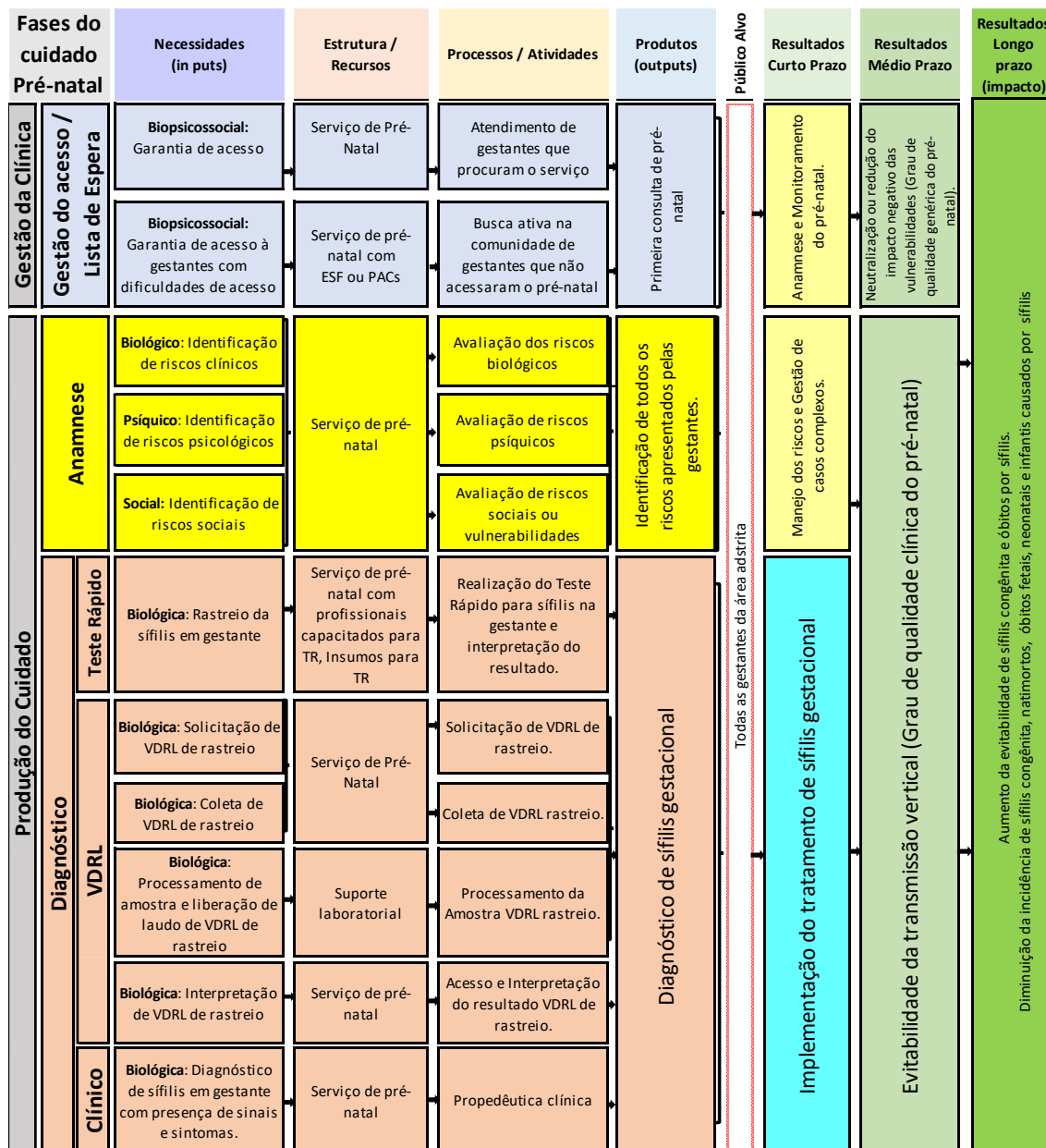
Desse modo foi possível explicitar exatamente quais atividades levam a resultados imediatos, que levam a resultados intermediários que levam a resultados ou impactos de longo prazo.

Destaca-se que o modelo lógico proposto possibilita a investigação das premissas de (DONABEDIAN, 2003) ou seja, a probabilidade da existência de relações postuladas entre pares adjacentes no modelo estrutura-processo-resultado, em outros termos, pretendemos avaliar de que maneira e até que ponto a relação / interação entre presença ou ausência de recursos (estrutura) e realização de atividades (processos) influencia os resultados.

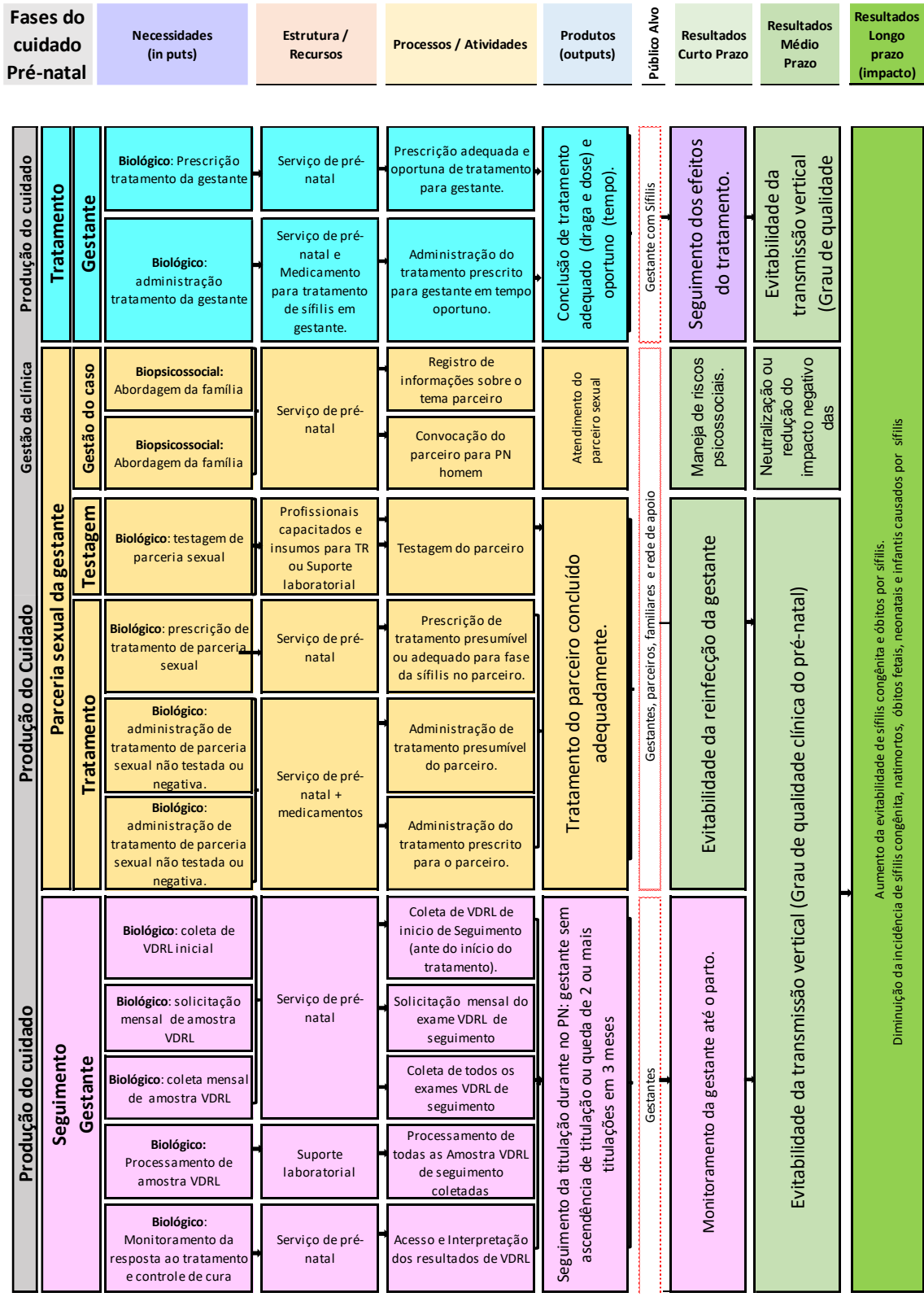
Não foi objetivo deste modelo lógico teórico operacional o detalhamento de todos os eventos da assistência pré-natal, porém procurou-se descrever e ilustrar os eventos da assistência pré-natal que são fundamentais para a evitabilidade da transmissão vertical de sífilis. O resultado desta etapa foi o diagrama do modelo Lógico Teórico Operacional apresentado na **Figura 34**.

O modelo foi elaborado de forma a definir para cada fase da assistência pré-natal as estruturas necessárias, os processos a serem realizados e os produtos gerados e resultados esperados.

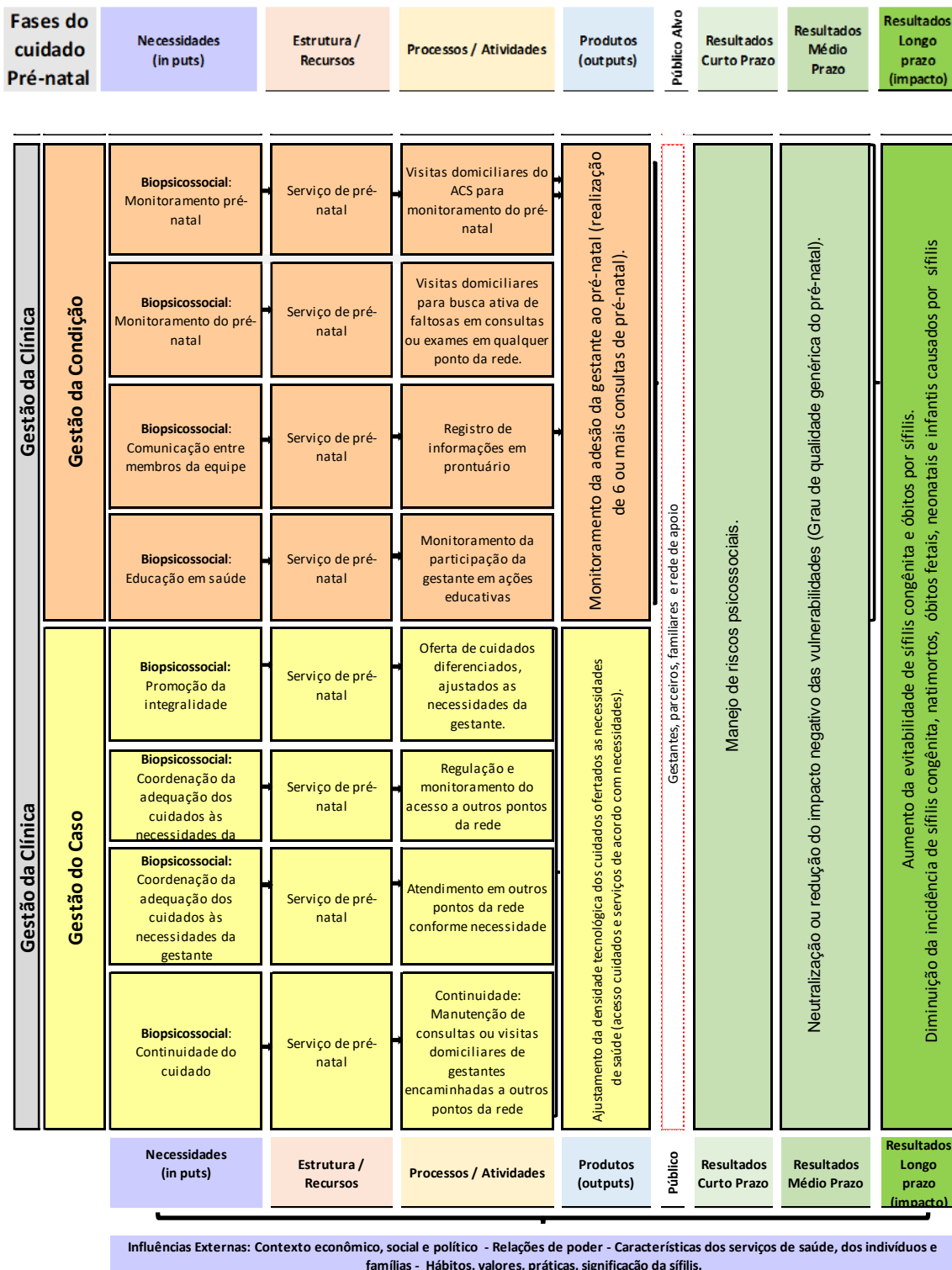
Figura 34- Modelo Lógico Teórico Operacional.



Modelo Lógico Teórico Operacional (continuação- parte 2)



Modelo Lógico Teórico Operacional (continuação-parte 3)



Fonte: Elaboração própria

O modelo Lógico Teórico Operacional se inicia pela fase da assistência pré-natal que aborda o acesso, ou tecnologia sanitária de lista de espera.

É preciso deixar claro que acesso ao pré-natal não equivale à presença da gestante na unidade de saúde, acesso ao pré-natal se refere à disponibilidade de assistência pré-natal (consultas, exames, acolhimento e outros procedimentos relacionados ao pré-natal).

O acesso ao pré-natal é um processo que sofre a interferência tanto da própria gestante quanto do serviço, vejamos algumas possibilidades.

A gestante pode procurar a UBS relatando suspeita de gravidez, os profissionais do serviço realizarão o teste para diagnóstico da gravidez, sendo positivo já direcionarão a gestante para o atendimento pré-natal, este último pode ser oferecido no momento de surgimento da demanda ou pode ser agendado, isso vai depender dos recursos humanos disponíveis e da organização do serviço.

A gestante também pode realizar o teste de gravidez e não retornar mais na unidade para iniciar o pré-natal, veja que a simples presença da gestante na unidade não é sinônimo de acesso.

Uma outra possibilidade é a gestante não procurar o serviço de saúde, ou passar por algum serviço de saúde com alguma queixa, mas não referir a possibilidade de gravidez, nesse caso a equipe precisará estar sensibilizada e capacitada para captar algo não explicitado.

Uma terceira possibilidade, mas não última, é a gestante procurar o serviço de saúde relatando suspeita de gestação e o serviço não ter capacidade para atender a essa demanda, p. ex., falta de testes de gravidez, falta de médico e enfermeiro para atendimento de consultas ou falta de organização no processo de agendamento.

Todas essas possibilidades descritas, e outras não descritas estão nas entrelinhas do modelo lógico, são possibilidades diferentes, mas que pressupõem a necessidade da disponibilidade de uma estrutura (UBS, profissionais e insumos) e de processos ou atividades (captação e atendimento da gestante) que impactam positiva ou negativamente

no produto “primeira consulta de pré-natal” esses vão interferir nos resultados de curto, médio e longo prazo, logo, de modo geral a presença ou ausência do produto “primeira consulta de pré-natal realizada” nós dirá algo em torno dessas possibilidades.

O produto “primeira consulta de pré-natal” implicará em uma nova necessidade expressa pelo resultado de curto prazo “anamnese e monitoramento do pré-natal”, pois se a gestante acessou o pré-natal precisará ser monitorada e avaliada.

A interação do resultado de curto prazo do acesso ao pré-natal com os demais resultados de curto prazo das ações de gestão da clínica levará ao resultado de médio prazo “neutralização ou redução do impacto negativo das vulnerabilidades”.

Percebam que nesse modelo de avaliação as necessidades apresentadas pela gestante direcionam toda a ação, p. ex., se a gestante procurou espontaneamente a UBS não haverá necessidade de busca ativa para captação inicial da gestante.

A segunda fase é a anamnese, no processo de cuidado pré-natal utiliza-se a anamnese para produzir descobertas sobre as condições de saúde das gestantes e embasar o levantamento de hipóteses diagnósticas e definição de riscos biopsicossociais.

Para que a anamnese ocorra é necessária uma estrutura mínima de recursos humanos (médicos, enfermeiros), no modelo utilizamos o termo “serviço de pré-natal” subtendendo que no serviço de pré-natal estejam disponíveis os recursos humanos necessários para a assistência.

É a partir do processo de anamnese que se avalia os riscos biopsicossociais e chega-se ao produto “identificação dos riscos”, após esta etapa temos o resultado imediato “manejo dos riscos e gestão de casos complexos” e a contribuição para o resultado a médio prazo “evitabilidade da transmissão vertical da sífilis”.

A terceira fase do pré-natal abordada no modelo lógico é a fase de diagnóstico, esta fase é composta por três partes, diagnóstico por teste rápido, diagnóstico por VDRL e diagnóstico clínico.

Para que o diagnóstico por teste rápido ocorra de acordo com a orientação do Ministério da Saúde: realização de teste rápido na primeira visita da gestante na unidade

ou na primeira consulta de pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 2018), haverá a necessidade da estrutura (profissionais capacitados e insumos disponíveis) para a realização do processo ou atividade (realização do teste rápido) que gerará o produto (gestante diagnosticada), que determinará o resultado de curto prazo (implementação do tratamento) e contribuirá para o resultado de médio prazo (evitabilidade da transmissão vertical da sífilis).

Primeiramente esclarecemos que caso o diagnóstico por teste rápido tenha ocorrido não há necessidade de outro diagnóstico por meio do exame laboratorial de rastreamento de VDRL, nesse caso já poderíamos passar direto para o seguimento, aí sim haveria a necessidade de coleta de exame de VDRL para acompanhamento da titulação.

Mas admitindo a possibilidade de ocorrência de falhas na realização do teste rápido, seguimos apresentando a possibilidade prevista no modelo para diagnóstico por meio de exame laboratorial de VDRL.

Para que o diagnóstico por VDRL ocorra seria necessário a disponibilidade de recursos ou estrutura (profissionais de saúde, insumos para coleta de sangue e suporte laboratorial) a partir desses recursos seria possível a realização dos processos ou atividades (solicitação do exame VDRL pelo profissional enfermeiro ou médico, coleta das amostras de sangue pelos profissionais de enfermagem, processamento das amostras de sangue e liberação do resultado pelo laboratório de referência).

Todas essas atividades geram o produto (diagnóstico de sífilis gestacional) esse produto vai permitir o alcance do resultado de curto prazo (implementação do tratamento de sífilis gestacional), veja que o resultado de curto prazo também é uma nova necessidade que inicia um novo processo na cadeia de cuidados.

O resultado de curto prazo contribuirá para o alcance do resultado de médio prazo (evitabilidade da transmissão vertical da sífilis).

O diagnóstico clínico da sífilis depende da necessidade apresentada por gestantes, ou seja, depende da apresentação de sinais e sintomas. A presença dessa necessidade implica na possibilidade de diagnóstico clínico.

O diagnóstico clínico exigirá do profissional de saúde uma boa anamnese, uma consulta mais atenta à história e aos riscos, aos sinais e sintomas e um bom exame físico, em outras palavras um atendimento integral.

De acordo com (CECILIO, 2001), o cuidado integral pressupõe que no encontro do usuário com a equipe, prevaleça, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa (CECILIO, 2001).

A detecção de sinais clínicos (cancro duro, maculas ou pápulas, lesões eritemato-escamosas etc.), aliado ao conhecimento e raciocínio clínico do profissional de saúde são recursos fundamentais para o diagnóstico clínico. O Quadro 20 - Manifestações clínicas da Sífilis, resume os sinais e sintomas da sífilis.

Assim, a estrutura necessária seria (profissional com domínio do saber clínico) que realizasse os processos ou atividades de (atenção integral, escuta qualificada, raciocínio clínico) todas estas ações estão representadas no modelo pela nomenclatura “propedêutica clínica”. Esse processo geraria o produto (diagnóstico clínico de sífilis) que permitiria o alcance do resultado de curto prazo (gestante diagnosticada) que contribuiria com resultado de médio prazo (evitabilidade da transmissão vertical).

Deste modo podemos avaliar o diagnóstico clínico de sífilis na perspectiva do cuidado integral, através da verificação do registro de sinais e sintomas e queixas das gestantes versus presença ou ausência de suspeita de sífilis por parte dos profissionais a partir de informações e do raciocínio clínico.

Quadro 22 - Manifestações clínicas da Sífilis.

Evolução	Estágios	Manifestações Clínicas
Sífilis recente (menos de 2 anos de duração)	Primária 10-90 dias (média de 21 dias) após o contato.	Geralmente se manifesta como um nódulo indolor único no local do contato, que se úlcera rapidamente, formando o cancro duro. Costuma surgir na genitália, mas também pode ocorrer no períneo, ânus, reto, orofaringe, lábios ou mãos. A lesão primária é rica em treponemas.
	Secundária 6 semanas a 6 meses após o contato	Nessa fase da doença, são comuns sinais e sintomas sistêmicos da infecção, mimetizando manifestações clínicas de outras enfermidades e, dessa forma, sendo frequentemente confundida com outros diagnósticos. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares (essa localização, apesar de não patognomônica, sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no estágio secundário); placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata); alopecia em clareira e madarose (perda da sobrancelha, em especial do terço distal), febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada. As lesões secundárias são ricas em treponemas
	Latente recente Nos primeiros 2 anos da infecção	Período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. Aproximadamente 25% dos indivíduos intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante o primeiro ano da infecção
Sífilis tardia (mais de 2 anos de duração)	Latente tardia Após 2 anos de infecção	Menos frequente na atualidade
	Terciária	É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular (dilatação aórtica, regurgitação aórtica, estenose do óstio carotídeo). Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido

Extraído de: (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 2018) - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 2018.

A quarta fase do pré-natal abordada no modelo é o tratamento da gestante com sífilis. Para que isto ocorra é necessário que estejam disponíveis recursos ou estrutura (Profissional de saúde e medicamentos).

Com esses recursos serão realizadas as atividades ou processos (prescrição e administração do tratamento adequado), essa atividade gerará o produto (tratamento concluído adequadamente e oportunamente) e permitirá o alcance do resultado de curto prazo (seguimento dos efeitos do tratamento), novamente veja que o resultado de curto prazo se traduz em uma necessidade para o início de um novo processo.

O resultado de curto prazo contribuirá com o alcance do resultado de médio prazo (evitabilidade da transmissão vertical da sífilis).

A quinta fase do cuidado pré-natal abordada no modelo é a abordagem do parceiro, o principal objetivo nesta fase é atender a necessidade de prevenção de reinfecção da gestante a partir do contato sexual com o parceiro não tratado.

Para essa fase é necessário que recursos ou estrutura estejam disponíveis (profissionais, insumos e suporte laboratorial e medicamentos), a partir desses recursos será possível realizar as atividades ou processos de (abordagem do tema, busca ativa do parceiro, testagem do parceiro, prescrição e administração de tratamento presumível ou adequado aos achados diagnósticos).

A realização dessas atividades levará aos produtos (atendimento do parceiro sexual) e (tratamento do parceiro concluído adequadamente). Esse produto permitirá o alcance de resultados a curto prazo (evitabilidade da reinfecção da gestante) e contribuirá para o alcance do resultado de médio prazo (evitabilidade da transmissão vertical).

Perceba que o resultado de curto prazo relacionado ao parceiro sexual (evitabilidade da reinfecção da gestante), também expressa a necessidade de início de um novo processo de cuidado, (seguimento da gestante), afinal para evitar a reinfecção é preciso seguir, acompanhar, monitorar.

A sexta fase do pré-natal abordada no modelo Lógico Teórico Operacional é o seguimento da gestante com sífilis, o objetivo desta fase é atender a necessidade de monitoramento da resposta ao tratamento e controle da cura.

Para essa fase é necessário a disponibilidade dos recursos ou estruturas (insumos para coleta de amostras sanguíneas, suporte laboratorial para processamento das amostras e liberação de resultados, profissional com domínio da clínica e medicamentos).

A disponibilidade desses recursos permite a realização das atividades e processos (solicitação inicial e mensal de exame VDRL, coleta de amostra, processamento e liberação de resultados, interpretação dos resultados).

Esses processos geram o produto (detecção ou descarte de reativação ou reinfeção). Esse produto implica no resultado de curto prazo (monitoramento da gestante até o parto), veja que a constatação de reinfeção não finaliza o processo, nesse caso seria necessário reiniciar o tratamento.

Da mesma maneira o descarte da reinfeção também não finaliza o processo, pois a gestante pode se desinfectar em momentos futuros, portanto é necessário manter o monitoramento até o parto. Perceba que “monitoramento” e “seguimento” tem objetivos distintos.

O seguimento objetiva o acompanhamento da titulação, o monitoramento objetiva o acompanhamento da gestante, isso inclui o acompanhamento de comportamentos de exposição e risco e não apenas da titulação de VDRL.

Então o resultado de curto prazo da fase de seguimento (monitoramento da gestante até o parto) implica em uma necessidade de cuidado que inicia outro ciclo de ações, o monitoramento da gestante, esse resultado também contribui para o resultado de médio prazo (evitabilidade da transmissão vertical).

A sétima fase do pré-natal abordada pelo modelo lógico é gestão da condição, onde a condição é “estar gestante”. Esta fase objetiva o atendimento de necessidades biopsicossociais (monitoramento da adesão ao pré-natal, das ações de educação em saúde, do registro e comunicação de informações importantes entre os membros da equipe).

A inserção da gestão da condição no modelo lógico permite avaliar se o serviço identificou problemas durante a trajetória assistencial do pré-natal, tais como: a falta da gestante em uma consulta foi registrada e detectada pela equipe como sendo um problema, de modo a demandar intervenções como p. ex., uma visita domiciliar de busca ativa.

Para essa fase é necessário a disponibilidade dos recursos ou estruturas (serviço de pré-natal). Com esses recursos seriam realizadas as atividades e processos (visitas domiciliares mensais do ACS para monitoramento, visita domiciliar para busca ativa de faltosas, ações educativas, registro de informações em prontuário).

A realização dos processos de gestão da condição possibilita a produção de diagnóstico gerencial, esse por sua vez permite a detecção de falhas no plano de cuidados, e gera o produto (monitoramento da adesão da gestante ao pré-natal) porém não há ainda a definição de um indicador que mensure de forma consolidada todas as atividades da gestão da condição ou o monitoramento da adesão da gestante, por isso, além dos indicadores de processo, para mensurar o produto dessa fase do cuidado utilizou-se do indicador “realização de seis ou mais consultas de pré-natal”.

Partiu-se da premissa de que quantidade de consultas realizadas no pré-natal reflete os esforços de monitoramento do pré-natal, admitiu-se que quando se realiza monitoramento e busca ativa de gestantes faltosas o número de consultas de pré-natal tende a se adequar a proposta das diretrizes clínicas (seis ou mais consultas).

O produto da gestão da condição geraria o resultado de curto prazo (manejo de riscos psicossociais), percebeu-se que esse resultado pode implicar na necessidade de início de um novo ciclo de cuidados, possivelmente esse novo ciclo de cuidados ocorrerá fora do contexto do cuidado pré-natal (por exemplo uma gestante que passa a ser acompanhada também pelo CAPS ou no CRAS), mas esse novo ciclo de cuidado certamente influenciará positivamente resultado da gestação e a saúde global da gestante.

O resultado de curto prazo (manejo de riscos psicossociais) contribuirá para o resultado de médio prazo (Neutralização ou redução do impacto negativo das vulnerabilidades).

A oitava e última fase do modelo se refere à gestão do caso. Esta fase objetiva o atendimento de necessidades biopsicossociais por meio do cuidado centrado na pessoa e da coordenação do caso.

Para essa fase é necessária a disponibilidade dos recursos ou estruturas (serviço de pré-natal). Com esses recursos seriam realizadas as atividades e processos (oferta de cuidados diferenciados, regulação e monitoramento do acesso, atendimento em outros pontos da rede, continuidade do pré-natal de gestantes encaminhadas para outros pontos da rede).

Os processos descritos na fase do cuidado de gestão do caso não são de fácil entendimento, derivam de conceitos mais amplos, por isso vamos descrevê-los abaixo.

Os cuidados diferenciados não estão prescritos diretamente nas diretrizes clínicas, eles dependem da sensibilidade do profissional em perceber os problemas e da habilidade de operacionalizar soluções.

A oferta de cuidados diferenciados consiste basicamente na adequação do plano de cuidados às necessidades da gestante de forma a atender gestantes em condições vulneráveis ou com condição clínica de alto risco gestacional, por exemplo: oferta de consultas e coletas de exames domiciliares para gestantes faltosas, facilitação de atendimentos não agendados para gestantes com dificuldade de acesso, alternativas de tratamento como p. ex. uso de preservativo quando o parceiro não aceita o tratamento, contato com unidades prisionais para solicitação de tratamento de parceiros reclusos, etc.

A regulação do acesso consiste em ações que facilitem o acesso da gestante aos serviços para os quais ela foi encaminhada, por exemplo, agendamento prévio, contato com o serviço de destino solicitação de encaixe.

Já o monitoramento e o atendimento em outros pontos da rede consistem no acompanhamento do caso para verificar se a gestante de fato foi atendida no serviço para

o qual foi encaminhada, consiste em visitas e anotações em prontuário sobre o atendimento da gestante no serviço de saúde de destino e sobre os cuidados prescritos por esses serviços.

A continuidade do pré-natal consiste na manutenção do acompanhamento e dos atendimentos de pré-natal mesmo após a gestante ter sido atendida por outros serviços, como por exemplo o pré-natal de alto risco.

A realização dos processos envolvidos na gestão do caso geraria o produto “ajustamento da densidade tecnológica dos cuidados ofertados as necessidades de saúde” esse produto geraria o resultado de curto prazo “manejo de riscos psicossociais” esse resultado, como já explicado anteriormente, implica na necessidade de início de um novo ciclo de cuidados, também contribui para o resultado de médio “neutralização ou redução do impacto negativo das vulnerabilidades”.

A interrelação de todos os processos, produtos e resultados a curto e médio prazo geram o resultado a longo prazo ou o impacto “diminuição dos desfechos negativos da gestação: sífilis congênita, aborto e óbito por sífilis”.

O modelo proposto concorda com Cecílio e Merhy (2002), no que se refere ao fato de que cuidados compõem o cuidado idealizado, porém promulga que “pequenos cuidados parciais” envolvidos no cuidado pré-natal, compõem o cuidado idealizado por meio de “**interações**”, e não da simples “**soma**”.

O cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde. (Cecílio e Merhy , 2002, apud Grabois 2011 pág.154).

O modelo admite que os resultados de médio prazo representam a interação de todos os processos e subprocessos de cuidados relacionados ao pré-natal assim como os resultados dos produtos e resultados de curto prazo.

Os resultados de médio prazo, nesse modelo, representam a trajetória assistencial do cuidado pré-natal, admitimos que essa trajetória pode ter duas direções, essas duas direções são definidas pelos resultados de longo prazo, ou seja os desfechos da gestação.

Perceba que o nosso resultado de longo prazo pode ser descrito a partir duas situações.

- Nascimento de criança saudável
- Nascimento de criança com sífilis congênita

6.3.5 Codificação axial - logica das relações declaradas

O fato da sífilis congênita uma doença evitável pelo tratamento adequado da gestante com penicilina deixa mais claro a cadeia de causalidade entre a variável “Grau de qualidade clínica do pré-natal” e a variável “Desfecho da gestação”, conforme mostra a **Figura 35**.

Mas parece que na prática a coisa não é tão simples assim, parece não ser tão simples assim administrar penicilina em gestantes com sífilis.

Já é sabido e arraigado na literatura epidemiológica que é possível a existência de outros fatores que influenciam indiretamente a cadeia principal de causalidade, as covariáveis, como por exemplo as de confusão e as variáveis mediadoras e modificadoras de efeito.

Considerando o interesse desse estudo na avaliação da qualidade do pré-natal e em decorrência da diferença de natureza dos “pequenos processos de cuidado” dividiu-se a qualidade em duas categorias, qualidade clínica e qualidade genérica;

- Qualidade clínica
 - Tem como objeto principal, mas não exclusivo, a clínica, o biológico, o processo gestacional do ponto de vista biológico e as patologias das gestantes, assim como seus tratamentos.
 - No contexto do pré-natal, as ações que compõem a qualidade clínica são realizadas majoritariamente por médicos e enfermeiros.
 - Em relação ao local do cuidado, as ações são realizadas majoritariamente em ambientes privativos, dentro dos consultórios.
- Qualidade genérica
 - Tem como objeto principal a pessoa, a família, os modos de viver, os riscos e vulnerabilidades.
 - No contexto do pré-natal as ações que compõem a qualidade genérica são realizadas pelos agentes comunitários de saúde, pelos profissionais da recepção, pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, pelos enfermeiros, médicos, por todos os profissionais de saúde.
 - Em relação ao local, as ações que compõem a qualidade genérica são realizadas na comunidade ou em ambientes coletivos da unidade de saúde.

Dado as definições dos tipos de qualidade consideradas nesse estudo, buscou-se a lógica das relações de covariáveis na cadeia de causalidade da qualidade clínica, verificou-se que duas covariáveis influenciam a cadeia principal de causalidade, a covariável “vulnerabilidade” e a covariável “Grau de qualidade genérica das ações de gestão da clínica”.

Na abordagem epidemiológica utilizamos o termo covariável, mas se considerarmos a abordagem da Teoria Fundamentada nos dados, podemos utilizar termos diferentes para descrever as mesmas variáveis ou ações/interações.

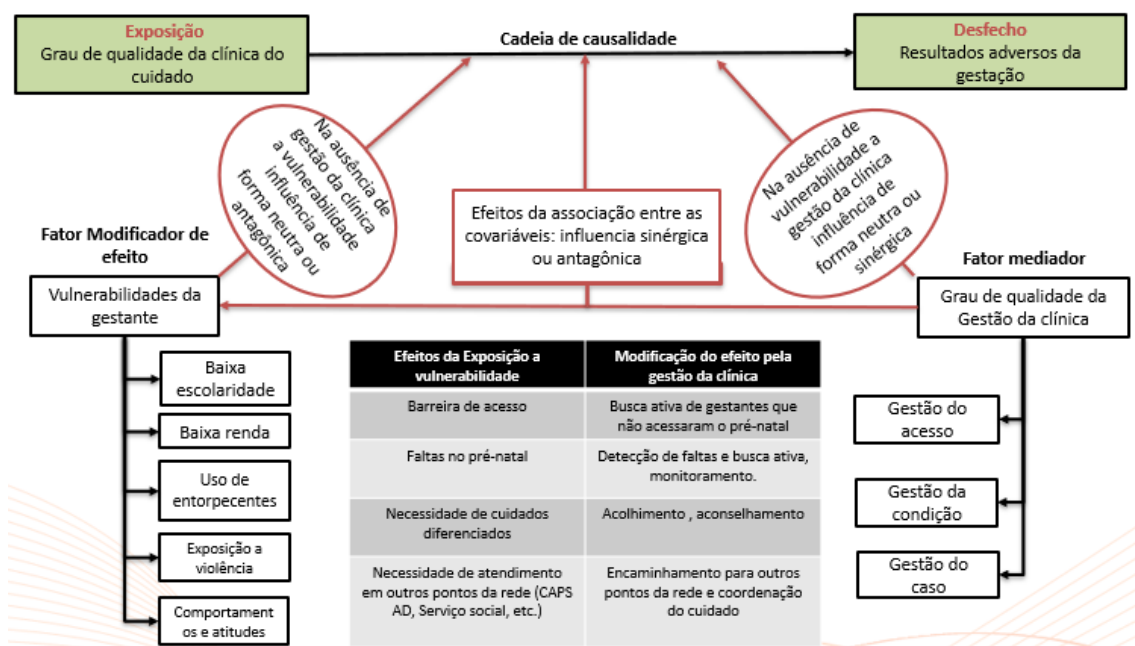
- Condições causais: conjunto de fatos ou acontecimentos que influenciam os fenômenos.
 - Nesse estudo as condições causais são representadas pela variável vulnerabilidade.
- Condições interventoras: mitigam ou alteram o impacto das condições causais nos fenômenos.
 - Nesse estudo as condições interventoras são representadas pela variável qualidade genérica.
- Condições contextuais: conjunto específico de condições (padrões de condições) que se cruzam dimensionalmente para criar o conjunto de circunstâncias as quais as pessoas respondem por meio de ações/interações. Condições contextuais têm suas fontes nas condições causais e interventoras e são o produto de como elas se cruzam para combinar-se em vários padrões dimensionalmente.
 - Nesse estudo as condições contextuais são representadas pelas variáveis:
 - Efeito sinérgico da interação (mitigação do efeito da vulnerabilidade)
 - Efeito antagônico da vulnerabilidade na ausência de qualidade genérica
 - Efeito sinérgico da qualidade genérica na ausência de vulnerabilidade
 - Efeito neutro (ausência de vulnerabilidade e qualidade genérica)

A questão importante não é tanto identificar e listar que condições são causais, interventoras ou contextuais. Ao contrário, o analista deve focar-se no entrelaçamento complexo de fatos (condições que levam a um problema, uma questão ou um acontecimento, aos quais as pessoas respondam por meio de alguma forma de ação/interação, com algum tipo de consequência. Além disso, o analista pode identificar mudanças na situação original (se houver) como resultado dessa ação interação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Optou-se pela continuidade de uso dos termos da epidemiologia para facilitar a demonstração da complexidade envolvida na lógica das relações declaradas, no entanto é oportuno esclarecer que, embora se utilize termos epidemiológicos, o paradigma de análise assumido por esse estudo **não** tem o objetivo de realizar delcarações simples de causa e efeito, o paradigma assumido nesse estudo é que há fatores múltiplos operando em várias combinações e criando o contexto.

Conforme mostra a **Figura 35** nesse estudo Assume-se que a cadeia principal de causalidade é representada pela variável “grau de qualidade clínica” e essa produz efeitos que causam os “desfechos gestacionais”, é claro que há fatores múltiplos operando em várias combinações nessa cadeia, o nosso objetivo aqui é declarar interações que ocorrem e que influenciam essa cadeia.

Figura 35 – Modelo explicativo da ação das covariáveis da cadeia de causalidade.



Fonte: próprio autor

As vulnerabilidades da gestante, apesar de não fazerem parte da cadeia de causalidade principal, também influenciam o desfecho, por isso essa variável apresenta características potenciais de um fator de modificador de efeito, provocando uma queda no Grau de qualidade clínica do pré-natal, atuando de maneira antagônica.

A segunda variável “Grau de qualidade genérica das ações de gestão da clínica” também influencia a cadeia principal de causalidade de maneira sinérgica, se configurando como uma covariável modificadora de efeito, a **Figura 35** demonstra os efeitos de cada covariável na cadeia de causalidade principal.

Veja na **Figura 35** que as covariáveis podem influenciar a cadeia principal de causalidade, de três maneiras diferentes:

1. Pela ação da covariável “vulnerabilidades” sem interação com a covariável “Gestão da clínica”.
2. Pela ação resultante da interação entre as covariáveis “vulnerabilidade” e “Gestão da clínica”.
3. Pela ação da covariável “Gestão da clínica” sem interação com a covariável “vulnerabilidades”.

Segue a descrição de cada uma delas.

Esclarece-se que a cadeia principal de causalidade é representada pelas variáveis “Qualidade clínica do pré-natal” e pelo “Desfecho da gestação”, segue a descrição dos efeitos resultantes de cada forma de influência.

A primeira forma de influência é quando a gestante é exposta a vulnerabilidades e o cuidado pré-natal **não** implementa ações de gestão da clínica, nesse caso a cadeia principal de causalidade sofre um efeito antagônico das vulnerabilidades.

A segunda forma de influência ocorre quando há presença de vulnerabilidade e presença das ações de gestão da clínica, teremos então uma interação entre as duas covariáveis, essa interação pode ter dois tipos de efeito:

Primeira efeito possível: se as ações de gestão da clínica forem adequadas e tiverem um alto grau de qualidade, essas ações neutralizarão os efeitos das vulnerabilidades e o efeito final da interação das covariáveis na cadeia de causalidade principal será sinérgico.

Segundo efeito possível: se as ações de gestão da clínica forem inadequadas, ou seja, de baixa qualidade, essas ações não farão efeito sobre as vulnerabilidades e o efeito final da interação das covariáveis na cadeia de causalidade principal será antagônico.

A terceira forma de influência ocorre quando há ausência de vulnerabilidade e presença de ações de gestão da clínica, nesse caso a cadeia principal de causalidade pode sofrer dois efeitos.

Primeiro efeito possível: As ações de gestão da clínica são implementadas adequadamente, ou seja, com alta qualidade, essas ações fomentarão as ações do desempenho clínico do cuidado e o efeito final da covariável “Gestão da clínica” na cadeia de causalidade será sinérgica.

Segundo efeito possível: As ações de gestão da clínica são implementadas inadequadamente, ou seja, com baixa qualidade, essas ações não terão nenhum efeito sobre o desempenho clínico do cuidado e o efeito final da covariável “gestão da clínica” na cadeia de causalidade será neutro.

Segue, a títulos de exemplificação, situações de interações entre as covariáveis e a cadeia principal de causalidade.

Imagine uma gestante que vive em situação de extrema pobreza e faz uso de drogas ilícitas, a rotina desorganizada faz com que a mesma falte em consultas e exames, o que compromete todo o pré-natal. Mas na anamnese o profissional diagnosticou essas vulnerabilidades e implementou uma micro ferramenta de gestão da clínica, a gestão do caso.

Como a gestante faltava muito e não compareceu para administração do tratamento e coleta de exames a enfermeira que geria o caso realizou visita domiciliar para administrar o tratamento para sífilis e colher os exames de seguimento (VDRL), também estreitou o vínculo com a gestante e a convenceu a iniciar tratamento no CAPS AD, além de encaminhá-la ao serviço social para recebimento de benefícios.

Veja que indiretamente a gestão do caso, que nem participa da cadeia principal de causalidade, ofereceu opções de cuidados (coleta de sangue domiciliar, administração de medicamento domiciliar) que viabilizaram o tratamento e o seguimento (coleta de VDRL) da gestante, como mostra a **Figura 35** página 244, além de estreitar o vínculo entre profissional e usuária.

A gestão do caso, embora não tenha atuação direta sobre o desfecho de sífilis congênita atua indiretamente na cadeia de eventos modificando os efeitos das

vulnerabilidades no comportamento da gestante e viabilizando o tratamento e o seguimento.

Outro ótimo exemplo é da gestão da condição, que embora não tenha atuação direta na mudança do estado de saúde interfere indiretamente em outros fatores, mas antes vamos lembrar nos parágrafos seguintes o conceito de tecnologia.

Gestão da condição nada mais é do que o gerenciamento ou a vigilância de uma “condição”, no nosso caso essa condição é a “gestação”, então estamos falando de gerenciamento ou vigilância do pré-natal por meio de intervenções gerenciais e educacionais com objetivo de alcançar os melhores resultados.

Em outras palavras trata-se de gerenciar dados sobre os pré-natais realizados na unidade, de monitoramento, como por exemplo, quais gestantes não fizeram teste rápido, quais gestantes faltaram em consultas, quais gestantes faltaram em exames, quais gestantes estão em condição de vulnerabilidade, etc, e a partir das informações implementar medidas de busca ativa, visita domiciliar, gestão do caso a fim de garantir os melhores resultados. Trata-se de conhecer as suas gestantes, diagnosticar os problemas e agir para resolvê-los.

Imagine que o gerente da unidade detectou por meio do sistema de informação que de suas 100 gestantes em acompanhamento pré-natal, 10 não fizeram teste rápido para sífilis e nem VDRL e outras 3 testaram positivo mas não iniciaram o tratamento.

O simples fato de ter esse controle e fazer esse diagnóstico já permite a implementação de ações como visita domiciliar e busca ativa dessas gestantes, essas ações podem corrigir as falhas e viabilizarem o diagnóstico e o tratamento dessas gestantes. Se a unidade não realizar a gestão da condição sequer terão ciência dessas 10 gestantes sem testagem e das 3 gestantes sem tratamento e conseqüentemente nada farão para corrigir as falhas.

Assim está demonstrado que a gestão da condição pode ter interferência indireta no desempenho clínico do pré-natal, influenciando a adesão ao diagnóstico e tratamento da gestante.

Note ainda que as ações de “gestão do acesso” podem ser capazes de diminuir o número de mulheres que não acessam o pré-natal por meio de captação no território e fortalecimento de vínculo com essas gestantes.

As tecnologias de micro gestão da clínica, “gestão da condição”, “gestão do caso” e “gestão do acesso” podem ser capazes de diminuir os efeitos negativos desses “elementos não previsíveis no sistema”, pois esses elementos são majoritariamente em decorrência de características psíquicas, culturais, econômicas e sociais das usuárias.

A gestão da condição pode colaborar no diagnóstico desses elementos, já a gestão do caso pode atuar no fortalecimento de vínculo, na comunicação efetiva entre profissional e paciente e na oferta de cuidados opcionais (adequação do cuidado ao paciente) de forma a minimizar a influência negativa desses elementos.

Perceba que as ferramentas de gestão da clínica possuem as características de uma variável modificadora de efeito (quando o efeito de uma exposição sobre o desfecho varia conforme o nível de uma terceira variável), em termos estatísticos a modificação do efeito constitui uma interação.

Nesse caso o efeito da variável “qualidade clínica do pré-natal” sobre o desfecho da gestação varia conforme o nível da covariável “qualidade genérica das ações de gestão da clínica”, veja a **Figura 35** na página 244.

Após a explicitação dos possíveis efeitos das covariáveis, segue-se agora para a discussão dos demais fatores do modelo de análise.

Atualmente o modelo explicativo mais aceito na epidemiologia admite que fatores interagem no sistema e alteram uma situação de forma a produzir o risco, dessa forma o modelo abrange a multiplicidade dos fatores.

Porém não se pode considerar apenas a multiplicidade dos fatores causais, é preciso observar também a hierarquia, a natureza distinta dos fatores na estrutura do sistema explicativo, as interações com variáveis ou elementos imprevisíveis no modelo e o conceito de borrosidade e de recursividade.

na página 251 demonstra o arcabouço teórico no qual se debruça o esquema teórico desse estudo.

A primeira e a terceira coluna da figura 36 representam a covariáveis, a segunda e a quarta coluna representam os elementos não previsíveis (comportamento das gestantes) que podem gerar emergências ou incontinências, e a cadeia principal de causalidade está demonstrada na última coluna.

Observe na ultima coluna da da figura 36, página 251, que a anamnese contribui para o diagnóstico, o diagnóstico da gestante não interfere diretamente na mudança do estado de saúde, antes interfere diretamente no tratamento da gestante e do seu parceiro (não é possível tratar sem antes diagnosticar), o tratamento requer seguimento, pois caso haja recontaminação é preciso novo tratamento e finalmente o desfecho da gestação sobre a influência direta do tratamento e do seguimento. Veja que a hierarquização da cadeia de causalidade da sífilis congênita está explicitada na última coluna da figura.

Além da hierarquização do modelo de análise e do controle e explicitação dos fatores mediadores e modificadores de efeito, também é preciso considerar a natureza distinta dos fatores no sistema explicativo.

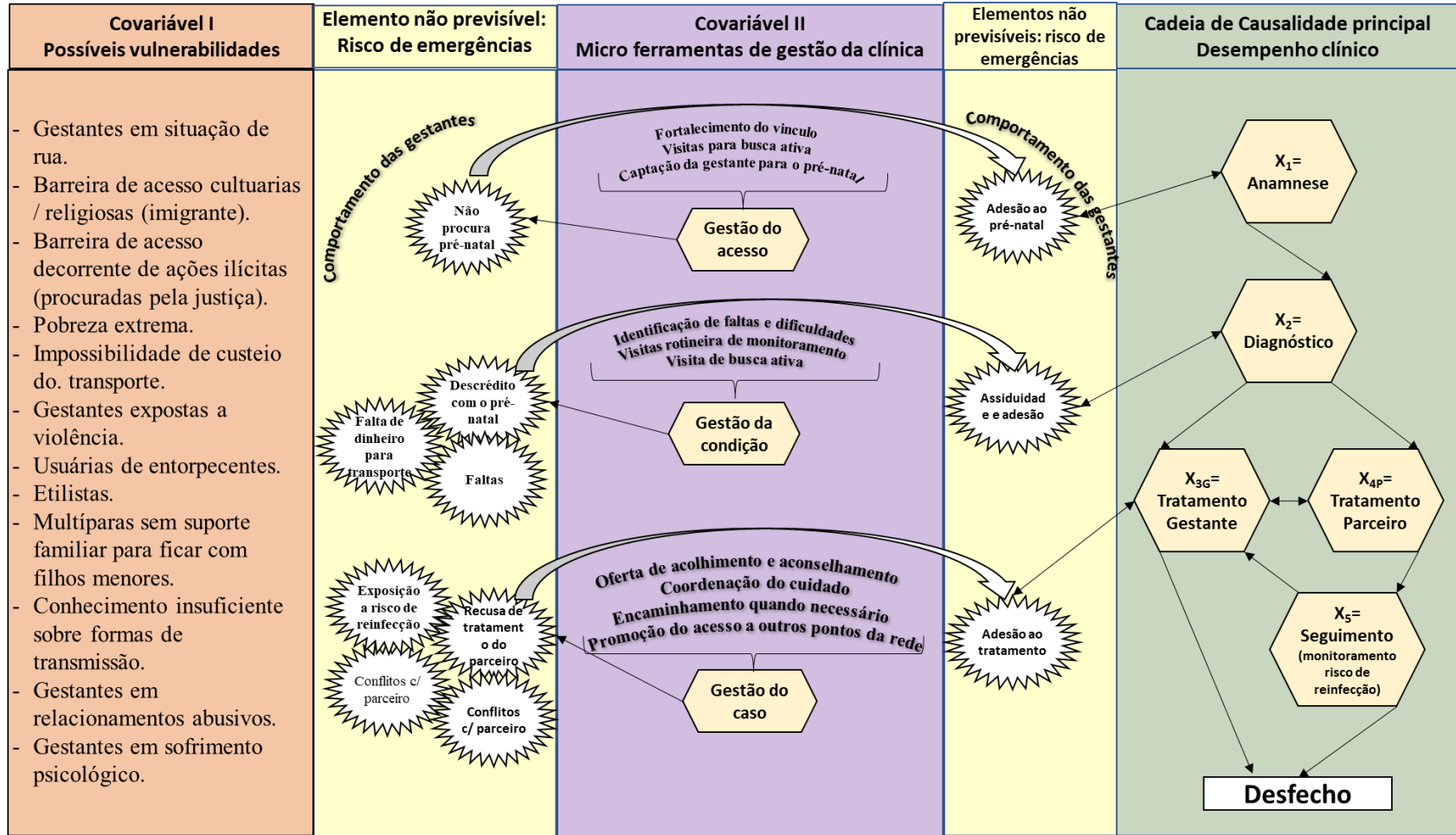
Perceba que na figura 36 os elementos ou fatores: “acesso ao pré-natal”, “Gestão do caso” e “Gestão da condição” são práticas relacionadas a **gestão da clínica**, já os elementos: “anamnese”, “diagnóstico”, “tratamento da gestante”, “tratamento do parceiro” e “seguimento” são práticas relacionadas ao **desempenho clínico**.

Pode não parecer, mas isso faz muita diferença no momento de definir estratégias de análise das ações, pois na gestão da clínica o objeto não é a doença, é a pessoa, é a mulher, e não a sífilis ou a gestante, isso exige conhecimentos, habilidades e principalmente atitudes distintas das exigências requeridas para o desempenho clínico.

Culturalmente na gestão da clínica as ações são mais horizontais e as decisões são compartilhadas com o paciente seguindo os preceitos da clínica ampliada, no desempenho clínico o objeto é a doença ou a condição, ou seja a sífilis ou a gestação.

O esquema teórico proposto faz as considerações necessárias à distinção da natureza dos fatores envolvidos da cadeia explicativa do evento.

Figura 36- Ações/interações e consequências



Fonte: próprio autor

Embora a multiplicidade de fatores, a hierarquização e diversidade de elementos já confirmam um alto nível de complexidade ao esquema teórico proposto para avaliação, é preciso considerar ainda as variáveis ou elementos que não estão incorporadas ao sistema explicativo, justamente o que não se pode prever, que não estava predeterminado no modelo, o que a epidemiologia tecnicamente tem chamado de interação.

A interação informa que o efeito de “n” fatores sobre uma situação produzindo um risco é diferente da soma dos efeitos de “n” fatores isoladamente, de forma que a conjunção dos efeitos múltiplos em interação pode produzir algo que não estava previsto no sistema, ou seja uma emergência ou contingência (ALMEIDA FILHO, 2017).

Embora se tenha adotado uma linguagem mais epidemiológica, esclarecemos que nessa etapa estamos realizando codificação axial, assim buscou-se delinear as consequências das ações/interações. A ocorrência de uma ação/interação ou até mesmo a ausência da ação/interação, sempre implica em consequências, tanto esperadas como não pretendidas, o objetivo do esquema teórico é delinear essas consequências, pois esse delineamento explica como as consequências alteram a situação e afetam o fenômeno em questão (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Note que na figura 36 temos que o fato “Diagnóstico da gestante” vai produzir um efeito / consequência no tratamento da gestante, porém a presença ou ausência do elemento ou comportamento “adesão ao tratamento”, que não faz parte da cadeia de causalidade, pode produzir um risco maior ou menor de “NÃO tratamento” e consequentemente de sífilis congênita.

Casos com a presença desses elementos podem ter um risco mais elevado para desfechos adversos, o que significa que a conjunção dos efeitos mútuos em interação pode produzir um resultado que não estava previsto no sistema, na epidemiologia esse fenômeno é denominado **emergência ou uma contingência**.

Para exemplificar a contingência ou emergência no contexto desse estudo, suponha um pré-natal de alta qualidade, no qual a gestante tenha realizado o diagnóstico

e o tratamento em tempo oportuno, realizou todo o seguimento, porém seu parceiro estava em privação de liberdade “caso com presença de vulnerabilidade” e no último trimestre da gestação a mulher se recontaminou durante uma visita íntima na prisão **“elemento ou comportamento não previsível”** e a criança nasceu com sífilis congênita apesar de ter realizado um pré-natal de alta qualidade clínica. **“resultado não previsto no sistema: emergência ou contingência”**.

Continuando o exemplo da gestante com ótima qualidade do desempenho clínico do pré-natal, imagine que essa gestante também tivesse recebido cuidados de gestão da clínica de ótima qualidade, logo seu caso seria gerido por um profissional de saúde que percebendo a exposição à vulnerabilidade “parceiro em reclusão”, ofereceu um cuidado diferenciado a essa gestante.

O profissional que fazia a gestão do caso explicou detalhadamente para a gestante o risco de contaminação que ela estava exposta caso tivesse relações sexuais sem proteção com o parceiro. O profissional também enviou uma carta à enfermagem do presídio solicitando o tratamento presumível do parceiro e informando a gestação da mulher.

Veja que a variável “gestão da clínica” interagiu com a variável “vulnerabilidade: parceiro recluso” de forma a produzir uma interação com interanulação, ou seja a gestão da clínica anulou os efeitos antagônicos da vulnerabilidade.

Vale ressaltar que como toda análise de contingência e sobredeterminação só pode ser realizada *a posteriori*, não é possível fazer predição sobre essas interações, por isso não é possível prever esses elementos no esquema teórico, apenas é possível prever que podem ocorrer contingências, mas não temos como prever ou descrever no esquema teórico todas as contingências possíveis de ocorrência.

Portanto o comportamento da gestante em visitar o parceiro, assim como o comportamento do profissional de saúde que realizou a gestão do caso são elementos não previsíveis no sistema.

Esse exemplo demonstra as ações/interações são complexas e não pode se traduzir na simples adição, multiplicação ou subtração de efeitos.

Mesmo em um pré-natal de alta qualidade clínica, um elemento não previsível pode produzir um resultado não esperado, uma emergência ou contingência. Por isso nas declarações de lógica de relações é coerente que se faça a previsão de emergências ou contingências.

Seguindo com a explanação acerca das relações entre ações/interações incluímos o conceito da borrosidade (indefinição de limites), por exemplo, será que ter um parceiro em privação de liberdade é um risco maior do que realizar uma visita íntima na prisão? Será que mulheres que não tem parceiros em privação de liberdade também realizam visitas íntimas em prisões?

As fronteiras entre eventos, processos e fenômenos são efeitos da arbitrariedade dos produtores do conhecimento, não se pode desconsiderar que existe uma ambiguidade de fundo quanto a questão dos limites.

As declarações de relação propostas para este estudo possuem um alto nível de complexidade, pois foram elaboradas considerando a multicausalidade, a hierarquização dos fatores, a diversidade de elementos e as interações.

Conforme explicitado no esquema teórico proposto na figura 36, página 251, para fins de análise a qualidade do pré-natal foi dividida em duas partes.

- Qualidade Genérica do pré-natal
 - Representada por um escala que varia de 0 a 1, onde 1 representa, ótima adequação dos processos e dos serviços oferecidos em relação as ações de micro gestão da clínica, e 0 adequação péssima.
- Qualidade Clínica do pré-natal
 - Representada por um escala que varia de 0 a 1, onde 1 representa, ótima adequação das estruturas, dos processos e dos serviços oferecidos em relação ao desempenho clínico, e 0 adequação péssima.

O esquema teórico assume que o efeito da qualidade genérica não participa diretamente da cadeia principal de causalidade que leva a sífilis congênita. A qualidade genérica age de modo a modificar comportamentos não previsíveis das gestantes, impactando indiretamente a qualidade clínica, mas sem relação de causalidade direta com o desfecho da gestação em termos de sífilis congênita.

Já a qualidade clínica do pré-natal tem efeito direto de causalidade no desfecho das gestações, uma vez que responde por ações de diagnóstico, tratamento e seguimento.

Segundo Almeida Filho (2017), numa perspectiva epistemológica, a complexidade de um modelo é definida como pela presença de pluralidade de níveis, diversidade das relações entre os elementos do modelo e referência não finalística ou retroalimentação do modelo. Em outras palavras, a complexidade do esquema teórico se traduz pela presença de:

- Multiplicidade dos elementos
- Hierarquização
- Natureza distinta dos elementos
- Interações com elementos não previsíveis com produção de emêrgências
- Borrosidade
- Recursividade ou retroalimentação

Nos parágrafos anteriores demonstramos a presença dos cinco primeiros fatores de complexidade do esquema teórico proposto para esse estudo. Falaremos agora do último fator, a recursividade ou retroalimentação.

A recursividade implica no entendimento de que a produção de efeitos de um sistema dinâmico não são convergentes e nem finalísticos, de forma que os processos de

um sistema nunca se concluem, onde os produtos são necessários para geração dos estados iniciais de outros processos.

Um processo recursivo é aquele cujos produtos são necessários para a própria produção do processo. É uma dinâmica autoprodutiva e auto-organizacional. A ideia de circuito recursivo é mais complexa e rica que a de circuito retroativo, é uma ideia primordial para se conceber a autoprodução e a auto-organização. É um processo no qual os efeitos ou produtos são, simultaneamente, causadores e produtores do próprio processo, no qual os estados finais são necessários para a geração dos estados iniciais (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2003).

A figura 37 mostra a recursividade dos processos que compoem o modelo, veja que o produto de um subprocesso é necessário para o início de outro subprocesso. A condição de mulheres gestantes (gestação), demanda processos que viabilizem o acesso e o monitoramento da gestante no pré-natal.

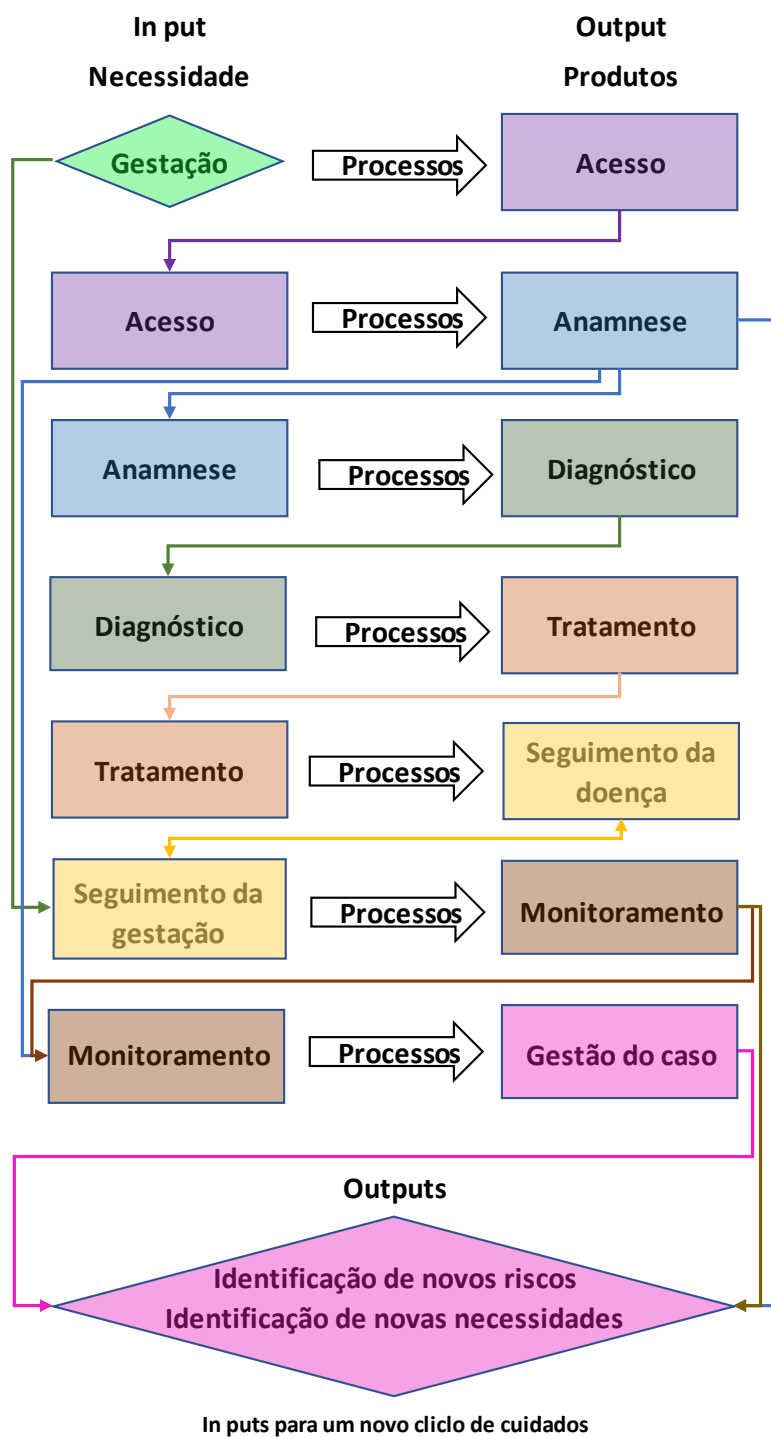
O produto acesso demanda ações de anamnese, que por sua vez demanda processos diagnosticos, que exigirão tratamento e seguimento da doença diagnosticada.

A gestação e também o seguimento da doença demandarão um monitoramento da “mulher” que está gestante e doente.

O monitoramento e a anamnese implicarão em observação de riscos que exigirão um gerência e coordenação do caso.

O gerenciamento do caso e o monitoramento implicarão em identificação de necessidade de novos cuidados.

Figura 37 -Recursividade do processo de cuidado.



Fonte: próprio autor

Veja na figura 37 que na aplicação das ferramentas de micro gestão da clínica ao da anamnese o foco do cuidado é a pessoa e não a doença, assim, quando se monitora

e gerencia casos com olhar focado para a “mulher gestante” e não para a gestação ou para a doença “sífilis” identificamos novos riscos, novas necessidades de cuidado.

Essas novas necessidades de cuidados podem não se encaixar mais no processo de cuidado desenhado para o pré-natal de gestantes com sífilis, e essas novas necessidades são “outputs” do processo de cuidado pré-natal e “in puts” de um novo ciclo de cuidado da mulher com foco em outras questões e não mais no pré-natal ou na sífilis, ou seja, o modelo prevê o início de novos ciclos a partir de pontos de partidas distintos.

Imagine uma gestante usuária de drogas que durante o pré-natal teve seus riscos identificados e foi encaminhada ao CAPS-AD, iniciando um novo ciclo de cuidados voltados à redução dos danos decorrentes do uso de drogas. Esse novo ciclo de cuidados extrapola o cuidado pré-natal, mas não se dissocia do cuidado pré-natal, ao contrário se conecta com o pré-natal e influencia seus efeitos.

Outro exemplo é o cuidado da parceria sexual da gestante, o produto “diagnóstico de sífilis da gestante” gera uma mudança informacional que inicia um novo ciclo de cuidado do parceiro, demandando novo diagnóstico, tratamento e seguimento também do parceiro.

Um sistema recursivo pode não retornar ao seu exato ponto inicial e iniciar novos ciclos a partir de pontos de partida distintos, essa peculiaridade introduz no sistema a possibilidade de variação de efeitos fora do registro da proporcionalidade, isso é denominado “efeito borboleta” ou sensibilidade às condições iniciais (ALMEIDA FILHO, 2017).

Um esquema teórico finalístico não pode ser considerado complexo e está longe do princípio da recursividade, porque um esquema teórico finalístico não tem história, tem simplesmente começo, meio e fim, e a realidade não tem começo, meio e fim.

Assim demonstramos que o processo de cuidado visto pelo ângulo aqui proposto não é finalístico e retroalimenta o ciclo de cuidado da “pessoa”.

As relações entre ações/interações aqui declaradas combinam uma multiplicidade de fatores, hierarquização e diversidade de elementos e mais a interação, este nível de complexidade confere a teoria a capacidade de lidar com as incertezas e ambiguidades.

A teoria avaliativa proposta nesse estudo é passível de adaptação para avaliação de outros problemas de saúde.

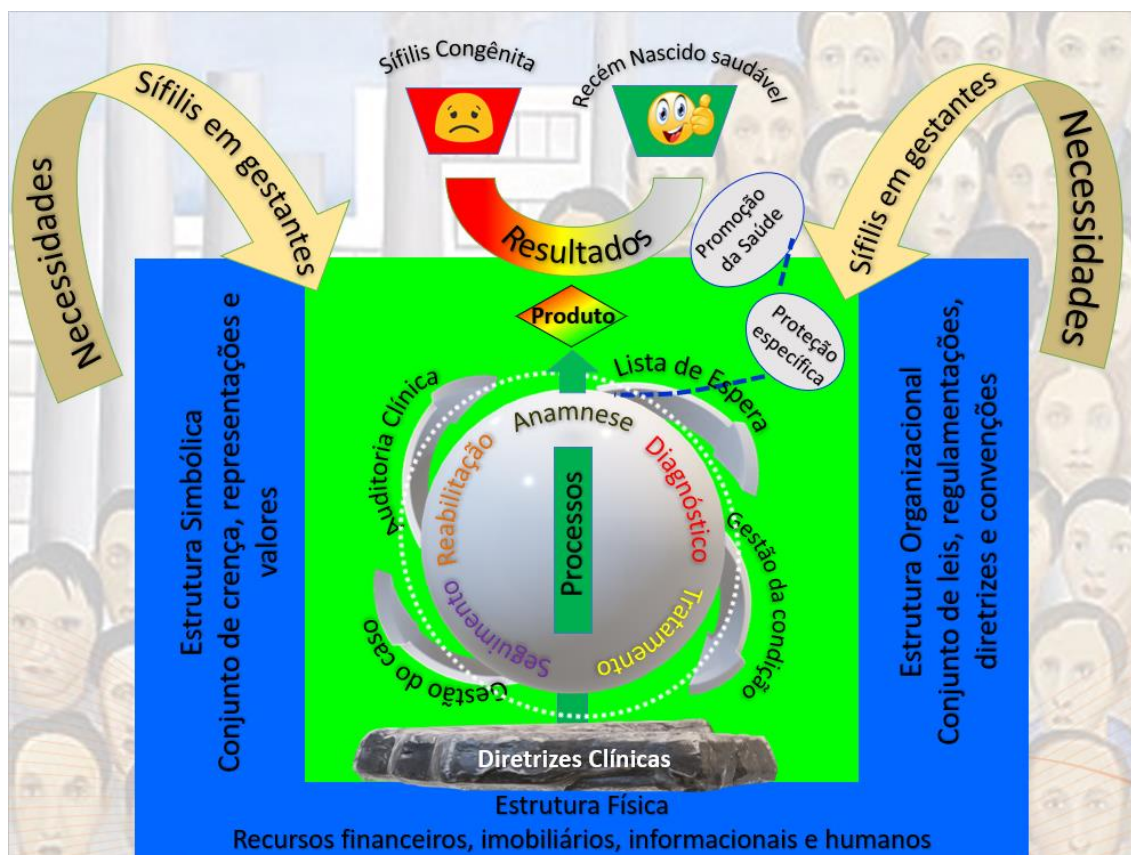
6.3.6 Codificação Seletiva: Teoria Avaliativa do Processo de Cuidado do Programa de Pré-Natal do SUS

Segundo Strauus; Cobin, 2008 **Teoria** é um conjunto de conceitos bem desenvolvidos relacionados por meio de declarações de relações que, juntas, constituem uma estrutura integrada que pode ser usada para explicar ou prever fenômenos” (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Apresentamos na **Figura 38** a Teoria avaliativa do processo de cuidado do Programa de pré-natal destinado a gestantes com sífilis atendidas no Sistema Único de Saúde - SUS, esta teoria é o resultado da integração das categorias e relações oriundas da codificação aberta e axial e engloba todos os níveis do processo de produção em saúde previstos no conceito de história natural da doença (prevenção primária, secundária, terciária e quaternária) de forma integrada com a proposta de avaliação de programas.

Na Teoria proposta o processo de produção em saúde foi organizado de acordo com os preceitos de avaliação em saúde (DONABEDIAN, 2003) e de avaliação de programas (A Apreciação Normativa CHAMPAGNE *et al.*, 2011; FARAND, 2011).

Figura 38 – Diagrama Integrador: Teoria do Processo de Cuidado do Programa de Pré-Natal do SUS.



Fonte: Próprio autor

As necessidades compõem um ambiente externo que pressiona e molda um ambiente interno formado pelas estruturas, processos, produtos e resultados.

O Ambiente das estruturas é composto por três blocos (estrutura organizacional, estrutura física, estrutura simbólica) esses blocos dão suporte a um ambiente interno nuclear para que os processos possam ocorrer.

O ambiente interno dos processos é composto por um núcleo duro formado por práticas específicas da área da saúde (anamnese, diagnóstico, tratamento, seguimento, reabilitação) e pelas tecnologias de gestão da clínica que orbitam em torno deste núcleo duro (diretrizes clínicas, gestão da lista de espera, gestão da condição, gestão do caso, auditoria clínica) e envolve atores de diversos níveis da organização (nível dos serviços, nível da linha de cuidado e nível sistêmico).

A teoria conta ainda com outro núcleo menor, o núcleo da prevenção específica, cuja ações ocorrem no período de pré-patogênese.

As tecnologias de micro gestão da clínica, além de apoiarem o núcleo duro dos processos definidos pela história natural da doença (prevenção primária, secundária e terciária), por meio da gestão da condição, também abordam o nível de prevenção quaternária. Este conceito não está relacionado com os riscos de doença, mas sim aos riscos por excesso de intervenções, de medicalizações desnecessárias, de eventos adversos.

As diretrizes clínicas são consideradas como tecnologia sanitária de gestão da clínica “mãe”, está situada na base de todo o processo, representando uma espécie de “pedra fundamental” pois são as diretrizes clínicas representadas pelos protocolos e linhas guias que direcionam todo o programa.

Entre o ambiente externo, representado pelas necessidades da população e por diversos setores responsáveis por ações intersetoriais, e o ambiente interno das estruturas e dos processos, temos um núcleo considerado de menor densidade tecnológica, o núcleo da promoção em saúde. A responsabilidade das ações representadas por este núcleo é intersetorial e interdisciplinar, por isso ele não está incluso exclusivamente no ambiente interno, e sim na interface entre o ambiente externo e interno.

Os produtos representam os serviços de saúde produzidos, os serviços produzidos vão determinar os resultados imediatos, médio e longo prazo.

E finalmente os resultados, estes estão localizados parte no ambiente interno (resultados imediatos e intermediários) e parte no ambiente externo (resultados a longo prazo ou impacto) pois representam o impacto do programa para a sociedade, os resultados a longo prazo podem ser positivos ou negativos, a depender da disponibilidade de estruturas e da qualidade dos serviços produzidos.

Incluir na teoria do programa elementos que vão além da história natural da doença, como por exemplo os conteúdos de gestão da clínica, certamente contribuirá para diagnósticos mais completos dos serviços e sistemas de saúde e para a efetivação da integralidade dos cuidados.

A Teoria Avaliativa do Programa aqui proposta corrobora com um modo de produzir cuidado que almeja a oferta de uma atenção integral como um norte para a oferta do cuidado com base nas necessidades dos indivíduos e das comunidades, considera risco e vulnerabilidade relativos a um usuário e sua família e contribui para que se estabeleça, de forma mais pertinente e precisa, prioridades no atendimento.

A inserção de ferramentas de gestão da clínica na teoria evidencia a consideração do risco como uma construção social e política, entendendo que existem fatores de risco relacionados: aos indivíduos, seus hábitos e estilos de vida (que não são escolhas individuais); ao ambiente e condições em que vivem e trabalham, por isso a inserção de ferramentas que atuam de acordo com os preceitos da determinação social da doença. Esse entendimento é fundamental para a produção de um cuidado integral.

6.4 VALIDAÇÃO DA TEORIA DO PROGRAMA

Aqui, nosso foco está na tarefa de demonstrar a solidez da descrição da teoria do programa por meio da comparação do esquema teórico com a descrição da realidade vivenciada pela coorte do estudo.

A teoria surgiu a partir dos dados, mas, no momento da integração, ela representa uma interpretação abstrata desses dados brutos. Dessa forma, é importante determinar como a abstração se ajusta aos dados brutos e também determinar se algo importante foi omitido do esquema teórico. Há várias formas de validar o esquema. Uma forma é voltar e comparar o esquema com dados brutos, fazendo um tipo de análise comparativa de alto nível. O esquema teórico deve ser capaz de explicar a maioria dos casos (STRAUSS; CORBIN, 2008)

“Somente uma teoria de programa bem definida e bem justificada permite a identificação imediata das funções críticas do programa e o que deve acontecer como resultado” (Rossi, Peter H; Lipsey, Mark W; Freeman 2004).

O objetivo desse capítulo foi a validação da teoria proposta, essa validação foi realizada por meio da verificação do quanto a representação abstrata da teoria se ajusta aos dados brutos, ou seja, o quanto se ajusta aos dados oriundos dos prontuários de saúde de gestantes com sífilis.

Esclarecemos que essa validação também é ao mesmo tempo uma avaliação da adequação do cuidado pré-natal ofertado às gestantes da coorte.

A partir do modelo lógico teórico operacional foi proposta uma rota crítica do pré-natal de mulheres com sífilis, buscou-se compreender o quanto o cuidado pré-natal real se ajusta a essa rota, e o quanto esse cuidado está adequado com as normas preconizadas nos documentos técnicos que normatizam o programa.

A figura 39

Figura 39 ilustra todo o caminho percorrido pelas gestantes durante o pré-natal, a rota é simbolizada por uma pista com direção única composta por 8 pontos críticos (esses pontos representam as categorias ou domínios propostos pelo modelo lógico teórico operacional), 1- acesso, 2-anamnese, 3-diagnóstico, 4- tratamento da gestante, 5- tratamento da parceria sexual, 6- seguimento, 7- gestão da condição, 8- gestão do caso.

Cada um dos pontos críticos mostra quantos casos, em número bruto, chegaram até aquela etapa do cuidado e quantos tiveram produtos adequados em cada ponto.

Uma caixa logo abaixo de cada ponto crítico da rota mostra em percentual e número bruto, quantos casos tiveram desfecho negativo (sífilis congênita, aborto ou óbito fetal) ou seja uma perda.

A gestão da condição envolve ações relacionadas ao processo de gerenciamento de condições que necessitam de atenção por um longo período (“Longitudinalidade”), o **Quadro 23** resume as variáveis de medição indicadoras de processo e produto da gestão da condição.

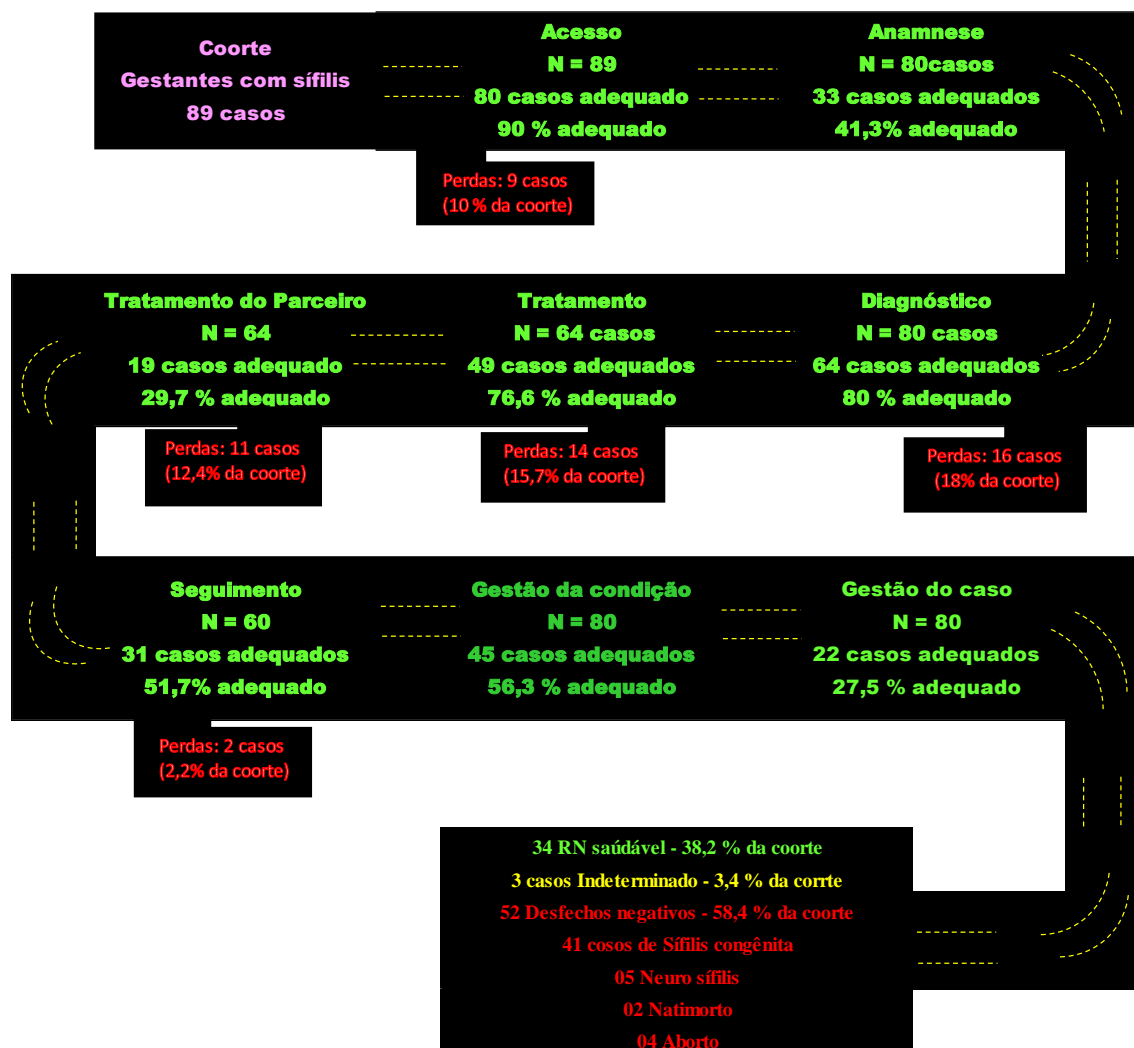
Podemos observar que iniciamos a rota crítica com 89 gestantes, perdemos 9 casos (10% da coorte) no acesso ao pré-natal, 16 casos (18%) na fase de diagnóstico, 14 casos (15,7% da coorte) na fase de tratamento da gestante, 11 casos (12,4 % da coorte) na fase de tratamento do parceiro, 2 casos (2,2% da coorte) na fase seguimento, totalizando 52 casos (58,4% da coorte) com desfechos negativos, sendo 41 casos com sífilis congênita, 5 casos com neuro sífilis, 2 natimortos e 4 abortos, e apenas 34 casos (38,2% da coorte) resultaram em nascimento de recém nascidos saudáveis, sendo que 3 casos (3,4% da coorte) tiveram resultados indeterminados devido à ausência de informações sobre o parto.

Destaca-se que as perdas de casos consideradas decorrentes da fase de seguimento (2 casos), foram diagnosticados e as gestantes e seus parceiros foram tratados adequadamente, sendo a falha exclusiva do seguimento que levou ao caso de sífilis. Porém todos os casos decorrentes de gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, também podem ser atribuídos à fase de seguimento, uma vez que essa fase do cuidado tem o objetivo de diagnóstico e corrigir falhas nas fases anteriores do processo.

Em relação às perdas (desfechos negativos) decorrentes do não tratamento do parceiro, esclarecemos que todos esses casos tiveram diagnóstico e tratamento adequado da gestante, porém sem tratamento do parceiro, o que provocou uma reinfecção com subida da titulação. Esses casos também podem ser atribuídos ao seguimento, uma vez que novamente o seguimento inadequado não foi capaz de diagnosticar a falha no processo de cuidado.

Percebam que os limites entre cada fase do cuidado são meramente didáticos, o cuidado real ocorre de forma dinâmica, no calor da realidade as fases do cuidado podem ocorrer simultaneamente.

Figura 39 - Rota crítica do pré-natal de gestantes com sífilis.

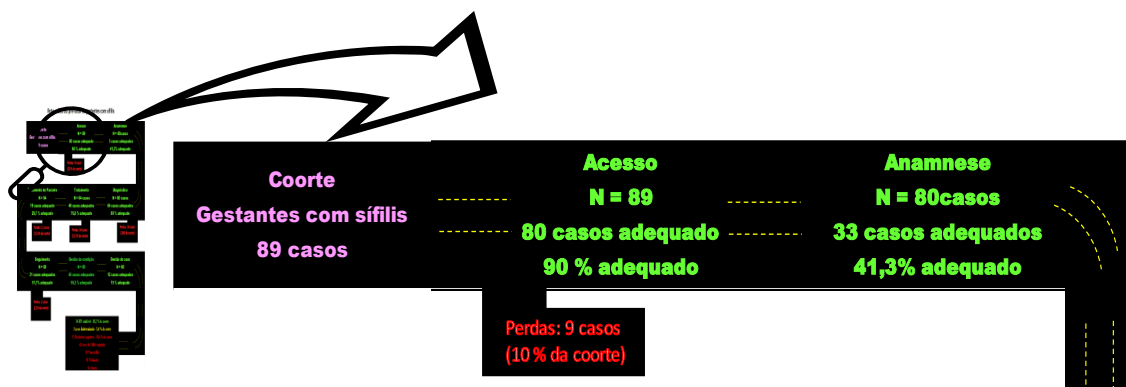


Fonte: próprio autor

6.4.1 Categoria: Gestão do acesso

A seguir apresentamos os resultados detalhados das análises para cada fase do cuidado pré-natal, ou seja, descreveremos os subprocessos e produtos de cada fase. Iniciaremos com a fase de acesso.

Figura 40 – Rota crítica da gestante do pré-natal de gestantes com sífilis - fase de acesso e anamnese no pré-natal.



Fonte: Próprio autor

A **Figura 40** mostra dois pontos críticos do que nomeamos como rota crítica da gestante com sífilis, acesso e anamnese. Das 89 gestantes iniciam esta rota, podemos verificar na figura que apenas 80 acessaram o pré-natal, este estudo considerou que toda gestante que realiza a 1º consulta de pré-natal teve acesso a esse cuidado.

Nove gestantes não realizaram a primeira consulta de pré-natal. Destacamos que havia estrutura disponível para a realização do pré-natal destas gestantes, elas residiam em áreas de abrangência das UBS que dispunham de agentes comunitários para realização de busca ativa, de médicos e enfermeiros para atendimento do pré-natal, neste caso a falha ocorreu devido à ausência de procedimento de captação da gestante.

0

DESCRIÇÃO DE CASOS: GESTANTES QUE NÃO ACESSARAM O PRÉ-NATAL

Quadro 29 (disponível nos apêndices) descreve a caracterização das nove gestantes que não acessaram o pré-natal, é possível observar que a maioria das gestantes estavam expostas vulnerabilidades sociais, apenas em 2 casos não foi descrita exposição a vulnerabilidades, porém para esses dois casos não havia registro em prontuário eletrônico de atendimento dessas gestantes, assim a ausência de informações não significa ausência de exposição a vulnerabilidades.

Destaca-se que as gestantes que não acessam o pré-natal, majoritariamente, são mulheres em condições de vulnerabilidade, a maior parte constituída por mulheres com baixa escolaridade vivendo em situação de extrema pobreza.

... a vulnerabilidade pode ser definida como uma síntese compreensiva das dimensões comportamentais, sociais, e político-institucionais implicadas nas diferentes suscetibilidades de indivíduos e grupos populacionais a um agravo a saúde e suas consequências indesejáveis (sofrimento, limitação e morte). A adoção da perspectiva da vulnerabilidade tem implicações de diversas ordens. Como forma de conhecer, aponta para necessidades de procedimentos sintéticos e interpretativos / compreensivos, de caráter transdisciplinar (FILHO, NAOMAR DE ALMEIDA; CASTIEL, LUIZ DAVID; AYRES, 2017).

Essa condição “vulnerabilidade” por si só já requer monitoramento da atenção básica com visitas domiciliares mais frequentes e gestão do caso, porém o que observamos nesse estudo é que essas mulheres não tiveram suas condições de saúde monitoradas pela atenção básica, não receberam nenhuma visita domiciliar da equipe de saúde durante toda sua gestação, não tiveram suas gestações captadas pelo sistema de saúde e, conseqüentemente, não acessaram o pré-natal, demonstrando grave falha da atenção básica no monitoramento de famílias vulneráveis.

Uma delas chegou até a ser atendida pela UBS, teve sua gestação detectada (teste de gravidez positivo), mesmo assim não foi captada pela rede de atenção básica para realização de pré-natal.

Verificou-se, como mostra a

Tabela 14, que o pré-natal foi realizado somente por mulheres que espontaneamente procuraram o pré-natal por conta própria, ou seja, em todos os casos que acessaram o pré-natal, o mérito foi do comportamento das gestantes e não do serviço de atenção básica.

Tabela 14 -Forma de acesso da gestante ao pré-natal.

Forma de acesso da gestante	Quantidade de casos
Procura espontânea pelo serviço de pré-natal	80
Realizou teste de gravidez (+) na UBS, mas não acessou o pré-natal	1
Não procurou o serviço de pré-natal e não foi captada pelo ACS	8
Total	89

Esses resultados nos permitem concluir que é urgente o estabelecimento de procedimentos específicos a serem realizados pelas equipes de saúde da atenção primária para captação de gestantes vulneráveis para o pré-natal, a situação dessas gestantes “grita” pelo exercício competente do princípio da equidade no SUS, é preciso entender que é necessário dar mais para quem precisa mais, é necessário captar quem não acessa, é necessário fazer gestão dos casos. É necessário fazer valer a equidade para neutralizar os efeitos das iniquidades.

Durante nossa revisão de literatura, realizada na primeira fase deste estudo, observamos que os manuais e / ou protocolos de cuidado pré-natal não definem, de forma clara e operacional os procedimentos de captação de gestantes no território, nos referimos aqui à captação de gestantes que não buscam o pré-natal, não definem os atores responsáveis por tais procedimentos e os possíveis indicadores que permitam a mensuração destes procedimentos, sendo esse um importante ponto a ser melhor explorado futuramente.

Ademais, acesso vai muito além do contato do paciente com o serviço, no início da década de 90, o Comitê para Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde

do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos propôs que acesso seja definido como o uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Nessa definição, acesso passa a ser sinônimo de uso e incorpora a dimensão temporal.

Para a IOM a importância do acesso centra-se no uso de procedimentos de saúde com potencial para alterar positivamente o estado de saúde das pessoas, refere-se ao uso, no momento adequado, de serviços/tecnologias de reconhecida eficácia (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A literatura (TRAVASSOS; MARTINS, 2004) também descreve os conceitos de “acesso efetivo” (uso de serviços que melhora as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços) e de “acesso eficiente” (refere-se ao grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços de saúde consumidos), esses conceitos incluem a dimensão da qualidade no acesso.

Muito frequentemente os indicadores sobre acesso estão rotulados com o termo “cobertura” representando a razão de recursos ou atividades sobre a população (por exemplo, 1 médico por 1.000 pessoas, ou 90% de cobertura pré-natal etc.) (WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Essa interpretação da cobertura pode ser enganosa, pode esconder o aspecto distributivo da prestação de serviços de saúde: um número médio visitas domiciliares da atenção básica per capita pode ser afetado por um pequeno número de usuários acompanhados pelos serviços, enquanto a maioria população de baixa renda, presumivelmente com maiores necessidades, pode não estar recebendo os cuidados necessários (WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

A cobertura é um objetivo instrumental que contribui para o alcance dos objetivos finais dos sistemas de saúde. Para refletir essa relação entre saúde e cobertura, de forma mais fiel, a OMS indica o uso do termo “cobertura efetiva”.

O termo “cobertura efetiva” é definido pela OMS como “*a proporção da população que necessita de uma intervenção e que recebeu uma intervenção eficaz*”, esta

definição se aplica tanto aos serviços de saúde pessoal quanto à saúde pública ou intervenções não pessoais. Serviços eficazes são definidos pela OMS como uma quantidade mínima de insumos e processos que devem produzir os efeitos desejados na saúde se usados por indivíduos ou aplicados à população em geral. (WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

A incorporação da mensuração da cobertura efetiva na avaliação de desempenho de sistemas de saúde foi sugerida pela OMS em 2003. O conceito de cobertura tradicional não considerava a ligação entre o uso da intervenção e o ganho de saúde relacionado, já o conceito de cobertura efetiva considera a qualidade ou efetividade da intervenção (JANNATI *et al.*, 2018).

Tradicionalmente, o monitoramento de melhorias nos esforços do sistema de saúde e avaliação de desempenho, especialmente em saúde pública, concentra-se em indicadores como: acesso, eficácia, eficiência, aceitabilidade e continuidade. No que se refere ao acesso e uso de serviços de saúde, constatou-se que aumentos e melhorias na disponibilidade, especialmente entre populações pobres, nem sempre se traduzem em melhorias no ganho de saúde, é necessário considerar que eles não refletem a eficácia ou a qualidade do atendimento prestado pelo sistema de saúde, ou até que ponto as intervenções-chave são implementadas como pretendido (Janete *et al.*, 2018).

Segundo (SHENGELIA *et al.*, 2005), a cobertura efetiva é definida como a fração máxima de saúde que um indivíduo com uma necessidade de cuidados de saúde pode esperar receber do sistema de saúde, a efetividade da cobertura (EC) é estimada usando a seguinte fórmula:

$$E C = U / N * Q$$

Onde **N** é a população que necessita de uma intervenção, **U** é a utilização / uso da intervenção entre a população necessitada e **Q** é a qualidade da intervenção definida como “a proporção de ganho de saúde administrada por meio de uma intervenção em relação ao máximo possível de ganho de saúde dada a qualidade ideal, esta definição aborda três componentes críticos: qualidade, utilização e necessidade.” (SHENGELIA *et al.*, 2005).

A proporção do ganho de saúde é afetada pelo comportamento do provedor de cuidados de saúde através de três elementos: habilidade para o diagnóstico, escolha de intervenção e implementação. A habilidade diagnóstica é a probabilidade de o provedor diagnosticar corretamente um indivíduo ou determinar os estados de risco para a saúde. Mesmo que os provedores façam o correto diagnóstico, eles podem não escolher a intervenção mais adequada. Finalmente, mesmo que um indivíduo esteja corretamente diagnosticado e a intervenção mais apropriada tenha sido escolhida, pode haver inadequação na implementação da intervenção, implementação da intervenção também inclui adesão às terapias (SHENGELIA *et al.*, 2005).

Assim, em termos de “cobertura efetiva” de pré-natal, não foram apenas 9 gestantes (10% da coorte) que não acessaram o pré-natal, todas as gestantes que receberam cuidados pré-natais de forma **não** “eficaz”, não acessaram um pré-natal efetivo, como se pode verificar na figura 39, 52 gestantes (58,4%) da coorte tiveram desfechos gestacionais adversos, ou seja, não tiveram acesso a cuidados de pré-natal efetivo.

Considerando o conceito de cuidados efetivos, a “cobertura efetiva” de pré-natal para a coorte estudada foi de **38,2% (34 gestantes)**, sendo o valor de **EC= 34** nascimentos de crianças sem sífilis, **U= 80** gestantes que acessaram o pré-natal, **N= 89** gestantes que necessitaram do cuidado pré-natal e a qualidade da intervenção **Q = 37,82**.

$$\begin{aligned} EC &= U / N * Q \\ 34 &= (80/89) * Q \\ Q &= (80/89) / 34 \\ Q &= 37,82 \end{aligned}$$

A avaliação de cobertura efetiva deixa claro a importância do impacto da qualidade do pré-natal na evitabilidade de sífilis congênita e de outros desfechos adversos.

6.4.2 Categoria: Anamnese

Ainda na Figura 40 verificamos que das 80 gestantes que passaram pela anamnese, em apenas 33 casos esse procedimento foi adequado, ou seja, a gestante teve todos os riscos apresentados identificados.

A **Tabela 15** detalha as categorias de risco presentes nas gestantes e identificadas pela equipe, 75 gestantes apresentaram riscos sociais e a equipe identificou o risco em apenas 31 gestantes, ou seja, os riscos sociais foram identificados em apenas 41,3% dos casos.

Ainda em relação aos riscos sociais, quando analisamos o manejo ou o encaminhamento adequado do caso a situação fica muito pior, apenas 1 caso foi adequadamente manejado e encaminhado, isso representa apenas 1,5% de todos os riscos sociais manejados adequadamente.

Quando analisamos os riscos psíquicos verificamos que 13 gestantes apresentaram esse tipo de risco, em apenas quatro casos o risco foi identificado e o manejo foi adequado para apenas 1 gestante, isso representa 1,5% de todas as gestantes que apresentaram risco psíquico.

A análise de riscos biológicos mostra que todas as 89 gestantes apresentavam pelo menos um risco biológico, no caso a sífilis, mas também foram considerados outros riscos biológicos como hipertensão, diabetes etc., que serão detalhados mais adiante. Observa-se que em 71,9% dos casos os riscos foram identificados, mas em apenas 55,1% foram manejados adequadamente.

Tabela 15 - Riscos apresentados pelas gestantes e identificados pela equipe.

Riscos	Risco Presente		Risco Diagnosticado		Casos manejados / encaminhados adequadamente		Sem necessidade de encaminhamento devido risco social		Sem acesso pré-natal Risco não avaliado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Riscos sociais	75	84,3%	31	41,3%	1	1,5%	8	11%	7	9%
Riscos psíquicos	13	14,6%	4	30,8%	1	7,7%	0	0%	0	0%
Riscos biológicos	89	100,0%	64	71,9%	49	55,1%	0	0	9	10%
Todos os riscos (biopsicossociais)	89	100,0%	33	37,1%	18	20,2%	0	0	9	10%

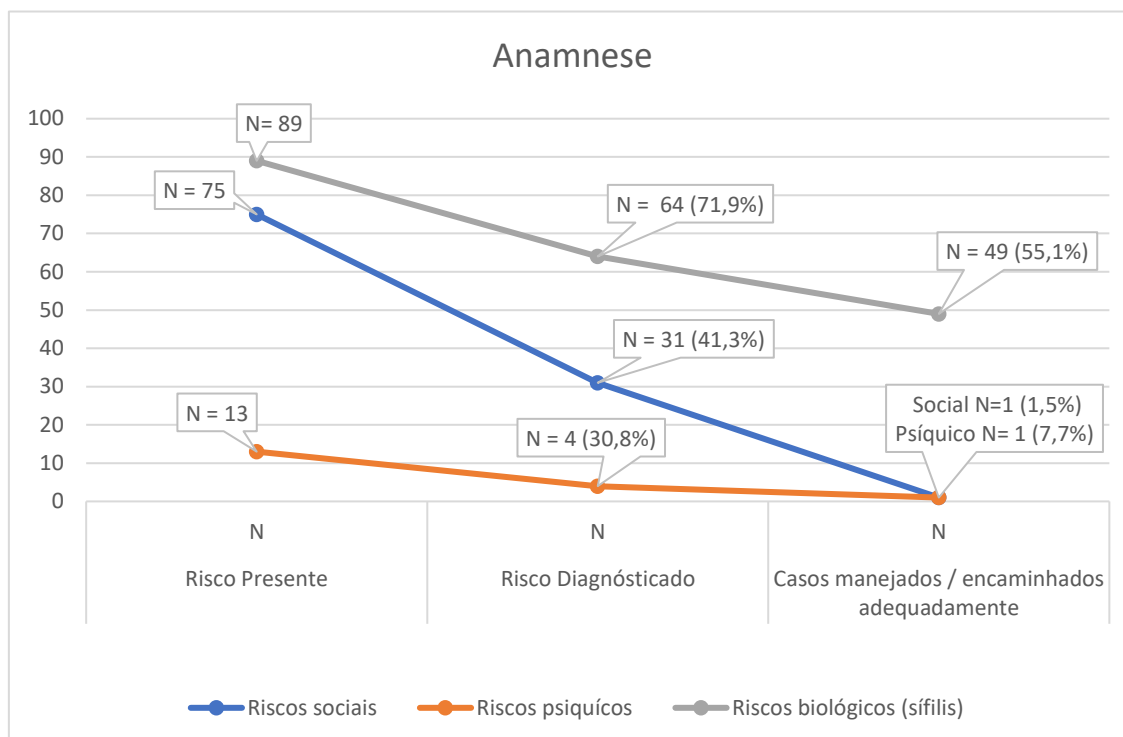
Considerando que uma gestante pode ter mais de um tipo de risco, avaliamos o conjunto de todos os riscos para cada caso, conforme mostra a última linha da **Tabela 15**, observa-se que as 89 gestantes apresentaram pelo menos um tipo de risco, e que apenas 33 gestantes tiveram todos os seus riscos (biológicos, sociais e psíquicos) diagnosticados, ou seja apenas 37,1% da coorte teve a anamnese realizada adequadamente.

Sobre o manejo adequado do caso e não do risco individualmente, apenas 18 gestantes (20,2%) da coorte tiveram todos os seus riscos diagnosticados e manejados adequadamente.

O gráfico 7 mostra a descontinuidade no processo de manejo de riscos durante o pré-natal, observe que a identificação de riscos não biológicos não passa de 41%. Quando se avalia o manejo ou encaminhamento dos casos verificamos que apenas 1,5% e 7,7% dos riscos sociais e psíquicos respectivamente são encaminhados ou manejados de maneira adequada.

Sobre os riscos biológicos é possível verificar que 71,9% dos casos tiveram riscos biológicos identificados, porém apenas 55,1% tiveram o manejo do risco adequado, considerou-se manejo adequado o tratamento adequado das gestantes.

Esses resultados deixam nítido o enfoque biológico do cuidado pré-natal, porém mesmo na questão biológica o cuidado pré-natal ainda é muito insuficiente.

Gráfico 7 - Descontinuidade do manejo de riscos no pré-natal.

Esses resultados demonstram falhas técnicas no processo de anamnese. A ausência ou inadequação de identificação de risco implica em encaminhamentos inadequados e privação da gestante de cuidados necessários às suas necessidades, assim como adequação da densidade tecnológica do cuidado.

A seguir apresenta-se o detalhamento dos manejos ou encaminhamentos para os casos da coorte.

A necessidade de encaminhamento mais frequente foi ao serviço social, sendo importante destacar que nesse estudo a exposição à baixa renda é representada pelas participações no Programa Bolsa Família (Tabela 16).

Mulheres beneficiárias desse Programa vivem em condições de extrema pobreza e sempre que estão na condição de gestante tem direito ao um benefício exclusivo, assim é importantíssimo que o serviço de saúde encaminhe essas mulheres para avaliação socioeconômica em um dos CRAS – Centro de Referência de Assistência Social, observe

na tabela de detalhamento dos encaminhamentos que nenhuma gestante foi encaminhada ao CRAS.

Outras 7 gestantes que necessitavam ser encaminhadas tanto para o serviço social quanto para o serviço de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), todos os casos foram encaminhados somente para o PNAR. Fica muito claro que os profissionais apresentam enorme dificuldade no entendimento de que a saúde também é determinada socialmente e que o cuidado com a “pessoa” deve ser integral.

Quando analisamos as necessidades de encaminhamento para o serviço social e o CAPS-AD (Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas), verificamos que em 5 casos houve necessidade de encaminhamento para esses dois locais, porém apenas dois casos foram encaminhados para o Pré-natal de Alto Risco. Veja que novamente aflora a dificuldade dos profissionais em realizarem encaminhamentos fora dos “trilhos” biológicos.

Já em 4 casos que apresentaram necessidades de encaminhamento para CAPS-AD, novamente 1 caso foi encaminhado para o PNAR e os outros 3 casos simplesmente não foram encaminhados para lugar algum. Outros 2 casos que necessitaram de encaminhamento para CAPS-AD e PNAR foram encaminhados somente para o PNAR. Vale ressaltar que quando essas gestantes acessaram o PNAR também não foram encaminhadas para o CAPS-AD.

Veja que assim como no caso dos encaminhamentos para o serviço social, novamente entre todos os casos de necessitaram de encaminhamento para CAPS-AD nenhum foi encaminhado. Esses resultados deixam nítido o desentrosamento da rede no que se refere a serviços de atenção social e psíquica, mostrando um cuidado centrado no biológico.

Temos ainda mais 8 casos que necessitaram de encaminhamentos a serviços de psicologia, apenas 1 caso recebeu encaminhamento adequado, 5 casos não foram encaminhados a lugar algum, 1 caso foi encaminhado ao PNAR e outro caso foi encaminhado ao serviço de especialidades médicas.

Todos os casos que necessitaram de encaminhamentos para serviços social, CAPS ou serviço de psicologia tiveram percentagens de inadequação de quase 100%.

Já os 6 casos que necessitaram de encaminhamento somente para o PNAR tiveram encaminhamentos adequados em 83,3% dos casos. Veja que no total foram encaminhados apenas 21 casos (23% de toda a coorte), sendo 19 para PNAR, 1 para serviço de psicologia e 1 para especialidade médica, 14 casos não apresentaram necessidade de encaminhamento, em 9 casos as gestantes não acessaram o pré-natal e outros 45 casos (51% de toda a coorte) simplesmente não foram encaminhados.

É preciso considerar ainda dos 21 casos encaminhados apenas 5 casos estão adequados (5,6% da coorte), pois os outros 16 casos necessitavam ser encaminhados para mais de um local ou não foram encaminhados para o serviço necessitado pela gestante.

Vale ressaltar que apenas 5,6% de todos os casos foram encaminhados adequadamente.

Tabela 16 – Detalhamento dos encaminhamentos necessários.

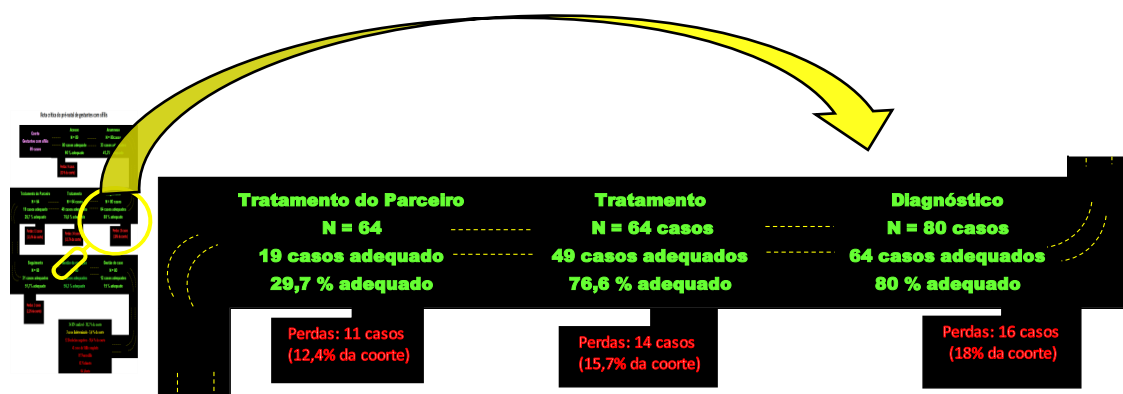
Necessidade de encaminhamentos para às gestantes	Encaminhadas								Total N
	Não encaminhada		Pré-natal de alto risco		Serviço de psicologia		Especialidade médica		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Serviço social	33	37,1%							33
Serviço social e PNAR			7	7,9%					7
Serviço social e CAPS-AD	3	3,4%	2	2,2%					5
CAPS AD	3	3,4%	1	1,1%					4
CAPS-AD e PNAR		0,0%	2	2,2%					2
Serviço social e psicologia	5	5,6%	1	1,1%	1	1,1%	1	1,1%	8
Serviço psicologia e PNAR		0,0%	1	1,1%					1
Pré-natal de alto risco	1	1,1%	5	5,6%					6
Sem necessidade									14
Sem PN									9
Total	45	51%	19	21%	1	1%	1	1%	89

É claro que muitas das inadequações nesses encaminhamentos estão atreladas ao fato de que aproximadamente 60% dos riscos sociais e 70% dos riscos psíquicos não foram sequer identificados, logo não poderiam ter sido encaminhados adequadamente.

6.4.3 Categoria: Diagnóstico

Seguindo a rota crítica percorrida por essas gestantes, vamos agora aos processos de diagnóstico, a **Figura 41** mostra três pontos críticos relacionados ao diagnóstico de sífilis, ao tratamento da gestante e ao tratamento do parceiro.

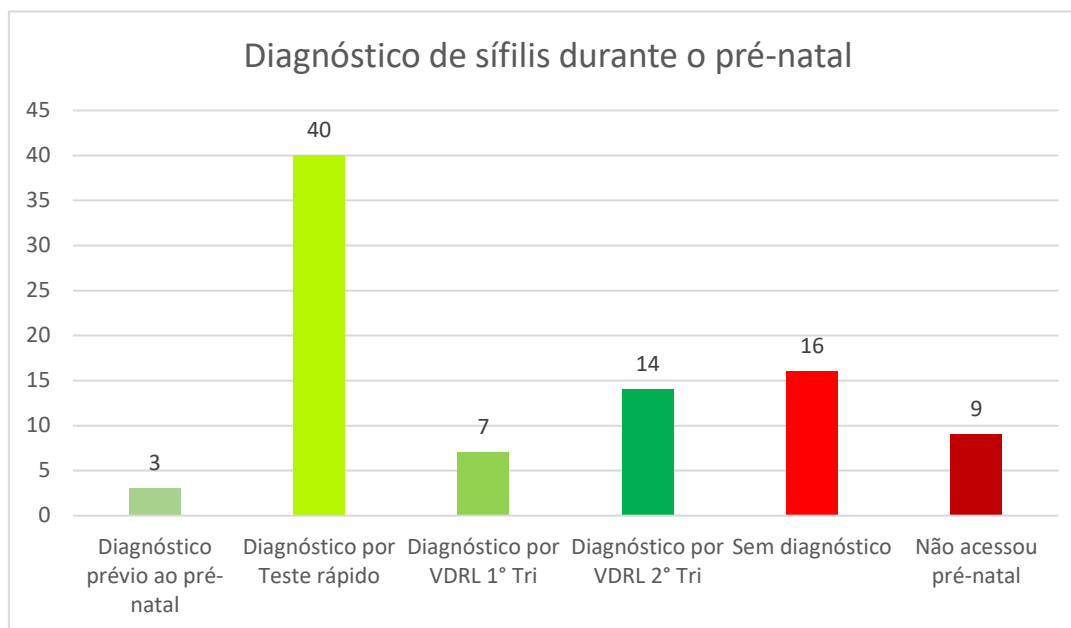
Figura 41- Rota crítica da gestante do pré-natal de gestantes com sífilis - fase de diagnóstico e tratamento da gestante e do parceiro.



Fonte: próprio autor

Verificamos que dos 89 casos que iniciaram o pré-natal, apenas 80 casos eram elegíveis para o diagnóstico, isso porque já perdemos 9 casos da coorte na fase de acesso ao pré-natal, dos 80 casos apenas 64 gestantes foram diagnosticadas e mais 16 casos foram perdidos na fase de diagnóstico.

Entre as 64 gestantes diagnosticadas, 3 gestantes já iniciaram o pré-natal com diagnóstico de sífilis, 40 gestantes tiveram diagnóstico via teste rápido, 7 gestantes foram diagnosticadas por exame laboratorial VDRL no primeiro trimestre de gestação e 14 no segundo trimestre de gestação, o gráfico 8 resume as informações sobre o diagnóstico de toda a coorte.

Gráfico 8 – Diagnóstico de sífilis nas gestantes da coorte.

Diagnóstico por teste rápido

O teste rápido foi o método diagnóstico mais utilizado na coorte do estudo, do total de 64 gestantes diagnosticadas, 40 gestantes ou 63% foram diagnosticadas por meio do teste rápido.

A **Tabela 17** detalha as informações sobre a realização de teste rápido, podemos verificar que 10 gestantes realizaram o teste rápido, mas não foram diagnosticadas pois o resultado do teste foi negativo, dessas 10 gestantes 5 foram diagnosticadas posteriormente ainda durante o pré-natal e outras 5 só foram diagnosticadas no momento do parto e tiveram desfechos adversos, sendo 2 abortos e 3 crianças nascidas com sífilis congênita.

Em 8 casos havia registro em prontuário eletrônico sobre falta de kits para realização de teste rápido, ressalta-se que não houve em nenhum momento registro de desabastecimento municipal, as faltas pontuais de insumos para teste rápido foram decorrentes de falhas de gerenciamento de estoque nas unidades, acrescenta-se ainda que o teste poderia ter sido realizado assim que os insumos foram repostos nas unidades, porém

as gestantes não foram reconvocadas para teste rápido em uma nova data. Dessas 8 gestantes 2 não foram diagnosticadas posteriormente e o desfecho da gestação foi adverso, sendo uma criança nascida com neuro sífilis e outra com sífilis congênita.

Tabela 17 - Diagnóstico por teste rápido.

Realização de teste rápido	Casos
Sim, resultado positivo	40
Sim, resultado negativo	10
Não, sem informações sobre motivo	19
Sem PN	9
Não, sem insumos na unidade	8
Sem necessidade, diagnosticada previamente	3
Total	89

E em 19 casos o teste simplesmente não foi realizado, sem nenhum motivo que explicasse a não realização, visto que as unidades dispunham de enfermeiros capacitados para realização do teste e de insumos disponíveis, desses 19 casos, 9 não foram diagnosticados em momentos posteriores do pré-natal e resultaram desfechos adversos, sendo 1 aborto, 5 crianças nascidas com sífilis congênita, 2 natimortos, 1 criança com neuro sífilis.

Novamente voltamos na questão levantada na anamnese em decorrência dos problemas identificados na anamnese, o problema é conhecimento (saber teórico), habilidade (saber prático) ou atitude (querer fazer)?

Diagnóstico por VDRL

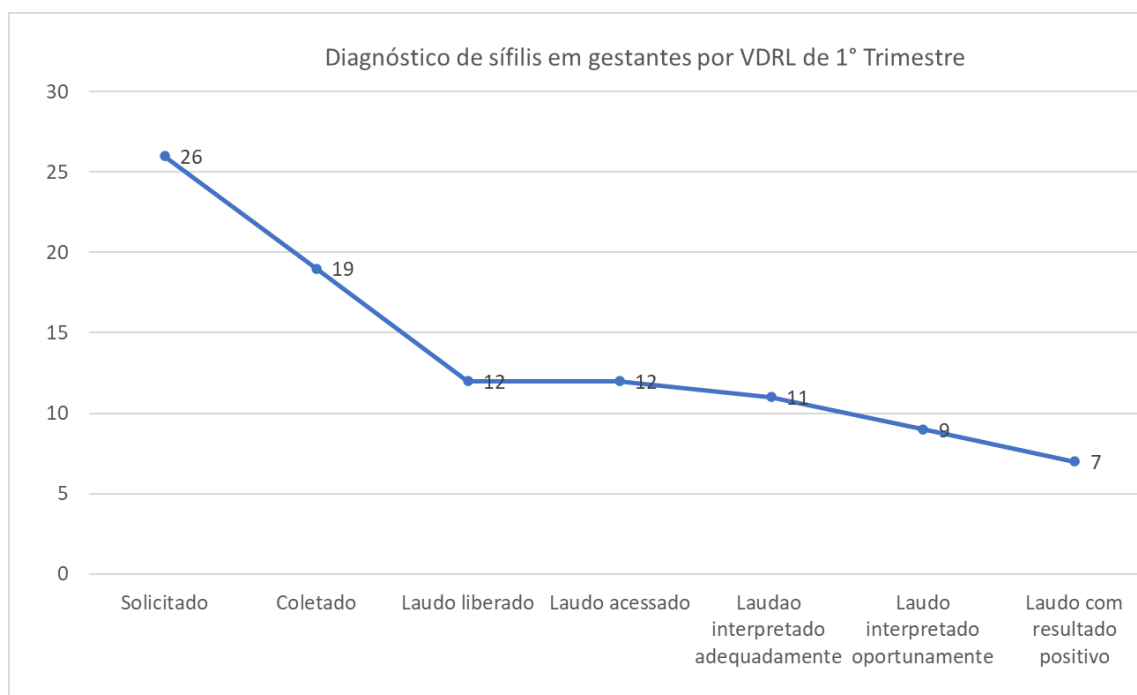
Neste ponto crítico da rota percorrida pelas gestantes (diagnóstico VDRL) estamos analisando apenas a realização de VDRL para fins diagnósticos.

Dos 80 casos elegíveis para diagnóstico 40 tiveram teste rápido positivo e 3 já iniciaram pré-natal com diagnóstico de sífilis, o que totaliza 43 casos já diagnosticados, então o restante dos casos (37 casos) deveria ser submetido ao exame de VDRL de rastreio

para fins de diagnóstico. O VDRL de rastreio é realizado no mínimo duas vezes durante todo o pré-natal, no primeiro e no segundo trimestre de gestação.

Porém, desses 37 casos, 10 gestantes iniciaram o pré-natal após o 1º trimestre, assim o exame de rastreio para VDRL de 1º trimestre deveria ser realizado em 27 gestantes, o **Gráfico 9** ilustra os processos ocorridos no exame de rastreio do 1º trimestre.

Gráfico 9 -Exame de VDRL de rastreio para 1º trimestre.



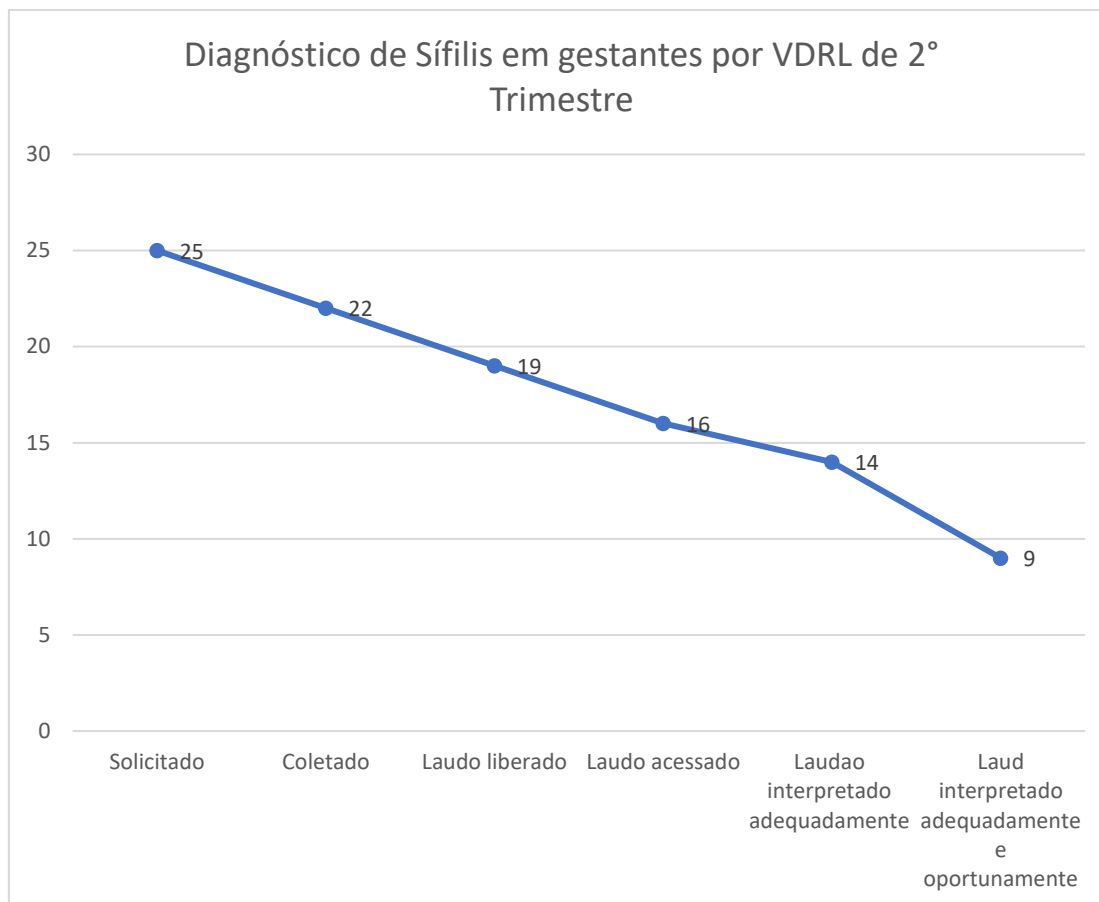
O **Gráfico 9** mostra o processo de rastreio de VDRL de 1º trimestre. Dos 27 casos elegíveis para VDRL no 1º trimestre, 1 caso não teve sequer o exame solicitado, apenas 19 gestantes coletaram amostra sanguínea para testagem de VDRL, e somente 12 laudos foram liberados pelo laboratório. Desses, 11 laudos foram interpretados corretamente, 9 foram interpretados corretamente e oportunamente e 7 foram interpretados adequadamente, oportunamente e tiveram resultados positivo, resultando em 7 gestantes diagnosticadas para sífilis por meio de exame de VDRL de rastreio no 1º trimestre.

Se antes tínhamos 37 gestantes elegíveis para rastreamento com VDRL, considerando que 7 foram diagnosticadas no rastreamento de 1º trimestre, agora restariam 30 gestantes elegíveis para diagnóstico de rastreamento por meio de VDRL no 2º trimestre.

As 10 gestantes iniciaram o pré-natal após o 1º trimestre e outras 20 gestantes que ainda não foram diagnosticadas estariam elegíveis para o rastreamento de 2º trimestre.

Das 30 gestantes elegíveis, 3 tiveram aborto no 1º trimestre e acabaram não sendo diagnosticadas durante o pré-natal, restando 27 gestantes elegíveis ao exame de VDRL para rastreamento no 2º trimestre.

Das 27 gestantes elegíveis, 2 gestantes não tiveram sequer solicitação de coleta VDRL de 2º trimestre, 22 coletaram amostra sanguínea para o exame, apenas 19 laudos foram liberados e 16 laudos foram acessados, 14 laudos foram interpretados corretamente e essas 14 gestantes foram diagnosticadas, porém apenas 9 gestantes tiveram diagnóstico em tempo oportuno para tratamento adequado, conforme mostra o gráfico 10.

Gráfico 10 - Exame de VDRL de rastreio para 2º trimestre.

Esse resultado mostra alguns problemas no diagnóstico de rastreio por VDRL e a **Tabela 18** detalha esses problemas.

Tabela 18 - Problemas nos procedimentos de VDRL de rastreio.

VDRL de rastreio para sífilis	VDRL rastreio 1º Trimestre		VDRL rastreio 2º trimestre	
	N	%	N	%
Procedimentos adequados	9	33%	9	33%
Não foi solicitado	1	4%	2	7%
Não foi coletado	7	26%	3	11%
Laudo não liberado	7	26%	3	11%
Laudo não acessado	0	0%	3	11%
Não interpretado adequadamente	1	4%	2	7%
Não interpretado oportunamente	2	7%	5	19%
Total de casos elegíveis para VDRL	27	100%	27	100%

O primeiro problema relacionado ao VDRL está na dificuldade da equipe em executar todo o processo de rastreamento, veja que para 4% e 7% dos casos de rastreamento de VDRL no 1º e 2º trimestre respectivamente nem sequer foi solicitado exame de rastreamento.

A **Tabela 18** mostra que 26% e 11% das gestantes não coletaram exame de VDRL para rastreamento no primeiro e no segundo trimestre respectivamente, ressalta-se que nos 7 casos do primeiro trimestre, 3 gestantes tiveram aborto, em outros 3 casos as gestantes receberam visita de busca ativa e no último caso a falta sequer foi notada pela equipe.

Já nas 3 faltas das gestantes na coleta de VDRL do 2º trimestre, a equipe não notou nenhuma das faltas, nenhuma visita de busca ativa de faltosas foi realizada. Isso demonstra o não acompanhamento de faltas e a vigilância deficiente do pré-natal, principalmente no final da gestação.

Outro problema relacionado ao VDRL está nos processos laboratoriais, em 10 casos não houve disponibilização do laudo de exames coletados (7 exames no 1º trimestre e 3 exames no segundo trimestre).

Esse resultado deixa evidente que há uma falha no serviço laboratorial, destaca-se que o município não possui laboratório próprio, esses serviços são prestados por laboratórios privados contratados de forma complementar.

Sempre que há uma troca de laboratório a qualidade dos serviços prestados cai drasticamente no período de transição entre o laboratório que está saindo e o que está iniciando no município.

O município em questão registrou troca de laboratório com período de transição entre dezembro de 2018 e março de 2019, a coorte do estudo vai de janeiro a junho de 2019, período esse que engloba a fase de transição.

Veja que no primeiro trimestre há um número maior de laudos não liberados (7 laudos), assim esses resultados podem ter sido influenciados pelo período de transição de laboratórios. Porém como o ponto analisado aqui é o diagnóstico e não o seguimento,

ressalta-se que o diagnóstico poderia ter sido realizado por meio de teste rápido. De qualquer forma está claro que é preciso dispendir esforços para garantia de suporte laboratorial de qualidade.

A **Tabela 18** também mostra que 3 laudos estavam disponíveis e não foram acessados, essa é outra falha grave, pois implica em não diagnóstico quando se dispunha de todos os recursos para fazê-lo.

Esse problema traz à mesa de discussão a questão da inserção das tecnologias de sistema no cuidado de saúde, a informatização dos processos traz desafios relacionados a conhecimentos e habilidades não abordados nos cursos tradicionais da área da saúde. Seria necessário treinamentos na área de informática? A questão do não acesso ao laudo estaria relacionada a conhecimentos insuficientes? Habilidades insuficientes? Ou atitudes?

Temos ainda 3 exames que foram interpretados inadequadamente (2 no 1º trimestre e 1 no 2º trimestre), segue breve descrição dos três casos:

- No caso CG 28 – ACDSL, ocorrido no 1º trimestre, a gestante teve um resultado de TPHA positivo, o resultado foi acessado, mas o profissional não interpretou o resultado corretamente e o tratamento só foi implementado 80 dias depois por um outro profissional.
- No caso CG 26 – BRDO, ocorrido no 2º trimestre o médico acessou resultado de FT-ABS positivo, mas interpretou como cicatriz sorológica e não tratou, no mês seguinte o VDRL foi positivo 1/8, porém não foi acessado, no momento do parto VDRL 1/2048.
- No caso C 189 – KFDJR, ocorrido no 2º trimestre, o médico acessou um resultado de TPHA reagente 33 dias antes do parto, mas não interpretou o exame adequadamente e não implementou tratamento, no parto o VDRL da gestante positivou e a criança teve alteração de proteínas no liquor resultando em neuro sífilis.

Há ainda 7 casos (dois casos ocorridos no 1º trimestre e cinco casos ocorridos no 2º trimestre) em que a interpretação do exame foi inoportuna, segue breve descrição dos casos:

- Caso G 106 - BMDCG, ocorrido no 1º trimestre, aos 17 anos ficou reclusa na fundação casa, é dependente química, sofre violência doméstica, está na 3º gestação, iniciou pré-natal com 5 semanas de gestação, resultado de teste rápido na 1º consulta negativo. Com 12 semanas de gestação teve resultado reagente VDRL 1/1, porém médico registra em prontuário “não reagente” é encaminhada para infectologia devido alteração em exame de toxoplasmose, após 50 dias do resultado reagente de VDRL infecto registra solicitação de informações sobre tratamento anterior para sífilis. Registro vários atendimentos na urgência da maternidade, dois meses após consulta com infecto gestante é atendida na maternidade com TCE - traumatismo cranioencefálico “história de nova queda? agressão?”, na ocasião desse atendimento inicia tratamento para sífilis na maternidade, criança nasceu saudável.
- Caso G 104 - EDSSDS, ocorrido no 1º trimestre, está na quinta gestação, usuária de entorpecentes, etilista, reside com família do marido, sofre violência doméstica. Inicia pré-natal com 7 semanas de gestação e realiza teste rápido na 1º consulta (resultado não reagente). Com 16 semanas de gestação passa em consulta médica já com laudo liberado de VDRL 1/16, porém sem implementação de conduta, também há registros de sintomatologia clínica. É encaminhada para PNAR onde é diagnosticada para sífilis e inicia tratamento da gestante com 22 semanas de gestação e parceiro recusa tratamento, gestante faltosa em PNAR a UBS passa a realizar pré-natal compartilhado. Equipe da UBS realiza visitas constantes média prescreve novo tratamento para o casal. A equipe realiza visitas domiciliares para aplicação das doses do 2º tratamento. Recém-nascido nasce saudável.

- Caso CG 15-MP, ocorrido no 2º trimestre, profissional médico GO descreve em prontuário VDRL 1/4, porém não implementa tratamento, após 30 dias em consulta com médico generalista o tratamento é prescrito, porém já sem oportunidade de tempo, menos que 30 dias antes do parto.
- Caso CG 28 – ACDSL, já descrito anteriormente, foi interpretado inadequadamente no 1º trimestre e acaba sendo diagnosticado inoportunamente no 2º trimestre.
- Caso C 144-AHSA, ocorrido no 2º trimestre, não realizou teste rápido, VDRL de 1º trimestre negativo, VDRL de segundo trimestre positivo, porém tratamento iniciado inoportunamente, 2 semanas antes do parto.
- Caso C 171-EST, ocorrido no 2º trimestre, gestante com 15 anos, iniciou PN c/ 11 semanas, não realizado Teste rápido, na quarta consulta e última consulta de PN (IG 28 semanas) há registro do resultado positivo de VDRL 1/64, porém não foi prescrito tratamento. Gestante abandona o PN após 28 semanas de gestação é admitida na Maternidade c/ 31 semanas, inicia tratamento na maternidade, parto ocorre com 33 semanas de gestação VDRL parto 1/64.
- Caso G 95-ALDJS, ocorrido no 2º trimestre, quarta gestação, usuária de entorpecentes, desconhece pai da criança. Não realizou teste rápido (falta de kit na UBS). Com 22 semanas liberação de laudo de VDRL reagente 1/16, porém o resultado só é entregue em consulta de pré-natal ocorrida quando a gestante já estava com 32 semanas de gestação e o tratamento não foi implementado. No mesmo dia com idade gestacional de 32 semanas a gestante é atendida na urgência da maternidade devido dor em baixo ventre, a maternidade solicita novo VDRL 1/32 e a maternidade inicia tratamento para sífilis, e agenda retorno na maternidade para as outras 2 doses. A gestante retorna na UBS para coleta do exame estreptococo B e equipe não se atenta ao diagnóstico de sífilis, na mesma data gestante vai a maternidade realizar VDRL de controle pós-tratamento, VDRL de seguimento após o

tratamento realizado na maternidade 1/16. Na data do parto VDRL da gestante e do RN 1/8. Criança nasceu saudável, mas veja que o mérito desse resultado é mais da maternidade do que da unidade básica de saúde.

Uma análise mais profunda dos processos revela que diagnóstico de rastreio da sífilis tem problemas desde a solicitação dos exames até a interpretação dos resultados, parece bastante óbvio o impacto dessas falhas processuais na vida das mulheres que dependem desse cuidado, é urgente o dispêndio de esforços para o fomento da qualidade do pré-natal.

Diagnóstico clínico

Em relação ao diagnóstico clínico, 9 casos apresentaram sinais e sintomas descritos em prontuários, em apenas 1 caso houve suspeita clínica de sífilis baseada nos sinais e sintomas relatados, esse caso teve o diagnóstico de sífilis confirmado por teste rápido.

Em outros 8 casos não houve suspeita de sífilis mediante o relato de sinais e sintomas, 6 casos foram diagnosticados posteriormente pelos procedimentos de rastreio, 2 por teste rápido e 4 por VDRL e 2 casos não foram diagnosticados durante todo o pré-natal, esse resultado é realmente preocupante, pois mesmo a gestante relatando sintomas a hipótese de sífilis não foi considerada durante todo o pré-natal. A tabela 19 resume as informações desses casos.

Tabela 19 - Diagnóstico de sífilis com base na clínica.

Registro de sinais e sintomas de sífilis	N	Diagnóstico prévio	Teste rápido positivo	Diagnóstico			
				VDRL positivo	TPHA positivo	Sem diagnóstico	Sem acesso ao pré-natal
Registro de suspeita clínica de sífilis	1	0	1	0	0	0	0
Sem registro de suspeita de sífilis, mesmo com sintomatologia registrada	8	0	2	4	0	2	0
Sem registro de sintomatologia clínica	71	3	37	16	1	14	0
Não acessou o pré-natal	9	0	0	0	0	0	9
		3	40	20	1	16	9

No caso CG 21-TDAR a gestante apresentou sintomatologia, mas não teve suspeita clínica do profissional, a gestante realizou o exame laboratorial VDRL que ficou disponível no sistema, mas não foi acessado pelo profissional, e o caso não foi diagnosticado e nem tratado durante o pré-natal.

No caso CG 26 – BRDO a gestante apresentou sintomatologia, teve exame FT-ABS positivo e VDRL negativo, destaca-se que na sífilis primária o primeiro exame a positivar é o exame treponêmico, ou seja, FT-ABS. Mas o caso foi entendido como negativo ou uma possível cicatriz sorológica. Há de se destacar que a gestante tinha 15 anos, sendo muito improvável uma cicatriz sorológica nessa idade. O caso não foi diagnosticado e nem tratado durante todo o pré-natal, no parto o VDRL da gestante apresentou uma titulação de 1/2048 a sífilis da gestante e do recém-nascido foi confirmada.

Outro caso que ilustra falhas no pré-natal é o caso G 79 -MMDS, a gestante de 33 anos com história de violência doméstica, cárcere privado, em situação de extrema pobreza e história de tratamento psiquiátrico inicia pré-natal com 11 semanas de gestação, 1º consulta com médico sem realização de teste rápido, na consulta de pré-natal não há registros de exame físico ou da presença de qualquer vulnerabilidade.

Com 29 semanas de gestação a gestante é atendida na urgência da maternidade com dor em baixo ventre e verrugas genitais, realiza VDRL com resultado 1/512 e é encaminhada para o PNAR. A gestante não comparece ao PNAR e retorna na UBS, na

consulta subsequente da UBS não há menção de sífilis, consta apenas “supervisão de gravidez normal”.

Com 31 semanas de gestação a gestante chega ao PNAR realiza novo VDRL 1/2048 e finalmente inicia o tratamento, porém o parceiro não foi tratado, a titulação da gestante chegou a cair 1/16, mas no momento do parto foi detectado ascendência 1/256 e a criança nasceu com sífilis congênita.

Já no caso G 104 – EDSSDS a mulher estava na quinta gestação, usuária de entorpecentes, etilista, residia com a família do marido, história de violência doméstica, porém relatou que a gestação era planejada. Iniciou pré-natal com 7 semanas de gestação, teste rápido negativo na 1º consulta. Com 16 semanas de gestação passou em consulta médica já com laudo disponível em sistema com resultado de VDRL 1/16, porém na consulta não há menção de sífilis e nem implementação de conduta.

Com 17 semanas nova consulta com médico GO, há registro de "lesões na vagina e anus em forma de verruga" sem menção de sífilis e sem implementação de tratamento. Cinco dias após consulta médica na UBS é atendida na urgência da maternidade devido a agressão "teve barriga chutada, levou pesada e desmaiou".

Na semana seguinte nova consulta com profissional médico GO que descreve "lesões na pele" e prescreve ATA (acidotricloroacético), não há menção sobre sífilis ou violência doméstica.

Na semana seguinte já com idade gestacional de 19 semanas nova consulta com mesmo médico GO, conta em prontuário hipótese diagnóstica de HPV “HD: HPV?”, nessa consulta foi prescrito vitaminas e dexametasona, nenhuma menção de sífilis e nenhum acesso ao exame de VDRL 1/16 já liberado no sistema há 3 semanas.

Após outra consulta com médico GO, novamente sem nenhuma menção de sífilis, a gestante é encaminhada para PNAR devido a verrugas. Em 1º consulta de PNAR está registrado "gestante relata febre, lesões avermelhadas em face e braço D, refere lesões no parceiro há 1 mês com remissão, trouxe exame VDRL 1/64" HD sífilis secundária". Inicia tratamento no mesmo dia com 22 semanas de gestação.

São inúmeros os exemplos de má qualidade do pré-natal, é muito difícil conseguir expressar as peculiaridades dos casos em estudos quantitativos, para entender o que realmente está acontecendo é preciso se aprofundar nos detalhes de cada história, foi isso que fizemos.

Esses resultados mostram que as tecnologias disponíveis, no que tange a conhecimento clínico, não estão sendo aplicadas no cuidado pré-natal, resta saber se o problema é conhecimento (no sentido do saber teórico), habilidade (no sentido de saber aplicar o conhecimento) ou atitude (no sentido do querer fazer), esses esclarecimentos ficarão para uma próxima ocasião, mas são extremamente necessários e pertinentes.

Destaca-se que em todos os casos as gestantes passaram por avaliação médica e de enfermagem, o que mostra que a estrutura necessária para o diagnóstico clínico estava disponível, o que ocorreu foi uma falha na execução do processo de diagnóstico.

Em resumo, das 80 gestantes que acessaram o pré-natal, 16 casos (18 % da coorte) não foram diagnosticadas com sífilis gestacional por nenhum método diagnóstico, isso significa que para essas gestantes o pré-natal falhou na etapa de diagnóstico por teste rápido, do diagnóstico por VDRL e do diagnóstico clínico, todas as gestantes não diagnosticadas tiveram desfechos negativos para suas gestações.

Descrição de casos – gestantes não diagnosticadas

O quadro 30 (disponível nos apêndices) resume a história de cada gestante que não foi diagnosticada para sífilis, lá podemos observar que 2 casos (Caso CG-26-BRDO e Caso C-189 – KFDJR) não foram diagnosticados em decorrência da inadequação na interpretação dos resultados dos exames.

Outros 3 casos (Caso CG-21-TDAR, Caso C-191 – MXBDO e Caso C-173-KSF) não foram diagnosticados porque a equipe não acessou os resultados de exames que estavam disponíveis em sistema, também não foi realizado teste rápido.

O suporte laboratorial foi a causa da ausência de diagnóstico em 5 gestantes (Caso CG-10-SDDS, Caso CG-12-VADDS, Caso C-168-IDSB, Caso CG-13-BRS e Caso

G-190 – KAT), nesses 5 casos o exame de VDRL foi coletado e o resultado não foi liberado, é importante destacar que esses casos poderiam ter sido diagnosticados por meio da realização do teste rápido, porém esse não foi realizado.

Um caso (Caso CG-16-BPDS) a gestante não teve diagnóstico em decorrência da ausência de coleta de exame VDRL e da ausência de realização de teste rápido.

Em mais 2 casos (caso CG-4-RBDS e caso CG-14-MSDA) não foram diagnosticados porque não foi realizado teste rápido na primeira oportunidade, no primeiro caso a gestante abandonou o pré-natal e no outro a gestante evoluiu para aborto, sendo que nos dois casos não foi possível realizar o rastreamento com exame VDRL.

Também foi observado em 1 caso (caso C-192 – NQDSB) a ausência de diagnóstico devido a contaminação no final da gestação, sendo que três exames de rastreamento foram realizados e tiveram resultados negativos, mas a gestante positivou para sífilis no momento do parto.

Observou-se ainda 2 casos (caso CG-11-FKL e caso CG-1-BMS) em que as gestantes realizaram o teste rápido mais o resultado foi um “falso negativo”, as gestantes evoluíram para aborto, o primeiro caso no mesmo dia e o segundo caso um dia depois da realização do teste rápido na UBS, nos dois casos o teste rápido realizado na maternidade foi positivo.

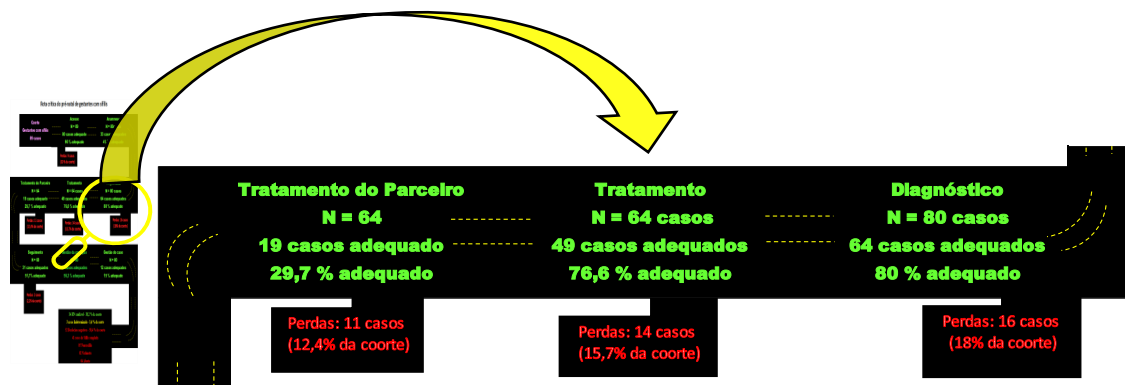
Todos os casos poderiam ter sido diagnosticados se o teste rápido tivesse sido realizado no 1º, 2º e 3º trimestre, não houve registro de falta de insumo para teste rápido em âmbito municipal, não foi observado inadequação nas estruturas, o que se verificou foram diversas falhas no processo de diagnóstico, tanto no serviço de pré-natal quanto no serviço de suporte laboratorial.

6.4.4 Categoria: Tratamento da gestante

Continuamos com a rota crítica percorrida pelas gestantes com sífilis, demonstrada na **Figura 42**, seguimos agora para análise do tratamento das gestantes, percebe-se que a essa altura da rota crítica, a sífilis já venceu o pré-natal em 39 casos, sendo 9 casos na

fase do acesso ao pré-natal e 16 casos na fase do diagnóstico da sífilis e mais 14 casos na fase de tratamento da gestante.

Figura 42 - Rota crítica da gestante do pré-natal de gestantes com sífilis - fase diagnóstico, tratamento da gestante e do parceiro.

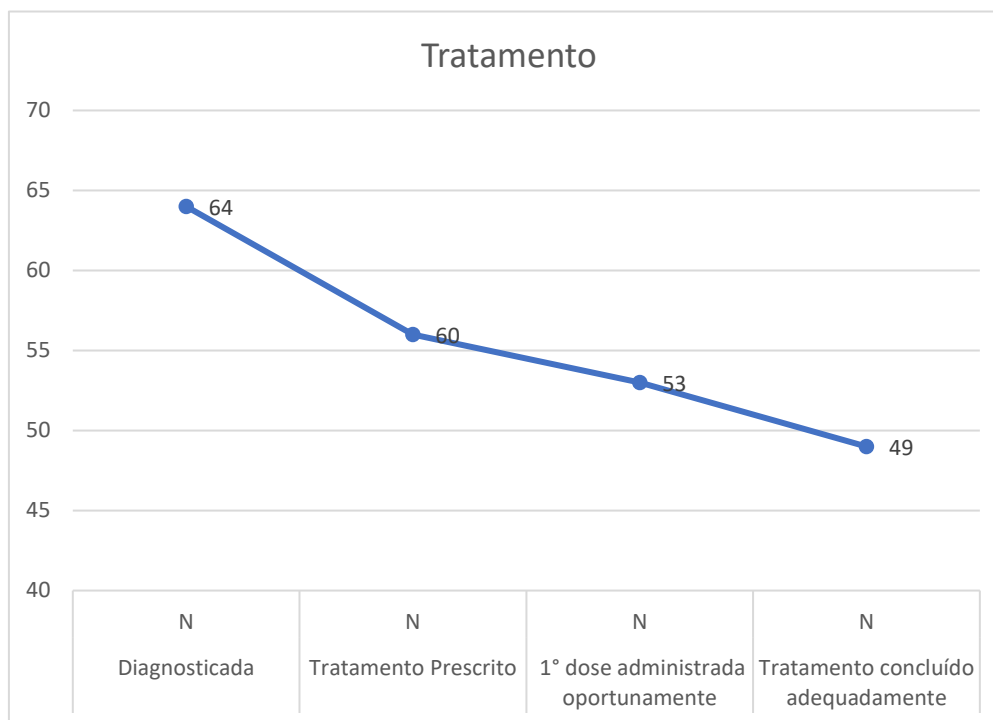


Fonte: próprio autor

A **Figura 42** mostra que o tratamento foi prescrito adequadamente (droga e dose correta e tempo oportuno) para 49 gestantes e 14 das 15 gestantes não tratadas adequadamente tiveram desfechos adversos.

No

Gráfico 11 é possível observar que o fato de a gestante estar em acompanhamento pré-natal e ter sido diagnosticada não é garantia de tratamento e seguimento adequado, veja que das 64 gestantes diagnosticadas apenas 49 concluíram o tratamento para sífilis adequadamente.

Gráfico 11 - Gestantes diagnosticadas e tratadas para sífilis.

Já a **Tabela 20** mostra que em 4 casos os tratamentos simplesmente não foram prescritos, em 5 casos o tratamento teve tempo inadequado, em 4 casos a dose foi inadequada e em dois casos tanto a dose quanto o tempo foram inadequados.

Tabela 20 - Processo de cuidado para tratamento da gestante com sífilis.

Processo de cuidado para tratamento da sífilis em gestantes		N	%
Tratamento concluído adequadamente		49	55,1%
Tratamento ausente ou inadequado (40 casos)	Não prescrito	4	4,5%
	Tempo inadequado	5	5,6%
	Dose inadequada	4	4,5%
	Dose e tempo inadequado	2	2,2%
	Gestante não diagnosticada	16	18,0%
	Gestante sem acesso ao pré-natal	9	10,1%
	Total	89	100%

O DESCRIÇÃO DE CASOS: GESTANTES QUE NÃO FORAM TRATADAS ADEQUADAMENTE

Quadro 31 (disponível nos apêndices) descreve os 15 casos em que a gestante foi diagnosticada, porém o tratamento foi inadequado.

Das 15 gestantes com tratamento inadequado, 04 gestantes não tiveram o tratamento prescrito (casos: CG-17-ECDS, C-169-LGDM, C-170-KCSV, C-171-EST).

Outras 4 gestantes foram tratadas com dose inadequada (casos: G-47-LASDA, G-40-ARA, G-34-VPDS, C-175 – JGDSC), 2 gestantes além da dose inadequada também iniciaram o tratamento em tempo inoportuno (casos: G-68-TRSN, G-55-MBS).

As outras 5 gestantes tiveram tratamentos realizados em tempo inoportuno (casos: G-64-ERDO, CG-6-EADS, CG-15-MP, C-144-AHAS, G-41-EDC).

Dos 15 casos com tratamento inadequado, em apenas 1 caso a criança nasceu saudável, todas as outras 14 gestações tiveram desfechos negativos. No caso G-47-LASDA, a gestante chegou a receber duas doses de Penicilina G Benzatina em tempo oportuno e no momento do parto não foi observado ascendência de titulação de VDRL.

Ressalta-se que a literatura informa (ver

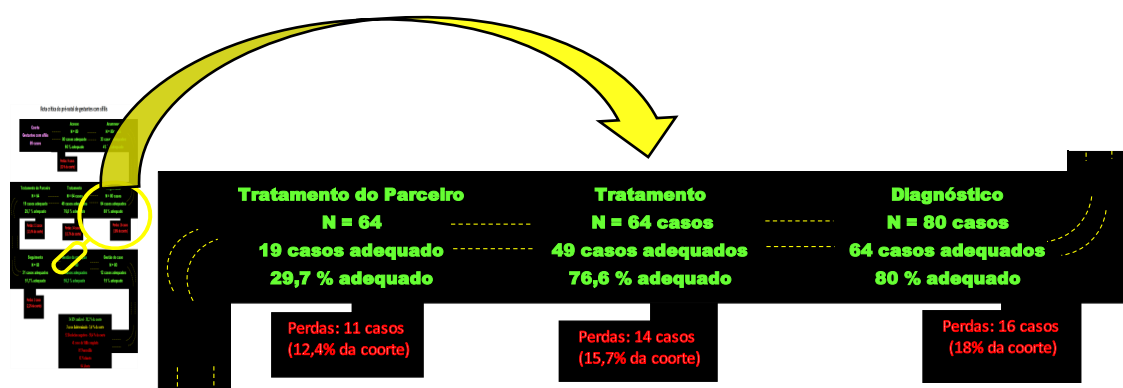
Quadro *13* página 182) que para sífilis primária, secundária e latente recente (até 1 ano de contato), duas doses de Penicilina G Benzatina são suficientes para o tratamento. Em decorrência da dificuldade em classificar o estágio da sífilis (devido à dificuldade de informações a respeito da data exata do contato), na prática clínica os profissionais acabam prescrevendo 3 doses para todos os casos, garantindo assim uma dose adequada.

A leitura da descrição dos casos não deixa dúvida de que a maioria dessas gestantes poderiam ter sido tratadas adequadamente e a sífilis congênita poderia ter sido evitada. Certamente a aplicação de uma clínica mais atenta, o monitoramento do pré-natal, a gestão de casos complexos realizada com qualidade poderia ter evitado todos os desfechos negativos decorrentes do tratamento inadequado dessas gestantes.

6.4.5 Categoria: Tratamento do parceiro

Continuamos com a rota crítica percorrida pelas gestantes com sífilis, demonstrada na **Figura 42**, seguimos agora para análise do tratamento dos parceiros, perceba que a essa altura da rota crítica, a sífilis já venceu o pré-natal em 50 casos, sendo 9 casos na fase do acesso ao pré-natal e 16 casos na fase do diagnóstico da sífilis, 14 casos na fase de tratamento e agora mais 11 casos na fase de tratamento do parceiro.

Figura 43 - Rota crítica da gestante do pré-natal de gestantes com sífilis - fase diagnóstica, tratamento da gestante e do parceiro.

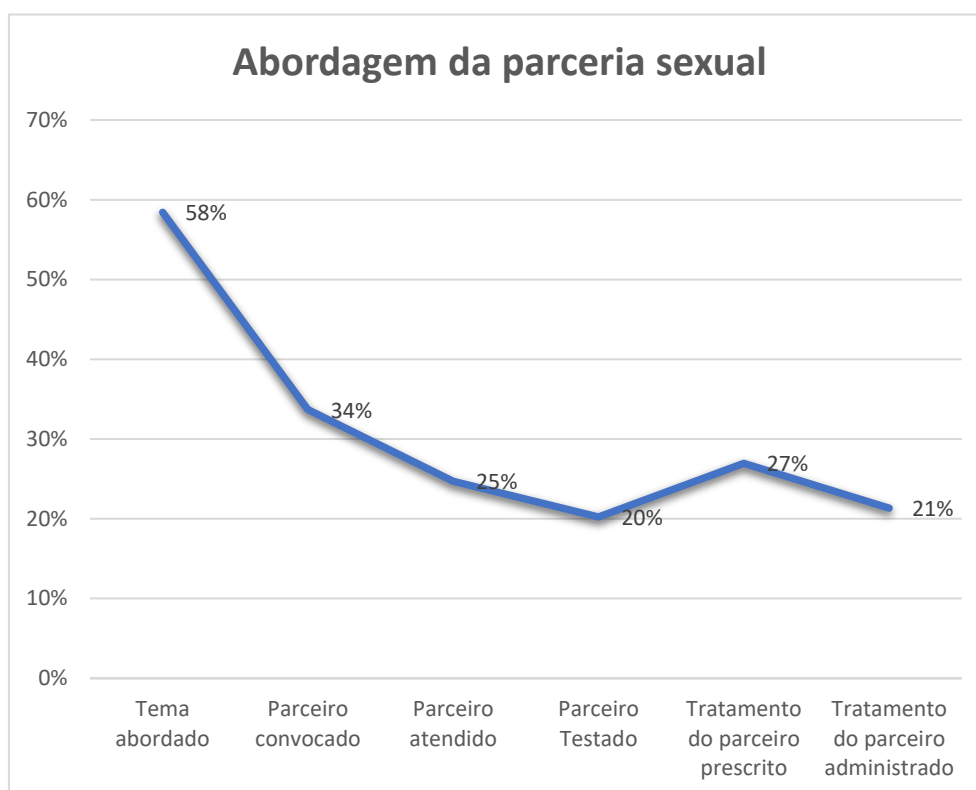


Fonte: próprio autor

A **Figura 42** mostra que o tratamento do parceiro foi realizado em apenas 19 casos (21% da coorte), 11 gestantes com parceiros não tratados tiveram desfechos adversos. O

Gráfico 12 mostra que apenas 58% (52 casos) dos pré-natais tiveram o tema parceria sexual abordado e registrado em prontuário eletrônico, o parceiro foi convocado para atendimento durante o pré-natal em 34% dos casos (30 casos).

Foram atendidos durante o pré-natal 22 parceiros o que corresponde a 25% de toda a coorte, foram testados para sífilis 18 parceiros (20%), tiveram tratamento prescrito 24 parceiros (27%), lembrando que é possível prescrever o tratamento presumível, ou seja, prescrição sem necessidade de testagem, no final do processo 19 (21%) parceiros foram tratados.

Gráfico 12 - Processo de cuidado para tratamento do parceiro.

Em 79% dos casos os parceiros não foram tratados, a tabela 21 mostra que em 24 (27%) casos não há nenhum motivo que justifique o não tratamento do parceiro.

Outros 21 casos (24% dos casos) apresentam registros sobre situações específicas que dificultam, mas não impossibilitam o tratamento do parceiro, sendo que em 4 casos o parceiro estava em privação de liberdade, em 6 casos a gestante estava separada do parceiro, em 3 casos a gestante era solteira (não mantinha vínculo conjugal), em dois casos a gestante desconhecia o pai da criança, em 1 caso a gestação foi decorrente de violência sexual e em 5 casos o parceiro recusou o tratamento.

Tivemos ainda 25 casos em que os parceiros não foram tratados em decorrência do não acesso da gestante ao pré-natal (9 casos) e outros 16 casos em decorrência do não diagnóstico da gestante.

Tabela 21 - Quantitativo de parceiros tratados e não tratados.

Tratamento do parceiro	N	%
Parceiro tratado	19	21%
Parceiro não tratado (70 casos – 79%)	70	79%
Motivos do não tratamento:		
Não, motivos não esclarecidos	24	27%
Não, parceria sexual em privação de liberdade	4	4%
Não, gestante separada do parceiro	6	7%
Não, gestante solteira	3	3%
Não, gestante desconhece o pai da criança	2	2%
Não, gestação decorrente de violência sexual	1	1%
Não, parceria sexual não aceita atendimento	5	6%
Não, sem diagnóstico da gestante	16	18%
Não, gestante sem acesso ao PN	9	10%
	89	100%

Das 15 gestantes que não foram tratadas adequadamente, apenas uma teve o tratamento do parceiro concluído, dessa maneira temos que dos 70 casos de parceiros não tratados, 39 casos também tiveram processos de cuidado inadequados em fases anteriores (9 casos no acesso, 16 casos no diagnóstico e 14 casos no tratamento) restando 31 casos de parceiros não tratados com as fases anteriores do processo de cuidado adequadas.

De todas as gestantes (31 casos) que acessaram o pré-natal e foram diagnosticadas e tratadas adequadamente, porém seus parceiros não foram tratados, 11 casos tiveram desfechos gestacionais negativos. Ou seja, a falta de tratamento do parceiro respondeu por 12% dos desfechos negativos observados na coorte.

Veja que mesmo quando o acesso, diagnóstico e tratamento da gestante ocorreram adequadamente, quando o parceiro não foi tratado (31 casos), foi observado que 11 casos (35%) tiveram desfechos adversos, esse resultado mostra o alto impacto do não tratamento do parceiro no desfecho da gestação de mulheres com sífilis.

O DESCRIÇÃO DE CASOS: GESTANTES COM PARCEIROS NÃO TRATADOS

Quadro 32 (disponível nos apêndices) descreve os 11 casos de desfechos adversos em gestantes tratadas e parceiros não tratados.

Observou-se que em 3 casos (CG-3-AADS, G-51-SBS, G-57-DCDS) ocorreu aumento de titulação no momento do parto evidenciando reinfecção das gestantes.

Em outros 3 casos (G-46-ASO, G-45-TDSB, G-85-ABF) as gestantes apresentaram ascensão de titulação de VDRL após o tratamento indicando reinfecção evidenciada durante o pré-natal, mas o retratamento não foi implementado.

No caso CG-8-CCMDS a titulação da gestante permaneceu estável, porém o recém-nascido apresentou sintomas de sífilis, como o parceiro não foi tratado (estava em privação de liberdade) não se pode descartar reinfecção recente.

Em mais 3 casos (G-79-MMDS, G-42-KSDO, G-38-APRDS) as gestantes apresentaram altas titulações de VDRL no momento do parto. No primeiro caso G-79-MMDS, embora tenha ocorrido diminuição a titulação do VDRL da gestante no momento do parto ainda estava muito alta 1/256 e a do RN 1/128, o parceiro não havia sido tratado e o RN foi diagnosticado com sífilis congênita. Nos outros dois casos não havia disponibilidade de resultado de VDRL durante o pré-natal, inviabilizando a análise de aumento ou diminuição de titulação, como os parceiros não haviam sido tratados não foi possível descartar reinfecção.

Ressalta-se que o protocolo terapêutico para tratamento de sífilis em gestantes indica o tratamento e monitoramento de todos os casos e de suas parcerias sexuais. Tratando-se de sífilis nunca se está diante de apenas um caso, sempre são pelo menos duas pessoas infectadas. Muitas vezes se trata de toda uma rede sexual infectada (MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 2019).

Atualmente a definição de caso para sífilis congênita, adotada pelo Ministério da Saúde, considera que nos casos em que a gestante tenha sido tratada adequadamente, a possibilidade de sífilis congênita do caso deve ser descartada, essa é uma questão bem complicada, pois como vimos nos resultados desse estudo, apenas o tratamento adequado não garante o descarte da sífilis congênita.

Definição de caso da ficha de notificação:

Primeiro critério: toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado (Ministério da Saúde – Ficha de notificação de Sífilis Congênita - anexo 02).

Sabemos que sempre que há uma reinfecção (detectada pelo aumento da titulação de VDRL) devemos iniciar um novo tratamento, pois trata-se de uma nova infecção, e se mediante uma nova infecção não se reiniciou o tratamento tem-se uma situação de tratamento inadequado. Assim, só é possível determinar que o tratamento foi adequado quando se verifica o comportamento da titulação (ascendência ou descendência) e se descarta reinfecção.

Dessa forma muitos casos de reinfecção podem estar sendo descartados em decorrência de registro de tratamento adequado, a definição de caso adotada pelo Ministério da Saúde não deixa clara a necessidade de avaliação do comportamento da titulação. Dessa forma, profissionais que não atuam diretamente com a sífilis, frequentemente avaliam os casos inadequadamente.

É necessária uma definição de caso mais clara, isso ajudaria muito no entendimento dos profissionais de saúde, além do critério de tratamento adequado, **seria extremamente útil na definição de caso a inserção do critério de queda de titulação** de acordo com o tempo de tratamento ou ausência de ascendência de titulação após tratamento recente.

Outro ponto importantíssimo a ser destacado é que a atual ficha de notificação de gestantes com sífilis não contempla o registro do acompanhamento das titulações pré e pós-tratamento e no momento do parto, não permitindo assim a definição do desfecho do caso a partir desta ficha. **O acréscimo destas informações na ficha de notificação de sífilis em gestante implicaria em notável qualificação da informação** e possibilidade de melhor acompanhamento dos casos.

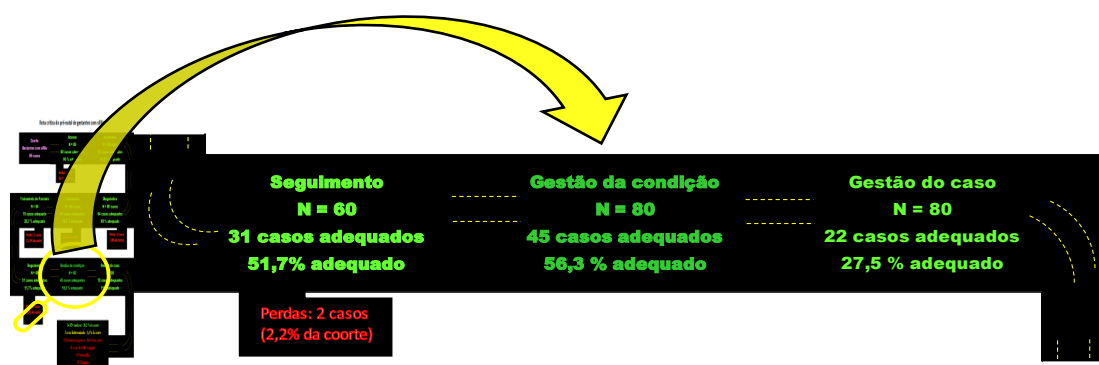
Uma revisão sistemática conduzida de acordo a recomendação PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises) sobre o não tratamento de parceiros de gestantes com sífilis (PINTO; RODRIGUES, 2021), concluiu que a reunião das evidências demonstraram a importância do tratamento dos parceiros sexuais das gestantes com sífilis como fundamental para o controle da doença.

Segundo (PINTO; RODRIGUES, 2021), é consenso nos estudos que a falha relacionada ao tratamento de parceiro/gestantes com sífilis diz respeito, em sua maioria, às fragilidades e deficiências na assistência pré-natal e aspectos relacionados a assistência à saúde do homem.

6.4.6 Categoria: Seguimento

Continuamos com a rota crítica percorrida pelas gestantes com sífilis, demonstrada na **Figura 44**, seguimos agora para análise do seguimento, percebe-se que a essa altura da rota crítica, a sífilis já venceu o pré-natal em 52 casos, sendo 9 casos na fase do acesso ao pré-natal e 16 casos na fase do diagnóstico da sífilis, 14 casos na fase de tratamento da gestante, 11 casos na fase de tratamento do parceiro e agora mais 2 casos na fase de seguimento.

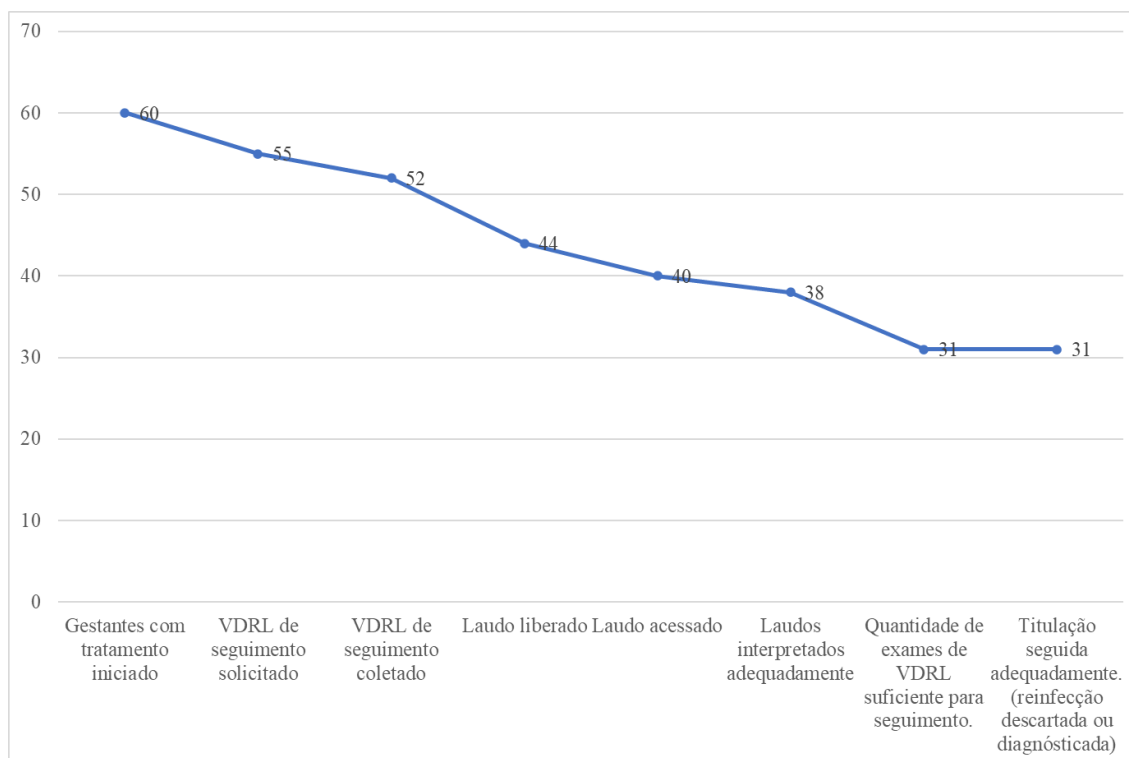
Figura 44 - Rota crítica da gestante do pré-natal de gestantes com sífilis – fase de seguimento, gestão a condição e gestão do caso.



É importante destacar que o seguimento não é uma fase estática do cuidado, ao contrário é uma fase dinâmica que ocorre em concomitância com todas as outras fases do cuidado pré-natal. O seguimento implica em acompanhamento de todo o pré-natal, especificamente no caso de gestantes com sífilis, o seguimento também inclui o acompanhamento do tratamento e cura da sífilis por meio de análises mensais dos títulos de VDRL.

Todas as falhas descritas anteriormente que ocorrem nas fases de tratamento da gestante, tratamento do parceiro e de diagnóstico de reinfeção também podem ser classificadas como falhas de seguimento. A Figura 48 mostra que dos 60 casos em que as gestantes iniciaram o tratamento, apenas 31 (51,7%) casos tiveram seguimento adequado.

O gráfico 13 mostra o processo de cuidado na fase de seguimento da gestante, observa-se que das 60 gestantes que iniciaram o tratamento, foi solicitado VDRL de seguimento para 55 e dessas, 52 gestantes coletaram o exame. Foram liberados em sistema laudos com resultados de 44 coletas e 40 laudos foram acessados, 38 laudos foram interpretados adequadamente, em 7 casos a quantidade de resultados de VDRL não foi suficiente para acompanhamento da titulação e apenas em 31 casos foi possível acompanhar adequadamente a titulação e confirmar ou descartar reinfeção ou reativação da sífilis durante o pré-natal.

Gráfico 13 - Processo de cuidado do pré-natal etapa de seguimento da gestante.

Considerando apenas os casos em que as fases anteriores do cuidado estavam adequadas (gestantes e seus parceiros foram tratados adequadamente), e o seguimento inadequado, observou-se 2 casos de desfecho adverso atribuíveis exclusivamente ao seguimento inadequado da titulação da gestante. Esse resultado demonstra que além de diagnosticar e tratar a gestante e o parceiro também é preciso seguir.

O Quadro 33 (disponível nos apêndices) apresenta a descrição de casos de gestantes que não foram seguidas adequadamente.

A descrição dos casos apresentada no Quadro 34 deixa claro que todos esses casos de sífilis congênita poderiam ter sido evitados se a orientação do protocolo ministerial sobre realização mensal de VDRL fosse seguida, certamente o aumento de titulação seria detectado a tempo de reiniciar o tratamento e evitar a sífilis congênita.

6.4.7 Ferramentas Sanitárias de Gestão da Clínica (Gestão da Condição de do Caso).

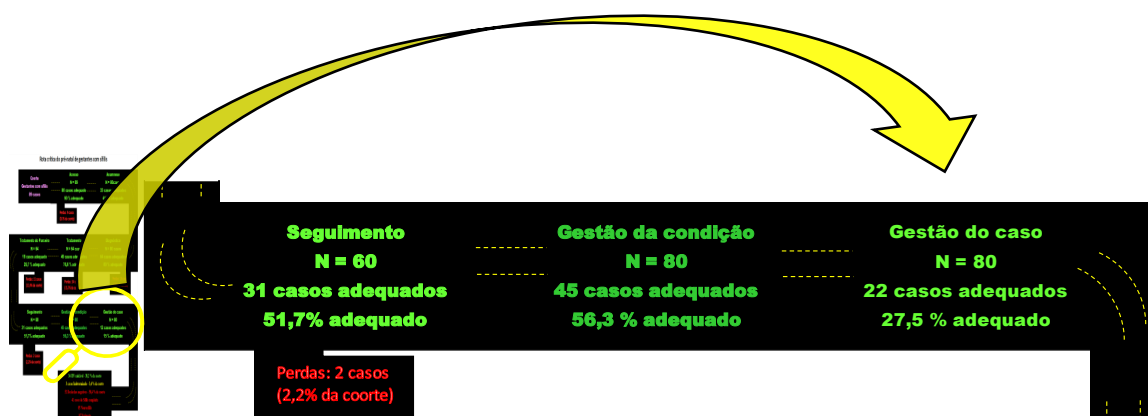
Quanto à gestão da condição e à gestão do caso esclarecemos que essas são variáveis latentes ou constructos, ou seja, são variáveis que se referem a conceitos teóricos que não podem ser mensurados diretamente, por isso foram mensuradas indiretamente através de variáveis indicadoras.

Ressalta-se a necessidade de um imenso esforço de raciocínio lógico para categorizar e quantificar conceitos tão complexos como “gestão da condição e gestão do caso”, de forma que a proposta aqui exposta não teve a pretensão de mensurar com exatidão os constructos em questão.

Procurou-se estabelecer uma aproximação entre os fenômenos “realmente ocorridos” e os fenômenos “ocorridos e passíveis de captação”. Assim a mensuração dessas duas variáveis se deu por meio da mensuração dos fenômenos passíveis de captação, os **Quadro 23** e **Quadro 24** mostram as variáveis indicadoras utilizadas nesse estudo.

Já caminhando para a finalização da rota crítica percorrida pelas gestantes com sífilis, demonstrada na **Figura 45**, verificamos que 56,3% dos casos tiveram resultados adequados para gestão da condição e 15% para gestão do caso.

Figura 45 - Rota crítica da gestante do pré-natal de gestantes com sífilis – gestão da condição e gestão do caso.



6.4.8 Categoria: Gestão da condição

A gestão da condição envolve ações relacionadas ao processo de gerenciamento de condições que necessitam de atenção por um longo período (“Longitudinalidade”), o **Quadro 23** resume as variáveis de medição indicadoras de processo e produto da gestão da condição.

Quadro 23 -Variáveis constructo e indicadoras de gestão da condição.

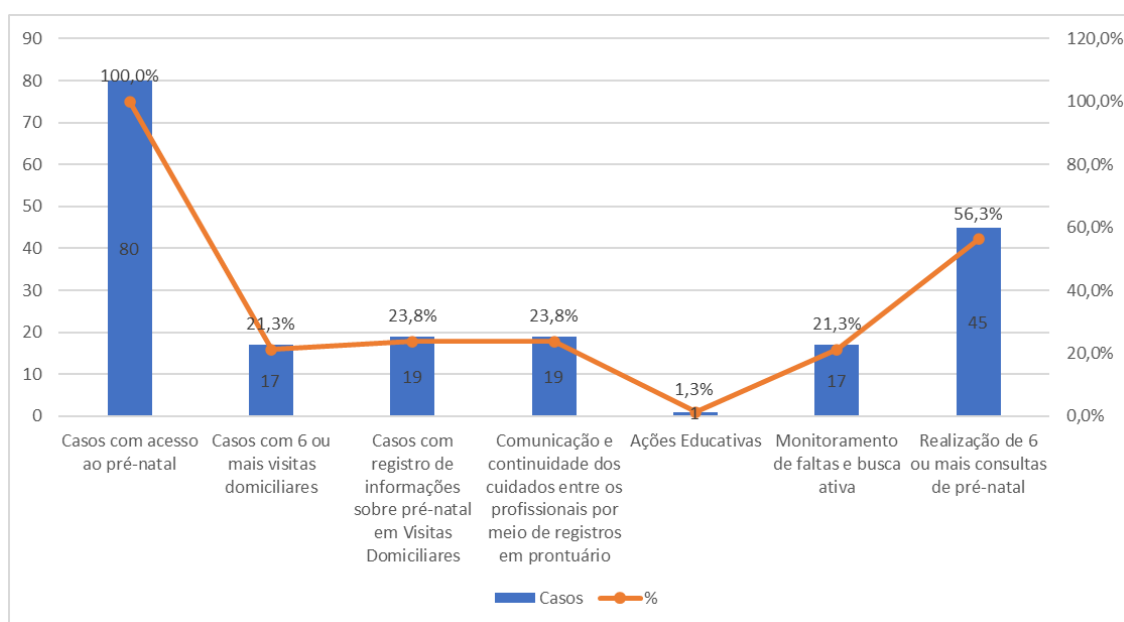
Variável latente ou constructo		Variáveis de medição ou indicadoras
Gestão da Condição	Processos	<p>1-Realização de visita mensal do agente de saúde para acompanhamento de pré-natal. -Visitas periódicas, mensais ou quinzenais com finalidade de acompanhamento de pré-natal. -Visitas para outras finalidades não foram consideradas como visita de monitoramento do pré-natal.</p> <p>2-Registro sobre monitoramento da participação da gestante em ações educativas. -Registro de participação da gestante em grupos de gestantes, palestras educativas, grupos de amamentação etc.</p> <p>3-Registro de história clínica e perinatal, intercorrências e urgências em prontuário eletrônico. -Registro em prontuário eletrônico de forma completa com todas as informações importantes para o pré-natal.</p> <p>4-Realização de visitas domiciliares para busca ativa de faltosas em consultas ou exames em qualquer ponto da rede. -Visitar gestantes que faltaram em consultas do pré-natal, em consultas no pré-natal de alto risco, em consultas no CAPS, em exames ou qualquer outro atendimento. -Identificar os motivos da falta, a necessidade de apoio. -Adequar os cuidados as necessidades das gestantes.</p>
	Produtos	<p>Monitoramento da adesão da gestante ao pré-natal -Realização de seis ou mais consultas de pré-natal.</p>

Elaboração própria.

A análise do processo de cuidado mostrou que, das 80 gestantes que acessaram o pré-natal, apenas 30 gestantes (37,5%) receberam pelo menos 1 visita, 17 gestantes (21,3%) receberam 6 ou mais visitas domiciliares, 4 gestantes receberam de 3 a 5 visitas e 9 gestantes receberam 1 ou 2 visitas. Outras 47 gestantes (58,8%) não receberam ne-

nhuma visita durante todo o pré-natal, esses resultados indicam que não houve monitoramento sistemático das gestantes por meio de visitas periódicas de acompanhamento de pré-natal.

Gráfico 14 - Processo de gestão da condição do pré-natal de gestantes com sífilis no município de Osasco, 1º semestre 2019.



Quanto ao conteúdo das visitas, considerando os registros em prontuário das 30 gestantes visitadas, verificou-se que 19 gestantes (23,8%) tinham registro de informações sobre o acompanhamento pré-natal, as outras 11 gestantes, embora tenham recebido visitas domiciliares durante o pré-natal, não havia nenhum registro dessas visitas relacionado ao pré-natal, na maioria dos registros constavam apenas “visita periódica”.

Outro ponto analisado foi o registro de informações em prontuário e a comunicação das informações de consultas anteriores entre os profissionais que atendiam as gestantes. Verificou-se que das 80 gestantes atendidas, 19 gestantes (23,8%) tinham informações registradas e comunicadas adequadamente em prontuário eletrônico. Em 49 casos (61,3%) havia ausência de registro de informações extremamente importantes, outros 12 casos (15%) tinham o registro da informação, porém não houve continuidade do cuidado pelos demais profissionais que atenderam a gestante posteriormente.

Quanto a ações educativas, foi verificado que 1 gestante (1,3%) participou de ação educativa.

Em relação ao monitoramento de faltas e realização de busca ativa de faltosas, das 80 gestantes que acessaram o pré-natal, 26 gestantes (35,5%) não apresentaram faltas durante o pré-natal, 54 gestantes (67,5%) tiveram faltas em consultas ou exames durante o pré-natal, 17 gestantes (21,3%) tiveram suas faltas detectadas e receberam ações de busca ativa, 35 gestantes (43,8%) apresentaram faltas que não foram percebidas pela equipe, e 2 gestantes (2,5%) apresentaram faltas percebidas pela equipe, porém não houve busca ativa. A ausência de percepção da equipe em relação à falta das gestantes indica grave falha na gestão da condição.

Das 80 gestantes que acessaram o pré-natal, 45 (56,3%) realizaram 6 ou mais consultas. Das 26 gestantes que não apresentaram faltas 18 (70%) realizaram 6 ou mais consultas e das 54 gestantes que apresentaram faltas 27 (50%) realizaram 6 ou mais consultas.

Considerou-se que os 45 casos que tiveram 6 ou mais consultas de pré-natal (56,3%) atingiram o produto esperado para a gestão da condição, conforme mostra a **Figura 45** na página 304.

Um achado interessante é que todos os casos de sífilis gestacional não notificados à Vigilância epidemiológica tiveram desfechos adversos, esse achado nos leva a supor que a subnotificação pode ser um indicador de ausência de gestão da condição e de baixa qualidade do cuidado pré-natal.

Tabela 22 - Desfecho de gestações de mulheres com sífilis segundo notificação, município de Osasco, 1º semestre 2019.

Desfecho do caso	Notificação do caso		
	NÃO	SIM	Total
Criança saudável		34	34
Desfecho indeterminado		3	3
Sífilis congênita – sem acesso ao pré-natal	9		9
Sífilis congênita – sem Diagnóstico	16		16
Sífilis congênita – tratamento ausente	4		4

Sífilis congênita – tratamento inadequado	3	7	10
Sífilis congênita – parceiro não tratado		11	11
Sífilis congênita – seguimento inadequado		2	2
	32	57	89

6.4.9 Categoria: Gestão o caso

A gestão do caso envolve um cuidado integral com identificação de problemas, ajustamento dos serviços às necessidades de saúde, monitoramento e promoção da continuidade do cuidado, é um processo cooperativo entre uma pessoa portadora de uma condição de saúde e um profissional ou uma equipe gestor(a) do caso. O **Quadro 24** resume as variáveis de medição indicadoras de processo e produto da gestão da condição.

Quadro 24 - Variáveis constructo e indicadoras de gestão do caso.

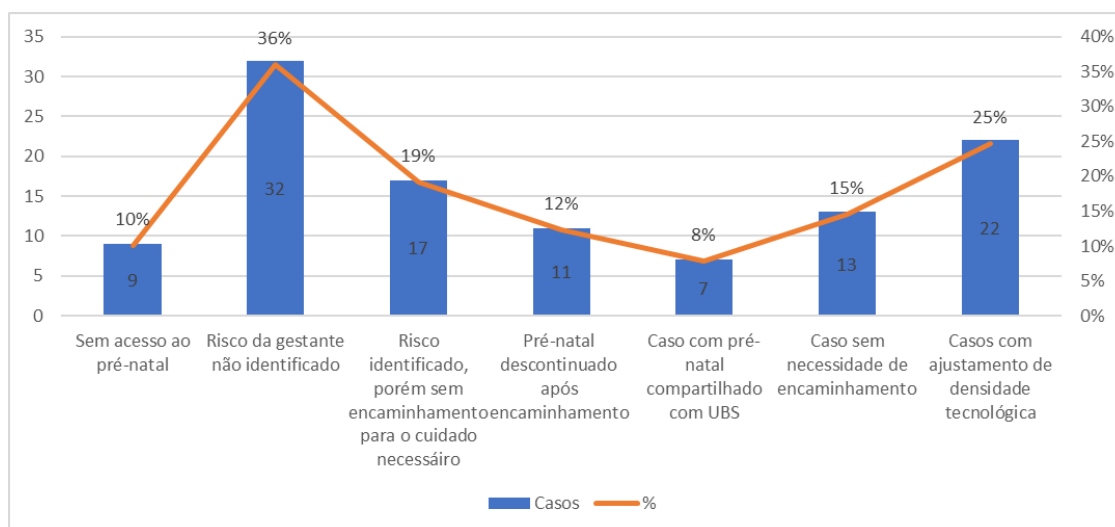
Variável latente ou constructo		Variáveis de medição ou indicadoras
Gestão do Caso	Processos	<p>1- Registro sobre identificação de riscos e oferta de cuidados compatíveis com as necessidades individuais, cuidados diferenciados, quando necessário.</p> <p><u>Identificação de casos complexos ou vulneráveis</u> -Avaliação de desafios no meio familiar, social ou do local de trabalho e queixas. -Avaliação do nível de impacto de questões socioeconômicas ou psicossociais no seguimento pré-natal.</p>
		<p>2-Registro sobre encaminhamento e realização da regulação de acesso de gestantes em outros pontos da rede.</p> <p>-Facilitação do acesso por meio de: Agendamento em outros serviços. Contato com regulação de vagas Contato com outros serviços informando as peculiaridades do caso</p>
		<p>3-Registros sobre encaminhamento e realização do monitoramento de acesso de gestantes em outros pontos da rede.</p> <p>-Verificação do comparecimento da gestante em outros serviços por meio de sistema ou de visita. -Em caso de constatação de ausência, investigação dos motivos / dificuldades.</p> <p><u>Garantia de acesso a outras redes assistenciais (Rede de Atenção especializada e Psicossocial).</u> -Coordenação do caso por meio de facilitação do acesso na rede de atenção. -Identificação de gestantes sem condições econômicas para transporte aos serviços para os quais foram encaminhadas. -Solicitação de apoio do serviço social para gestantes com impacto econômico no seguimento do pré-natal.</p>

	<p>4-Registros sobre continuidade de visitas e consultas de pré-natal de gestantes encaminhadas para outros pontos da rede.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Manutenção de visitas periódicas de acompanhamento do pré-natal. -Manutenção da participação da gestante em grupos e atividades educativas. -Manutenção de consultas de pré-natal (pré-natal compartilhado). <p><u>Continuidade do cuidado mesmo após encaminhamento para outros serviços</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuidade de visita de monitoramento e de busca ativa de faltosas, mesmo que a falta tenha ocorrido em outros serviços. -Continuidade do vínculo com avaliação de possíveis dificuldades para adequação ao seguimento pré-natal.
Produtos	<p>Ajustamento da densidade tecnológica dos cuidados ofertados às necessidades de saúde (acesso a cuidados e serviços de acordo com necessidades).</p> <p><u>Manejo e monitoramento dos casos complexos ou vulneráveis.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Orientações específicas (risco de reinfeção quando parceiro recusa tratamento, ou quando parceiro recluso). -Atendimento e aconselhamento da parceria sexual. -Consulta ou coleta de exames em domicílio. -Discussão do caso com equipe. -Flexibilização de acesso (horários de consultas, exames). - Acolhimento psicossocial devido a vulnerabilidades. -Solicitação de apoio da rede de atenção psicossocial para gestantes com impacto psicossocial no pré-natal. -Promoção do acesso a outros pontos da rede.

Elaboração própria.

Das 89 gestantes que compuseram a coorte desse estudo 9 (10%) não acessaram o pré-natal, 32 gestantes (36%) apresentavam riscos que não foram identificados pela equipe que conduziu o pré-natal, 17 gestantes (19%) tiveram riscos identificados, porém não foram encaminhadas aos serviços que necessitavam, 11 gestantes (12%) tiveram seus riscos identificados e foram encaminhadas adequadamente, porém não mantiveram os cuidados pré-natais na UBS de origem, outras 7 gestantes (8%) tiveram riscos identificados, foram encaminhadas adequadamente e mantiveram pré-natal compartilhado com a unidade de origem, 13 gestantes (15%) não apresentaram critérios que indicassem necessidade de gestão do caso.

Gráfico 15 - Processo de gestão do caso no pré-natal de gestantes com sífilis no município de Osasco, 1º semestre 2019.



Verificou-se que 22 casos (25% da coorte ou 27,5% das gestantes que acessaram o pré-natal) tiveram ajustamento da densidade tecnológica em relação a necessidade e a oferta do cuidado, conforme mostra a **Figura 45**.

6.4.10 Desfechos das gestações

Finalmente chegamos ao ponto final da rota crítica percorrida pelas gestantes com sífilis. O cuidado pré-natal ofertado a essas mulheres resultou no nascimento de 52 crianças (58,4%) com sífilis congênita, 34 nascimentos de crianças (38,2%) saudáveis ou sem critério para sífilis, 3 gestações (3,4%) tiveram desfechos indeterminados.

Figura 46 - Resultados da rota crítica do pré-natal de gestantes com sífilis.



Considerando que a sífilis congênita é um evento evitável, percebemos que esses casos poderiam ter sido evitados se essas gestantes tivessem recebido um cuidado de pré-natal adequado. Esses dados demonstram a importância e o impacto da qualidade do cuidado do pré-natal nos desfechos gestacionais.

Neste capítulo realizou-se uma descrição dos dados à luz do modelo lógico teórico operacional proposto pelo estudo, tanto a abordagem epidemiológica como a abordagem da Teoria Fundamentada declaram a importância da complementação do ciclo de análise por meio da comparação do referencial teórico com a prática.

...mais do que a significância estatística, a interpretação dos dados deve buscar estabelecer a “significância epidemiológica” dos achados. Essa é que é efetivamente a essência da análise epidemiológica. ... Para completar o ciclo de análise dos dados será sempre necessário interpretar os achados do estudo, de certa forma retornando ao referencial teórico que teria justificado suas hipóteses, de modo a possibilitar uma compreensão mais ampla e generalizável do problema da pesquisa. (FILHO, NAOMAR DE ALMEIDA; ROUQUAYRO, MARIA ZÉLIA; BARRETO, 2017).

Quando falamos de validação, não estamos falando em testar o sentido quantitativo da palavra. ... a teoria é validada através da

comparação com dados brutos ou de sua apresentação aos informantes para ver a reação deles (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Destacamos que o esquema teórico proposto por esse estudo foi capaz de descrever todos os 89 casos incluídos na coorte, esse resultado demonstra o ajustamento do esquema teórico com os dados brutos.

6.5 VALIDAÇÃO DA TEORIA DO PROGRAMA POR MEIO DA COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO COM A LITERATURA

Rossi et al, 2004 destaca que uma abordagem útil para validar a teoria do programa é a comparação dos resultados da aplicação da teoria com a literatura científica. Nesse capítulo buscamos entender se os resultados verificados nessa coorte também estão coerentes com a literatura.

As comparações dos resultados das avaliações orientadas pela teoria do programa com programas muito semelhantes, é claro, serão as mais informativas na validação da teoria e do modelo do programa. No entanto, comparações dos resultados com estudos de avaliação que são semelhantes apenas em termos de teoria geral e, até a comparação com estudos de abordagens diferentes em alguns aspectos também podem ser instrutiva na validação da teoria (ROSSI; LIPSEY; FREEMAN, 2004-).

O uso da literatura de pesquisa para ajudar na avaliação da teoria do programa não é limitado a situações de boa correspondência global entre os programas ou os processos que o avaliador está investigando e os representados na pesquisa. A alternativa de abordagem é separar as partes ou componentes ou relações entre os componentes e os resultados da teoria e buscar evidências de pesquisa relevantes para cada componente para então fazer a comparação (Rossi et al. 2004).

Grande parte da teoria do programa pode ser declaradas como proposições, então é possível utilizar as pesquisas acessíveis que indica a plausibilidade individual das proposições declaradas na teoria. Os resultados dessa comparação, por sua vez, podem fornecer uma base por uma avaliação mais ampla da teoria com a vantagem adicional de identificar quaisquer relações. Essa abordagem foi pioneira, no Programa de Avaliação e Metodologia, como forma de fornecer uma rápida revisão de propostas de programa surgidas no Congresso, (Cordray, 1993; US General Accounting Escritório, 1990).

Em relação aos cuidados pré-natal e os desfechos adversos, os resultados desse estudo corroboram com outros estudos descritos na literatura.

A literatura (WIJESOORIYA *et al.*, 2016) estima que globalmente, 22,1% dos casos clínicos de sífilis congênita são resultado de gestações que não acessaram o pré-natal, esse estudo encontrou resultados próximos as estimativas globais (17,3%).

Em relação aos casos de sífilis congênita em mulheres que acessaram o pré-natal e não foram diagnosticadas, encontramos números menores (30,8%) do que a estimativa global (65,1%).

Em relação ao tratamento, o desempenho do pré-natal avaliado nesse estudo também é pior do que o estimado globalmente, verificou-se que 7,7% dos casos de sífilis foram em mulheres que foram testadas e não tratadas contra 5,8% da estimativa global e 19,2% dos casos foram em decorrência de tratamento inadequado.

Nos chama atenção os casos de sífilis congênita decorrentes de reinfeção, que correspondem a 25% dos casos. Não foram descritos dados de estimativas globais sobre reinfeção.

A comparação dos resultados de sífilis materna publicados por (WIJESOORIYA *et al.*, 2016) com os resultados encontrados nesse estudo permite concluir que as especificidades quanto aos percentuais, os problemas enfrentados no manejo do pré-natal de gestantes com sífilis no município de Osasco são consonantes com os problemas verificados globalmente.

A estimativa global do percentual de gestantes com sífilis que não acessaram o pré-natal é de 16%, enquanto esse estudo encontrou um percentual de 10%, em relação as gestantes que acessaram o pré-natal; globalmente 56,4% não foram testadas ou diagnosticadas, verificamos nesse estudo que 20% das gestantes que acessaram o pré-natal não foram diagnosticadas, enquanto que o percentual de gestantes diagnosticadas e não tratadas foram os mesmos 5% nos dois estudos, já o percentual de gestantes tratadas inadequadamente foi de 13,8% nesse estudo e 38,6% globalmente.

Em suma, esse estudo encontrou resultados comparáveis e consonantes com os dados de estimativa global de sífilis materna e congênita publicado na *The Lancet Global Health* (WIJESOORIYA *et al.*, 2016).

Outro estudo (KORENROMP *et al.*, 2019) atualiza as estimativas de sífilis materna e congênita para o ano de 2012 e 2016.

Os dados mostram que o município de Osasco registrou números superiores aos estimados para a região das Américas em relação a gestantes que não acessaram o pré-natal (10,1%) contra a estimativa de 3% para a região das Américas, e gestantes não diagnosticadas (20%) contra 16% no ano de 2016.

Em relação às gestantes não tratadas, o município apresentou número inferior (5%) diferente dos 11% estimado para a região das Américas no ano de 2016, porém apresentou 13,8% de gestantes tratadas inadequadamente.

Assim como nos estudos de estimativas globais, esse estudo encontrou resultados que mostram que a sífilis materna causou resultados adversos, mesmo em mulheres que receberam cuidados pré-natais, mostrando uma necessidade de melhora no acesso e na qualidade dos cuidados pré-natais ofertados.

Em relação a avaliação dos elementos ou atributos considerados para avaliação da qualidade, os resultados desse estudo também corroboram com a literatura científica.

Embora vários elementos para definição da qualidade em saúde tenham sido descritos ao longo de décadas, há um reconhecimento de que serviços de saúde de qualidade em todo o mundo devem ser **eficazes, seguros e centrado nas pessoas**. Além disso, para obter os benefícios de um cuidado de saúde de qualidade, os serviços de saúde devem ser **oportunos, equitativos, integrados e eficientes** (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990-, 2001-).

Para ser eficaz, o cuidado deve ser ofertado com base no conhecimento científico disponível e nas diretrizes técnicas baseadas em evidência. Na descrição do processo de cuidado pré-natal descrito para essa coorte foi possível verificar diversos cuidados ineficazes, p. ex., gestantes que não foram visitadas ou testadas quando as diretrizes técnicas orientavam visita ou testagem, parceiros que não foram sequer citados durante o

pré-natal quando deveriam ter sido tratados, riscos que não foram identificados, gestantes que não foram encaminhadas para serviços dos quais necessitava.

Quando o cuidado é ineficaz, ou seja, quando os provedores não aderem a práticas baseadas em evidências e às diretrizes técnicas, isso pode refletir uma falta de conhecimento das diretrizes ou uma falta de conformidade independentemente do conhecimento, há um crescente corpo de evidências indicando que há lacunas no entendimento do provedor de cuidado e na conformidade com as diretrizes baseadas em evidências em países de alta, média e baixa renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION; OECD; BANK, 2018).

Um relatório com os resultados da implementação da primeira pesquisa de IDE no Quênia (MARTIN; PIMHIDZAI, 2013) verificou que apenas 15,6% dos provedores diagnosticaram corretamente todos os cinco casos de pacientes apresentados em vinhetas clínicas para avaliar o conhecimento do provedor, o mesmo estudo também constatou que os provedores públicos (médicos) aderiram a apenas 57,1% das diretrizes clínicas para o tratamento de complicações maternas e neonatais expressas na Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDPI), já os médicos provedores de cuidados privados tiveram uma adesão de 58,1%.

Em outro um estudo (PEABODY *et al.*, 2004), sobre mensuração das variações na qualidade do atendimento clínico, realizado em dois países economicamente divergentes, antiga República Iugoslava da Macedônia e dos Estados Unidos da América, a porcentagem média de diagnóstico correto para quatro vinhetas clínicas foi de 48% e 67% respectivamente.

Segundo a literatura (LEONARD; MASATU; VIALOU, 2007), a adesão aos protocolos é baixa na maioria dos países em desenvolvimento, há uma significativa lacuna entre o conhecimento do provedor e a prática real na prestação de serviços, essa lacuna é melhor explicada pelos tipos de organizações em que esses médicos trabalham.

Uma pesquisa realizada na Holanda (RETHANS *et al.*, 2017-), pesquisou as diferenças e a relação entre o que o médico realmente faz na prática diária (desempenho) e o que ele é capaz de fazer (competência), o estudo concluiu que a competência pode ter

valor preditivo para o desempenho na prática real apenas quando fatores como eficiência e tempo de consulta são levados em consideração.

Um estudo (DAS; HAMMER; LEONARD, 2008) sobre a qualidade da assistência médica em países de baixa renda, forneceu uma visão geral dos trabalhos recentes sobre medição da qualidade da assistência médica e seus correlatos em quatro países de baixa e média renda - Índia, Indonésia, Tanzânia e Paraguai. Este estudo observou que a competência dos médicos em países de baixa renda é baixa, e que o problema da baixa competência é agravado devido ao baixo esforço - os médicos fornecem padrões de atendimento mais baixos para seus pacientes do que eles sabem fornecer. Os pobres têm acesso a cuidados de pior qualidade do que os ricos, seja no setor público ou no setor privado. No entanto, esses fatos e suas inter-relações requerem mais exploração.

Uma publicação (TOMASI *et al.*, 2017) descreveu os indicadores de qualidade da atenção pré-natal no Brasil no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) e verificou que apenas 15% das entrevistadas receberam atenção pré-natal adequada, considerando-se todas as ações preconizadas, sendo significativamente maior a proporção de completude da atenção em gestantes com mais idade, de maior renda, na Região Sudeste, nos municípios com mais de 300 mil habitantes e com IDH no quartil superior.

Outro ponto que comumente avalia-se na qualidade dos cuidados é a segurança, para ser seguro, o cuidado de saúde deve ser capaz de minimizar os danos, inclusive lesões evitáveis e erros médicos, no caso do cuidado pré-natal ofertado para essa coorte, foram observados cuidados não seguros que causaram danos (sífilis congênita) e cuidados abaixo do padrão, que embora não tenham causado danos, se desviaram dos limites seguros da prática.

Observou-se que esses cuidados não seguros estavam relacionados a “Cuidados Abaixo do Padrão”, esse termo é utilizado para definir um problema de gerenciamento de cuidados que envolve assistência que desvia dos limites seguros da prática, conforme estabelecido em diretrizes, normas, protocolos ou práticas normais e tem o potencial de levar direta ou indiretamente a um impacto adverso para o paciente (Mariet Th *et al.*, 2019).

Um estudo (SLAWOMIRSKI L, AURAAEN A, 2018) que estimou os custos de saúde, financeiros e econômicos decorrentes eventos adversos, estimou que um em cada dez pacientes são prejudicados durante os cuidados de saúde e conclui que o dano ao paciente é o 14º maior contribuinte para a carga global de doenças.

O estudo concluiu ainda que a maioria dessa carga recai sobre os países de renda baixa e média, sendo 38% em países de baixa renda, 25% renda média baixa, 19% renda média alta e 18% renda alta. O estudo destaca ainda a necessidade de ênfase aos ambientes de cuidados primários e de longo prazo, onde o conhecimento e as evidências ainda são relativamente subdesenvolvidos e onde o diagnóstico tardio ou incorreto exerce um fardo considerável.

Uma revisão retrospectiva (WILSON *et al.*, 2012), de 15.548 registros médicos de internações hospitalares durante 2005 em oito países (Egito, Jordânia, Quênia, Marrocos, Tunísia, Sudão, África do Sul e Iêmen) verificou que 8,2% dos registros apresentaram pelo menos um evento adverso, com variação de 2,5% a 18,4% por país. Desses eventos, 83% foram considerados evitáveis, enquanto cerca de 30% foram associados ao óbito do paciente. Cerca de 34% dos eventos adversos foram decorrentes de erros terapêuticos em situações clínicas relativamente não complexas, a maioria dos eventos estavam relacionados com treinamento e supervisão inadequados do corpo clínico ou o não cumprimento de políticas ou protocolos.

Verificou-se que a literatura também registra problemas de qualidade e segurança do paciente similares aos encontrados nesse estudo.

O estudo também buscou entender se os cuidados ofertados as gestantes eram centradas na pessoa. Um cuidado centrado no paciente, respeita e responde às suas preferências, necessidades e valores, seria esperado que as gestantes recebessem uma escuta qualificada, que elas participassem das decisões sobre seus cuidados e que tivessem suas dúvidas respondidas. Embora seja muito difícil mensurar esse tipo de cuidado, verificou-se situações em que as gestantes da coorte deste estudo não receberam cuidados centrados na pessoa:

A esse respeito a literatura informa que em todos os países da União Europeia, a prestação de cuidados de saúde centrado no paciente está se tornando uma prioridade nos cuidados de saúde, nesse contexto países de alta renda introduziram medidas para monitorar as experiências e percepções dos pacientes sobre seus atendimentos ambulatoriais.

A análise dos dados coletados (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2015) mostrou que a maioria dos usuários dos serviços em países da OCDE relataram uma experiência positiva em relação a abertura dos médicos para a participação dos pacientes nos cuidados, a taxa de médicos que envolvem o paciente nas decisões sobre cuidados e tratamento são elevadas, 96% em Luxemburgo, 95% na Bélgica, 91% em Portugal, 89% no Reino Unido, 88% na Alemanha, 87% na Holanda, 82% na República Tcheca, 79% na Estônia, 48% na Polônia, 89% na Noruega e 87% Suíça.

Outro estudo (ROSEN *et al.*, 2015) utilizou listas de verificação estruturadas e padronizadas para observação clínica direta da qualidade dos cuidados em instalações em cinco países: Etiópia, Quênia, Madagascar, Ruanda e República Unida da Tanzânia. Este estudo identificou insuficiência na comunicação e compartilhamento de informações pelos provedores dos cuidados, bem como deficiências no cuidado respeitoso e concluiu que a não adoção de uma abordagem centrada no paciente e a falta de recursos do sistema de saúde são fatores estruturais que contribuem a má qualidade dos cuidados.

Outro ponto observado no estudo foi o cuidado pré-natal inoportuno, registou-se situações de acesso, diagnóstico e tratamento tardios ou inoportunos.

Um cuidado oportuno se traduz na ausência de atrasos no fornecimento e recebimento de serviços, a oportunidade se refere a pausas ou atrasos inexplicáveis no progresso dos cuidados, a oportunidade do atendimento pode indicar ineficiência, em caso de pausas atrasos inexplicáveis no progresso dos cuidados (DONABEDIAN, 2003).

Além do sofrimento emocional, atraso no diagnóstico ou tratamento podem resultar em complicações evitáveis ou danos físicos, a falta de pontualidade também pode

indicar falta de atenção ao fluxo e sugere que o cuidado não foi projetado com o bem-estar do paciente no centro (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

O acesso inoportuno favorece o diagnóstico inoportuno ou até mesmo o NÃO diagnóstico, que por sua vez favorece o tratamento inoportuno ou o NÃO tratamento. Dos 7 casos não tratados oportunamente, 6 resultaram em sífilis congênita. Das 16 gestantes não diagnosticadas e não tratadas, 9 iniciaram o pré-natal após as 12 semanas de gestação.

Corroborando com os resultados desse estudo, a literatura (ANDRADE *et al.*, 2018) destaca que ainda ocorre diagnóstico tardio de sífilis congênita por falhas nas estratégias de prevenção dessa doença, tanto na atenção básica quanto nos níveis secundário e terciário, os autores indicam que aplicação das intervenções preconizadas pelo Ministério da Saúde e a identificação das situações em que ocorrem falhas na sua execução são importantes para a avaliação da assistência de rotina em todos os níveis de atenção e nas diversas unidades responsáveis pelo cuidado do recém-nascido e do lactente jovem.

O presente estudo também se propôs a compreender melhor as questões de equidade envolvidas no processo de cuidado da coorte avaliada.

A equidade fala acerca de distribuição justa de cuidados de saúde. Tratar desigualmente os desiguais, dar prioridade a grupos sociais com maiores necessidades de saúde (Frias, *et al.*, 2010). É importante destacar que a distribuição, mesmo que justa, de “cuidados não qualificados” não se traduz em equidade, a equidade se refere a distribuição justa de “cuidados efetivos”, ou seja, “cuidado de qualidade”.

Segundo Donabedian, a equidade deve atender a um princípio que determina o que é justo na distribuição dos cuidados de saúde e dos seus benefícios entre os membros de uma população, é um determinante importante da aceitabilidade individual e social, depende do acesso aos cuidados e da efetividade e aceitabilidade dos recursos prestados (DONABEDIAN, 2003).

Para Cecílio, a equidade também pode ser compreendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, podem ser evitadas e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas (CECILIO, 2001).

Em um cuidado equitativo a “qualidade” do atendimento não varia de acordo com características pessoais, como sexo, raça, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

Na coorte estudada foi possível observar que gestantes expostas a vulnerabilidade recebem cuidados de menor qualidade em relação a gestantes não expostas a vulnerabilidades, a distribuição espacial dos casos de sífilis materna também mostrou aglomerados de casos em regiões com alto índice de vulnerabilidade (regiões mais pobres), ou seja, embora todas as gestantes tenham recebido cuidado pré-natal, a qualidade do cuidado ofertado não foi equitativa.

Em consonância com os resultados do presente estudo a OMS entende que existem lacunas na qualidade dos cuidados de saúde em todo o mundo, mas são ainda mais graves para populações desfavorecidas (WORLD HEALTH ORGANIZATION; OECD; BANK, 2018).

O relatório anual de 2021 da Agência para Pesquisa e Qualidade em Saúde dos Estados Unidos (U.S. AGENCY OF HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2021) mostrou que a qualidade do atendimento para grupos de alta renda foi melhor do que para os pobres e grupos de baixa renda para mais da metade de todas as medidas avaliadas.

Os dados da Agência Americana mostraram que os grupos de alta renda tiveram um atendimento de melhor qualidade em 53% de todas as medidas do que outros grupos. Grupos pobres e de baixa renda experimentaram cuidados de pior qualidade em cerca de 57% das medidas em comparação com grupos de alta renda. Os de renda média experimentaram cuidados de pior qualidade em 44% das medidas em comparação com os grupos de alta renda.

Outro estudo (SHARMA *et al.*, 2017), realizado no Quênia, avaliou 564 estabelecimentos que oferecem pelo menos um serviço de atenção materna, mostrou que os índices de qualidade aumentaram de forma constante com a diminuição da pobreza, atingindo diferenças estimadas de 16% na infraestrutura para a qualidade do atendimento materno (IC 95% 12%, 20%), 19% na qualidade do cuidado pré-natal (7%, 31%) e 12%

na qualidade da assistência ao parto (IC 95% 0%, 25%) entre as áreas mais ricas e mais pobres. O estudo concluiu que os cuidados disponíveis para os pobres são significativamente piores do que para os mais abastados.

Outro estudo (DAS; MOHPAL, 2016) que avaliou as diferenças socioeconômicas no acesso a serviços de saúde de alta qualidade na Índia mostrou que pessoas de baixo status socioeconômico e de comunidades pobres são menos propensas a serem atendidas por profissionais de saúde mais competentes.

Outro estudo de base populacional (GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009) realizado em municípios do Sul do Brasil avaliou a cobertura da assistência pré-natal de acordo com a renda familiar e verificou que: a realização de seis consultas ou mais; a execução do exame das mamas e do exame especular; a realização dos exames de laboratório da rotina pré-natal do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a realização da ultrassonografia, aumentam com a melhoria da renda familiar, sendo mais realizados nas gestantes do quartil de maior renda ($p < 0,001$).

Outro ponto de interesse desse estudo foi a coordenação e a continuidade do cuidado pré-natal. Assim como as doenças crônicas, a gestação é uma condição que requer coordenação de cuidados em toda todos os níveis do sistema e ao longo de seu curso, ou seja, a gestação requer serviços de saúde integrados e cuidados coordenados e contínuos.

Em resumo, podemos compreender continuidade e coordenação do cuidado como a capacidade do Sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção (VIACAVA *et al.*, 2017).

Para (STARFIELD, 2002), a continuidade consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos, a coordenação do cuidado (integração) da atenção requer alguma forma de continuidade.

Já a coordenação é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum” (STARFIELD, 2002). A coordenação exige a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento da informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.

Segundo Starfield, 2002 a coordenação requer tanto um meio de transferência de informações (o componente estrutural ou de capacidade), quanto o reconhecimento de informações (o componente processual ou de desempenho).

O componente estrutural ou continuidade da atenção é, geralmente, alcançada pela manutenção do atendimento pelo mesmo profissional ou através de mecanismos que permitam a transmissão da informação a respeito do paciente, como p. ex., prontuários médicos contendo informações precisas e completas a respeito do paciente (STARFIELD, 2002).

O componente processual ou desempenho é o processo de reconhecimento do problema ou reconhecimento das informações a respeito da atenção aos problemas. Apenas quando os problemas são reconhecidos é que os profissionais podem agir sobre eles (STARFIELD, 2002).

Na coorte estudada, a continuidade do cuidado; a transferência de informações e o reconhecimento de informações foram avaliadas nas ações de gestão do da condição e de gestão do caso. Índícios de baixa integralidade do pré-natal forma denunciadas pelos baixos índices de gestantes que receberam 6 ou mais consultas, de gestantes que receberam 6 ou mais visitas domiciliares, de gestantes que continuaram a receber cuidados pré-natais compartilhados após encaminhamento para outros serviços, de gestantes que tiveram seus riscos identificados adequadamente.

Os resultados desse estudo estão em consonância com uma pesquisa (SCHOEN *et al.*, 2011) realizada com pacientes com necessidades complexas de cuidados em 11 países de alta renda (Austrália, Canadá, França, Alemanha, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos). O estudo encontrou vários problemas de coordenação do cuidado: resultados de testes ou registros indisponíveis em consultas, exames com solicitações duplicadas, falhas no compartilhamento de informações entre os profissionais, especialistas que não tinham informações sobre a história do paciente e médicos clínicos não informados sobre cuidados especializados.

O presente estudo também se interessou por questões relacionadas a eficiência. Segundo Donabedian, 2003 a eficiência é a capacidade de reduzir o custo dos cuidados sem diminuir as melhorias alcançáveis na saúde. Expresso como uma equação:

Equação da eficiência

$$\text{Eficiência} = \frac{\text{Melhorias na saúde esperada da assistência a ser avaliada}}{\text{O custo desse cuidado}}$$

Fonte: Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. 2003

Isto significa que a eficiência é diminuída se, para um determinado custo, as melhorias esperadas de uma assistência são diminuídas (pouco efetivas). Um cuidado eficiente evita o desperdício de recursos, incluindo equipamentos, medicamentos, energia e ideias.

Logo podemos concluir que o cuidado pré-natal ofertado as gestantes da coorte deste estudo não foi eficiente, uma vez que os recursos disponíveis ao serem utilizados não produziram os efeitos esperados, pois 58,4% das gestantes com sífilis que receberam cuidados pré-natal tiveram desfechos gestacionais adversos.

6.5.1.1 Discussão sobre os cuidados pré-natais ofertados à coorte

Esse estudo avançou substancialmente na descrição detalhada do processo de cuidado ofertado no pré-natal de gestantes com sífilis, descrevendo inclusive falhas que poderão ser evitadas futuramente.

Os resultados desse estudo ajudarão os formuladores de políticas e líderes a entender onde os desafios permanecem e como podem ser resolvidos. Eles podem ser usados pelos programas municipais, estaduais e até nacionais de saúde materno-infantil, nos quais a extensão da sífilis congênita é causa importante de desfecho adverso da gestação.

A ciência tem avançado extraordinariamente na área biológica, a humanidade já produziu tecnologias eficientes para diagnóstico e tratamento de inúmeras doenças, mas contraditoriamente ainda não conseguimos avançar na aplicação adequada dessas tecnologias, e isso vem privando milhares de pessoas de se beneficiarem dessas tecnologias.

É o caso da sífilis, já temos uma tecnologia extremamente eficaz para o diagnóstico e tratamento dessa doença (teste rápido e penicilina benzatina), a utilização dessas tecnologias é extremamente possível e barata, mas contraditoriamente os índices de sífilis em adultos, gestantes e crianças vem crescendo no Brasil e no mundo.

Os resultados desse estudo deixam muito claro que não é suficiente dispor da tecnologia, para que os benefícios das tecnologias disponíveis cheguem até as pessoas que necessitam é preciso ter a capacidade de aplicá-las e é exatamente nessa etapa que a área da saúde, mais especificamente a saúde pública direcionada aos mais vulneráveis, vem encontrando dificuldades.

Ademais, muito provavelmente a dificuldade de aplicação de tecnologias eficazes e financeiramente acessíveis na área da saúde pública não seja um problema exclusivo do pré-natal ou da sífilis, os altos índices de mortalidade infantil, de mortalidade materna e de mortalidade prematura por doenças crônicas, já há muito tempo estão nos emitindo alertas a respeito dessa probabilidade.

Voltamos aos preceitos de (DONABEDIAN, 2003), segundo o autor, a qualidade, na área da saúde, é o produto da “disponibilidade” e da “aplicação” da tecnologia, ou seja precisamos aperfeiçoar a aplicação das tecnologias disponíveis para o cuidado pré-natal. Perceba que a qualidade do pré-natal, de fato, ocupa um lugar central na questão da sífilis materna e congênita.

“De que adianta oferecer cuidados maternos gratuitos e ter uma alta proporção de bebês nascidos em unidades de saúde se a qualidade do atendimento for inferior ou mesmo perigosa?”

Margaret Chan, ex-Diretora Geral da OMS, Assembleia Mundial da Saúde, maio de 2012 apud (WORLD HEALTH ORGANIZATION; OECD; BANK, 2018).

Os resultados desse estudo mostram que o avanço tecnológico na área biomédica não traz tantos benefícios se também não avançarmos nas áreas de gestão de processos e de pessoas, é por meio dos avanços nessas áreas que tornaremos o processo de aplicação, das tecnologias biomédicas, adequado e qualificado.

Processos são práticas, práticas são realizadas por pessoas, e processos de cuidado em saúde, são práticas realizadas por pessoas, para cuidar de outras pessoas, percebe-se que, invariavelmente, o comportamento humano está abundantemente intrínseco nos resultados desses processos, por isso a discussão desse problema não terá como se furtar da utilização de conceitos da área de ciências sociais e humanas.

Certamente a produção de cuidados qualificados sofre a interferência da motivação dos profissionais, dos comportamentos e habilidades e do conhecimento ou competência, logo a produção de cuidados qualificados exigirá estudos mais aprofundados sobre esses temas.

6.6 MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO PRÉ-NATAL

Finalizada a fase de apresentação e validação da Teoria Normativa do Programa e do Modelo Lógico Operacional, seguimos agora para os procedimentos de mensuração das variáveis que representam a trajetória assistencial do pré-natal, ou seja, a mensuração da “qualidade clínica” e da “qualidade genérica”.

6.6.1 Base conceitual para mensuração o grau de qualidade

Os resultados de longo prazo ou efeitos propostos pelo modelo lógico teórico operacional levam a duas possibilidades (nascimento de criança saudável ou nascimento de criança com sífilis), então a trajetória da assistência só pode seguir na direção dos dois

pontos do desfecho da gestação, logo temos duas trajetórias possíveis decorrentes do efeito da intervenção.

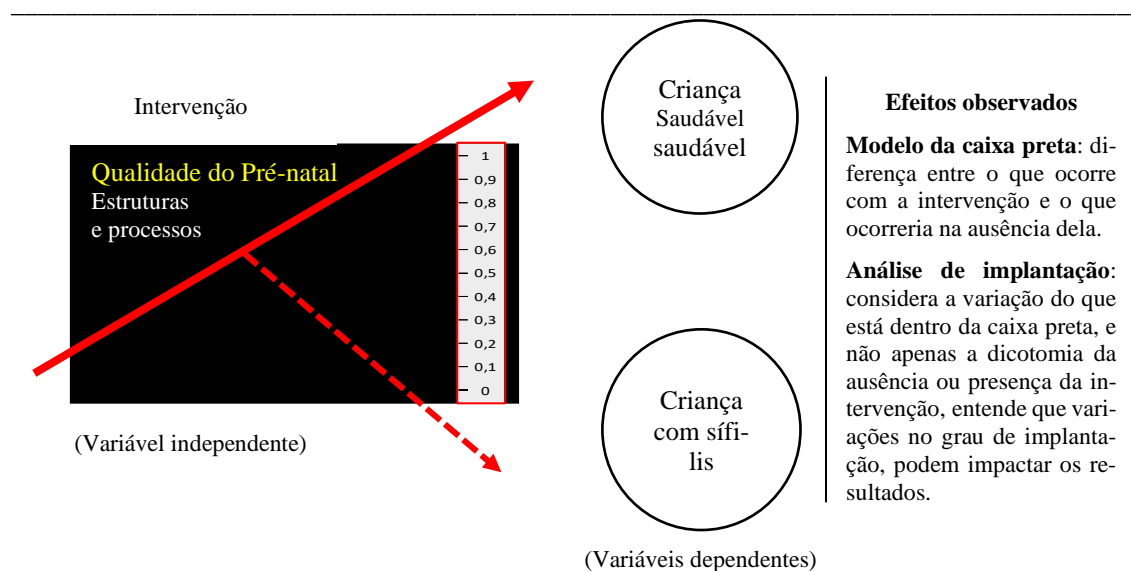
Voltemos a revisão de literatura para lembrar o modelo da caixa preta, veja a

Figura 12, na página 88, que demonstra que o modelo da caixa preta pode ser utilizado na análise de efeito e na análise de implantação.

Esse modelo de avaliação tomou o pré-natal como uma “caixa preta”, como mostra a figura abaixo (**Figura 47**), já sabemos o que acontece fora da caixa preta, “desfechos positivos ou adversos”, também sabemos que dentro da caixa preta acontece muita coisa (muitos pequenos cuidados), o nosso interesse aqui é o que ocorre dentro da caixa preta, aos moldes da análise de implantação.

Já demonstramos que esse modelo de avaliação permite avaliar individualmente os principais “pequenos cuidados ou processos” que acontecem dentro da caixa preta.

Figura 47 - Modelo da caixa preta.



Fonte: próprio autor, baseado em (A Análise da Implantação CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Observou-se que cada um desses “pequenos cuidados”, a depender de sua adequação às diretrizes do cuidado pré-natal, aponta para uma das duas direções possíveis da trajetória assistencial “desfecho positivo ou desfecho adverso”.

O modelo de avaliação proposto permite um melhor entendimento do que ocorre dentro da “caixa preta”. O modelo permite a avaliação da qualidade de cada caso e estratifica a qualidade em uma escala de 0 a 1, de modo que a qualidade dos cuidados expressa a probabilidade de duas possibilidades de desfecho. As possibilidades de desfecho podem ser representadas por uma variável dependente dicotômica do tipo “0 ou 1”. Assim quanto mais a qualidade está perto do polo “1” maior a possibilidade de desfecho positivo e quanto mais próximo do polo “0” maior a possibilidade de desfecho adverso.

Na ocorrência de muitos “pequenos cuidados” adequados em relação as diretrizes do cuidado pré-natal, a trajetória assistencial se inclina na direção do polo “1” e o desfecho da gestação é positivo.

Já quando se observa a inadequação da maioria dos “pequenos cuidados” a trajetória assistencial se inclina na direção do polo “0” e o desfecho é adverso.

Observou-se ainda que as estruturas e os produtos tinham o mesmo comportamento dos “pequenos cuidados ou processos e subprocessos”, dessa maneira todas as “estruturas”, “processos” e “produtos” foram classificados com os valores de “0” ou “1”, onde “1” significa adequação em relação as diretrizes do cuidado pré-natal e “0” significa inadequação.

Os valores resultantes dessa classificação foram consolidados de maneira a formar duas novas variáveis que representam os resultados de médio prazo:

- Resultado de médio prazo “Evitabilidade da transmissão vertical”, mensurada através da variável “**Grau de qualidade clínica do pré-natal**”.
- Resultado de médio prazo “Neutralização ou redução do impacto negativo das vulnerabilidades” mensurado através da variável “**Grau de qualidade genérica do pré-natal**”.

Desta maneira foram construídas as bases teóricas para mensuração do Grau de qualidade do pré-natal, em decorrência da diferença de natureza dos “pequenos processos de cuidado” dividiu-se a qualidade em duas categorias, qualidade clínica e qualidade genérica;

- Qualidade clínica
 - Tem como objeto principal, mas não exclusivo, a clínica, o biológico, o processo gestacional do ponto de vista biológico e as patologias das gestantes.
 - No contexto do pré-natal, as ações que compõem a qualidade clínica são realizadas majoritariamente por médicos e enfermeiros.
 - Em relação ao local do cuidado, as ações são realizadas majoritariamente em ambientes privativos, dentro dos consultórios.
- Qualidade genérica
 - Tem como objeto principal a pessoa, a família, os modos de viver, os riscos e vulnerabilidades.
 - No contexto do pré-natal as ações que compõem a qualidade genérica são realizadas pelos agentes comunitários de saúde, pelos profissionais da recepção, pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, pelos enfermeiros, médicos, por todos os profissionais de saúde.
 - Em relação ao local, as ações que compõem a qualidade genérica são realizadas na comunidade ou em ambientes coletivos da unidade de saúde.

6.6.2 Indicadores

A definição dos critérios, padrões e indicadores é imprescindível para a mensuração da qualidade do cuidado clínica e genérica do cuidado pré-natal.

Estabelecer critérios, parâmetros e indicadores são condições necessárias para a operacionalização de um estudo avaliativo, é a partir desses quesitos que se poderá realizar as mensurações e análises sobre o objeto da avaliação (Alves, CKA; et al., 2010).

Reafirmando o objetivo de avaliar as relações entre os pares adjacentes do modelo lógico teórico operacional, os indicadores definidos refletem a relação entre os componentes do modelo lógico teórico operacional (necessidades, recursos ou estruturas, ações ou processos e resultados ou desfechos).

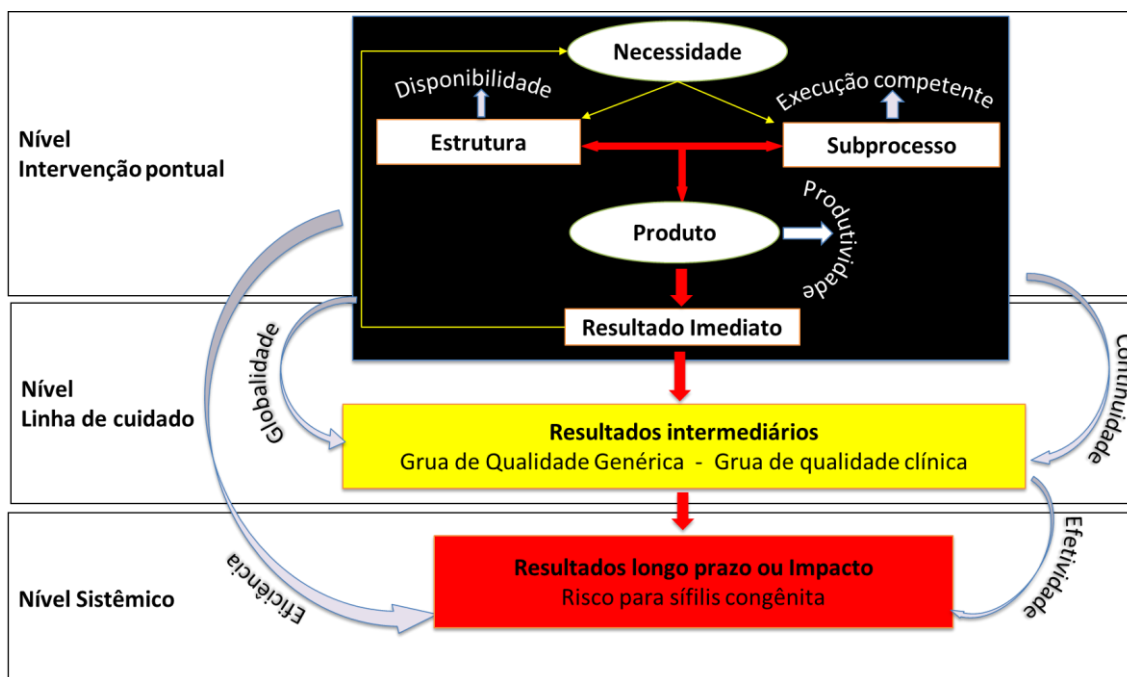
Todo indicador deve ser um resumo da realidade, deve revelar o funcionamento, a condição ou o desempenho de um objeto, deve conter na parte que ele evidência algo do todo ao que se relaciona. Um indicador é, portanto, o fragmento de uma realidade ampla e complexa que não pode ser apreendida ou representada com simplicidade. Por isso, um indicador é sempre um elemento ousado, uma tentativa de colocar uma lupa nos pontos críticos e mais relevantes da realidade, o que exige escolhas antecedidas de bastante reflexão. (SILVA, RR; GASPARINI, MFV; BARBOZA, M.;, 2017)

Para análise da qualidade, com base no referencial teórico proposto por Donabedian, 2003 e Farand, 2011 foram considerados 7 indicadores. A

Figura 48 ilustra os indicadores.

Todos os indicadores foram selecionados considerando as interações ocorridas no modelo de avaliação.

Figura 48 - Indicadores de qualidade da assistência pré-natal.



Fonte: Próprio autor

Com base nesse ciclo de interações selecionou-se 6 indicadores para avaliação da qualidade do pré-natal, a saber: disponibilidade, execução competente, produtividade, globalidade e continuidade, efetividade. Cada um desses indicadores avalia um nível específico do programa.

Nível das ações ou intervenção pontual (serviços)

Disponibilidade: fala a respeito da relação entre as necessidades e os recursos, tendo seu valor máximo quando existirem recursos disponíveis para todas as necessidades.

Produtividade: se interessa pelas relações entre o volume dos serviços produzidos (produtos) e os recursos utilizados. No campo dos serviços de saúde os produtos ou exsumos são de certa forma o próprio trabalho.

Execução competente: a execução competente se refere a atuação, o desempenho do profissional que realizou a intervenção (CHAMPAGNE et al. 2011b), a adequação da intervenção em relação ao proposto pelas diretrizes técnicas.

A mensuração desses indicadores (disponibilidade, execução competente e produtividade) ocorrerá por meio da análise das necessidades, processos e produtos, essa análise será realizada com base em um conjunto de critérios e padrões, descritos na secção de critérios e padrões.

Nível da linha de cuidado ou rede de atenção à saúde

Para avaliação desse nível, Farand, 2011 propõe os indicadores de “Globalidade / integralidade” e “continuidade”.

Os indicador de “Globalidade / integralidade” se propõe a analisar a relação entre os tipos de necessidades (biopsicossocial e gerencial) e os serviços efetivamente prestados, de modo que uma intervenção ou programa será considerado global ou integral quando oferecer uma variedade de serviços correspondentes às variedades das necessidades (FARAND, 2011).

O indicador de “continuidade”: é uma propriedade dos aspectos sequenciais de um processo, potencializa o vínculo entre as etapas, evita perdas temporais. Para medir o indicador de continuidade utilizaremos a variável “Grau de qualidade clínica do pré-natal.

Esse estudo representou os indicadores de Globalidade e Continuidade por meio da variável “Grau de qualidade Genérica do Pré-natal”.

O “Grau de qualidade genérica do pré-natal” consolida mensurações da disponibilidade, execução competente e produtividade dos componentes do modelo lógico descritos abaixo:

- Acesso
- Gestão da Condição
- Gestão do Caso

A medida do grau de qualidade genérica representa o quanto os cuidados foram: acessíveis, longitudinais, integrais e coordenados,

A medida do “Grau de qualidade genérica do pré-natal” varia de “0” a “1” e consolida a mensuração da relação entre as “necessidades biopsicossociais das gestantes” e os cuidados efetivamente ofertados, de forma que valores próximos de “1” significam que foram ofertados cuidados adequados as necessidades biopsicossociais apresentadas pelas gestantes, e valores próximos de zero informam que os cuidados não foram ofertados de forma adequada as necessidades das gestantes.

Nível sistêmico (posterior aos processos)

A efetividade e a eficiência são medidas de efeito e tem por objetivo assegurar a validade das relações causais do modelo lógico teórico operacional. Esses indicadores permitirão a investigação estatística das relações entre a variável dependente (desfecho final) e a variável independente (qualidade do pré-natal).

Efetividade: mede a relação entre os resultados (desfechos) e os processos e produtos ou intervenções realizadas. Nesse estudo esse indicador será mensurado por meio da variável “Grau de risco para sífilis congênita”.

Eficiência: mede a relação entre os recursos e os resultados (desfechos). Nesse estudo não avaliaremos a eficiência.

Os indicadores do nível pontual da intervenção serão mensurados com base em um conjunto de critérios e padrões, a seguir estão especificados os critérios para cada um dos três indicadores do nível pontual da intervenção (disponibilidade, execução competente e produtividade).

6.6.2.1 Critérios e padrões e rubricas avaliativas

Os critérios elaborados para esse estudo são oriundos dos componentes do modelo lógico teórico (1-acesso; 2-anamnese, 3-diagnóstico; 4-tratamento da gestante; 5-tratamento do parceiro; 6-gestão da condição; 7-gestão do caso), conectados aos indicadores.

É desse exercício, que relaciona indicador e critério, que nasce o que essencialmente deveria ser uma avaliação: a aplicação de critérios explícitos e justos, compreendidos e legitimados pelos atores, para julgar a relevância e o mérito de um determinado objeto (SILVA, RR; GASPARINI, MFV; BARBOZA, M., 2017).

A definição de indicadores critérios e padrões se torna ainda mais importante quando o objetivo final é definir a qualidade, segundo Carvalheiro as regras de medida de um processo devem ser claramente enunciadas para que se possa associar um valor (qualidade).

A qualidade não é uma variável nominal, meramente classificatória. Boa ou má qualidade, traz implícita, no mínimo, uma escala ordinal para esta variável. As diversas regras de "medida" da variável qualidade hão de ser claramente enunciadas, para que se possa associar um valor (da qualidade) a cada exemplar de um produto. Em suma, não se pode falar na qualidade de um produto (ou processo) em abstrato. É obrigatório especificar, de forma detalhada, os padrões de qualidade desejados, as maneiras de atingi-los e os métodos empregados na sua avaliação (CARVALHEIRO, 1992).

6.6.2.2 Rubricas Avaliativas

Para alcançar indicadores consistentes e confiáveis é importantíssimo construir definições que explicitem as características que se deseja observar, ou seja produzir descritores ou rubricas avaliativas (Para fazer avaliações relevantes SILVA, 2012a).

Rubricas avaliativas são associações de critérios, elas mostram um panorama de como as evidências devem aparecer nos diferentes níveis de performance (SILVA, RR; GASPARINI, MFV; BARBOZA, M., 2017; Para fazer avaliações relevantes SILVA, 2012b).

A rubrica pode ser tomada como a descrição de um domínio de resultado que abrange todos os critérios (SILVA, RR; GASPARINI, MFV; BARBOZA, M., 2017).

Os critérios utilizados para cada um dos indicadores são os componentes do modelo lógico e os padrões são trabalhados em forma de rubricas avaliativas que mostram um panorama de como as evidências devem aparecer nos diferentes níveis de performance para cada indicador e para cada domínio.

Uma análise sólida articula os critérios associados a cada indicador, combinando-as da forma mais contextualizada e justa possível (Silva, RR; Gasparini, MFV; Barboza 2017).

As rubricas com o conjunto de critérios e padrões que permitem a mensuração dos indicadores (disponibilidade, execução competente e produtividade) estão dispostos nos quadros: **Quadro 25**, **Quadro 26** e **Quadro 27** que especificam os critérios, e os padrões para cada indicador.

Quadro 25 – Matriz avaliativa para o indicador de disponibilidade.

Indicador: Disponibilidade						
Cálculo: (soma disponíveis) / (Soma de disponíveis e indisponíveis) = Disponibilidade						
Fases do cuidado Pré-natal – Domínios		Critérios		Padrões		
		Necessidades (in puts)	Estrutura / Recursos	Disponível	Indisponível	Não se aplica
Gestão da Clínica	Gestão do acesso / Lista de Espera	Biopsicossocial: Garantia de acesso	Serviço de Pré-Natal	Caso com referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica
		Biopsicossocial: Garantia de acesso a gestantes com dificuldades de acesso	Serviço de pré-natal com ESF ou PACs	Referência de UBS com serviço de pré-natal + ACS	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal + ACS	Gestante procurou UBS
Produção do Cuidado	Anamnese	Biológico: Identificação de riscos clínicos	Serviço de pré-natal	Caso com referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica
		Psíquico: Identificação de riscos psicológicos				
		Social: Identificação de riscos sociais				
Produção do Cui-	Diagnóstico	Biológica: Rastreamento da sífilis em gestante	Serviço de pré-natal com profissionais capacitados para TR, Insumos para TR	Disponibilidade de Teste rápido e profissional capacitado	Indisponibilidade de Teste rápido ou profissional capacitado	Não se aplica
	Teste Rápido					

		VDRL	Biológica: Solicitação de VDRL de rastreio	Serviço de Pré-Natal	Caso com referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica
			Biológica: Coleta de VDRL de rastreio				Não se aplica, já fez diagnóstico por TR.
			Biológica: Processamento de amostra e liberação de laudo de VDRL de rastreio	Suporte laboratorial	Serviço laboratorial disponível	Serviço laboratorial indisponível	Não se aplica
			Biológica: Interpretação de VDRL de rastreio	Serviço de pré-natal	Caso com referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica
Clinico	Biológica: Diagnóstico de sífilis em gestante com presença de sinais e sintomas.	Serviço de pré-natal	Gestante não apresentou ou não relatou sintomas				
Produção do cuidado	Tratamento	Gestante	Biológico: Prescrição tratamento da gestante	Serviço de pré-natal	Caso com referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso com referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica
			Biológico: administração tratamento da gestante	Serviço de pré-natal e Medicamento para tratamento de sífilis em gestante.	Caso com referência de UBS com serviço de pré-natal e medicação disponível	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal ou medicação indisponível	Não se aplica
Gestão da clínica	Gestão da gestante	Gestão do caso	Biopsicossocial: Abordagem da família	Serviço de pré-natal	Caso com referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica
			Biopsicossocial: Abordagem da família				
Produção do Cuidado	Parceria sexual da gestante	Testagem	Biológico: testagem de parceria sexual	Profissionais capacitados e insumos para TR ou Suporte laboratorial	Disponibilidade de insumo para Teste Rápido e profissional capacitado	Indisponibilidade de Teste rápido ou profissional capacitado	Parceiro já tem diagnóstico fechado.
		Tratamento	Biológico: prescrição de tratamento de parceria sexual	Serviço de pré-natal	Caso com referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica

		<p>Biológico: administração de tratamento de parceria sexual não testada ou negativa.</p> <p>Biológico: administração de tratamento de parceria sexual não testada ou negativa.</p>	Serviço de pré-natal + medicamentos	Disponibilidade de medicamentos	Indisponibilidade de medicamento	Parceiro já tem tratado por outro serviço.
Produção do Cuidado	Seguimento Gestante	Biológico: coleta de VDRL inicial	Serviço de pré-natal	Caso com referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica
		Biológico: solicitação mensal de amostra VDRL				
		Biológico: coleta mensal de amostra VDRL				
	Biológico: Processamento de amostra VDRL	Suporte laboratorial	Caso com referência de UBS com suporte laboratorial disponível	Caso com referência de UBS com suporte laboratorial indisponível	Não se aplica	
	Biológico: Monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura	Serviço de pré-natal	Caso com referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica	
Gestão da Clínica	Gestão da Condição	Biopsicossocial: Monitoramento do plano de cuidado	Serviço de pré-natal	Referência de UBS com serviço de pré-natal + ACS	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal + ACS	Não se aplica
		Biopsicossocial: Comunicação entre membros da equipe	Serviço de pré-natal	Caso com referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica
		Biopsicossocial: Educação em saúde	Serviço de pré-natal			
Gestão da Clínica	Gestão do Caso	Biopsicossocial: Promoção da integralidade	Serviço de pré-natal	Caso com referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica
		Biopsicossocial: Coordenação da adequação dos cuidados às necessidades da gestante	Serviço de pré-natal			

		Biopsicossocial: Coordenação da adequação dos cuidados às necessidades da gestante	Serviço de pré-natal			
		Biopsicossocial: Continuidade do cuidado	Serviço de pré-natal			

Para o indicador “execução competente” temos quatro opções, realizado adequadamente, não realizado adequadamente, recursos ausentes (significa que não se dispunha de recurso para realizar a atividade prevista no modelo lógico) e sem necessidade, este último significa que o caso não necessitou da atividade previsto no modelo lógico.

Quadro 26 – Critérios, padrões e rubricas avaliativas para o indicador de execução competente.

Indicador: Execução competente						
Cálculo: (soma realizado adequadamente) / (Soma de realizados e não realizados adequadamente) = Execução competente						
Critérios			Padrões			
Fases do cuidado Pré-natal – Domínios	Processos / Atividades	Realizado adequadamente	Não realizado adequadamente	Recursos ausentes	Sem necessidade	
Gestão da Clínica	Gestão do acesso / Lista de Espera	Atendimento de gestantes que procuraram o serviço	Atendimento de gestantes que procuraram o pré-natal	Não atendimento de gestante que procurou o pré-natal	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Gestante não procurou o pré-natal
		Busca ativa na comunidade de gestantes que não acessaram o pré-natal	Busca ativa de gestante que não procurou pré-natal	Sem busca ativa de gestante que não procurou o pré-natal	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal + ACS	Gestante procurou o pré-natal
Produção do Cuidado	Anamnese	Avaliação dos riscos biológicos	Registro dos riscos biológicos identificados em prontuário eletrônico e / ou registro do plano de cuidados relacionados aos riscos	Ausência de registro dos riscos biológicos identificados em prontuário eletrônico e / ou registro do plano de cuidados relacionados aos riscos	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso não apresentou risco biológico
		Avaliação de riscos psíquicos	Registro dos riscos psíquicos ou vulnerabilidades identificadas em prontuário eletrônico e / ou registro do plano de cuidados relacionados aos riscos	Ausência de registro dos riscos psíquicos ou vulnerabilidades identificadas em prontuário eletrônico e / ou registro do plano de cuidados relacionados aos riscos	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso não apresentou risco psíquico

			Avaliação de riscos sociais ou vulnerabilidades	Registro dos riscos sociais ou vulnerabilidades identificadas em prontuário eletrônico e / ou registro do plano de cuidados relacionados aos riscos	Ausência de registro dos riscos sociais ou vulnerabilidades identificadas em prontuário eletrônico e / ou registro do plano de cuidados relacionados aos riscos	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso não apresentou risco social ou vulnerabilidade
Produção do Cuidado	Diagnóstico	Teste Rápido	Realização do Teste Rápido para sífilis na gestante e interpretação do resultado.	Realização do teste rápido na gestante	Não realização de teste rápido na gestante	Insumo ou profissional capacitado indisponível	Gestante já iniciou o pré-natal já diagnosticada ou em tratamento
		VDRL	Solicitação de VDRL de rastreio.	Solicitação de VDRL na 1º consulta de pré-natal	Não solicitação de VDRL na 1º consulta de pré-natal	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Gestante já diagnosticada ou em tratamento
	Coleta de VDRL rastreio.		Realização da coleta de sangue para exame de VDRL de rastreio	Não realização da coleta de sangue para exame de VDRL de rastreio	Insumos ou profissionais indisponíveis	Gestante já diagnosticada ou em tratamento	
	Processamento da Amostra VDRL rastreio.		Processamento da amostra de VDRL	Não processamento da amostra de VDRL	Indisponibilidade de laboratório de referência para VDRL	Gestante já diagnosticada ou em tratamento	
	Acesso e Interpretação do resultado VDRL de rastreio.		Avaliação do resultado do exame de VDRL por médico	Resultado do exame de VDRL não avaliado por médico	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Gestante já diagnosticada ou em tratamento	
	Clinico		Propedêutica clínica	Suspeita de sífilis através da aplicação das técnicas de propedêutica	Sem suspeita clínica de sífilis	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Gestante não apresentou sinal ou sintomas de sífilis
	Produção do cuidado	Tratamento Gestante	Prescrição adequada e oportuna de tratamento para gestante.	Prescrição do tratamento adequado e oportuno	Sem prescrição do tratamento ou prescrição inadequada	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Gestante já iniciou o pré-natal diagnosticada ou em tratamento.
Administração do tratamento prescrito para gestante em tempo oportuno.			Administração do tratamento em tempo oportuno	Sem administração do tratamento ou administração em tempo inoportuno	Medicamento indisponível	Gestante já iniciou o pré-natal com tratamento concluído.	
Gestão da Parceria	Gestão do	Registro de informações sobre o tema parceiro	Registro sobre a abordagem do tema parceiro	Sem registro sobre abordagem do tema parceiro	Caso sem referência de	Não se aplica	

Produção do Cuidado	Produção do Cuidado					UBS com serviço de pré-natal		
			Convocação do parceiro para PN homem	Convocação do parceiro realizada	Não realizado convocação do parceiro	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Parceiro impossibilidade de comparecer na unidade.	
		Testagem	Testagem do parceiro	Realização de teste rápido ou VDRL no parceiro	Não realização de teste rápido ou VDRL no parceiro	Insumo ou profissional capacitado indisponível e referência de laboratório indisponível.	Parceiro já diagnosticado por outro serviço.	
		Tratamento	Prescrição de tratamento presumível ou adequado para fase da sífilis no parceiro.	Prescrição de tratamento presumível ou adequado para a fase clínica do parceiro	Não prescrição de tratamento presumível ou adequado para a fase clínica do parceiro	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Parceiro já tratado por outro serviço.	
			Administração de tratamento presumível do parceiro.	Administração do tratamento presumível ao parceiro	Não administração do tratamento presumível ao parceiro	Medicamento indisponível	Parceiro com resultado de testagem positiva, necessita de tratamento adequado para fase clínica.	
			Administração do tratamento prescrito para o parceiro.	Administração de tratamento prescrito para a fase clínica.	Não administração de tratamento prescrito para a fase clínica.	Medicamento indisponível	Não se aplica.	
		Produção do Cuidado	Seguimento Gestante	Coleta de VDRL de início de Seguimento (ante do início do tratamento).	Realização de coleta de VDRL para início de seguimento	Não realização de coleta de VDRL para início de seguimento	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica
				Solicitação mensal do exame VDRL de seguimento	Solicitação mensal de VDRL de seguimento	Não solicitação mensal de VDRL de seguimento	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica
				Coleta de todos os exames VDRL de seguimento	Realização de coleta mensal de VDRL de seguimento	Não realização de coleta mensal de VDRL de seguimento	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica

		Processamento de todas as Amostras VDRL de seguimento coletadas	Processamento das amostras mensais de VDRL	Não processamento das amostras mensais de VDRL	Referência de laboratório indisponível	Não se aplica
		Acesso e Interpretação dos resultados de VDRL	Interpretação adequada do resultado do exame de VDRL de seguimento	Não interpretação adequada do resultado do exame de VDRL de seguimento	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica
Gestão da Clínica	Gestão da Condição	Visitas domiciliares do ACS para monitoramento do pré-natal	Realização de visita mensal do agente de saúde por motivo de pré-natal	Não realização de visita mensal do agente de saúde por motivo de pré-natal	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica
		Visitas domiciliares para busca ativa de faltosas em consultas ou exames em qualquer ponto da rede	Registro sobre gestantes faltosas e de visita de busca ativa	Ausência de registro sobre gestantes faltosas e visita de busca ativa	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Gestante não apresentou falta em consultas e exames
		Registro de informações em prontuário	Registro de história clínica e perinatal, intercorrências e urgências em prontuário eletrônico	Sem registro de história clínica e perinatal, intercorrências e urgências em prontuário eletrônico	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica
		Monitoramento da participação da gestante em ações educativas	Registro sobre monitoramento da participação da gestante em ações educativas	Ausência de registro sobre monitoramento da participação da gestante em ações educativas	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Não se aplica
Gestão da Clínica	Gestão do Caso	Oferta de cuidados diferenciados, ajustados as necessidades da gestante.	Oferta de cuidados diferenciados: -Orientações específicas -Consulta ou coleta de exames em domicílio -Discussão do caso com equipe -Flexibilização de acesso (horários de consultas, exames)	Ausência de oferta de cuidados diferenciados	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso não apresenta falta em consultas ou exames e / ou condições de vulnerabilidades e / ou dificuldades de adesão ao pré-natal.
		Regulação e monitoramento do acesso a outros pontos da rede	Registro sobre regulação e monitoramento de acesso de gestantes em outros pontos da rede	Ausência de registro sobre regulação e monitoramento de acesso de gestantes em outros pontos da rede ou não encaminhada.	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal ou serviço necessário.	Não se aplica

		Atendimento em outros pontos da rede conforme necessidade	Atendimento de gestantes em outros pontos da rede conforme encaminhamento.	Gestantes não atendidas para o local de encaminhamento ou não encaminhada.	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal ou serviço necessário.	Não se aplica
		Continuidade: Manutenção de consultas ou visitas domiciliares de gestantes encaminhadas a outros pontos da rede	Continuidade de visitas e consultas de pré-natal de gestantes encaminhadas para outros pontos da rede.	Ausência de continuidade do pré-natal ou ausência de pré-natal compartilhado.	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal	Caso não foi encaminhado para outros pontos da rede

*Serão considerados neste estudo riscos biológicos, psíquicos e sociais todos os riscos publicados nas diretrizes técnicas do pré-natal e na literatura científica disponível sobre o tema.

Para o indicador “produtividade” temos quatro opções, produzido, não produzido, recursos ausentes (significa que não se dispunha de recurso para o produto previsto no modelo lógico) e sem necessidade, este último significa que o caso não necessitou do processo e/ou produto previsto no modelo lógico.

Enquanto o indicador de “execução competente” tem como critério os processos ou atividades, o indicador de “produtividade” tem como critério os produtos.

Pode haver uma certa confusão ao analisar os critérios destes dois indicadores visto que, segundo (FARAND, 2011) no campo da saúde não são raras as ocasiões em que o produto ou exsumos (serviços) são de certa forma o próprio trabalho (processo), p. ex., uma consulta, uma internação é ao mesmo tempo um processo e um produto.

Contudo esclarecemos que quando falamos de execução competente procuramos entender se o processo foi realizado de acordo com as diretrizes e quando falamos de produtividade estamos nos referindo ao produto dos processos e nem sempre processos e produtos são iguais.

Quadro 27 – Critérios, padrões e rubricas avaliativas para o indicador produtividade.

Indicador: Produtividade						
Cálculo: (soma produzidos) / (Soma de produzidos e não produzidos) = Produtividade						
Fases do cuidado		Critérios	Padrões			
			Produtos ou serviços (outputs)	Serviço produzido ou ofertado	Serviço não produzido ou não ofertado	Recursos ausentes	Sem necessidade / NA
Gestão da Clínica	Gestão do acesso / Lista de Espera	Primeira consulta de pré-natal	Primeira consulta de pré-natal realizada	Primeira consulta de pré-natal não realizada	Ausência de referência para serviço de pré-natal	Gestante não procurou UBS
					Ausência de referência para serviço de pré-natal com ACS	Gestante procurou UBS
Produção do Cuidado	Anamnese	Identificação de todos os riscos apresentados pelas gestantes.	Registro de todos os riscos apresentados pela gestante (biológicos, psíquicos e socioeconômicos).	Ausência de registro de todos os riscos apresentados pela gestante	Ausência de referência para serviço de pré-natal	Gestante não apresentou nenhum risco ou vulnerabilidade

					(biológicos, psíquicos e socioeconômicos).					
	Produção do Cuidado	Diagnóstico	Clínico	VDR	Teste Rápido	Diagnóstico de sífilis gestacional	Gestante diagnosticada para sífilis	Gestante não diagnosticada para sífilis	Insumo ou profissional capacitado indisponível e unidade sem referência de laboratório de análises clínicas	Gestante já iniciou o pré-natal diagnosticada.
	Produção do cuidado	Tratamento	Gestante			Conclusão de tratamento adequado (draga, dose) e oportuno (tempo).	Gestante tratada para sífilis de forma adequada e em tempo oportuno	Gestante não tratada para sífilis de forma adequada e em tempo oportuno	Medicamento para tratamento indisponível	Gestante já tratada, teste positivo se refere a cicatriz sorológica.
	Produção do Cuidado	Parceria sexual da gestante	Tratamento	Testagem	Gestão do caso	Tratamento do parceiro concluído adequadamente.	Parceria sexual tratada adequadamente para sífilis.	Parceria sexual não tratada adequadamente para sífilis.	Indisponibilidade de medicamento para tratamento do parceiro	Parceiro já tratado para sífilis anteriormente
	Produção do Cuidado	Seguimento Gestante				Seguimento da titulação durante no PN: gestante sem ascendência de titulação ou queda de 2 ou mais titulações em 3 meses	Confirmação ou descarte de aumento de 2 ou mais titulações.	Exames não treponêmicos não realizados ou insuficientes para confirmação ou descarte de aumento de titulação.	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal ou de laboratório de referência	Não se aplica
	Gestão da Clínica	Gestão da Condição				Monitoramento da adesão da gestante ao pré-natal (realização de 6 ou mais consultas de pré-natal).	Realização de 6 ou mais consultas durante o pré-natal.	Realização de menos que 6 o pré-natal.	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal ou de laboratório de referência	Gestações interrompidas no 1º ou 2º trimestre.
G	est	ão	do							

		Ajustamento da densidade tecnológica dos cuidados ofertados as necessidades de saúde (acesso cuidados e serviços de acordo com necessidades).	Cuidados e encaminhamentos realizados de acordo com a necessidade do caso.	Cuidados e encaminhamentos não realizados de acordo com a necessidade do caso.	Caso sem referência de UBS com serviço de pré-natal ou de laboratório de referência	Caso sem necessidade de adequação dos cuidados.
--	--	---	--	--	---	---

* A definição de necessidade de encaminhamento para outros pontos da rede levará em consideração as diretrizes técnicas do pré-natal.

6.6.3 Descrição dos procedimentos de mensuração dos indicadores

Seguimos com a descrição do cálculo dos indicadores. Todos os procedimentos de mensuração podem ser realizados automaticamente por meio de programação de algoritmos em ambiente computacional.

A disponibilidade foi calculada como segue:

Cada critério de disponibilidade recebeu uma pontuação, “1” quando estava disponível, “0” quando estava indisponível e “NA - não se aplica” ou “Sem necessidade” quando não havia necessidade do recurso.

Algumas vezes o recurso avaliado não era necessário para o atendimento do caso, por exemplo quando uma gestante já dava início ao pré-natal com resultado positivo para sífilis e não havia necessidade do insumo kit para teste rápido, nessas situações o caso não recebeu pontuação.

- ✓ 1º- **Disponibilidade de cada recurso para cinco domínios para cada caso:** de acordo com os critérios dispostos no **Quadro 25** verificou-se para cada caso a disponibilidade de recursos, para realização dos processos em cada domínio.
- ✓ 2º- **Disponibilidade total dos recursos para cada domínio que compõem a qualidade clínica do pré-natal, para cada caso:** foi calculado a partir da soma

da pontuação da disponibilidade de todos os recursos de cada domínio, dividido pela quantidade de casos que receberam pontuação total igual a 0 ou 1 para os critérios ou recursos avaliados no domínio.

- ✓ 3° - **Disponibilidade total de cada caso para todos os domínios que compõem a qualidade clínica do pré-natal:** foi calculada por meio da soma da pontuação da disponibilidade de todos os domínios, o resultado dessa soma foi dividido pela quantidade de domínios com pontuação entre 0 e 1.

Mensuração consolidada disponibilidade para toda a coorte

4°- **Disponibilidade total da coorte para cada domínio:** foi calculado a partir da soma da pontuação da disponibilidade de todos os casos para cada domínio, dividido e dividido pela quantidade de casos que receberam pontuação total entre 0 e 1 para o domínio em questão.

5°- **Disponibilidade total da coorte para todos os domínios:** foi calculada a partir da soma da pontuação da disponibilidade total de toda a coorte para cada domínio e dividido pela quantidade de domínios.

A execução competente foi calculada como segue:

Sempre que o subprocesso ou a prática realizada estava em acordo com as diretrizes técnicas atribuía-se nota 1 e quando não estava em acordo atribuía-se nota 0.

Quando o caso não necessitava da realização da prática não era atribuído nota para o caso. O **Quadro 26** na página 339 detalha as rubricas avaliativas utilizadas para o julgamento de cada processo.

- ✓ 1°- **Execução competente de cada subprocesso de cada caso:** verificou-se para cada subprocesso de cada caso se as ações ou práticas foram realizadas de acordo com as diretrizes técnicas do cuidado pré-natal.
- ✓ 2°- **Execução competente total de cada caso para cada domínio:** foi calculado a partir da soma da pontuação da execução competente de todos os subprocessos / prática de cada domínio para cada caso, dividido pela quantidade de processos

que receberam pontuação total igual a “0” ou “1” para os critérios / subprocessos avaliados no domínio.

- ✓ 3° A - **Execução competente total de cada caso para todos os domínios que compõem a qualidade clínica do pré-natal:** foi calculada por meio da soma da pontuação da execução competente de todos os domínios para cada caso, o resultado dessa soma foi dividido pela quantidade de domínios independentemente da pontuação de cada domínio.
- ✓ 3° B - **Execução competente total de cada caso para todos os domínios que compõem a qualidade genérica do pré-natal:** foi calculada por meio da soma da pontuação da execução competente de todos os domínios para cada caso, o resultado dessa soma foi dividido pela quantidade de domínios independentemente da pontuação de cada domínio.

Mensuração consolidada da execução competente para toda a coorte

4°-**Execução competente total da coorte para cada domínio:** foi calculado a partir da soma da pontuação da execução competente de todos os casos para cada domínio, dividido e dividido pela quantidade de casos que receberam pontuação total entre 0 e 1 para o domínio em questão.

5° A- **Execução competente total da coorte para todos os domínios que compõem a qualidade clínica do pré-natal:** foi calculada a partir da soma da pontuação da execução competente total de toda a coorte para cada domínio e dividido pela quantidade de domínios.

5° B- **Execução competente total da coorte para todos os domínios que compõem a qualidade genérica do pré-natal:** foi calculada a partir da soma da pontuação da execução competente total de toda a coorte para cada domínio e dividido pela quantidade de domínios.

A produtividade foi calculada como segue:

Sempre que o serviço ou produto era ofertado adequadamente à gestante atribuía-se nota “1” e quando não era ofertado adequadamente atribuía-se nota “0”.

Quando o caso não necessitava do produto não era atribuído nota para o caso. O **Quadro 27** na página 344 detalha as rubricas avaliativas utilizadas para o julgamento de cada produto.

- ✓ 1° - **A produtividade de cada produto para cada caso**: verificou-se para cada produto de cada caso se os serviços foram ofertados adequadamente.
- ✓ 2° - **A Produtividade total de cada caso para cada domínio**: foi calculada a partir da soma da pontuação produtividade de todos os produtos de cada domínio para cada caso, dividido pela quantidade de produtos que receberam pontuação total igual a “0” ou “1” para os critérios avaliados no domínio.
- ✓ 3° A - **Produtividade total de cada caso para todos os domínios que compõem a qualidade clínica do pré-natal**: foi calculada por meio da soma da pontuação da produtividade de todos os domínios para cada caso, o resultado dessa soma foi dividido pela quantidade de domínios.
- ✓ 3° B - **Produtividade total de cada caso para todos os domínios que compõem a qualidade genérica do pré-natal**: foi calculada por meio da soma da pontuação da produtividade de todos os domínios para cada caso, o resultado dessa soma foi dividido pela quantidade de domínios.

Mensuração consolidada da produtividade para toda a coorte

4°- **Produtividade total da coorte para cada domínio**: foi calculado a partir da soma da pontuação da produtividade de todos os casos para cada domínio, dividido e dividido pela quantidade de casos que receberam pontuação total entre 0 e 1 para o domínio em questão.

5°- **Produtividade total da coorte para todos os domínios**: foi calculada a partir da soma da pontuação da execução competente total de toda a coorte para cada domínio e dividido pela quantidade de domínios

A **Tabela 25** na página 362 apresenta os resultados da mensuração dos três indicadores para cada um dos oito domínios.

Descrição dos procedimentos de mensuração do Grau de qualidade

Para analisar o grau de qualidade do pré-natal o estudo trabalhou com oito domínios avaliativos e 3 indicadores (disponibilidade, execução competente e produtividade).

A qualidade do pré-natal foi avaliada em cada um dos domínios com base nos resultados de avaliação das rubricas de cada um dos três indicadores, conforme mostra a **Figura 38**.

Figura 49 - Domínios e rubricas avaliativas



Fonte: próprio autor

6.6.4 Qualidade do pré-natal

A qualidade do pré-natal foi mensurada separadamente para os dois núcleos de ações que compõem o cuidado, a qualidade clínica e a qualidade genérica. Lembrando que o modelo teórico considera a qualidade genérica como uma covariável da cadeia principal de causalidade da sífilis congênita, de modo que a qualidade genérica influencia a qualidade clínica.

A mensuração da qualidade clínica está apresentada na **Tabela 23**, onde a qualidade clínica representa a média do grau de adequação das estruturas, dos processos e dos produtos.

A medida de adequação das estruturas está representada pelo indicador de disponibilidade, a medida de adequação dos processos e subprocessos está representada pelo indicador de execução competente, e a medida de adequação dos serviços ou produtos entregues à gestante está representada pelo indicador de produtividade.

Tabela 23 - Mensuração da qualidade clínica do pré-natal.

	Id_Caso	Disponibilidade Total	Execução Competente Total	Produtividade Total	Grau de Qualidade Clínica do Pré-natal	Desfecho do caso
1	Caso G-91-KASF	1,00	1,00	1,00	1,00	Nascimento de criança saudável
2	Caso G-90-SMFDS	1,00	1,00	1,00	1,00	Nascimento de criança saudável
3	Caso G-73-GNDS	1,00	1,00	1,00	1,00	Nascimento de criança saudável
4	Caso G-54-JDL	1,00	1,00	1,00	1,00	Nascimento de criança saudável
5	Caso G-113-MLS	1,00	0,975	1,00	0,991666667	Nascimento de criança saudável
6	Caso G-69-CMJ	1,00	0,975	1,00	0,991666667	Nascimento de criança saudável
7	Caso G-37-JFDS	1,00	0,95	0,8	0,916666667	Nascimento de criança saudável
8	Caso G-35-HBDC	1,00	0,9	0,8	0,9	Nascimento de criança saudável
9	Caso G-183 - GODS	1,00	0,9	0,8	0,9	Nascimento de criança saudável
10	Caso G-76-PDSS	1,00	0,9	0,8	0,9	Nascimento de criança saudável
11	Caso G-66-FSR	1,00	0,9	0,8	0,9	Indeterminado
12	Caso G-188- KPS	1,00	0,8666667	0,8	0,888888889	Nascimento de criança saudável
13	Caso G-33-FAPDS	1,00	0,85	0,8	0,883333333	Nascimento de criança saudável
14	Caso G-71-TRM	1,00	0,85	0,8	0,883333333	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
15	Caso G-106-BMDCG	1,00	0,8380952	0,8	0,879365079	Nascimento de criança saudável
16	Caso G-60-JIDS	1,00	0,8333333	0,8	0,877777778	Nascimento de criança saudável
17	Caso G-104-EDSSDS	1,00	0,8166667	0,8	0,872222222	Nascimento de criança saudável
18	Caso G-51-SBS	1,00	0,8	0,8	0,866666667	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
19	Caso G-177 - AADN	1,00	0,7714286	0,8	0,857142857	Nascimento de criança saudável
20	Caso G-87-LDSN	1,00	0,7714286	0,8	0,857142857	Indeterminado
21	Caso G-48-HCCDJ	1,00	0,75	0,8	0,85	Nascimento de criança saudável

22	Caso G-57-DCDS	1,00	0,75	0,8	0,85	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
23	Caso G-62-ANR	1,00	0,7384615	0,8	0,846153846	Nascimento de criança saudável
24	Caso G-98-GPDS	0,86	0,8	0,8	0,819047619	Nascimento de criança saudável
25	Caso G-63-ANP	0,86	0,8	0,8	0,819047619	Nascimento de criança saudável
26	Caso G-49-SCADS	1,00	0,85	0,6	0,816666667	Nascimento de criança saudável
27	Caso CG-3-AADS	1,00	0,8416667	0,6	0,813888889	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
28	Caso G-56-TSC	0,86	0,7333333	0,8	0,796825397	Nascimento de criança saudável
29	Caso CG-28-ACDSL	1,00	0,7884615	0,6	0,796153846	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
30	Caso G-36-KDON	1,00	0,7833333	0,6	0,794444444	Nascimento de criança saudável
31	Caso G-47-LASDA	1,00	0,75	0,6	0,783333333	Nascimento de criança saudável
32	Caso G-176 - AYFDB	1,00	0,75	0,6	0,783333333	Nascimento de criança saudável
33	Caso G-61-BCSB	1,00	0,7214286	0,6	0,773809524	Nascimento de criança saudável
34	Caso G-53-GMDO	1,00	0,7	0,6	0,766666667	Indeterminado
35	Caso G-74-MBB	1,00	0,7	0,6	0,766666667	Nascimento de criança saudável
36	Caso G-64-ERDO	1,00	0,6916667	0,6	0,763888889	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
37	Caso G-38-APRDS	1,00	0,675	0,6	0,758333333	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
38	Caso G-43-RG	1,00	0,65	0,6	0,75	Nascimento de criança saudável
39	Caso G-58-EMC	1,00	0,65	0,6	0,75	Nascimento de criança saudável
40	Caso CG-8-CCMDS	1,00	0,6166667	0,6	0,738888889	Neuro sífilis
41	Caso G-84-SMDM	1,00	0,6076923	0,6	0,735897436	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
42	Caso G-52-VLDS	0,86	0,7416667	0,6	0,732936508	Nascimento de criança saudável
43	Caso G-40-ARA	1,00	0,75	0,4	0,716666667	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
44	Caso G-180 - FICDS	1,00	0,7166667	0,4	0,705555556	Nascimento de criança saudável
45	Caso G-79-MMDS	1,00	0,4857143	0,6	0,695238095	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
46	Caso G-95-ALDJS	0,86	0,6166667	0,6	0,691269841	Nascimento de criança saudável
47	Caso G-65-ACFDS	1,00	0,6464286	0,4	0,682142857	Nascimento de criança saudável
48	Caso G-46-ASO	1,00	0,625	0,4	0,675	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
49	Caso G-45-TDSB	1,00	0,625	0,4	0,675	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
50	Caso G-41-EDC	1,00	0,625	0,4	0,675	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
51	Caso C-144-AHAS	0,86	0,7583333	0,4	0,671825397	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
52	Caso G-42-KSDO	1,00	0,6	0,4	0,666666667	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
53	Caso G-85-ABF	1,00	0,5730769	0,4	0,657692308	Nascimento de criança com Sífilis Congênita

54	Caso G-39-SVDP	1,00	0,5416667	0,4	0,647222222	Nascimento de criança saudável
55	Caso G-55-MBS	1,00	0,525	0,2	0,575	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
56	Caso G-34-VPDS	1,00	0,5	0,2	0,566666667	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
57	Caso C-175 - JGDSC	1,00	0,6	0	0,533333333	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
58	Caso CG-17-ECDS	1,00	0,3	0,25	0,516666667	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
59	Caso CG-15-MP	1,00	0,4595238	0	0,486507937	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
60	Caso C-171-EST	1,00	0,2076923	0,25	0,485897436	Neuro sífilis
61	Caso CG-6-EADS	1,00	0,35	0	0,45	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
62	Caso C-169-LGDM	1,00	0,1	0,25	0,45	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
63	Caso C-170-KCSV	1,00	0,1	0,25	0,45	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
64	Caso G-68-TRSN	0,86	0,4416667	0	0,432936508	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
65	Caso CG-26-BRDO	1,00	0,225	0	0,408333333	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
66	Caso CG-10-SDDS	1,00	0,1794872	0	0,393162393	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
67	Caso C-189 - KFDJR	1,00	0,1692308	0	0,38974359	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
68	Caso C-192 - NQDSB	1,00	0,1589744	0	0,386324786	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
69	Caso CG-11-FKL	1,00	0,1571429	0	0,385714286	Aborto
70	Caso C-173 - KSF	1,00	0,0857143	0	0,361904762	Natimorto (óbito fetal)
71	Caso CG-21-TDAR	1,00	0,075	0	0,358333333	Natimorto (óbito fetal)
72	Caso CG-1-BMS	1,00	0,0571429	0	0,352380952	Aborto
73	Caso C-168-IDSB	1,00	0,0571429	0	0,352380952	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
74	Caso CG-16-BPDS	1,00	0,0461538	0	0,348717949	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
75	Caso G-190 - KAT	1,00	0,0461538	0	0,348717949	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
76	Caso CG-12-VADDS	1,00	0,0307692	0	0,343589744	Neuro sífilis
77	Caso CG-4-RBDS	1,00	0,0285714	0	0,342857143	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
78	Caso CG-14-MSDA	1,00	0,0285714	0	0,342857143	Aborto
79	Caso C-191 - MXBDO	0,86	0,1	0	0,319047619	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
80	Caso CG-13-BRS	0,86	0,0666667	0	0,307936508	Neuro sífilis
81	Caso G-194 - PGS	Sem acesso	0	0	0	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
82	Caso G-195 - TSDA	Sem acesso	0	0	0	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
83	Caso G-178 - CLDS	Sem acesso	0	0	0	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
84	Caso G-181 - GAM	Sem acesso	0	0	0	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
85	Caso G-184 - GLN	Sem acesso	0	0	0	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
86	Caso G-185 - JSA	Sem acesso	0	0	0	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
87	Caso G-187 - JKMDC	Sem acesso	0	0	0	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
88	Caso C-193 - NDOC	Sem acesso	0	0	0	Neuro sífilis
89	Caso G-186 - JBMDS	Sem acesso	0	0	0	Aborto

A mensuração da qualidade genérica está apresentada na **Tabela 24**, onde a qualidade genérica representa a média do grau de adequação das ações (processos e subprocessos e produtos) dos domínios de: acesso, gestão da condição e gestão da clínica.

Para a mensuração da qualidade genérica não foi utilizado o indicador de disponibilidade, considerou-se apenas os processos e os produtos.

A medida de adequação dos subprocessos está representada pelo indicador de execução competente, e a medida de adequação dos serviços ou produtos entregues à gestante está representada pelo indicador de produtividade.

Na **Tabela 24** também contam as informações de vulnerabilidade, grau de qualidade clínica e desfecho da gestação, essas informações foram inseridas na tabela para permitir a contextualização da interação das variáveis, conforme prevê o modelo teórico.

Destacamos que a qualidade genérica é uma variável que sofre forte interferência do comportamento da usuária (gestante), de forma que o produto da qualidade genérica envolve tanto ações da equipe como comportamento da gestante.

Há casos em que há baixa adequação das ações das equipes, porém há uma forte adesão da gestante às orientações do pré-natal, essa situação gera produtos adequados mesmo com alta inadequação das ações da equipe, o contrário também pode ocorrer.

Veja que as interações entre as variáveis são múltiplas e complexas, envolvendo muitos atores, de modo que a ocorrência de contingências (efeitos não esperados) é altamente esperada.

Tabela 24 - Mensuração da qualidade genérica do pré-natal

Id_Caso		Execução Competente Total Gestão Clínica	Produtividade Total Gestão Clínica	Grau de Qualidade Genérica do pré-natal	Vulnerabilidades	Grau de Qualidade Clínica do PN	Desfecho do caso
1	Caso G-104-EDSSDS	0,944444444	0,833333333	0,88888889	Uso de entorpecentes; Exposição à violência; Situação afetiva conflituosa	0,872222222	Nascimento de criança saudável

2	Caso G-76-PDSS	0,944444444	0,833333333	0,88888889	Beneficiária bolsa família	0,9	Nascimento de criança saudável
3	Caso G-54-JDL	0,75	1	0,875	Sem registro de vulnerabilidades	1	Nascimento de criança saudável
4	Caso G-91-KASF	0,722222222	1	0,86111111	Adolescente (10a19anos; OMS)	1	Nascimento de criança saudável
5	Caso G-69-CMJ	0,722222222	1	0,86111111	Adolescente (10a19anos; OMS)	0,991666667	Nascimento de criança saudável
6	Caso G-37-JFDS	0,666666667	1	0,83333333	Sem registro de vulnerabilidades	0,916666667	Nascimento de criança saudável
7	Caso G-90-SMFDS	0,666666667	1	0,83333333	Adolescente (10a19anos; OMS); Baixa escolaridade	1	Nascimento de criança saudável
8	Caso G-36-KDON	0,944444444	0,666666667	0,80555556	Adolescente (10a19anos; OMS)	0,794444444	Nascimento de criança saudável
9	Caso G-61-BCSB	0,944444444	0,666666667	0,80555556	Adolescente (10a19anos; OMS); Uso de entorpecentes; Exposição à violência; Baixa escolaridade; desconhece pai da criança	0,773809524	Nascimento de criança saudável
10	Caso CG-3-AADS	0,555555556	1	0,77777778	Baixa escolaridade	0,813888889	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
11	Caso G-35-HBDC	0,694444444	0,833333333	0,76388889	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,9	Nascimento de criança saudável
12	Caso G-113-MLS	0,5	1	0,75	Sem registro de vulnerabilidades	0,991666667	Nascimento de criança saudável
13	Caso G-73-GNDS	0,611111111	0,833333333	0,72222222	Beneficiária bolsa família; Uso de entorpecentes; Baixa escolaridade	1	Nascimento de criança saudável
14	Caso G-56-TSC	0,611111111	0,833333333	0,72222222	Sem registro de vulnerabilidades	0,796825397	Nascimento de criança saudável
15	Caso G-87-LDSN	0,4	1	0,7	Parceiro em reclusão	0,857142857	Indeterminado
16	Caso G-33-FAPDS	0,527777778	0,833333333	0,68055556	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,883333333	Nascimento de criança saudável
17	Caso CG-28-ACDSL	0,527777778	0,833333333	0,68055556	Adolescente (10a19anos; OMS); Baixa escolaridade	0,796153846	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
18	Caso G-183-GODS	0,527777778	0,833333333	0,68055556	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,9	Nascimento de criança saudável

19	Caso G-180 - FICDS	0,666666667	0,666666667	0,666666667	Uso de entorpecentes	0,705555556	Nascimento de criança saudável
20	Caso G-51-SBS	0,666666667	0,666666667	0,666666667	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família	0,866666667	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
21	Caso G-66-FSR	0,666666667	0,666666667	0,666666667	Sem registro de vulnerabilidades	0,9	Indeterminado
22	Caso G-84-SMDM	0,622222222	0,666666667	0,644444444	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,735897436	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
23	Caso CG-15-MP	0,611111111	0,666666667	0,638888889	Situação afetiva conflituosa; Imigrante	0,486507937	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
24	Caso G-176 - AYFDB	0,611111111	0,666666667	0,638888889	Beneficiária bolsa família; Uso de entorpecentes; Baixa escolaridade; Situação afetiva conflituosa	0,783333333	Nascimento de criança saudável
25	Caso G-47-LASDA	0,444444444	0,833333333	0,638888889	Sem registro de vulnerabilidades	0,783333333	Nascimento de criança saudável
26	Caso G-106-BMDCG	0,444444444	0,833333333	0,638888889	Uso de entorpecentes; Exposição à violência	0,879365079	Nascimento de criança saudável
27	Caso G-64-ERDO	0,444444444	0,833333333	0,638888889	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,763888889	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
28	Caso G-68-TRSN	0,555555556	0,666666667	0,611111111	Beneficiária bolsa família; Parceiro em reclusão; Descrédito com o pré-natal; ou não adesão	0,432936508	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
29	Caso C-144-AHAS	0,388888889	0,833333333	0,611111111	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família; Exposição à violência	0,671825397	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
30	Caso G-98-GPDS	0,388888889	0,833333333	0,611111111	Sem registro de vulnerabilidades	0,819047619	Nascimento de criança saudável
31	Caso G-49-SCADS	0,722222222	0,5	0,611111111	Adolescente (10a19anos; OMS); Uso de entorpecentes; Descrédito com o pré-natal; ou não adesão	0,816666667	Nascimento de criança saudável
32	Caso G-188-KPS	0,527777778	0,666666667	0,597222222	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família; Situação afetiva conflituosa	0,888888889	Nascimento de criança saudável

33	Caso CG-8-CCMDS	0,511111111	0,666666667	0,58888889	Beneficiária bolsa família; Exposição à violência; Baixa escolaridade; Parceiro em reclusão	0,73888889	neuro sífilis
34	Caso G-57-DCDS	0,511111111	0,666666667	0,58888889	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade; Parceiro em reclusão; Descrédito com o pré-natal; ou não adesão	0,85	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
35	Caso G-45-TDSB	0,5	0,666666667	0,58333333	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família	0,675	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
36	Caso G-40-ARA	0,666666667	0,5	0,58333333	Baixa escolaridade	0,716666667	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
37	Caso G-58-EMC	0,483333333	0,666666667	0,575	Adolescente (10a19anos; OMS)	0,75	Nascimento de criança saudável
38	Caso G-63-ANP	0,455555556	0,666666667	0,56111111	Beneficiária bolsa família; Exposição à violência; Baixa escolaridade; Situação afetiva conflituosa	0,819047619	Nascimento de criança saudável
39	Caso G-177 -AADN	0,444444444	0,666666667	0,55555556	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,857142857	Nascimento de criança saudável
40	Caso G-71-TRM	0,611111111	0,5	0,55555556	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,883333333	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
41	Caso G-62-ANR	0,4	0,666666667	0,53333333	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família; Uso de entorpecentes; Baixa escolaridade; Situação afetiva conflituosa	0,846153846	Nascimento de criança saudável
42	Caso G-46-ASO	0,388888889	0,666666667	0,52777778	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,675	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
43	Caso CG-10-SDDS	0,388888889	0,666666667	0,52777778	Beneficiária bolsa família; Uso de entorpecentes; Baixa escolaridade; Situação afetiva conflituosa; Parceiro em reclusão	0,393162393	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
44	Caso G-48-HCCDJ	0,388888889	0,666666667	0,52777778	Adolescente (10a19anos; OMS); Baixa escolaridade; Situação afetiva conflituosa	0,85	Nascimento de criança saudável
45	Caso C-192 -NQDSB	0,388888889	0,666666667	0,52777778	Situação afetiva conflituosa	0,386324786	Nascimento de criança

							com Sífilis Congênita
46	Caso G-79-MMDS	0,388888889	0,666666667	0,527777778	Beneficiária bolsa família; Exposição à violência; Baixa escolaridade	0,695238095	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
47	Caso CG-6-EADS	0,361111111	0,666666667	0,51388889	Beneficiária bolsa família	0,45	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
48	Caso G-65-ACFDS	0,344444444	0,666666667	0,505555556	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade; Situação afetiva conflituosa	0,682142857	Nascimento de criança saudável
49	Caso G-190-KAT	0,333333333	0,666666667	0,5	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,348717949	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
50	Caso G-95-ALDJS	0,333333333	0,666666667	0,5	Uso de entorpecentes; Baixa escolaridade; desconhece pai da criança	0,691269841	Nascimento de criança saudável
51	Caso G-85-ABF	0,666666667	0,333333333	0,5	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,657692308	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
52	Caso G-60-JIDS	0,25	0,666666667	0,45833333	Adolescente (10a19anos; OMS); Baixa escolaridade	0,877777778	Nascimento de criança saudável
53	Caso C-189-KFDJR	0,388888889	0,5	0,44444444	Adolescente (10a19anos; OMS)	0,38974359	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
54	Caso G-41-EDC	0,555555556	0,333333333	0,44444444	Beneficiária bolsa família; Descrédito com o pré-natal; ou não adesão	0,675	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
55	Caso CG-26-BRDO	0,166666667	0,666666667	0,41666667	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,408333333	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
56	Caso G-38-APRDS	0,333333333	0,5	0,41666667	Sem registro de vulnerabilidades	0,758333333	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
57	Caso CG-11-FKL	0,333333333	0,5	0,41666667	Baixa escolaridade	0,385714286	Aborto
58	Caso CG-1-BMS	0,333333333	0,5	0,41666667	Sem registro de vulnerabilidades	0,352380952	Aborto
59	Caso G-39-SVDP	0,483333333	0,333333333	0,40833333	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família; Exposição à violência; Baixa escolaridade; Situação afetiva conflituosa	0,647222222	Nascimento de criança saudável

60	Caso C-175 - JGDSC	0,444444444	0,333333333	0,38888889	Beneficiária bolsa família; Uso de entorpecentes; Baixa escolaridade	0,533333333	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
61	Caso G-42- KSDO	0,233333333	0,5	0,36666667	Situação afetiva conflituosa	0,666666667	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
62	Caso G-74-MBB	0,4	0,333333333	0,36666667	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade; desconhece pai da criança	0,766666667	Nascimento de criança saudável
63	Caso CG-12-VADDS	0,388888889	0,333333333	0,36111111	Beneficiária bolsa família	0,343589744	neuro sífilis
64	Caso G-43-RG	0,166666667	0,5	0,333333333	Sem registro de vulnerabilidades	0,75	Nascimento de criança saudável
65	Caso G-34-VPDS	0,333333333	0,333333333	0,333333333	Beneficiária bolsa família; Uso de entorpecentes; Baixa escolaridade	0,566666667	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
66	Caso CG-16-BPDS	0,333333333	0,333333333	0,333333333	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,348717949	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
67	Caso CG-14-MSDA	0,333333333	0,333333333	0,333333333	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,342857143	Aborto
68	Caso G-53-GMDO	0,333333333	0,333333333	0,333333333	Adolescente (10a19anos; OMS); Uso de entorpecentes; Baixa escolaridade	0,766666667	Indeterminado
69	Caso C-169-LGDM	0,333333333	0,333333333	0,333333333	Beneficiária bolsa família; Descrédito com o pré-natal; ou não adesão	0,45	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
70	Caso C-170-KCSV	0,333333333	0,333333333	0,333333333	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,45	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
71	Caso C-171-EST	0,333333333	0,333333333	0,333333333	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,485897436	neuro sífilis
72	Caso G-55-MBS	0,233333333	0,333333333	0,283333333	Situação afetiva conflituosa; Descrédito com o pré-natal; ou não adesão	0,575	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
73	Caso C-168-IDSB	0,166666667	0,333333333	0,25	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade; Descrédito	0,352380952	Nascimento de criança com Sífilis Congênita

					com o pré-natal; ou não adesão		
74	Caso CG-13-BRS	0,166666667	0,333333333	0,25	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,307936508	Neuro sífilis
75	Caso CG-4-RBDS	0,166666667	0,333333333	0,25	Uso de entorpecentes; Baixa escolaridade	0,342857143	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
76	Caso CG-21-TDAR	0,166666667	0,333333333	0,25	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,358333333	Natimorto (óbito fetal)
77	Caso CG-17-ECDS	0,166666667	0,333333333	0,25	Beneficiária bolsa família; Uso de entorpecentes; Baixa escolaridade	0,516666667	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
78	Caso G-52-VLDS	0,166666667	0,333333333	0,25	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	0,732936508	Nascimento de criança saudável
79	Caso C-191 - MXBDO	0,166666667	0,333333333	0,25	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade; Descrédito com o pré-natal; ou não adesão	0,319047619	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
80	Caso C-173-KSF	0,166666667	0,333333333	0,25	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família; Exposição à violência; Baixa escolaridade	0,361904762	Natimorto (óbito fetal)
81	Caso G-194 - PGS	0	0	0	Adolescente (10a19anos; OMS); Beneficiária bolsa família; Uso de entorpecentes; Baixa escolaridade	Sem acesso ao pré-natal	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
82	Caso G-195 - TSDA	0	0	0	Sem registro de vulnerabilidades	Sem acesso ao pré-natal	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
83	Caso G-178 - CLDS	0	0	0	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade; Descrédito com o pré-natal; ou não adesão	Sem acesso ao pré-natal	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
84	Caso G-181 - GAM	0	0	0	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade; Situação afetiva conflituosa	Sem acesso ao pré-natal	Nascimento de criança com Sífilis Congênita

85	Caso G-184 - GLN	0	0	0	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade; Situação afetiva conflituosa; Descrédito com o pré-natal; não adesão	Sem acesso ao pré-natal	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
86	Caso G-185 - JSA	0	0	0	Beneficiária bolsa família; Baixa escolaridade	Sem acesso ao pré-natal	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
87	Caso G-187 - JKMD	0	0	0	Uso de entorpecentes; Baixa escolaridade; Descrédito com o pré-natal; ou não adesão	Sem acesso ao pré-natal	Nascimento de criança com Sífilis Congênita
88	Caso C-193 - NDOC	0	0	0	Adolescente 10a19anos; OMS)	Sem acesso ao pré-natal	Neuro sífilis
89	Caso G-186 - JBMD	0	0	0	Baixa escolaridade; Imigrante	Sem acesso ao pré-natal	Aborto

6.6.4.1 Resultados -Mensuração do grau de qualidade para toda a coorte (qualidade consolidada)

O grau de qualidade clínica geral do pré-natal, ou seja, consolidado para toda a coorte foi estabelecido por meio de uma matriz de análise consolidada.

No campo da avaliação em saúde as matrizes são utilizadas para expressar a lógica causal de uma intervenção em sua parte ou no todo, explicando como os seus componentes contribuem na produção dos efeitos, permitindo a produção de síntese em forma de juízo de valor (Alves, CKA; et al., 2010).

A matriz proposta para determinação do grau de qualidade do pré-natal (**Tabela 25**) está baseada em três indicadores (disponibilidade, execução competente, produtividade) o resultado da avaliação destes indicadores definiu a qualidade do pré-natal de forma individualizada para cada caso e de forma consolidada para toda a coorte.

Estes indicadores estão associados às necessidades e aos desfechos da gestação, mantendo a proposta de considerar as relações entre os componentes do modelo de avaliação.

Quando relacionamos e analisamos as interações entre os três indicadores de forma consolidada para toda a coorte temos que o grau de qualidade clínica geral do pré-natal oferecido pelo município de Osasco foi 72,2%, esse grau de qualidade implica em um risco de 56% de desfechos adversos da gestação (sífilis congênita), esses resultados estão em consonância com o resultado da regressão logística de análise de risco para sífilis congênita disponível **Gráfico 19** na página 380.

Tabela 25- Matriz de análise consolidada para Grau qualidade clínica do pré-natal

Domínio	Qualidade das Estruturas (\sum POD / N observado) x 100		Qualidade de execução dos processos (\sum POEC / N observado) x 100		Produtividade (\sum POP / N observado) x 100		Grau de qualidade do pré-natal (GQEst + GQProc + GQProd / 3) x 100
	%	N	%	N	%	N	%
2 - Anamnese	98%	80	59%	80	41%	80	66%
3 - Diagnóstico	98%	80	79%	80	73%	80	83%
4 - Tratamento	98%	80	89%	64	61%	80	83%
6 -Parceria sexual	98%	80	33%	64	30%	64	54%
5 - Seguimento	98%	80	73%	60	52%	60	74%
GQCPN -Grau qualidade clínica do pré-natal	98%		67%		51%		72,2%
	Qualidade da estrutura		Qualidade de adequação da execução dos processos		Grau de qualidade dos produtos		Risco de 57% para desfechos negativos.

POD - Pontuação do caso para Disponibilidade

POEC - Pontuação do caso para Execução competente

POP - Pontuação do caso para produtos

GQEst - Grau de qualidade as estruturas

GQProc - Grau de qualidade dos processos

GQProd - Grau de qualidade dos produtos

A matriz de análise consolidada mostra que a estrutura disponível para o cuidado pré-natal está adequada (grau de adequação 98%), já a execução dos processos está comprometida (grau de adequação de 67%) e isso está impactando seriamente os produtos (grau de adequação de 48%),

Os resultados mostram que o impacto das estruturas nos processos é baixo, e que os resultados decorrem principalmente das inadequações nos processos e nos produtos ou serviços entregues as gestantes com sífilis.

Também foi analisado a relação entre grau da qualidade do cuidado pré-natal ofertado às gestantes e o risco para sífilis congênita segundo exposição à vulnerabilidade,
a

Tabela 26 apresenta os resultados encontrados.

Os resultados mostraram que a média do grau de qualidade dos cuidados pré-natais, avaliado em uma escala de 0 a 1 foi menor em gestantes que apresentavam vulnerabilidades, 0,60 para gestantes expostas a vulnerabilidades e 0,73 para gestantes não expostas, sendo o risco de nascimento de criança com sífilis congênita 2,14 vezes maior para gestantes expostas a vulnerabilidades.

Tanto o grau de qualidade do pré-natal ofertado quanto o risco de sífilis congênita também variaram de acordo com o tipo de vulnerabilidade a qual a gestante foi exposta.

Gestantes com dificuldades comportamentais ou culturais de aderirem ao pré-natal receberam cuidados com grau de qualidade de 0,40 e tiveram risco para sífilis 1,62 vezes maior que gestantes que não foram expostas a esta vulnerabilidade.

Gestantes com baixa renda (beneficiárias do bolsa família) receberam cuidados com grau de qualidade de 0,56 e tiveram um risco para o nascimento de crianças com sífilis 1,62 vezes maior do que gestantes que não eram beneficiárias do bolsa família. As gestantes com baixa escolaridade tiveram resultados muito próximos aos apresentados pelas gestantes de baixa renda, essa similaridade é explicável se considerarmos que a escolaridade é um preditor de renda, de forma que a maior parte das mulheres com baixa escolaridade também eram beneficiárias do bolsa família (40 mulheres).

Usuárias de entorpecentes também receberam cuidados pré-natais com grau de qualidade inferior (0,61) a qualidade do pré-natal de mulheres que não apresentaram vulnerabilidades e um risco de sífilis congênita 0,68 maior que mulheres que não eram usuárias de entorpecentes.

Tabela 26 - Grau de qualidade do pré-natal e risco para sífilis congênita, segundo exposição a vulnerabilidades

Exposição a Vulnerabilidades	Grau de qualidade clínica			Risco para nascimento de criança com sífilis congênita						
	Casos	Média do Grau de qualidade clínica	Desvio padrão da média	Crianças nascidas com sífilis	Crianças saudáveis	Risco relativo sífilis congênita	IC (95%)		p	
Gestantes expostas a pelo menos uma vulnerabilidade	78	0,60	0,28	49	27	2,14	0,82	26,96	0,024300*	
Gestantes não expostas a vulnerabilidade	11	0,73	0,30	3	7	....	.....	....	.....
Tipos de Vulnerabilidade	Gestante não aderente ao pré-natal	11	0,40	0,31	10	1	1,62	1,23	2,13	0,01346*
	Gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família	50	0,56	0,27	36	14	1,62	1,08	2,42	0,00586*
	Gestante com baixa escolaridade	53	0,56	0,29	35	17	1,34	0,91	1,98	0,05892
	Usuária de entorpecentes	17	0,61	0,29	7	9	0,68	0,38	1,21	0,07337

**p < 0,05 – Teste Fisher Exact

Os resultados da análise apresentada na tabela 26 mostram que mulheres de baixa renda e mulheres que apresentam comportamentos de não adesão ao pré-natal tendem a receber um cuidado pré-natal com menor grau de qualidade clínica, esses resultados corroboram com a validação das declarações de relações apresentadas na codificação axial.

6.7 ANÁLISES EXPLORATÓRIAS PARA VALIDAÇÃO DA LÓGICA DAS RELAÇÕES DECLARADAS NA CODIFICAÇÃO AXIAL

Com objetivo de validar as relações declaradas na codificação axial analisou-se a influência das covariáveis “vulnerabilidade” e “Qualidade genérica do pré-natal, ações de gestão da clínica” sobre o grau de qualidade do desempenho clínico do pré-natal, “Qualidade clínica”.

Em um segundo momento analisou-se a relação de causalidade entre a qualidade clínica do pré-natal e os desfechos da gestação.

6.7.1 Relação entre Grau de qualidade Genérica, vulnerabilidades e Grau de qualidade Clínica

A análise de associação mostrou que gestantes vulneráveis que receberam um pré-natal com inadequação das ações de gestão da clínica (Grau de qualidade genérica $\leq 0,5$) tiveram um risco 5,023 para “Grau da qualidade clínica $< 0,6$ ”. Já as gestantes vulneráveis que receberam cuidados de gestão da clínica mais adequados com “Grau de qualidade genérica $\geq 0,6$ ” tiveram um risco de 0,1641, conforme mostra a tabela 27.

Salienta-se que o valor do risco relativo teve significância estatística com $p=0,0000386321$, e $p=0,0006922060$ para gestantes com Grau de qualidade genérica $< 0,6$ e $\geq 0,6$ respectivamente.

A diferença de risco entre os dois grupos foi de 4,859 ($5,0231 - 0,1641 = 4,859$) isso significa que gestantes que recebem uma qualidade genérica pior tem um risco 4,859 vezes maior de ter uma criança com sífilis congênita em relação as gestantes que recebem cuidados de gestão da clínica mais adequados.

Em relação à diferença de risco entre os grupos de gestantes que receberam cuidados de gestão da clínica mais e menos adequados, é preciso verificar se essa diferença ocorre em decorrência de “erro aleatório” ou “acaso” ou é de fato uma diferença significativa estatisticamente.

Como os valores do intervalo de confiança expressam erros aleatórios, a diferença de risco será significativa estatisticamente se as medidas de risco estimadas para cada grupo de gestantes não estão contidas no intervalo de confiança do outro grupo.

Verifica-se que o risco de 5,0231 (1,9417 a 12,9947) para o grupo de gestantes que receberam cuidados de gestão da clínica não adequados não está contido no intervalo de confiança do risco de gestantes que receberam cuidados de gestão da clínica adequados (0,0426 a 0,6321), disso depreende-se que de fato há diferença de risco entre os dois grupos.

Destaca-se também que ambos os intervalos de confiança não incluem valores iguais a 1, esse fato confirma a influência da exposição a “Qualidade genérica do pré-natal” na “Qualidade clínica do pré-natal”.

Ademais, o risco relativo ≤ 1 ou seja, 0,1641 para gestantes que receberam cuidados adequados de gestão da clínica significa que a exposição a “Qualidade genérica do pré-natal $\geq 0,6$ ” protege as gestantes de ocorrência de cuidados clínicos não adequados.

Tabela 27 - Tabela de estratificação de análise de covariáveis de efeito modificadores da qualidade clínica do pré-natal.

	N	Risco relativo p/ Grau de qualidade clínica < 0,6	IC: 95%		Diferença Risco p/ Grau de qualidade clínica < 0,6	IC: 95%		P
			Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Efeito antagônico da interação								
Gestantes vulneráveis e com Grau de qualidade genérica do PN < 0,6								
Sim	54	5,0231	1,9417	12,9947	45,9788	29,0953	62,8623	0,0000386321*
Não	35							
Efeito sinérgicos da interação								
Gestantes vulneráveis e com Grau de qualidade genérica do PN ≥ 0,6								
Sim	24	0,1641	0,0426	0,6321	-42,4359	-58,8673	-26,0045	0,0006922060*
Não	65							
Efeitos neutros da Gestão da clínica								
Gestantes NÃO vulneráveis e com Grau de qualidade genérica do PN < 0,6								
Sim	4	1,2879	0,466	3,5562	11,1765	-38,9069	61,2538	0,3405568666
Não	85							
Efeitos sinérgicos da Gestão da clínica								
Gestantes NÃO vulneráveis e com Grau de qualidade genérica do PN ≥ 0,6								
Sim	7	0,0000	.....	.....	-42,6829	-53,3887	-31,9771	0,012851499**
Não	82							

*p < 0,05 - Teste x² (qui-quadrado) corrigido

**p < 0,05 - Teste Fisher Exact

Na ausência de “vulnerabilidade” não há “**interação**” entre “vulnerabilidade” e “Grau de qualidade genérica”, assim as gestantes que não apresentavam vulnerabilidades foram avaliadas somente em relação aos efeitos das ações de gestão da clínica, esses efeitos poderiam ter dois tipos de influência sobre o “Grau de qualidade clínica do pré-natal” efeito “neutro” ou “sinérgico”, a tabela 27 mostra ainda o risco para esses dois grupos de gestantes que não apresentavam vulnerabilidades.

O número de gestantes que não apresentavam nenhuma vulnerabilidade foi pequeno, apenas 11 gestantes, isso prejudicou a significância estatística das análises de associação para as gestantes que não apresentavam vulnerabilidades.

Foi observado que 7 gestantes não apresentaram vulnerabilidade e tiveram os cuidados de gestão da clínica adequados “Grau de qualidade genérica $\geq 0,6$ ”, nesse grupo não foi observado nenhum desfecho negativo e o risco para sífilis congênita foi de zero, e os resultados foram estatisticamente significantes com $p = 0,012851499$.

As gestantes expostas a vulnerabilidades que receberam cuidado pré-natal com grau de qualidade genérica menor de 0,6 tiveram um risco de 5,02 para grau de qualidade clínica $<0,6$. Já as gestantes expostas a vulnerabilidades que receberam cuidado pré-natal com qualidade genérica $\geq 0,6$ apresentaram um risco de 0,16 para grau de qualidade clínica $<0,6$. Esses resultados confirmam que a qualidade genérica exercem mitigação dos efeitos das vulnerabilidades. Destaca-se que os resultados apresentaram significância estatística com valor de $p:0,0000386321$, e $p= 0,0006922060$ para gestantes com Grau de qualidade genérica $< 0,6$ e $\geq 0,6$ respectivamente.

A diferença de risco entre os dois grupos foi de 4,859 ($5,0231 - 0,1641 = 4,859$) isso significa que gestantes que recebem uma qualidade genérica pior tem um risco 4,859 vezes maior de ter uma criança com sífilis congênita em relação as gestantes que recebem cuidados de gestão da clínica mais adequados.

Em relação à diferença de risco entre os grupos de gestantes que receberam cuidados de gestão da clínica mais e menos adequados, é preciso verificar se essa diferença ocorre em decorrência de “erro aleatório” ou “acaso” ou é de fato uma diferença significativa estatisticamente.

Como os valores do intervalo de confiança expressam erros aleatórios, a diferença de risco será significativa estatisticamente se as medidas de risco estimadas para cada grupo de gestantes não estão contidas no intervalo de confiança do outro grupo.

Verifica-se que o risco de 5,0231 (1,9417 a 12,9947) para o grupo de gestantes que receberam cuidados de gestão da clínica não adequados não está contido no intervalo de confiança do risco de gestantes que receberam cuidados de gestão da clínica adequados (0,0426 a 0,6321), disso depreende-se que de fato há diferença de risco entre os dois grupos.

Destaca-se também que ambos os intervalos de confiança não incluem valores iguais a 1, esse fato confirma a influência da exposição a “Qualidade genérica do pré-natal” na “Qualidade clínica do pré-natal”.

Ademais, o risco relativo ≤ 1 ou seja, 0,1641 para gestantes que receberam cuidados adequados de gestão da clínica significa que a exposição a “Qualidade genérica do pré-natal $\geq 0,6$ ” protege as gestantes de ocorrência de cuidados clínicos não adequados.

Tabela 27 também mostrou que gestantes não vulneráveis expostas a ações de gestão da clínica adequada (Grau de qualidade genérica $\geq 0,6$) tiveram um efeito protetivo em relação à ocorrência a cuidados clínicos não adequados “Grau de qualidade clínica do pré-natal $\leq 0,5$ ”. A diferença de risco teve um valor negativo -42,6829 com intervalo de confiança de 95% (-53,3887 e -31,9771).

Destaca-se que foi verificado significância estatística para essa medida com valor de $p = 0,012851499$, isso significa que “Grau de qualidade genérica $\geq 0,6$ ” é fator protetivo contra baixa qualidade clínica do pré-natal. Esses resultados mostram os efeitos protetivos das ações de gestão da clínica em relação ao cuidado clínico.

O outro grupo composto por apenas 3 gestantes sem vulnerabilidades e com cuidados de gestão da clínica não adequados “Grau de qualidade genérica $< 0,6$ ” apresentou um risco para sífilis congênita de 1,02879, porém para esse grupo os resultados não foram estatisticamente significativos, com $p = 0,3405568666$. Destaca-se que o resultado dessa análise possui limitações em decorrência do tamanho da amostra.

Esses resultados mostram que, conforme previa o modelo de análise de risco proposto, as covariáveis “Vulnerabilidade” e “Qualidade genérica de gestão da clínica” interagem de forma a produzir um efeito sobre a variável “Qualidade clínica do pré-natal”, sendo que esse efeito pode ser sinérgico ou antagônico.

Quando a “Qualidade Genérica da gestão da clínica” é boa o efeito é sinérgico, pois ela interage de forma a neutralizar o efeitos das “vulnerabilidades”, quando a “Qualidade Genérica da gestão da clínica” é baixa, o efeito é antagônico ou não neutralizante, pois ela interage de forma a não neutralizar os efeitos das “vulnerabilidades”.

Dessa maneira está demonstrado que durante o cuidado pré-natal ocorrem interações entre covariáveis que atuam sobre elementos não previsíveis (comportamentos) e produzem efeitos (emergências) que não são possíveis de se prever em equações aditivas de funções.

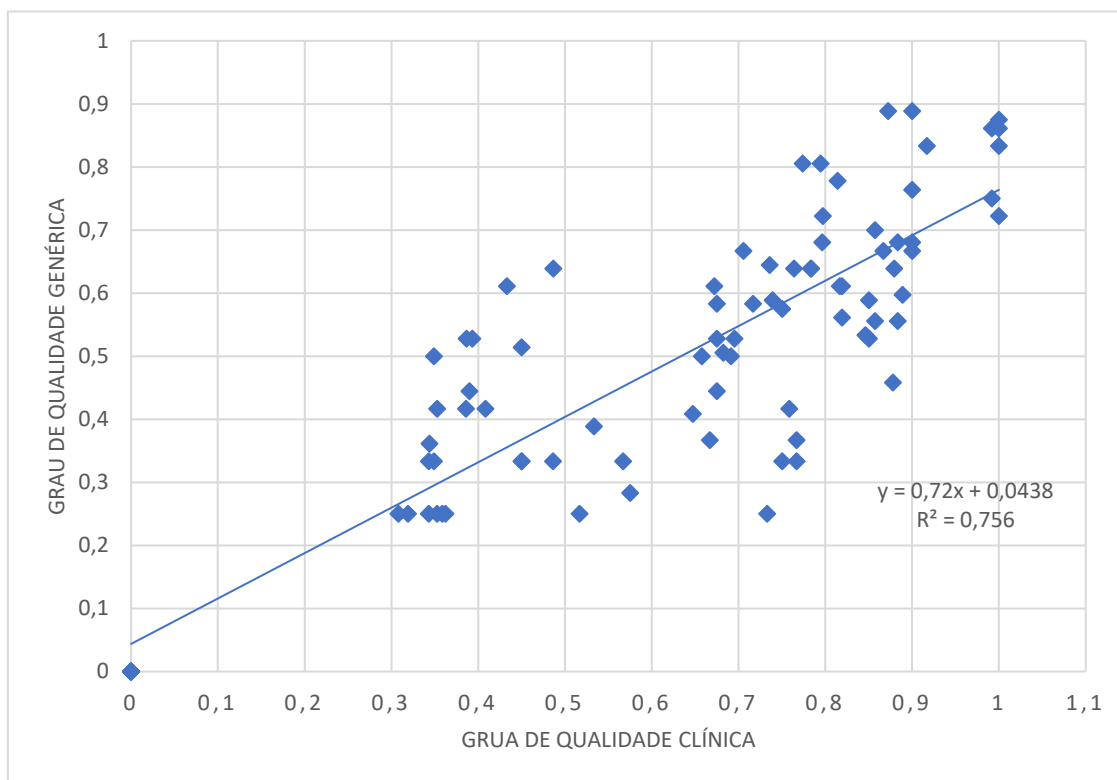
Efeitos do tipo “emergência” só podem serem previstos por meio de análises balizadas por modelos complexos, como no caso da análise realizada por esse estudo.

Esses resultados nos permite afirmar que a qualidade genérica é tão importante quanto a qualidade clínica do pré-natal.

6.7.2 Associação entre grau de qualidade genérica e grau de qualidade clínica

A a lógica de relações que coficiação axial propôs é que, ações de gestão da clínica do pré-natal influenciam o comportamento das gestantes por meio de acolhimento e manejo de demandas psicossociais. Esse manejo mudaria o comportamento das gestantes no sentido de melhorar a adesão ao pré-natal. De forma que o desempenho clínico do pré-natal seria melhor nos casos em que as gestantes são mais aderentes aos cuidados pré-natais.

A regressão linear simples incluiu os 89 casos da coorte. A relação entre as variáveis foi linear com coeficiente de correlação de 0,756.

Gráfico 16 - Correlação entre grau de qualidade genérica e grau de qualidade clínica.

A regressão mostrou que o grau de qualidade genérica do pré-natal é fator preditivo para o grau de qualidade clínica do pré-natal [$F(1,87) = 269,6118$, $P < 0,00000218E-23$; $R^2 0,75603$], confirmando assim a validade do modelo de avaliação proposto.

A relevância da variável independente “Grau de qualidade genérica do pré-natal” para o modelo foi testada e confirmada por meio do teste t - $p = 0,0000484E-30$.

O grau de qualidade clínica do pré-natal na coorte estudada, corresponde a $0,103473644 + 1,050080932 \cdot (\text{grau de qualidade genérica do pré-natal})$, conforme mostra a regressão linear.

A independência dos resíduos foi testada por meio do teste de Durbin – Watson Test D-Stat = 1,3585 (D-lower: 1,63242, D-upper: 1,6778).

Em relação à normalidade de distribuição dos resíduos, sabe-se que eventos com grande variabilidade podem apresentar distribuição não normal, quando isso ocorre é recomendado a verificação do ajuste à distribuição normal por meio de diferentes testes

estatísticos não paramétricos, sendo o teste Shapiro-Wilk o que apresenta melhor desempenho.

A normalidade da distribuição dos resíduos da regressão foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk ($p = 0,575442$), também foi realizado o teste D'Agostino-Pearson ($p = 0,72421$), ambos significativos estatisticamente, lembrando que para o teste de Shapiro e Agostino, quando o P é maior que 0,5 significa que a distribuição é normal.

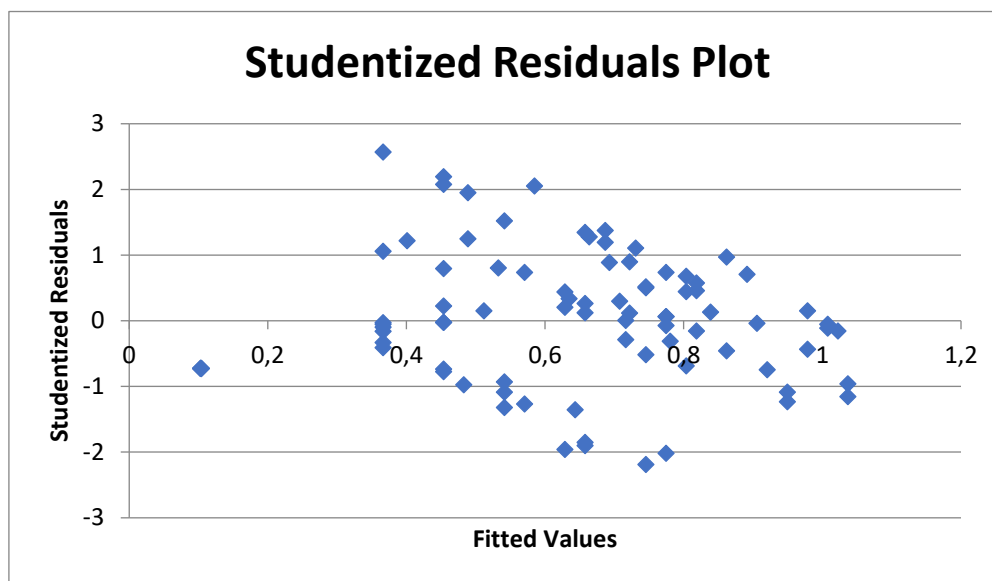
Em relação à análise de outliers, os resíduos estudentizados não mostraram violações óbvias das suposições do modelo. O

Gráfico 17 mostra observações com valores baixos (0,2) para a variável preditora, em relação aos outros valores. Estas são chamadas de observações de alta alavancagem.

Esses valores baixos estão representando as 9 gestantes que não acessaram o pré-natal e por isso a qualidade genérica e o desempenho clínico foram nulos.

Para determinar a influência da alavancagem no modelo foi utilizado a estatística D de Cook ou Distância de Cook, essa estimativa mediu o quanto as estimativas do coeficiente do modelo mudaria se a observação de alavancagem fosse removida do conjunto de dados. Valores de D de Cook acima de 1 indicam valores influentes.

O valor de D de Cook não foi maior que 1 para nenhum resíduo, nos permitindo concluir que nenhuma observação teve influência excessiva.

Gráfico 17 - Resíduos estudentizados

Fonte: Output regressão linear Excel – software Real Statistics Resource Pack (versão 7.6)

Nos apêndices estão disponíveis as tabelas de output do teste de regressão linear.

Esses resultados confirmam a importância da qualidade genérica do cuidado pré-natal, está demonstrado que as ações de gestão da clínica influenciam o grau de qualidade clínica do pré-natal, assim tem grande importância na prevenção de desfechos adversos.

6.7.3 Correlação entre grau de qualidade clínica e desfecho da gestação

O objetivo aqui é a realização de análises exploratórias que valiem as inter-relações propostas pelo esquema teórico. Uma das lógicas de relações declaradas nesse estudo é que a qualidade clínica do pré-natal impacta diretamente o desfecho da gestação. No entanto ressalta-se que as declarações de lógica de relações descritas nesse estudo não objetivam uma declaração simples de causa e efeito, o objetivo aqui é produzir uma discussão que conduza uma reflexão ao longo de um caminho complexo de inter-relações, é explicar cada uma dessas inter-relações declaradas a partir de um caminho padronizado.

A

Tabela 28 mostra o N e a percentagem de casos, observados na coorte, com desfechos adversos para cada diminuição de um decimal do Grau da qualidade do cuidado clínico do pré-natal. Todos os pré-natais com qualidade clínica igual ou menor de 0,5 tiveram 100% dos desfechos adversos.

Com grau de qualidade clínica de 0,6 em 75% dos casos o desfecho foi adverso, quando o grau de qualidade sobe para 0,7 ocorre uma diminuição de 6% na percentagem de casos negativos (de 75% para 69%) e somente com um grau de qualidade de 0,8 é que a maioria dos casos (65%) passam a ter desfechos positivos, com grau de qualidade de 0,9 e 1 os desfechos positivos são de 71% e 100% respectivamente.

Tabela 28 - Variação do desfecho da gestação segundo variação de um decimal do Grau de Qualidade clínica do pré-natal.

Grau Quali- dade Clínica do PN	Desfecho adverso		Desfecho positivo		Desfecho Indeter- minado		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0,3	7		0		0		7	
	100,00%		0,00%		0,00%		100,00%	
	13,46%		0,00%		0,00%		7,87%	
0,4	13		0		0		13	
	100,00%		0,00%		0,00%		100,00%	
	25,00%		0,00%		0,00%		14,61%	
0,5	3		0		0		3	
	100,00%		0,00%		0,00%		100,00%	
	5,77%		0,00%		0,00%		3,37%	
0,6	3		1		0		4	
	75,00%		25,00%		0,00%		100,00%	
	5,77%		2,94%		0,00%		4,49%	
0,7	9		4		0		13	
	69,23%		30,77%		0,00%		100,00%	
	17,31%		11,76%		0,00%		14,61%	
0,8	6		13		1		20	
	30,00%		65,00%		5,00%		100,00%	
	11,54%		38,24%		33,33%		22,47%	
0,9	2		10		2		14	
	14,29%		71,43%		14,29%		100,00%	
	3,85%		29,41%		66,67%		15,73%	
1	0		6		0		6	
	0,00%		100,00%		0,00%		100,00%	
	0,00%		17,65%		0,00%		6,74%	
Sem acesso ao PN Ausência de intervenção	9		0		0		9	
	100,00%		0,00%		0,00%		100,00%	
	17,31%		0,00%		0,00%		10,11%	
TOTAL	52		34		3		89	
	58,43%		38,20%		3,37%		100,00%	
	100,00%		100,00%		100,00%		100,00%	

Para validar as relações declaradas entre a qualidade clínica do pré-natal em relação ao desfecho da gestação foi realizada uma regressão logística binária que incluiu 86 casos, inicialmente a coorte foi composta por 89 casos, porém 3 casos tiveram perda de seguimento e o desfecho ficou indefinido.

O modelo testado foi significativo, [$X^2(1) = 61,9207$; $p = 0,00000362E-10$. R^2 Negekerke = 0,69479].

A qualidade clínica do pré-natal foi capaz de predizer significativamente o desfecho da gestação (OR= 2.205.244,812; IC 95% = 1.846,722443 – 263.3370.649,24).

$$P(y) = \frac{e^{(b_0+b_1-x)}}{1+e^{(-b_0+b_1-x)}} = \frac{e^{(-10,8462 + 14,6063 - \text{Qualidade clínica o PN})}}{1+e^{e^{(-10,8462 + 14,6063 - \text{Qualidade clínica o PN})}}}$$

A cada aumento de uma unidade na qualidade clínica do pré-natal a chance para um desfecho positivo é multiplicada por 22,05244812.

Tabela 29 - Regressão logística output de tabela com variáveis da equação e Chi-sq.

	<i>coeff b</i>	<i>s.e.</i>	<i>Wald</i>	<i>p-value</i>	<i>exp(b)</i>	<i>lower</i>	<i>upper</i>
Intercept	-10,846172	2,76410594	15,3972666	8,71142E-05	1,9479E-05		
Grau de Qualidade Clínica do PN	14,6063491	3,61495489	16,3259171	0,0000533	2205244,812	1846,72	2633370649,24

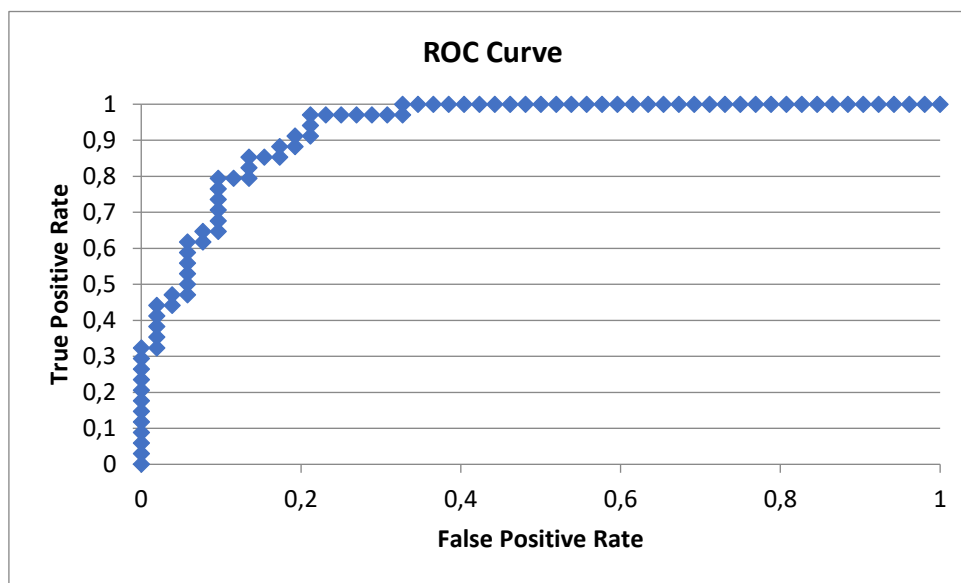
Chi-Sq	df	p-value	alpha	sig	R-Sq (L)	R-Sq (CS)	R-Sq (N)	AIC	BIC
61,92071759	1	0,00000357568E-10	0,05	yes	0,536454403	0,513251805	0,694785641	57,50515496	62,41384955

Fonte: Output regressão linear Excel – software Real Statistics Resource Pack (versão 7.6)

A percentagem de acerto do modelo em relação a inferência do desfecho a partir do grau de qualidade do pré-natal foi de 86,47%.

A a curva de Roc mostrou que o modelo avaliado teve um bom desempenho com uma acurácia de 0,86047.

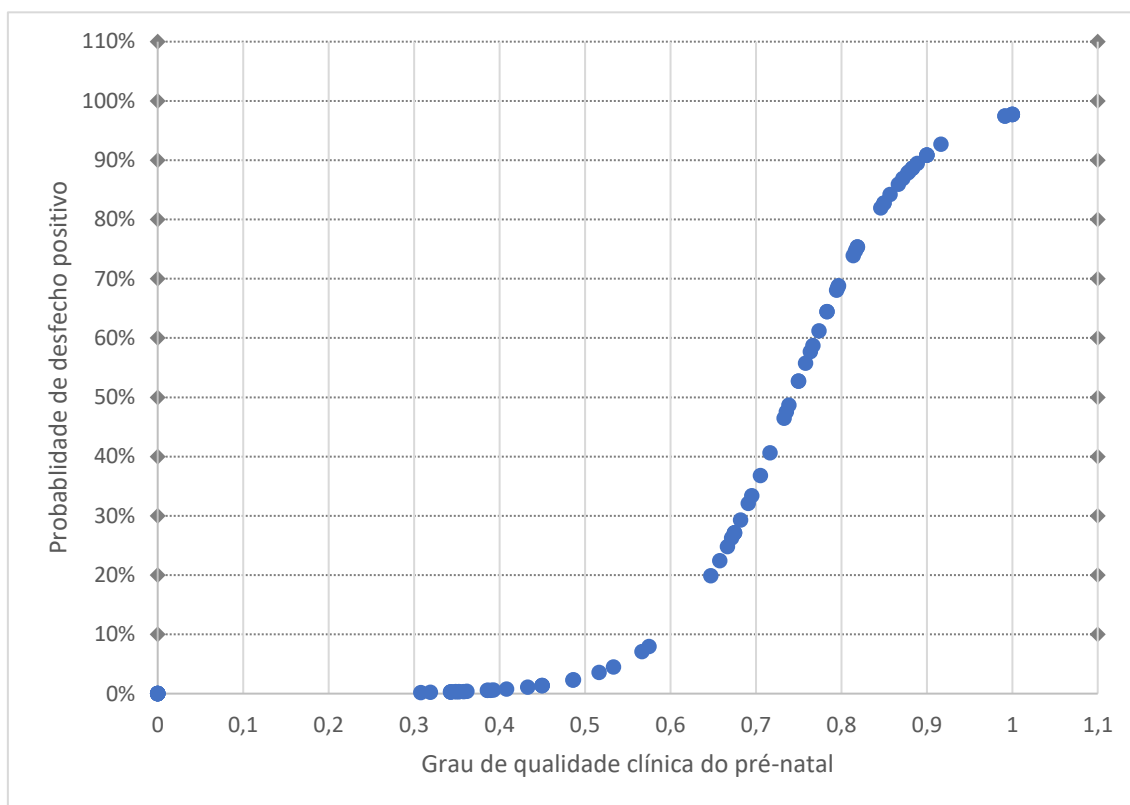
Gráfico 18 - Output da curva de Roc da regressão logística.



Mais adiante, o gráfico 19 ilustra claramente que à medida que o grau de qualidade clínica do pré-natal aumenta a probabilidade de um desfecho gestacional aumenta, sendo o inverso igualmente verdadeiro.

A regressão logística mensurou o aumento de chances exato para cada variação em uma unidade no grau de qualidade clínica do pré-natal, o modelo de análise não deixou nenhuma dúvida a respeito da existência de relação entre essas duas variáveis.

Gráfico 19 - Probabilidade de sucesso no desfecho da gestação segundo Grau de qualidade clínica do pré-natal.



Considerarmos o conceito de qualidade proposto pelo IOM:

“a qualidade do cuidado é o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de desfechos de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”

(INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE TO DESIGN A STRATEGY FOR QUALITY REVIEW AND ASSURANCE IN MEDICARE, 1991-)

A OMS (WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001), ao discutir o conceito de cobertura destacou a importância e uma pergunta: Qual é a unidade de intervenção eficaz que se espera produzir ganhos em saúde na população se um nível desejável de cobertura for alcançado?

Para poder responder a esta pergunta, a OMS orienta a inclusão do conceito de eficácia, na definição de cobertura. Por exemplo, se um formulador de políticas está interessado na cobertura de cuidados pré-natais. Nesse caso, uma unidade efetiva de cobertura deve ser determinada no início: pode ser a quantidade de consultas de pré-natal, porém, é preciso considerar que o número de consultas por si só não garantirá os efeitos desejados sobre a saúde de uma futura mãe se ela não receber cuidados adequados e de boa qualidade durante as consultas. Nesse contexto, a introdução do termo cobertura efetiva significa a importância de compreender e medir a cobertura de forma abrangente (WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Uma das definições gerais de eficácia é a extensão em que a intervenção em saúde oferece seu resultado pretendido ou resulta em um processo desejado, em resposta às necessidades. Eficácia de intervenções em saúde podem ser consideradas em função de diferentes variáveis, incluindo eficácia, insumos (quantidade e qualidade dos recursos), mecanismos de garantia da qualidade (processo de serviço entrega, desempenho do provedor), adesão do paciente e comportamento de saúde e fatores externos (ambientais, biológicos, sociais, etc.) (WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

É muito importante destacar que, esse estudo, não está usando eficácia no contexto descrito acima, nesse estudo estamos medindo os esforços do sistema de saúde (desempenho de função de prestação de serviços de saúde) em termos de fornecer à população um conjunto de serviços que são considerados eficazes se os indivíduos os usarem, ou seja, estamos medindo a “cobertura efetiva”, estamos medindo a conformidade dos serviços ofertados com os procedimentos e tratamento previstos nos protocolos e diretrizes técnicas.

A medição da cobertura efetiva, no contexto desse estudo, se preocupou com a medição da proporção de desfechos gestacionais positivos ou adversos, de gestantes afetadas por sífilis que receberam adequadamente os cuidados pré-natais, “cuidados eficazes” (procedimentos e medicamentos em conformidade com diretrizes técnicas).

A eficácia das intervenções de saúde também pode ser medida por meio de estudos de avaliação de impacto que usam inferências de plausibilidade e probabilidade

para determinar se os impactos observados são devidos à intervenções, e qual é a probabilidade estatística de que a intervenção tenha um efeito (WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Nesse capítulo, mensuramos por meio de técnicas de inferências a probabilidade de desfechos gestacionais adversos segundo os diferentes graus de qualidade do pré-natal ofertado as gestantes da coorte, ou seja, mensuramos o impacto da cobertura efetiva nos desfechos gestacionais.

Verificou-se que quando o grau de qualidade do pré-natal foi menor que 0,5, ou seja, a conformidade dos cuidados pré-natais com as diretrizes técnicas foi igual ou menor que 50% , todos desfechos gestacionais foram adversos, conforme mostra o gráfico 19 na página 380, conforme o grau de qualidade aumentava, também aumentava a probabilidade de desfecho positivo (nascimento de criança sem sífilis), para um grau de qualidade de 0,6, a probabilidade de desfecho positivo subia para 10%; para um grau de qualidade de 0,7, observou-se que a probabilidade de desfecho positivo foi de 33%, para um grau de qualidade de 0,8, a probabilidade de desfecho positivo foi de 69% e para um grau de qualidade de 0,9 a probabilidade de desfecho positivo foi de 91%. Note que nesse parágrafo estamos descrevendo resultados de probabilidade, resultante da regressão logística e não os resultados observados na coorte.

Considerando esses resultados, podemos afirmar que a qualidade está diretamente ligada aos resultados positivos ou adversos, é exatamente isso que o modelo de regressão logística mostra, confirmando a hipótese inicial desse estudo de que a qualidade do pré-natal impacta diretamente os desfechos das gestações de gestante com sífilis.

Esse estudo demonstrou que a baixa qualidade do pré-natal impõe um altíssimo risco de desfechos gestacionais adversos (sífilis congênita, neurosífilis, óbito fetal e aborto), ressalta-se que todas as medidas de correlação foram estatisticamente significantes e que estão suficientemente explicadas por um modelo teórico.

Posto que o risco é uma construção social e política, entendendo que existem fatores de risco vinculados à utilização dos serviços de saúde, derivados dos processos de trabalho, da utilização de determinadas tecnologias e da constituição de certos ambientes

e estruturas nos serviços de saúde. Considerando também a viabilidade de alteração da qualidade do pré-natal e os parâmetros conceituais de epidemiologia e risco, pode-se afirmar que: **a baixa qualidade clínica do pré-natal tem relação de causalidade com os altos índices de sífilis congênita**, os resultados desse estudo mostram a urgência e a necessidade de ações que promovam uma melhora da qualidade do cuidado pré-natal.

6.7.4 O impacto da qualidade no cuidado

Os resultados desse estudo deixaram claro que a baixa qualidade do pré-natal aumenta o risco para sífilis congênita, esses resultados concordam com resultados de outros estudos de avaliações sistemáticas de serviços essenciais de saúde em países com alta mortalidade, esses estudos revelaram importantes deficiências na qualidade do atendimento recebido.

A literatura científica também registra resultados de estudos sobre qualidade que corroboram com os resultados desse estudo, reforçando as evidências sobre o impacto da qualidade do cuidado diversas áreas do cuidado à saúde.

Um avaliação sistemática realizada em oito países da África Subsaariana (LESLIE *et al.*, 2017) avaliou 40.000 observações clínicas diretas e mais de 100.000 relatórios individuais de utilização de serviços de saúde no Haiti, Quênia, Malawi, Namíbia, Ruanda, Senegal, Tanzânia e Uganda entre 2007 e 2015.

Este estudo (LESLIE *et al.*, 2017) concluiu que a “**cobertura efetiva**” de cuidados pré-natais, planejamento familiar e cuidados para crianças doentes menores que 5 anos foram substancialmente mais baixas que a “cobertura bruta” devido a grandes deficiências na qualidade da atenção, o estudo verificou que a cobertura para cuidados pré-natais ajustada pela qualidade (cobertura efetiva: cobertura com correção de qualidade) de todos os oito países teve uma média de 28%.

Em um programa de transferência de renda indiano, Janani Suraksha Yojana (JSY), o estado paga às mulheres um incentivo em dinheiro para que elas deem à luz em uma instituição, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna.

Um estudo (NG *et al.*, 2014) que avaliou o impacto do programa JSY na mortalidade materna em Madhya Pradesh (MP), uma das maiores províncias da Índia, verificou que a proporção de partos institucionais apoiados pela JSY aumentou de 14% (2005) para 80% (2010), porém a alta proporção de partos institucionais sob o programa não se converteu em resultados de baixa mortalidade materna devido à má qualidade do atendimento prestado nas instituições. O estudo concluiu que programas do lado da demanda, como JSY, terão um efeito limitado se o lado da oferta for incapaz de fornecer atendimento de qualidade adequada.

Outro estudo (KRUK *et al.*, 2016), realizado em unidades de saúde em cinco países da África Subsaariana (Quênia, Namíbia, Ruanda, Tanzânia e Uganda), mediu a qualidade das funções básicas de atenção materna em centros de parto usando um índice de 12 indicadores de estrutura e processos de atenção, incluindo infraestrutura e uso de intervenções de rotina e de emergência baseadas em evidências.

Os resultados do estudo (KRUK *et al.*, 2016) mostraram que a qualidade das funções básicas de cuidados maternos avaliada em uma escala com pontuação que varia de 0 a 1, foram substancialmente mais baixas nos centros de saúde primários (pontuação do índice 0,38) do que nos estabelecimentos de cuidados secundários (0,77). O baixo volume de entrega foi consistentemente associado à má qualidade, com diferenças de qualidade entre as unidades de menor e maior volume de $-0,22$ (IC de 95% $-0,26$ a $-0,19$) nas unidades de atenção primária e $-0,17$ ($-0,21$ a $-0,11$) em instituições de atenção secundária.

Segundo WORLD HEALTH ORGANIZATION; OECD; BANK, 2018 apesar do substancial aumento no acesso a serviços essenciais de saúde alcançados durante a era dos ODM (Objetivos de Desenvolvimento do Milênio), em essência, a má qualidade do atendimento é responsável por níveis persistentemente elevados de mortalidade materna e infantil em países de baixa e média renda.

O atendimento de má qualidade é ineficiente, desperdiçando recursos escassos e aumentando o custo da expansão da cobertura de saúde. Ineficiências são introduzidas por cuidados desnecessários que não fazem diferença aos resultados de saúde. Erros na prestação de serviços também podem levar a danos diretos à saúde, aumentando os

custos do sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION; OECD; BANK, 2018).

Em 2017 a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) reconheceu a intersecção das agendas de qualidade e eficiência, concordando que a medição da qualidade e a melhoria devem estar no centro dos esforços para obter resultados de saúde com uma boa relação custo-benefício (OECD, 2017).

A importância da qualidade dos serviços de saúde já é reconhecida mundialmente. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) reafirmam um compromisso global para alcançar cobertura universal de saúde (UHC) até 2030. Isso significa que todas as pessoas e comunidades, em todo o mundo, devem ter acesso aos serviços de saúde de alta qualidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION; OECD; BANK, 2018).

A cobertura universal de saúde significa garantir que todas as pessoas e as comunidades possam usar os métodos promotores, preventivos, curativos, reabilitadores e paliativos dos serviços de saúde de que necessitam, e que esses serviços ofereçam qualidade suficiente para serem eficazes. Explicitamente com foco na qualidade dos serviços de saúde, a Agenda 2030 para a Sustentabilidade reconhece a necessidade urgente de colocar a qualidade do atendimento no tecido da ação nacional, regional e global para a promoção do bem-estar para todos (WORLD HEALTH ORGANIZATION; OECD; BANK, 2018).

6.8 VALIDAÇÃO DO ESQUEMA TEÓRICO POR MEIO DA RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE QUALIDADE DO CUIDADO E A PROBABILIDADE DE RESULTADOS ADVERSOS

A revisão de literatura forneceu um conceito de qualidade que direcionou esse estudo no sentido de descrever a qualidade em termos de probabilidade, ou seja, a qualidade precisa expressar a probabilidade de o cuidado resultar em desfechos positivos.

A abordagem de avaliação da qualidade utilizada neste estudo propôs um esquema teórico avaliativo que considerou a tríade proposta por Donabedian incluindo os

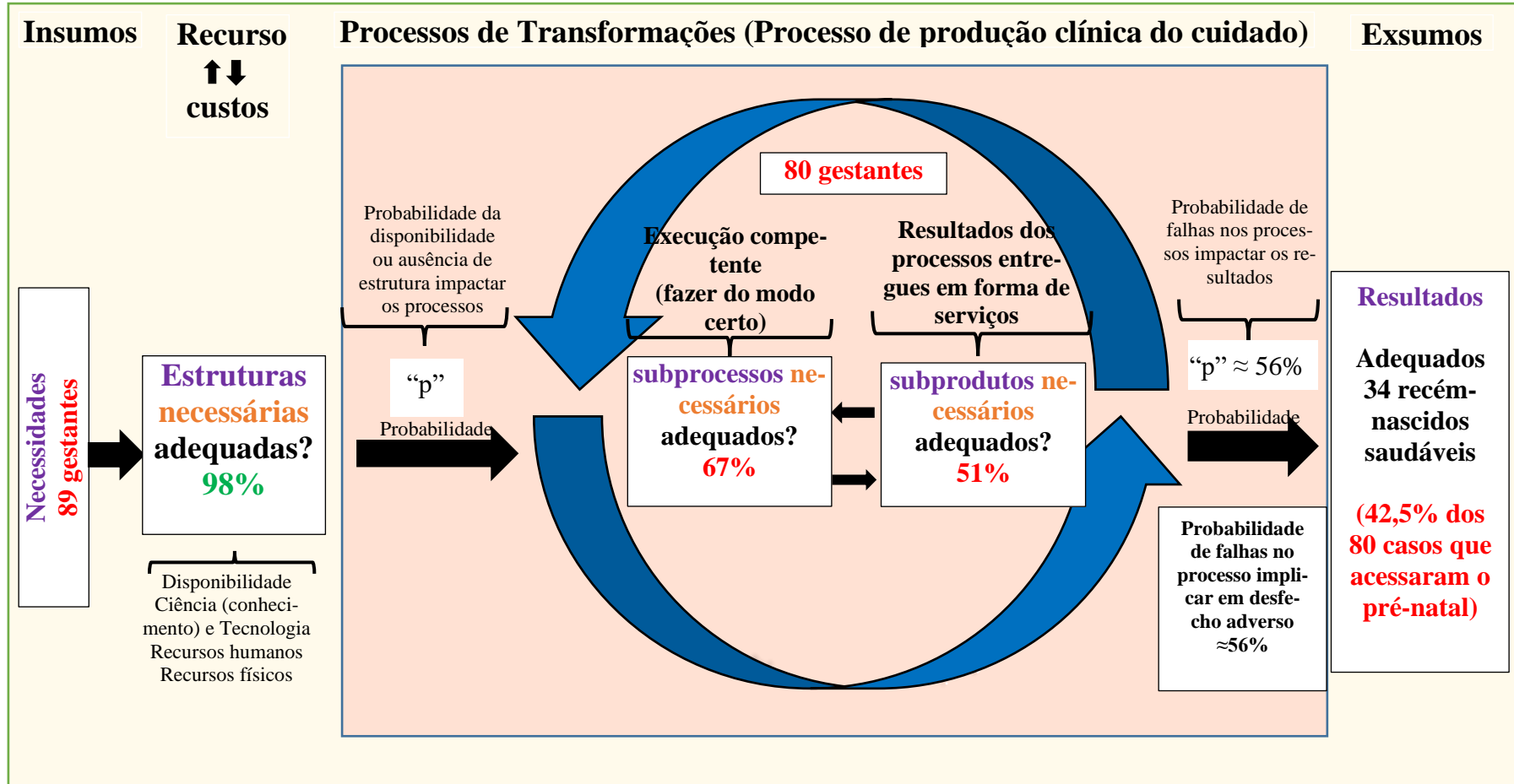
elementos: “necessidade” e “produtos”, essa adaptação permitiu uma avaliação mais ampla que transcendeu a avaliação da intervenção pontual e expandiu as possibilidades para a avaliação de programas ou intervenções compostas por múltiplos subprocessos.

De acordo com as premissas de Donabedian o julgamento da qualidade deriva de um relacionamento estabelecido entre estruturas, processos e resultados, de modo que a estrutura influencia os processos e os processos influenciam os resultados.

Na aplicação dessas premissas ao presente estudo, essas relações estão bem estabelecidas pelas evidências científicas, visto que a evitabilidade da sífilis congênita já é consenso no meio científico, isso proporciona uma análise sobre qualidade com alta credibilidade.

A figura 50 mostra os elementos da tríade proposta por Donabedian, “estrutura – processos – resultados” acrescido de mais dois elementos propostos pela literatura de avaliação em saúde “Necessidades” e “Produtos”.

Figura 50- Elementos que compõem a qualidade clínica do pré-natal.



Fonte: Próprio autor

Este estudo observou que apenas 67% dos processos ou práticas necessários ao atendimento das necessidades apresentadas pelas gestantes estavam de acordo com as diretrizes técnicas.

Quanto à produtividade, foi observado na coorte do estudo que em apenas 48% dos casos foram ofertados às gestantes os produtos necessários ao atendimento e previstos nas diretrizes técnicas.

Sobre o impacto da intervenção nos casos, foi observado na coorte um resultado de 42,5% de nascimento de crianças saudáveis.

A avaliação dos processos e da produtividade nos permite concluir que os processos estão impactando decisivamente a qualidade do pré-natal, os resultados apresentados pela coorte confirmam esta conclusão.

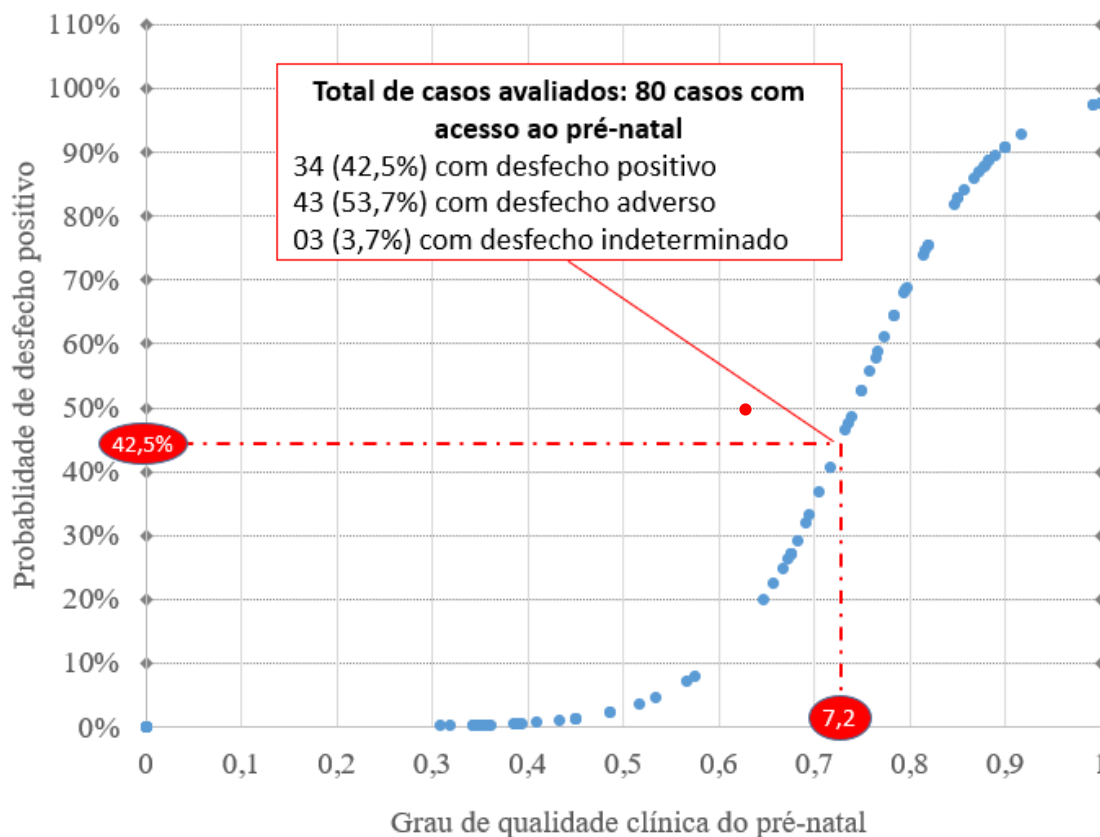
A observação deste estudo sobre uma relação mais direta dos “processos” com os “resultados” corrobora com o que Donabedian já havia observado, as características dos processos estão mais diretamente relacionadas aos resultados do que as características das estruturas (DONABEDIAN, 2003).

Verificou-se, conforme mostra a

Figura 51 que a qualidade do cuidado foi expressa pela probabilidade de resultados oriundos das interações entre estruturas e processos, pois o impacto da intervenção “cuidado pré-natal” na coorte estudada está em coerência com os resultados da regressão linear que determinou o risco para sífilis congênita, os detalhes sobre os procedimentos de determinação do risco para sífilis estão descritos no capítulo de análises exploratórias.

A qualidade clínica consolidada para a coorte foi de 0,72. A regressão linear predizia que para um Grau de qualidade clínica de 0,72 a probabilidade de desfecho positivo e adverso era de aproximadamente 43% para de desfechos positivos e 57% para desfechos adversos, conforme mostra a figura 51.

Figura 51 - Probabilidade de desfechos positivos segundo grau de qualidade clínica.



A análise consolidada dos dados encontrou valores muito próximos a esses, de todas as 80 gestantes que acessaram o pré-natal e receberam cuidados clínicos, 34 gestantes (42,5%) tiveram desfechos positivos (nascimento de crianças saudáveis) e 43 gestantes (53,75%) tiveram desfechos negativos, outras 3 gestantes (3,75%) não tiveram seus desfechos determinados em decorrência da falta de informações sobre o parto.

A capacidade de produção de estimativas de probabilidade acerca dos resultados é um indicativo da plausibilidade do processo avaliativo do programa (WHOLEY, 2010).

A figura 50 sintetiza o esquema avaliativo utilizado nesse estudo, veja que os resultados do estudo já estão plotados na figura, mostrando a coerência entre o modelo proposto e os resultados observados, essa coerência é mais um dos indícios de adequação e validação do modelo apresentado.

Em uma avaliação é crucial que se avance dos indicadores para o que chamam de “critério de valor” ou “critérios de julgamento”, isto só ocorre quando os resultados constatados podem ser comparados com algum parâmetro, permitindo a formulação de juízo de valor sobre as variáveis e a intervenção avaliada (SILVA, RR; GASPARINI, MFV; BARBOZA, M.; 2017).

Uma avaliação deve produzir um juízo sólido que articule os critérios associados a cada indicador, combinando-as da forma mais contextualizada e justa possível (Silva, RR; Gasparini, MFV; Barboza 2017).

Na prática, a emissão de um juízo de valor implicaria na classificação do Grau de qualidade clínica do pré-natal em algo como, ótimo, bom, aceitável, ruim ou péssimo.

Porém esse estudo optou por emitir juízo de valor, em forma de probabilidade ou risco, mostrando que a probabilidade ou risco de desfecho adverso cresce conforme a o grau de qualidade clínica do pré-natal diminui.

A negociação em relação às mudanças necessárias no processo de cuidado também poderá ser realizada pelos utilizadores desses resultados de forma contextualizada, considerando a disponibilidade das estruturas necessárias as mudanças e o impacto de cada mudança, todas essas decisões poderão ser embasadas nas evidências científicas disponíveis, inclusive nas evidências científicas e recomendações produzidas nesse estudo.

O fornecimento de evidências científicas que embasam os julgamentos permite a utilização dos resultados da pesquisa de forma mais generalizada. O fornecimento de evidências científicas em forma de probabilidade, fornece parâmetros para que outras instituições não avaliadas considerem a associação de seus desfechos adversos com baixa qualidade do cuidado, e realizem mudanças sem necessariamente realizarem uma avaliação.

Os resultados afirmaram a coesão e a coerência do modelo avaliativo proposto, esses resultados permitiram a validação do modelo avaliativo.

Sobre a classificação desse estudo em relação a evolução temporal dos métodos de avaliação em saúde, nos parece prudente classificá-lo como um estudo avaliativo de 3º geração.

6.9 DISCUSSÃO DO ESQUEMA TEÓRICO AVALIATIVO

Segundo (VIACAVA *et al.*, 2004), embora não haja consenso sobre como medir desempenho dos sistemas de serviços de saúde, o desempenho sempre deve ser definido em relação ao cumprimento de objetivos e funções das organizações, considerando ainda que os objetivos e metas variam de acordo com o que cada organização estabelece. É exatamente nesse ponto que o modelo de avaliação ganha papel de destaque, é o modelo de avaliação que define os objetivos e metas da intervenção a ser avaliada.

O esquema avaliativo desse estudo considerou as relações entre processos e produtos, estruturas e resultados, definindo objetivos e metas contextualizadas que por sua vez permitiram o estabelecimento de indicadores mensuráveis.

O modelo proposto permitiu uma base para uma avaliação mais contextualizada e coesa, produzindo resultados que transcenderam a linha do cuidado clínico e possibilitaram a exploração da influência das ações de micro gestão da clínica sobre fenômenos psicossociais no cuidado pré-natal.

A transgressão do modelo também implica em transgressão da avaliação, que passa a considerar a pessoa de modo mais amplo, deixando de olhar exclusivamente para o problema patológico ou doença, considerando as necessidades individuais de maneira abrangente e contextualizada com as questões sociais e organizacionais.

Um estudo de revisão sistemática (REIS *et al.*, 2017), analisou seis modelos distintos de avaliação de desempenho de sistemas, dois foram desenvolvidos por agências governamentais de saúde, uma do Canadá e a outra dos Estados Unidos da América; dois modelos pertencem a agências internacionais, Organização Mundial da Saúde (OMS) e à

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE); outros dois foram desenvolvidos por instituições acadêmicas.

Reis et al. 2017, constataram que não há consenso sobre o que seja desempenho e como medi-lo. Apesar de os diversos modelos convergirem para a compreensão de desempenho como alcance de objetivos e metas, variam com as organizações e funções dos sistemas sob apreciação.

Segundo VIACAVA *et al.*, 2004 a avaliação de desempenho, especificamente no contexto do SUS teria de ser pautado por um quadro de referência que levasse em consideração a sua concepção legal, a forma como vem sendo implantado e os problemas de saúde priorizados, além de que deveria permitir avaliar em que medida seus princípios e objetivos estão sendo cumpridos.

O método avaliativo elaborado e utilizado nesse estudo considera aspectos que vão além da história natural da doença, incluindo no processo de produção da saúde elementos da gestão da clínica, permitindo uma avaliação que extrapola o nível pontual do processo de cuidado, avançando no sentido da avaliação organizacional.

A Teoria Avaliativa do Programa ilustrada na **Figura 38**, página 260 remonta o processo de cuidado na atenção básica, inserindo elementos do desempenho clínico (representado por um núcleo duro no centro do modelo) exercido principalmente, mas não exclusivamente por médicos e enfermeiros e ações de gestão da clínica (desempenho genérico) exercida pela equipe multiprofissional com destaque para os agentes comunitários de saúde, essas ações orbitam em torno do núcleo duro.

A teoria avaliativa proposta por esse estudo para o programa de pré-natal permite tanto uma avaliação da qualidade específica voltada para um problema específico (condição ou patologia), essa qualidade específica é representada principalmente pelas ações de desempenho clínico (núcleo duro), quanto a avaliação da qualidade genérica (não voltada para um problema específico), representada pelas ações genéricas do serviço (ações de gestão da clínica).

A avaliação do desempenho genérico possibilita a avaliação do desempenho no que desrespeita ao arcabouço teórico do SUS, ou seja, universalidade, integralidade e equidade.

Viacava et al. 2004, propõe que o desempenho do sistema de saúde brasileiro seja analisado no contexto político, social e econômico que traduza sua história e conformação atual, levando-se em consideração seus objetivos e prioridades.

O esquema teórico aqui proposto também leva em consideração o impacto dos determinantes de saúde no problema de saúde e na intervenção avaliada (pré-natal), presupondo impacto distinto nos diferentes grupos sociais.

Segundo NASSER *et al.*, 2017 e COSTA *et al.*, 2015, os modelos multidimensionais são os mais adequados para avaliar intervenções na área da saúde devido à sua maior capacidade avaliativa e pela incorporação de relações de complementaridade entre as diferentes dimensões avaliadas e ao diálogo com os conceitos de complexidade.

Para Costa et al., 2015 esses modelos estão mais aptos a lidar com as incertezas, ambiguidades e pluralidades dos ambientes externo e interno das organizações, considerando combinações integradoras de distintos padrões para o alcance dos resultados.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como o estudo incluiu na coorte apenas as gestantes com pré-natal ocorrido na rede pública municipal, os resultados não podem ser generalizados para gestantes com sífilis, residentes do município de Osasco, atendidas na rede privada (viés de amostragem), vale ressaltar que esse viés pode afetar a medida de ocorrência, mas não afeta necessariamente a medida de efeito.

Em relação a identificação de vulnerabilidades, as gestantes que não acessaram o pré-natal e não foram acompanhadas possuíam registros no prontuário eletrônico muito pobres ou ausentes, dificultando ou impossibilitando o acesso as informações sobre

suas condições de vida, inviabilizando a identificação de vulnerabilidades (viés de acompanhamento e detecção), isto pode ter causado distorções das medidas de incidências de vulnerabilidades, e como a vulnerabilidade está associada com a exposição, as medidas de efeito também podem ter sido subestimadas em relação ao risco de sífilis materna e desfechos adversos da gestação em gestantes com vulnerabilidades. Essa limitação também se aplica a gestantes baixa renda que não são beneficiárias do bolsa família.

Para alguns indicadores (gestão da condição e gestão do caso) a medida individual da exposição pode ter sido imprecisa, e não ter mensurado corretamente o que se propõe a medir (viés de informação).

A mensuração imprecisa, de ações de gestão da condição e do caso, igualmente nos grupos comparados (grupo de desfechos positivos e grupo de desfecho adversos), pode ter causado resultado subestimados em relação a verdadeira força de associação (viés não diferencial).

8 CONCLUSÕES

A qualidade do pré-natal é um fator decisivo em relação ao risco para desfechos negativos da gestação, a assistência ofertada precisa ser aplicada e exercida com qualidade, sem isso não há como esperar bons resultados.

Os avanços da ciência na área biológica tem sido de extrema importância, mas sozinhos não são suficientes, pois muitas vezes não chegam até quem deles necessita, o desenvolvimento de tratamentos eficazes só podem chegar até as pessoas por meio da produção de cuidados de saúde organizados, adequados e de qualidade.

A produção de cuidados de saúde de qualidade requer gestão adequada de processos e pessoas, infelizmente a saúde pública ainda enfrenta muitos desafios nessa questão, gerenciar processos e pessoas significa lidar com comportamentos e atitudes, a saúde pública ainda tem um longo caminho na discussão e consolidação desse tema no contexto dos processos assistenciais.

Há de se destacar que, principalmente no cuidado de populações altamente vulneráveis, para se alcançar desfechos positivos não basta somente um bom desempenho clínico, é preciso atuar também sob as questões psicossociais, por isso é preciso uma atuação clínica coordenada e pautada na integralidade, na longitudinalidade.

Os resultados desse estudo deixaram claro que uma assistência pré-natal exclusivamente tecnicista fundamentada no modelo biológico não dá conta de ofertar um cuidado universal, inclusivo e integral, principalmente quando o receptor desses cuidados são populações com altos índices de vulnerabilidades, como é o caso da sífilis materna.

Somente um cuidado alinhado com um modelo que atenda necessidades biopsicossociais, que inclua práticas de gestão do cuidado e monitoramento contínuo do processo poderá agregar a qualidade que o pré-natal oferecido pela saúde pública tanto precisa.

O serviço que, de fato, deseja evitar a sífilis congênita precisa antes de mais nada proporcionar às suas gestantes um pré-natal de alta qualidade, com processos de

cuidados integral baseados nas evidências científicas disponíveis e com a clínica executada de maneira competente, só assim poderão gerar produtos e resultados positivos.

Certamente o problema da sífilis congênita no contexto da saúde pública não será superado sem que tenhamos que passar por uma profunda discussão sobre a estrutura organizacional da Atenção Primária de Saúde, pois é no contexto da atenção primária que o pré-natal é oferecido pela saúde pública.

Concluiu-se que a qualidade do pré-natal impacta fortemente os resultados de gestações de mulheres com sífilis. O foco de resolução do problema não deve estar na sífilis congênita, é preciso atuar nas causas do problema, na baixa qualidade do cuidado pré-natal. A sífilis congênita, assim como outros desfechos adversos, é apenas o resultado do pré-natal de baixa qualidade ofertado às gestantes.

9 RECOMENDAÇÕES

É altamente recomendado que os responsáveis pelas definições de políticas públicas a nível federal, estadual e municipal revisitem os alicerces do cuidado pré-natal, realizem uma nova reflexão contextualizada com as diversas realidades sociais, redefinam as diretrizes da produção e da gestão do cuidado de maneira clara e em um segundo momento reoperacionalizem tanto a produção quanto a gestão do cuidado pré-natal.

É urgente trabalhar no sentido da integralidade e coordenação do cuidado. Para ter sucesso no tratamento da sífilis materna é preciso exergar a mulher e não apenas a sífilis, é preciso enxergar a pessoa e a sua inserção social, é preciso considerar a determinação social da saúde.

Assim como também é urgente trabalhar a questão do conhecimento, dos comportamentos e das atitudes dos profissionais envolvidos no cuidado pré-natal, visto que muitos resultados adversos teriam sido evitados se os profissionais tivessem adotado comportamentos e atitudes diferentes.

Na perspectiva de implementação de ações que promovam a qualidade do pré-natal no âmbito do SUS, com base nos resultados deste estudo recomendamos:

No contexto da atenção primária

- Produção de diretrizes técnicas específicas para a operacionalização da gestão da clínica nos serviços de atenção primária a saúde.

No contexto do cuidado pré-natal:

- Padronização de processos para captação de gestantes que não buscam o pré-natal, definindo por meio dos protocolos procedimentos de busca ativa, principalmente para gestantes em condições de vulnerabilidade, esse procedimento necessita que os atores de cada processo estejam definidos assim como metas e objetivos de forma clara e mensurável.

- Capacitação de profissionais para uma prática mais integral (biopsicossocial), de forma que esses profissionais possam identificar e agir sobre riscos, não somente biológicos, mas também socioeconômicos e psíquicos.
- Monitoramento de realização de teste rápido com identificação oportuna de dificuldades e / ou falhas, correção do processo em tempo oportuno.
- Definição de procedimentos obrigatórios de busca ativa para gestantes faltosas em coleta de exames, consultas ou tratamento, com definição de responsáveis pela identificação dos casos e pela busca ativa.
- Atualização da definição de caso de sífilis congênita na ficha de notificação, incluir critérios de queda de titulação e / ou ausência de ascendência de titulação.
- Monitoramento da solicitação, coleta e liberação de laudo de exames não treponêmicos (VDRL).
- Monitoramento da titulação de VDRL ao longo do pré-natal de forma a confirmar ou descartar reinfeção ou reativação da sífilis.
- Definição, por parte das linhas guias ou protocolos, do (s) responsável (is) pela “gestão da condição ou /do cuidado pré-natal”.
- Definição, por meio das linhas guias ou protocolos, do (s) responsável (is) pela “gestão do caso”.
 - Adoção de práticas de “gestão do caso” objetivando a oferta de opções de cuidados (adequação dos cuidados às necessidades expressas) as mulheres em condições de alta vulnerabilidade ou portadoras de patologias que implicam em alto risco gestacional.

Embora esse estudo tenha oferecido resultados que permitem o direcionamento de ações para pontos críticos específicos, não temos a pretensão de esgotar, com as recomendações aqui apresentadas, as possibilidades de ações de fomento a qualidade do pré-natal. Como bem coloca Hartz, os resultados de uma avaliação não podem ser facilmente resumidos em um pequeno número de recomendações.

O quadro de referência proposto evidencia que a avaliação de uma intervenção é constituída pelos resultados de várias análises obtidas por métodos e abordagens diferentes. Estes resultados não poderão ser facilmente resumidos em um pequeno número de recomendações. E até provável que quanto mais uma avaliação seja bem sucedida, mais ela abra caminhos para novas perguntas. Ela semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente, deve ser vista como uma atividade dinâmica no tempo, apelando para atores numerosos, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas. (HARTZ, 1997).

10 PRODUTOS DO MESTRADO

Durante a coleta de dados, revisitando o prontuário eletrônico das gestantes incluídas na coorte, a equipe se deparou com gestantes da coorte que já estavam novamente gestantes, foram verificadas fragilidades no pré-natal atual, frente a essa situação foi realizado contato telefônico com as equipes assistenciais e solicitado adequação do cuidado pré-natal a essas gestantes.

Mesmo antes da finalização desse estudo, os resultados parciais já foram sendo apresentados aos gestores do departamento de Atenção Básica do município de Osasco e do Programa IST Aids.

Durante reunião ocorrida em 08/06/2021 com o objetivo de discutir ações que pudessem mitigar a incidência de sífilis congênita, foi pactuada a realização de oficinas para qualificação do cuidado pré-natal. Participaram da reunião supracitada, a coordenadora médica da saúde da mulher, coordenadora médica da saúde da criança, coordenadora médica da UTI neonatal da maternidade municipal, coordenadoras de enfermagem da atenção básica e do programa estratégia saúde da família, coordenadora da CCIH da maternidade municipal, coordenadora do programa de IST, e coordenadora técnica da vigilância epidemiológica.

Ficou pactuado a realização de oficinas de qualificação do pré-natal conforme delineamento descrito na tabela abaixo.

Quadro 28- Delineamento da oficina de qualificação do cuidado pré-natal

Público-alvo	Tempo de duração	Conteúdo programático
Médicos (Ginecologistas e generalistas), enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde, recepcionistas, gestores da unidade	40 minutos	Apresentação dos indicadores relacionados ao pré-natal; Apresentação dos resultados parciais do presente estudo; Apresentação dos conceitos abordados nesse estudo para cada etapa do cuidado: I- Acesso; II-Anamnese; III-Diagnóstico; IV-Tratamento; V-abordagem do parceiro; VI-Seguimento; VII-Gestão da condição; VIII-Gestão do caso
	30 minutos	Dinâmica parte I – Profissionais se organizam em grupos de cinco a sete pessoas e cada grupo avalia e discute um caso real ocorrido em uma UBS do município.

	20 minutos	Intervalo
	1 h 30 min	Dinâmica parte II – Cada grupo apresenta os resultados da discussão do caso que discutiu, destacando as potencialidades e fragilidades identificadas em cada fase do cuidado.
	30 minutos	Fechamento da oficina

Foram realizadas duas oficinas de qualificação do pré-natal, sendo a primeira em 07/12/2021 e a segunda no dia 14/12/2021, todos os médicos ginecologistas da rede de atenção primária foram convocados para a oficina, assim como os enfermeiros responsáveis técnicos de cada UBS, a oficina foi coordenada pela autora desse estudo e apoiada pelo departamento de Educação Permanente e Departamento de Atenção Básica.

Foi elaborado um estudo de caso fictício, porém baseado em casos reais, esse caso foi apresentado aos profissionais e sugerido que eles avaliassem o caso e identificassem fragilidades e potencialidades no cuidado pré-natal ofertado para cada fase da assistência.

O Estudo de caso Apresentado aos profissionais, assim como a apresentação utilizada na oficina estão disponíveis nos apêndices.

A oficina procurou incentivar as equipes a identificar fragilidades e potencialidades no cuidado pré-natal para cada fase da assistência.

Cada grupo apresentou em um painel o resultado de suas discussões para os demais participantes (painel disponível no apêndice), todos discutiram as potencialidades (boas práticas que deverão ser fomentadas) e as fragilidades (falhas que deverão ser mitigadas), ao final desta etapa obteve-se como produto a construção coletiva de propostas reais e possíveis para mitigar as fragilidades do cuidado pré-natal.

A construção de propostas a partir da participação dos profissionais que atuam na linha de frente e diretamente com o cuidado pré-natal, além de contribuir para a revisão das práticas, tem um maior potencial de gerar propostas mais factíveis de se

operacionalizar, visto que os atores que implementarão as ações participarão de sua elaboração.

Serão realizadas outras oficinas com o mesmo delineamento para os médicos generalistas que também realizam pré-natal.

Ao final de todas as oficinas será elaborado um relatório final com todas as propostas dos participantes da oficina. O protocolo municipal do cuidado pré-natal será atualizado de acordo com as propostas dessa oficina.

Os relatórios parciais de cada oficina já estão concluídos, o Departamento de Educação permanente também já enviou a avaliação da oficina, felizmente as avaliações foram animadoras, a oficina não teve nenhuma avaliação negativa.

Vigilância do pré-natal

Após a verificação por meio desse estudo de que muitas fragilidades (faltas, abandono do pré-natal, vulnerabilidades) não são sequer identificadas pelas equipes durante o pré-natal, a Vigilância Epidemiológica iniciará a vigilância do pré-natal por meio do monitoramento da “condição de gestante” de todos os pré-natais realizados na rede municipal, essa ação é um esforço no sentido de diagnosticar as fragilidades do cuidado e implementar ações corretivas em tempo oportuno, diminuindo assim os desfechos negativos.

Os indicadores de processo que serão monitorados foram elencados de acordo com os resultados desse estudo, são eles:

Indicadores de processo:

- I. Proporção de gestantes com realização de teste rápido (sífilis e HIV) no 1º e 2º trimestre. Feedback semanal para as unidades assistenciais com o envio de lista de gestantes que não realizaram teste rápido no 1º ou 2º trimestre.
- II. Numero de gestantes faltosas em consultas e exames, e proporção de gestantes que receberam visitas de busca ativa de faltosas. Feedback

- semanal para as unidades assistenciais com o envio de lista de gestantes faltosas em consultas ou exames.
- III. Proporção de gestantes com pré-natal do parceiro realizado. Feedback semanal para as unidades assistenciais com o envio de lista de gestantes com sífilis sem pré-natal do parceiro.
 - IV. Proporção de gestantes com sífilis sem tratamento do parceiro. Feedback semanal para as unidades assistenciais com o envio de lista de gestantes com sífilis sem tratamento do parceiro.
 - V. Proporção de gestantes que registraram coleta e liberação de laudo de todos os exames de rotina do pré-natal estabelecidos no protocolo municipal. Feedback semanal para as unidades assistenciais com o envio de lista de gestantes com sífilis que não realizaram exames de rotina conforme trimestre.
 - VI. Proporção de gestantes com sífilis que realizam VDRL mensal ao longo do pré-natal de forma a confirmar ou descartar reinfecção ou reativação da sífilis. Feedback semanal para as unidades assistenciais com o envio de lista de gestantes com sífilis que não realizaram exames mensais de VDRL.
 - VII. Proporção de gestantes em vulnerabilidade social, proporção de gestantes beneficiárias do bolsa família ou de baixa renda, proporção de gestantes usuárias de álcool ou drogas, proporção de gestantes que não aderem o acompanhamento pré-natal, proporção de gestantes com outras vulnerabilidades sociais. Encaminhamento semanal para as UBS e outros serviços da rede de listas de gestantes com vulnerabilidades sociais, para que essas recebam um acompanhamento adequado a sua condição.
 - VIII. Proporção de gestantes com risco gestacional elevado, proporção de gestantes com hipertensão arterial, diabetes melitos, e outras condições que aumentam o risco gestacional. Encaminhamento semanal para as UBS e outros serviços da rede de listas de gestantes com maior risco gestacional, para que essas recebam um acompanhamento adequado a sua condição.

- IX. Proporção de gestantes encaminhadas a outros pontos da rede e que continuam realizando pré-natal na UBS de referência (pré-natal compartilhado). Encaminhamento semanal para as UBS de listas de gestantes em acompanhamento em outros pontos da rede, para que essas recebam um acompanhamento adequado a sua condição.

Indicadores de resultados

Os indicadores de resultados são provenientes do programa Previna Brasil

- I. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação;
- II. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- III. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, H. C. **A rede Viva Vida no município de Janaúba**. Janaúba: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

ALMEIDA, MF; JORGE, M. O uso da técnica de “Linkage” de sistemas de informação em estudos de coorte sobre mortalidade neonatal. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. V. 30, n. 2, p. 141–147, 1996.

ALMEIDA FILHO, N. de. Epidemiologia e Modelos de complexidade: Perspectivas Metodológicas. *In*: FILHO, NAOMAR DE ALMEIDA; BARRETO, M. L. (org.). **Epidemiologia & Saúde. Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: [s. n.], 2017. p. 693.

ALVES, CKA; NATAL, S; FELISBERTO, E; SAMICO, I. Interpretação e Análise das Informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. *In*: SAMICO, I; FELISBERTO, E; FIGUEIRÓ, AC; FRIAS, P. (org.). **Avaliação em Saúde - Bases Conceituais e Operacionais**. [S. l.]: IMIP - Instituto de Medicina Integral, 2010. p. 89–107.

ANDRADE, A. L. M. B. *et al.* Diagnóstico Tardio De Sífilis Congênita: Uma Realidade Na Atenção À Saúde Da Mulher E Da Criança No Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, [s. l.], v. 36, n. 3, p. 376–381, 2018.

BARATA, RB; WERNECK, G. Observação e Registro dos Fenômenos Epidemiológicos (Tempo, Espaço, Indivíduos e Populações). *In*: FILHO, NAOMAR DE ALMEIDA; BARRETO, M. L. (org.). **Epidemiologia & Saúde. Fundamentos, Métodos, Aplicações**. 2º edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2017.

BRANDALISE, S. J. **Trilhos x Trilhas**. [S. l.], 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. **Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa**. 4º edição. [S. l.: s. n.], 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil**. [S. l.: s. n.], 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Bolso para Manejo da Sífilis em Gestante e Congênita 2 ed.** [S. l.: s. n.], 2016.

BRASIL, M. da S. **Portaria nº 2.012 de 19 de outubro de 2016 - Aprova manual técnico para diagnóstico da sífilis e dá outras providências**. [S. l.: s. n.], 2016.

BUNGE, M. Os conceitos de modelo. Modelos na ciência teórica. *In*: BUNGE, M. **TEORIA E REALIDADE**. [S. l.]: São Paulo: Perspectiva, 1974. p. 11–40.

CAMARGO JR., K. R. de *et al.* Going open source: some lessons learned from the development of OpenRecLink. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. 257–263, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000200257&lng=en&tlng=en. Acesso em: 23 jun. 2019.

CARVALHEIRO, J. R. “Desafios da Vigilância Sanitária e a Função Regulatória”. *In*: , 2001. **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**. [S. l.]: Ministério da Saúde Brasil, Caderno de Textos da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001. p. 25–36.

CARVALHEIRO, J. R. Qualidade em saúde em tempo de crise. **CEBES - DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE**, [s. l.], v. n° 7, 1992.

CARVALHO, AL; BUSS, P. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. *In*: GIOVANELLA L, ESCOREL S, LOBATO, LVC, NORONHA JC, CARVALHO AI, organizadores. (org.). **POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL**. 2° Ediçãoed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde;, 2012. p. 121–130.

CARVALHO, S., WHITE, H. Theory-Based Evaluation: The Case of Social Funds. **Jornal americano de avaliação**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 141–160, 2004.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Epi Info™7 [internet]. Versão 7.2 [acessado em junho de 2019] Disponível em: https://www.cdc.gov/epiinfo/por/pt_index.html. Versão 7.2. [Acessado em 20 de junho 2019].: [s. n.], 2019. Disponível em: https://www.cdc.gov/epiinfo/support/por/pt_downloads.html.**

CECILIO, L. AS NECESSIDADES DE SAÚDE COMO CONCEITO ESTRUTURANTE NA LUTA PELA INTEGRALIDADE E EQUIDADE NA ATENÇÃO. *In*: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p. 113–126. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012365X01003855>.

CHAMPAGNE, F; BROUSSELLE, A; CONTANDRIOPOULO; HARTZ, Z. Análise dos Efeitos. *In*: BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULO; HARTZ, Z. (org.). **Avaliação conceitos e métodos**. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 292.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Análise da Implantação. *In*: AVALIAÇÃO CONCEITOS E MÉTODOS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 217–238.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Apreciação Normativa. *In*: A, B. *et al.* (org.). **Avaliação conceitos e métodos**. 1° Ediçãoed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 77–94.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. *In*: BROUSSELLE, A. *et al.* (org.). **Avaliação conceitos e métodos**. 1° ediçãoed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 41–60.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar as Intervenções. *In*: BROUSSELLE A, CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS A, H. Z. (org.). **Avaliação conceitos e métodos**. 1° ediçãoed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

CHAVES, S. R. Estado da arte do financiamento de condições crônicas: a base da implantação do modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. *In*: CAMPOS, E. F. *et al.* (org.). **Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais**. Belo Horizonte, Editora da Federação das Unimeds de Minas Gerais, 2008.

CHEN, H. Issues in constructing program theory. **New Directions for Program Evaluation**, [s. l.], v. 47, p. 7–18, 1990.

CHEN, H. **Practical Program Evaluation: Assessing and improving planning, implementation and effectiveness**. California: /sage Puclications, 2005.

CHEN, H. **Theory-Driven Evaluations**. California: SAGE Puclications, 1990.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer do Cofen N° 259 de 27 de setembro de 2016**. 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016_46252.html.

COIMBRA, L. C. *et al.* Fatores associados a inaequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saude**

Publica, [s. l.], v. 37, n. 4, p. 456–462, 2003.

COJOCARU, S. Clarifying the theory-based evaluation. **Revista de cercetare [i interven]ie social**, [s. l.], v. 26, p. 76–86, 2009.

COSTA, J. M. B. da S. *et al.* Desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina: uma revisão sistemática. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 39, n. spe, p. 307–319, 2015.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos *. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 37, n. 5, p. 969–992, 2003.

CROSBY, P. **Quality Without Tears: the art of hassle-free management**. New York: Plume Book, 1984.

DAS, J.; HAMMER, J.; LEONARD, K. The Quality of Medical Advice in Low-Income Countries. [s. l.], v. 22, n. 2, p. 93–114, 2008.

DAS, J.; MOHPAL, A. Socioeconomic status and quality of care in rural India: New evidence from provider and household surveys. **Health Affairs**, [s. l.], v. 35, n. 10, p. 1764–1773, 2016.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 425–437, 2012.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford: Edited by Raschid Bashshur, 2003.

DONABEDIAN, A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean?. **American journal of public health**, [s. l.], v. 71, n. 4, p. 409–412, 1981. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7468883> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1619670>.

DONABEDIAN, A. Exploration in quality assessment and monitoring. *In*: THE DEFINITION OF QUALITY AND APPROACHES TO ITS ASSESSMENT. 1º Edição.ed. Michigan Ann Arbor: University of Michigan, Health Administration Press, 1980.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. História da Avaliação. *In*: BROUSSELLE, A. *et al.* (org.). **Avaliação conceitos e métodos**. 1º edição.ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 19–39.

FARAND, L. A Análise de Produção. *In*: A, B. *et al.* (org.). **Avaliação conceitos e métodos**. 1º: edição.ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 115–158.

FIGUEIRÓ, A.; FRIAS, P.; LM, N. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas instituições. *In*: SMAICO, I. *et al.* (org.). **Avaliação em saúde - Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Med Book - Editora Científica LTDA, 2010. p. 196.

FILHO, NAOMAR DE ALMEIDA; CASTIEL, LUIZ DAVID; AYRES, J. R. Risco: Conceito Básico da Epidemiológica. *In*: FILHO, NAOMAR DE ALMEIDA; BARRETO, M. L. (org.). **Epidemiologia & Saúde. Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 43–53.

FILHO, NAOMAR DE ALMEIDA; ROUQUAYRO, MARIA ZÉLIA; BARRETO, M. L. O que é Análise Epidemiológica?. *In*: FILHO, NAOMAR DE ALMEIDA; BARRETO, M. L. (org.). **Epidemiologia & Saúde. Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 227–231.

FILHO, C. C. B. Práticas de Glosa e Anamnese. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 4, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v4n1/03.pdf>.

FITZ-GIBBON, T.C., LYONS MORRIS, L. Theory-based evaluation. **revista americanade avaliação**, [s.

l.], v. 17, n. 2, p. 177–184, 1996.

FONTES TEIXEIRA, C.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigi em saúde _PAIM&TEIXEIRA. **Texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, [s. l.], p. 7–28, 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>.

GOMEZ, G. B. *et al.* Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], v. 91, n. 3, p. 217–226, 2013.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Quality and equity in prenatal care: A population-based study in southern Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 25, n. 11, p. 2507–2516, 2009.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO / COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE. **Deliberação CIB - 67, de 26 de outubro de 2017**. 2017. Disponível em: <http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=20120721&Caderno=DOE-I&NumeroPagina=1>.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. *In*: R, G.; V, G.; MENDES JUNIOR, W. (org.). **Qualificação De Gestores Do Sus**. 2º Ediçãoed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 153–190. *E-book*. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B>.

HARTZ, Z. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. *E-book*. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf>.

HEALTH SECRETARIES OF STATE FOR. **Working for patients**. London: HMSO, 1989.

[HTTPS://WWW.QGIS.ORG/](https://www.qgis.org/). **QGIS - Sistema de informação geográfica gratuito e de código aberto**. Versão Versão 3.16.10. [S. l.]: https://www.qgis.org/pt_BR/site/, 2021. Disponível em: https://www.qgis.org/pt_BR/site/.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE.GOV.BR**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15788-aglomerados-subnormais.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 29 set. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington (DC): National Academies Press: [s. n.], 2001-. ISSN 0959-8138. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22274/>.

INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21th century. **Iom**, [s. l.], n. March, p. 1–8, 2001. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwihluq9nqrbAhVMMqwkHbB5CIUQFjABegQIARA2&url=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F25057539&usg=AOvVaw2n7IFYbHsvKUA3w9ykPndN>.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Medicare: a strategy for quality assurance**. Washington: DC: The National Academies Press, 1990-. ISSN 1848-0713.v. I Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235461/#ddd00079>.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE TO DESIGN A STRATEGY FOR QUALITY REVIEW AND ASSURANCE IN MEDICARE. **Medicare: A Strategy for Quality Assurance**. [S. l.: s. n.], 1991-. ISSN 1057-3631.v. 5

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da Vulnerabilidade Social nos Municípios Brasileiros**. Brasília: IPEA, 2015-. ISSN 1098-6596.

JANNATI, A. *et al.* Effective coverage as a new approach to health system performance assessment: a scoping review. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 886, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3692-7>.

KESSNER, D.; KALK, C.; CANTOR, J. Assessing Health Quality - The case for Tracers. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 288 (4):, p. 189–194, 1973.

KORENROMP, E. L. *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 1–17, 2019.

KOTELCHUCK, M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. **American journal of public health**, [s. l.], v. 84, n. 9, p. 1414–1420, 1994. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8092364><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1615177>.

KRUK, M. E. *et al.* Quality of basic maternal care functions in health facilities of five African countries: an analysis of national health system surveys. **The Lancet Global Health**, [s. l.], v. 4, n. 11, p. e845–e855, 2016.

LEONARD, K. L.; MASATU, M. C.; VIALOU, A. Getting Clinicians to Do Their Best: Ability, Altruism, and Incentives. **Journal of Human Resources**, [s. l.], v. 42, p. 682–700, 2007. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ767491&site=ehost-live>
<http://www.ssc.wisc.edu/jhr/toc1.html>.

LESLIE, H. H. *et al.* Effective coverage of primary care services in eight highmortality countries. **BMJ Global Health**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 1–11, 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Atualização da lista de causas de mortes evitáveis (5 a 74 anos de idade) por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 409–412, 2011.

MALTA, D. C. *et al.* Avoidable causes of infant mortality in Brazil, 1997-2006: Contributions to performance evaluation of the unified national health system. [Portuguese]rMortes evitaveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: Contribuicoes para a avaliacao de desempenh. **Cadernos de saude publica**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 481–491, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/06.pdf><http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed9&AN=20464067>http://imp-primo.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/44IMP/44IMP_services_page?sid=OVID&isbn=&issn=0102-311X&volume=26&issu.

MARTIN, G.; PIMHIDZAI, O. Service Delivery Indicators: Kenya. [s. l.], n. March, p. 1–88, 2013. Disponível em: [https://www.s indicators.org/sites/sdi/files/SDI-Report-Kenya .pdf](https://www.s indicators.org/sites/sdi/files/SDI-Report-Kenya.pdf).

MARTINS, CMR; GERMANO, LRRGBN; RANGEL, R. Metodologia das Unidades de Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Porto Alegre. **Indicadores Econômicos FEE**, [s. l.], v. 43, n. 4, p. 91–108, 2016.

MCLAUGHLIN, J.A.; JORDAN, G. B. Logic Models: a tool for telling your program’s performance story. **Evaluation and Program Planning**, [s. l.], v. 22, p. 65–72, 1999.

MEDINA, M. G.; AQUINO, G. A. P. S. R.; HARTZ, Z. M. de A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde - In: Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. In: **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**. [S. l.: s. n.], 2005. v. 22, p. 229–231.

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. 2º Ediçãoed. [S. l.]: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011-. ISSN 978-85-7967-075-6 1.

MENDES, E. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo IIed. Salvador: Casa da Quaidade, 2001.

MEREDITH, S. *et al.* **The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action**. [S. l.]: [Internet] Geneva: WHO., 2007. *E-book*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595858_eng.pdf?ua=1 [Links].

MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. [S. l.]: Editora MS – OS 2016/0019, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]. **Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha, a ser implantada em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]. **PORTARIA GM/MS Nº 569, DE 1º de junho 2000 do Ministério da Saúde (BR)**. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]. **Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical**. [S. l.: s. n.], 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE ATENÇÃO SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. [S. l.]: Editora do Ministério da Saúde., 2012-. ISSN 1226086X.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE CIÊNCIA, T. e I. E.; CONITEC - COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE CIÊNCIA, T. e I. E. **Relatório CONITEC Nº150 - Penicilina benzatina para prevenção da sífilis congênita durante a gravidez**. [S. l.: s. n.], 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Relatorio_Penicilina_SifilisCongenita_final.pdf .

MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; COORDENAÇÃO GERAL DE DESENVOLVIMENTO DA EPIDEMIOLOGIA EM SERVIÇOS. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 1. ed. [S. l.]: Word Wide Web, 2016-. ISSN 0021-9258. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. 1. ed. Brasília: Editora MS, 2019. *E-book*. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, do H. e das H. V. (DIAHV). **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. [s. l.], v. 49, n. 45, p. 1-43, 2018. Disponível em: www.aids.gov.br.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; DEPARTAMENTO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, do H. e das H. V. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis - Manual de Bolso**. Brasília: Ministério da Saúde - Série B. Textos Básicos de Saúde, 2007-. ISSN 14795795.

MORIN, E.; CIURANA, E.-R.; MOTTA, R. D. **Educar na Era Planetária: O pensamento complexo como “Método” de aprendizagem no erro e na incerteza humana**. [S. l.: s. n.], 2003.

NASSER, M. A. *et al.* Assessment in the primary care of the State of São Paulo, Brazil: incipient actions in sexual and reproductive health. **Revista de saúde pública**, [s. l.], v. 51, p. 77, 2017.

NG, M. *et al.* An assessment of the impact of the JSY cash transfer program on maternal mortality reduction in Madhya Pradesh, India. **Global Health Action**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 1–10, 2014.

NUNES, J. T. *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 252–261, 2016.

OECD. Health ministerial meeting. The next generation of health reforms. **Oecd**, [s. l.], n. January, p. 1–17, 2017. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017.pdf>.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. **Relatório técnico final**, [s. l.], p. 142, 2011.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Patient experience with ambulatory care. *In*: HEALTH AT A GLANCE 2015: OECD INDICATORS. [S. l.: s. n.], 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, OPA; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, O. Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades (MOPECE). *In*: [S. l.: s. n.], 2010. p. 38.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. **Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISC-UFBA**, [s. l.], p. 1–16, 2001. Disponível em: [http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim JS. Texto Modelos Assistenciais.pdf](http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS%20Modelos%20Assistenciais.pdf)0Ahttps://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6168.

PARSONS, T. **Social Systems and the Evolution of Action Theory**. New York: The Free, 1977.

PEABODY, J. W. *et al.* Using vignettes to compare the quality of clinical care variation in economically divergent countries. **Health Services Research**, [s. l.], v. 39, n. 6 II, p. 1951–1970, 2004.

PINTO, L.; RODRIGUES, M. Oportunidades perdidas no tratamento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis : uma revisão sistemática. [s. l.], v. 21, n. 2, p. 369–377, 2021.

PIRSIG, R. M. **Zen and the Art of Motorcycle Maintenance**. Toronto: Bantam Books, 1974.

REIS, A. C. *et al.* Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 41, n. spe, p. 330–344, 2017.

RETHANS, J. J. *et al.* **Does competence of general practitioners predict their performance? Comparison between examination setting and actual practice**. [S. l.: s. n.], 2017-. ISSN 09598146.v. 303

ROSEN, H. E. *et al.* Direct observation of respectful maternity care in five countries: A cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 1–11, 2015.

ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. A. W.; FREEMAN, H. E. **Evaluation: a systematic approach**. 7^{ed.} [S. l.: s. n.], 2004-. ISSN 07380593.

RUTSTEIN DD, BERENBERG WILLIAM, CHALMERS TC, CHILD CG, FISHMAN AP, PERRIN EB, FELDMAN JJ, LEAVERTON PE, LANE JM, SENCER DJ, EVANS CC, et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **N Engl J Med** 1976; [s. l.], v. 294:, p. 582–588, 1976.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A.; FRIAS, P. Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde. *In*: SAMICO, I; FELISBERTO, E; FIGUEIRÓ, AC; FRIAS, P. (org.). **Avaliação em Saúde - Bases Conceituais e**

Operacionais. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica Ltda., 2010. p. 15–28.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 64, n. 2, p. 355–358, 2011.

SÃO PAULO-ESTADO. **Guia de Referências Técnicas e Programáticas para as Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita.** [S. l.: s. n.], 2010.

SÃO PAULO; SECRETARIA DE SAÚDE ESTADUAL; CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO EM DST/AIDS; PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS - CCD. Nota Técnica Conjunta N° 001/2016/SPSP/SBI/ATSC/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP. **Pediatric Annals**: 2016.

SÃO PAULO -ESTADO, S. da S. **Linha de cuidado gestante e puérpera: Manual Técnico do Pré-Natal, Parto e Puerpério.** São Paulo: SES/SP, 2018. *E-book*. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/20/Trauma-Diretrizes.pdf>.

SCHREIBER, M. A. Program theory and implementation theory: Implications for evaluators. In: BICKMAN, L. (org.). **Using Program Theory in Evaluation.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.

SCHMIDT, MI; DUCAN, BB; LOPES, A. Epidemiologia Clínica. Como empregar evidências Epidemiológicas na Prática Clínica. In: FILHO, NA; BARRETO, M. (org.). **Epidemiologia & Saúde. Fundamentos, Métodos, Aplicações.** [S. l.: s. n.], 2017. p. 691.

SCHOEN, C. *et al.* New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. **Health Affairs**, [s. l.], v. 30, n. 12, p. 2427–2436, 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SÃO PAULO; CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS - PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS – CCD. Nota Informativa N° 02/2017/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP. **SEI/MS - 0882971 - Nota Informativa**: p. 1–9, 2017. Disponível em: <http://download.rj.gov.br/documentos/10112/228417/DLFE-58904.pdf/D.O.2622013ConvocacaoPAG.32.pdf>.

SHARMA, J. *et al.* Poor quality for poor women? Inequities in the quality of antenatal and delivery care in Kenya. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 1–14, 2017.

SHENGELIA, B. *et al.* Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 61, n. 1, p. 97–109, 2005. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953604006070?via%3Dihub>. Acesso em: 8 jun. 2019.

SILVA, RR; GASPARINI, MFV; BARBOZA, M. Avaliação sob Medida - Produzindo Estudos Relevantes em Serviços de Saúde Reais. In: TANAKA, OY; RIBEIRO, EL; ALMEIDA, C. . (org.). **Avaliação em Saúde - Contribuições para Incorporação no Cotidiano.** 1° edição. [S. l.]: Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 11–27.

SILVA, RR; GASPARINI, MFV; BARBOZA, M; Avaliações sob Medida - Produzindo Estudos Relevantes em Serviços de Saúde Reais. In: TANAKA, O. Y. (org.). **Avaliação em Saúde - Contribuições para Incorporação no Cotidiano.** 1° edição. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 11–27.

SILVA, M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.; SILVA, L. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online].** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. v. 22, p. 15–35. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>.

SILVA, E. P. da *et al.* Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 33, n. 5, p. 356–362, 2013.

SILVA, R. Para fazer avaliações relevantes. *In: FUNDAÇÃO ITAÚ SOCIAL, F. R. M. e M. (org.). A relevância da avaliação para o investimento social privado.* [S. l.]: Fundação Santillana, 2012a. *E-book*. Disponível em: <http://frm.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Livro-Relevancia-da-avaliacao-para-o-investimento-social-privado.pdf>.

SILVA, R. Para fazer avaliações relevantes. *In: FUNDAÇÃO ITAÚ SOCIAL, F. R. M. e M. (org.). A relevância da avaliação para o investimento social privado.* [S. l.]: Fundação Santillana, 2012b.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo Prenatal. *Saúde Pública*, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 131–139, 2001. Disponível em: [http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/30/Silveira e cols%2C 2001 - Atenção pré-natal na rede básica.pdf?sequence=1](http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/30/Silveira%20e%20cols%202001%20-%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20pr%C3%A9-natal%20na%20rede%20b%C3%A1sica.pdf?sequence=1).

SLAWOMIRSKI L, AURAAEN A, K. N. The economics of patient safety - Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level: Organisation for Economic Cooperation and Development - OECD; 2017 [15th Jan. 2018]. *OECD Health Working Papers*, [s. l.], n. 96, p. 68, 2018. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety_5a9858cd-en%0Ahttps://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5a9858cd-en.pdf?expires=1590679403&id=id&accname=guest&checksum=D923FD68249E9FA977B6FC91373B3D95.

SOARES, MOM; HIGA, MR; GOMES, EF; MARVÃO, LFQ; GOMES, JPF; GONÇALVES, A. Impacto da anamnese para o cuidado integral: visão dos estudantes portugueses. *Revista Brasileira em promoção da Saúde*, [s. l.], v. 29, n. sup, p. 66–75, 2016.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* A edição bed. [S. l.: s. n.], 2002. v. 6

STRAUSS, A.; CORBIN, J. *Pesquisa Qualitativa Técnicas e Procemimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada.* 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAKEDA, S. *Avaliação da qualidade do pré-natal: programa para gestantes em unidade de atenção à saúde [Dissertação de Mestrado].* 1993. - Universidade Federal de Pelotas, [s. l.], 1993.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 33, n. 3, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 jun. 2019.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 20, n. suppl 2, p. S190–S198, 2004.

U.S. AGENCY OF HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. National Healthcare Quality and Disparities Report: Mississippi State Dashboard. [s. l.], 2021. Disponível em: <http://nhqrnet.ahrq.gov/inhqrdr/Mississippi/dashboard>.

UNIFESP, UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO; UNA-SUS, U. A. do S. *Curso Livre de Introdução à Avaliação em Saúde.* [S. l.], [s. d.].

UNIFESP - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO; UNA-SUS - UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. *Curso Livre de Introdução à Avaliação em Saúde - [Curso on line - Plataforma de cursos livres da UNASUS Unifesp].* [S. l.], 2018. Disponível em: <https://moodle.unasus.unifesp.br/course/view.php?id=21>. Acesso em: 22 maio 2019.

VAN DIEM, MT; TIMMER A; GORDIJN, SJ; BERGMAN, KA; KORTEWEG, FJ; RAVISE, P; VREUGDENHIL, E; ERWICH, J. Classification of substandard factors in perinatal care: Development and multidisciplinary inter-rater agreement of the Groningen-system. *BMC Pregnancy and Childbirth*,

[s. l.], 2015. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0638-5>.

VERDI, MIM; ROS, MA; CUTOLO, LRA; SOUZA, T. **Saúde e Sociedade. Modelos Conceituais em Saúde.** [S. l.], [s. d.]. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33307/mod_resource/content/1/Unidade_1/top1_1.html. Acesso em: 21 jun. 2020.

VIACAVAL, F. *et al.* Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 921–934, 2017.

VIACAVAL, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 711–724, 2004.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Revista divulgação em saúde para debate.**, [s. l.], v. 3, p. 17–25, 1991.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems. **Geneva: World Health Organization**, [s. l.], n. August, 2001.

WHOLEY, J. S. Exploratory Evaluation. *In*: WHOLEY, Joseph S.; HATRY, H. P.; NEWCO, K. E. (org.). **The Handbook of Practical Program Evaluation**. 3^oed. [S. l.]: Published by Jossey-Bass, 2010.

WIJESOORIYA, N. S. *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. **The Lancet Global Health**, [s. l.], v. 4, n. 8, p. e525–e533, 2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30135-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30135-8).

WILSON, R. M. *et al.* Patient safety in developing countries: Retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. **BMJ (Online)**, [s. l.], v. 344, n. 7850, p. 20, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Monitoring health inequality: an essential step for achieving health equity**. Geneva: [s. n.], 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; OECD, A.; BANK, I. B. for R. and D. W. B. **Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage**. Geneva: [s. n.], 2018. *E-book*. Disponível em: <http://apps.who.int/bookorders>.

WWW REAL STATISTICS; ZAIONTZ, C. **Real Statistics Resource Pack (versão 7.6)**. [S. l.], [s. d.].

APÊNDICES

ROTEIRO DE COLETA DE DADO

Roteiro interno de Coleta de Dados

Identificação da Gestante: _____ N° Caso: _____

Idade no parto: _____ Etnia: _____ Escolaridade: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Momento de notificação sífilis em gestante (parto ou pré-natal): _____

Classificação de risco registrada no prontuário: _____

Descrição de Vulnerabilidades e fonte da informação: _____

Desfecho final da gestação

- () Recém-nascido saudável
() Aborto
() Natimorto / óbito fetal
() Sífilis congênita
() Indeterminado

Dados do RN

Data Nascimento:

Identificação:

Observações: _____

CNES - competência _____/2019		
Médico GO		
Médico ESF		
Médico Clínico		
Médico Pediatra		
Médico Psiquiatra		
Agente comunitário		

Data de coleta de dados: ____/____/____

Profissional que coletou: _____

Pré-natal

Total de consultas de pré-natal: _____

Consultas no 1º trimestre até 12 semanas: _____.

Consultas no 2º trimestre de 13 a 27 semanas _____.

Consultas no 3º trimestre mais de 28 semanas _____.

Total de visita do ACS: _____

Informe quantas VDS dos ACS e se nas VDs dos ACS há registro do tema gestação?

Total de visitas da equipe (enfermeiro, técnico de enfermagem, médico):

Realizou consulta de puerpério até 42 dias pós-parto? _____

Anamnese

Há registro de sinais e sintomas clínico de sífilis:

Há registro de suspeita de sífilis em razão dos sinais e sintomas?

A gestante apresentava alguma vulnerabilidade? Se sim qual:







Durante o pré-natal a equipe diagnosticou vulnerabilidade?








A gestante poderia ter sido encaminhada a outro serviço (PN alto risco, CAPS, CAPS-AD, serviço social, especialidades, etc....) se sim, descreva o motivo e o local:

A gestante foi encaminhada para outro serviço durante o pré-natal, se sim descreva o motivo e o serviço: _____

Cronologia dos atendimentos

Data	Tipo de atendim.	Resumo do atendimento	UBS / Serviço	ID-Prof.
------	------------------	-----------------------	---------------	----------

	<input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> Outro	IG: _____ Risco gestacional: _____ Parceiro: _____ VDRL sol: _____ VDRL tit: _____ Anot /Queixas: _____ _____ Conduas: _____ _____		
	<input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> Outro	IG: _____ Risco gestacional: _____ Parceiro: _____ VDRL sol: _____ VDRL tit: _____ Anot /Queixas: _____ _____ Conduas: _____ _____		
	<input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> Outro	IG: _____ Risco gestacional: _____ Parceiro: _____ VDRL sol: _____ VDRL tit: _____ Anot /Queixas: _____ _____ Conduas: _____ _____		
	<input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> Outro	IG: _____ Risco gestacional: _____ Parceiro: _____ VDRL sol: _____ VDRL tit: _____ Anot /Queixas: _____ _____ Conduas: _____ _____		
	<input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> Outro	IG: _____ Risco gestacional: _____ Parceiro: _____ VDRL sol: _____ VDRL tit: _____ Anot /Queixas: _____ _____ Conduas: _____ _____		
	<input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> Outro	IG: _____ Risco gestacional: _____ Parceiro: _____ VDRL sol: _____ VDRL tit: _____ Anot /Queixas: _____ _____ Conduas: _____ _____		

	<input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> Outro	IG: _____ Risco gestacional: _____ Parceiro: _____ VDRL sol: _____ VDRL tit: _____ Anot /Queixas: _____ _____ Conduas: _____ _____		
	<input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> Outro	IG: _____ Risco gestacional: _____ Parceiro: _____ VDRL sol: _____ VDRL tit: _____ Anot /Queixas: _____ _____ Conduas: _____ _____		
	<input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> Outro	IG: _____ Risco gestacional: _____ Parceiro: _____ VDRL sol: _____ VDRL tit: _____ Anot /Queixas: _____ _____ Conduas: _____ _____		
	<input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> Outro	IG: _____ Risco gestacional: _____ Parceiro: _____ VDRL sol: _____ VDRL tit: _____ Anot /Queixas: _____ _____ Conduas: _____ _____		
	<input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> Outro	IG: _____ Risco gestacional: _____ Parceiro: _____ VDRL sol: _____ VDRL tit: _____ Anot /Queixas: _____ _____ Conduas: _____ _____		
	<input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> Outro	IG: _____ Risco gestacional: _____ Parceiro: _____ VDRL sol: _____ VDRL tit: _____ Anot /Queixas: _____ _____ Conduas: _____ _____		
	<input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> Outro	IG: _____ Risco gestacional: _____ Parceiro: _____ VDRL sol: _____ VDRL tit: _____ Anot /Queixas: _____ _____ Conduas: _____ _____		

Triagem - Teste rápido:

Data da realização: _____ Resultado: _____

Observações: _____

Caso não tenha sido realizado, há no prontuário justificativa? _____

Há registro de falta de teste na UBS? _____

Exame FTA/ABS _____**VDRL Diagnóstico**

1° Trimestre - Data da solicitação: _____ Data Coleta: _____

Data Liberação Resultado: _____ Resultado: _____

2° Trimestre - Data da solicitação: _____ Data Coleta: _____

Data Liberação Resultado: _____ Resultado: _____

3° Trimestre - Data da solicitação: _____ Data Coleta: _____

Data Liberação Resultado: _____ Resultado: _____

VDRL Seguimento

1° VDRL- Data da solicitação: _____ Data Coleta: _____

Data Liberação Resultado: _____ Resultado: _____

2° VDRL- Data da solicitação: _____ Data Coleta: _____

Data Liberação Resultado: _____ Resultado: _____

3° VDRL- Data da solicitação: _____ Data Coleta: _____

Data Liberação Resultado: _____ Resultado: _____

4° VDRL- Data da solicitação: _____ Data Coleta: _____

Data Liberação Resultado: _____ Resultado: _____

5° VDRL- Data da solicitação: _____ Data Coleta: _____

Data Liberação Resultado: _____ Resultado: _____

6° VDRL- Data da solicitação: _____ Data Coleta: _____

Data Liberação Resultado: _____ Resultado: _____

Tratamento Gestante:

1° dose: Data ___ / ___ / ___ Medicamento: _____ Oportunidade: _____

2° dose: Data ___ / ___ / ___ Medicamento: _____ Oportunidade: _____

3° dose: Data ___ / ___ / ___ Medicamento: _____ Oportunidade: _____

O tratamento foi adequado? _____ (iniciado 30 dias antes do parto, intervalo entre doses 7 dias, dose correta e medicação correta).

Parceiro

Realizou procedimento diagnóstico para sífilis (VDRL ou TR), se sim informe data, procedimento e resultado. _____

Foi tratado presumivelmente ou para fase da sífilis? Se sim informe data, medicamento e dose:

VDRL Parto

Puérpera – Data do parto: _____ Resultado VDRL: _____

Recém-nascido - Data: _____ Resultado VDRL: _____

Gestão da condição:

A gestante apresentou falta (em consultas, coleta de exames) durante o pré-natal?

A equipe detectou a falta da gestante: _____

A equipe realizou busca ativa: _____

Os registros no prontuário / Caderneta da gestante da gestante estão completos e adequados?

A gestante participou de ações educativas durante o pré-natal (grupos de gestantes ou palestras, ou outras ações)? _____

Gestão do caso:

A gestante necessitou de algum cuidado diferenciado (Consulta em domicílio, aconselhamento da equipe, cuidado compartilhado com outro serviço, etc...): _____

A gestante recebeu algum cuidado diferenciado (Consulta em domicílio, aconselhamento da equipe, cuidado compartilhado com outro serviço, etc)? _____

Como foi a abordagem do tema “Parceria sexual” durante o pré-natal? _____

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento de coleta de dados

Caracterização da gestante

1. Código de identificação do caso
2. O caso teve notificação de sífilis em gestantes durante o pré-natal (não computar casos notificados no momento do parto)?
 - a. Sim
 - b. Não
3. Informe qual a unidade que notificou o caso de sífilis na gestante.
 - a. UBS – Unidade básica de saúde
 - b. Maternidade
 - c. Consultório médico
 - d. Outros: _____
4. No momento da notificação qual era o trimestre de gestação.
 - a. Caso notificado no momento do parto, em qualquer trimestre da gestação.
 - b. Caso notificado no 1º trimestre
 - c. Casos notificado no 2º trimestre de gestação
 - d. Caso notificado no 3º trimestre de gestação
5. O caso teve notificação de sífilis congênita?
 - a. Sim
 - b. Não
6. Informe a idade da gestante na data do parto.
7. Informe a faixa etária da gestante na data do parto.
 - a. 10 a 14 anos
 - b. 15 a 19 anos

- c. 20 a 24 anos
- d. 25 a 29 anos
- e. 30 a 34 anos
- f. 35 a 39 anos
- g. 40 a 49 anos
- h. 50 a 59 anos

8. Informe a etnia da gestante

- a. Branca
- b. Preta
- c. Parda
- d. Indígena
- e. Sem informação

9. Informe a escolaridade da gestante

- a. Ensino fundamental I (1° a 5° série)
- b. Ensino fundamental II (6° a 9° ano)
- c. Ensino médio
- d. Ensino superior
- e. Analfabeta
- f. Sem informação

10. Informe o bairro de residência da gestante.

11. Informe o CEP do endereço de residência da gestante

12. Informe se durante a investigação do caso foi detectado alguma vulnerabilidade da gestante.

- a. Sim
- b. Não

13. Especifique a vulnerabilidade?

Caracterização do pré-natal

14. Informe a data da primeira consulta de pré-natal da gestante.

15. Informe a data do desfecho da gestação (parto ou aborto).

16. Informe a idade gestacional da gestante na data da 1º consulta do pré-natal.

- a. Menos que 12 semanas de gestação
- b. Entre 13 e 16 semanas de gestação
- c. Entre 17 e 20 semanas de gestação
- d. Entre 21 e 24 semanas de gestação
- e. Entre 25 e 28 semanas de gestação
- f. Entre 29 e 32 semanas de gestação
- g. Entre 33 e 36 semanas de gestação
- h. Entre 37 e 40 semanas de gestação
- i. Sem acesso ao PN

17. Informe a idade gestacional da gestante no momento do diagnóstico de sífilis.

- a. Menos que 12 semanas de gestação
- b. Entre 13 e 16 semanas de gestação
- c. Entre 17 e 20 semanas de gestação
- d. Entre 21 e 24 semanas de gestação
- e. Entre 25 e 28 semanas de gestação
- f. Entre 29 e 32 semanas de gestação
- g. Entre 33 e 36 semanas de gestação
- h. Entre 37 e 40 semanas de gestação
- i. Sem acesso ao PN

18. Informe a idade gestacional na data do parto
- a. Menos que 12 semanas de gestação
 - b. Entre 13 e 16 semanas de gestação
 - c. Entre 17 e 20 semanas de gestação
 - d. Entre 21 e 24 semanas de gestação
 - e. Entre 25 e 28 semanas de gestação
 - f. Entre 29 e 32 semanas de gestação
 - g. Entre 33 e 36 semanas de gestação
 - h. Entre 37 e 40 semanas de gestação
 - i. Sem acesso ao PN
19. Informe o total de consultas pré-natais da gestante
20. Informe o total de consultas realizadas pela gestante no 1º trimestre de gestação (até 12 semanas de gestação).
- a. Total de consultas no 1º trimestre: _____
 - b. Sem acesso ao PN
21. Informe o total de consultas realizadas pela gestante no 2º trimestre de gestação (entre 13 e 27 semanas de gestação).
- a. Total de consultas no 2º trimestre: _____
 - b. Sem necessidade, aborto no 1º trimestre
 - c. Sem acesso ao pré-natal
22. Informe o total de consultas realizadas pela gestante no 3º trimestre de gestação (a partir de 28 semanas de gestação).
- a. Total de consultas no 3º trimestre: _____
 - b. Sem necessidade, aborto no 1º trimestre
 - c. Sem necessidade, aborto ou natimorto no 2º trimestre
 - d. Sem acesso ao pré-natal
23. Informe se a gestante realizou consulta de puerpério até 42 dias pós-parto.
- a. Sim

- b. Não
- c. Sem acesso ao PN

Caracterização do atendimento de pré-natal

24. Informe a Unidade em que a gestante realizou a primeira consulta de pré-natal.
25. Informe se ocorreu consultas de pré-natal em unidades diferentes.
- a. Não, todo o pré-natal na mesma unidade
 - b. Sim, gestante também foi atendida no pré-natal de Alto risco
 - c. Sim, gestante também foi atendida em outra (s) UBS (s)
 - d. Sem acesso ao PN
26. Na Unidade de pré-natal havia enfermeiro capacitado para a realização de teste rápido?
- a. Sim
 - b. Não
 - c. Sem acesso ao PN
27. Informe a especialidade do enfermeiro que realizou a maior parte das consultas de pré-natal.
- a. Enfermeiro da ESF
 - b. Enfermeiro UBS
 - c. Sem acesso ao pré-natal
 - d. Sem consulta com enfermeiro
28. Informe o código identificador do enfermeiro que realizou a maior parte das consultas de pré-natal
- a. Código identificador do enfermeiro: _____
 - b. Sem consulta com enfermeiro
 - c. Sem acesso ao pré-natal

29. Informe a especialidade do enfermeiro que realizou a maior parte das consultas de pré-natal.
- GO - Ginecologista Obstetra
 - Generalista - ESF
 - Sem acesso ao pré-natal
 - Sem consulta médica
30. Informe o código identificador do médico que realizou a maior parte das consultas de pré-natal
- Código identificador do médico: _____
 - Sem consulta médica
 - Sem acesso ao pré-natal
31. A gestante foi encaminhada para outro serviço de saúde?
- Sim
 - Não
 - Sem acesso ao pré-natal
32. Especifique para qual serviço a gestante foi encaminhada.
- Pré-natal de alto risco
 - Especialidade médica
 - Odontologia
 - CAPS
 - CAPS – AD
 - Serviço de psicologia
 - Serviço de assistência social
 - Outro serviço, especifique: _____
 - Sem acesso ao pré-natal
 - Não foi encaminhada para nenhum serviço

Informações segundo modelo de avaliação proposto

Estrutura

33. A unidade de saúde de realização do pré-natal dispunha de médico para atendimento pré-natal?

- a. Sim, médico ginecologista / obstetra
- b. Sim, médico generalista
- c. Não
- d. Gestante sem acesso ao pré-natal

34. A unidade de saúde de realização do pré-natal dispunha de enfermeiro para atendimento pré-natal?

- a. Sim
- b. Não
- c. Sem PN

35. Unidade de saúde de realização do pré-natal dispunha de agente de saúde para monitoramento da gestante?

- a. Sim
- b. Não
- c. Sem PN

36. A Unidade de saúde de realização do pré-natal dispunha de profissional treinado para realização de teste rápido.

- a. Sim
- b. Não
- c. Sem PN

37. Unidade de saúde de realização do pré-natal dispunha de insumos para realização de teste rápido?

- a. Sim
- b. Não

c. Sem PN

38. Unidade de saúde de realização do pré-natal dispunha de referência laboratorial para realização de exames laboratoriais como VDRL?

- a. Não
- b. Sim, laboratório próprio
- c. Sim, laboratório terceirizado
- d. Sim, laboratório terceirizado em fase de término ou início de contrato
- e. Sem PN

39. A Unidade de saúde de realização do pré-natal dispunha de medicamento (benzil penicilina) para o tratamento da sífilis na gestante?

- a. Sim
- b. Não
- c. Sem PN

Acesso: processos

40. A gestante procurou a espontaneamente UBS para pré-natal ou foi captada pelo Agente de Saúde?

- a. Procura espontânea
- b. Captada por ACS
- c. Não procurou PN e não foi captada pelo ACS
- d. Realizou Tete Gravidez na UBS, mas não acessou PN
- e. Foi atendida na maternidade durante a gestação, mas não acessou PN

41. A gestante acessou o pré-natal oportunamente, até 16 semanas de gestação?

- a. Sim
- b. Não
- c. Sem acesso ao pré-natal

42. Há registro sobre visita de busca ativa para captação da gestante para o pré-natal?

- a. Sim
- b. Não
- c. Sem necessidade, gestante procurou atendimento pré-natal espontaneamente

Acesso: produto

43. A gestante realizou a primeira consulta de pré-natal?

- a. Sim
- b. Não

Anamnese: necessidades das gestantes

44. Informe se a gestante apresentou riscos **sociodemográficos ou econômicos** durante a gestação. Como parâmetro de risco gestacional considerar o Manual Técnico do Pré-natal, Parto e Puerpério (São Paulo -Estado 2018) e a literatura científica sobre risco gestacional (Carvalho et al. 2019).

- a. Não, durante a investigação do não foi identificado
- b. Sim, menos que cinco anos de estudo regular
- c. Sim, idade menor que 15 e maior que 35 anos
- d. Sim, ocupação com esforço físico excessivo
- e. Sim, suporte familiar ou social inadequado
- f. Sim, situação afetiva conflituosa
- g. Sim, condições ambientais desfavoráveis, como vulnerabilidade social
- h. Sim, dependência de drogas lícitas ou ilícitas
- i. Sim, violência doméstica, abuso, assédio moral
- j. Sim, apresentou outros riscos sociais / econômicos
- k. Sem PN
- l. Gravidez na adolescência
- m. Baixa adesão ao Pré-natal
- n. Uso de entorpecentes
- o. Baixa escolaridade

- p. Baixa renda - Bolsa família
- q. Descrédito com as prescrições e orientações do pré-natal (não adesão ao PN).
- r. Etilista
- s. História de abandono do pré-natal em gestações anteriores
- t. Imigrante
- u. Parceiro usuário de entorpecentes
- v. Parceiro em recluso
- w. História de exposição a violência (doméstica, psicológica, sexual etc.)

45. Especifique outros riscos sociais.

- a. Outros: _____

46. Informe se a gestante apresentou riscos **psíquicos** durante o pré-natal. Como parâmetro de risco gestacional considerar o Manual Técnico do Pré-natal, Parto e Puerpério (São Paulo -Estado 2018) e a literatura científica sobre risco gestacional (Carvalho et al. 2019)."

- a. Não, durante a investigação do não foi identificado
- b. Sim, transtorno mental
- c. Sim, estresse
- d. Sim, ideação suicida
- e. Sim, apresentou outros riscos psíquicos
- f. Sim, pressão psíquica relacionada a conflitos
- g. Sim, transtorno de aprendizagem
- h. Sim, Depressão
- i. Sim, Ansiedade
- j. Sim, Síndrome do Pânico
- k. Sim, distúrbios comportamentais
- l. Acompanhada pela saúde mental

47. Especifique outros riscos psíquicos.

- a. Outros: _____

48. Informe se a gestante apresentou riscos **clínicos / biológicos** durante o pré-natal. Como parâmetro de risco gestacional considerar o Manual Técnico do Pré-natal, Parto e Puerpério (São Paulo -Estado 2018) e a literatura científica sobre risco gestacional (Carvalho et al. 2019).

- a. Não, durante a investigação do não foi identificado
- b. Sim, hipertensão
- c. Sim, diabetes
- d. Sim, sífilis na gestação
- e. Sim, índice de massa corpórea (IMC) inicial que evidencie baixo peso
- f. Sim, índice de massa corpórea (IMC) inicial que evidencie sobrepeso (25 -29,99Kg/m²)
- g. Sim, índice de massa corpórea (IMC) inicial que evidencie obesidade (≥ 30 Kg/ m²)
- h. Sim, abortamento habitual 1º trimestre (mais do que 2 abortos)
- i. Sim, intervalo interpartal menor que dois anos
- j. Sim, pré-eclâmpsia/eclampsia
- k. Sim, duas ou mais cesarianas prévias
- l. Sim, perdas gestacionais de 2º ou 3º trimestre
- m. Sim, prematuridade prévia
- n. Sim, morte perinatal anterior explicada ou inexplicada
- o. Sim, apresentou outros riscos clínicos
- p. Sem PN

49. Especifique outros riscos clínicos / biológicos

- a. Outros:_____

50. O caso apresentou necessidade de encaminhamento para outros serviços em outros pontos da rede?

- a. Sim
- b. Não
- c. Sem PN

51. Se o caso apresentou necessidade de encaminhamento, especifique o local para onde o caso precisou ser encaminhado?
- a. Pré-natal de alto risco
 - b. Especialidade médica
 - c. CAPS
 - d. CAPS AD
 - e. Serviço de psicologia
 - f. Serviço social
 - g. Sim, outros
 - h. Sem PN
 - i. Serviço social e psicologia
 - j. Sem necessidade
 - k. Serviço social e CAPS-AD
 - l. Serviço psicologia e PNAR
 - m. Serviço social e PNAR
 - n. CAPS-AD e PNAR
 - o. Outros
52. Especifique outros locais para onde o caso necessitou ser encaminhado.
- a. Outros: _____

Anamnese: processos

53. A equipe de pré-natal identificou todos os riscos socioeconômicos?
- a. Sim
 - b. Não
 - c. Sem PN
 - d. Sem necessidade
54. A equipe de pré-natal identificou o todos os riscos psíquicos?
- a. Sim
 - b. Não
 - c. Sem PN
 - d. Sem necessidade

55. A equipe de pré-natal identificou todos os riscos biológicos?

- a. Sim
- b. Não
- c. Sem PN
- d. Sem necessidade

Anamnese: produto

56. A equipe de pré-natal identificou / avaliou / diagnosticou todos os riscos ou vulnerabilidades da gestante durante o pré-natal?

- a. Sim
- b. Não
- c. Sem necessidade
- d. Sem PN

Diagnóstico: necessidades

57. A gestante apresentou sinais ou sintomas de sífilis?

- a. Sim
- b. Não
- c. Sem registro

Diagnóstico: processo

58. Durante o pré-natal foi realizado teste rápido para sífilis?

- a. Sim, resultado positivo
- b. Sim, resultado negativo
- c. Não, sem profissional capacitado
- d. Não, sem insumos na unidade
- e. Não, sem informações sobre motivo
- f. Sem necessidade, diagnosticada previamente
- g. Sem PN

59. O exame de rastreio para VDRL do 1º trimestre foi: solicitado, coletado, teve laudo lido e foi interpretado adequadamente pelo profissional de saúde?
- a. Não foi solicitado
 - b. Foi solicitado
 - c. Foi solicitado e coletado
 - d. Foi solicitado, coletado e o laudo foi liberado
 - e. Foi solicitado, coletado, o laudo foi liberado e o resultado foi acessado pelo profissional de saúde
 - f. Foi solicitado, coletado, o laudo foi liberado e o resultado foi acessado e interpretado adequadamente pelo profissional de saúde
 - g. Foi solicitado, coletado, o laudo foi liberado e o resultado foi acessado pelo médico, porém tratamento não foi prescrito.
 - h. Foi solicitado, coletado, o laudo foi liberado e o resultado foi acessado pelo profissional de saúde que não implementou conduta imediata (oportunidade perdida). Tratamento prescrito posteriormente por outro profissional.
 - i. Sem PN
 - j. Sem necessidade, diagnosticada previamente.
 - k. Sem necessidade foi diagnosticada por teste rápido.
 - l. Iniciou Pré-natal após 1º trimestre
 - m. Aborto no 1º trimestre
60. O exame de rastreio para VDRL do 2º trimestre foi: solicitado, coletado, teve laudo lido e foi interpretado adequadamente pelo profissional de saúde?
- a. Parei aqui
 - b. Não foi solicitado
 - c. Foi solicitado
 - d. Foi solicitado e coletado
 - e. Foi solicitado, coletado e o laudo foi liberado
 - f. Foi solicitado, coletado, o laudo foi liberado e o resultado foi acessado pelo profissional de saúde

- g. Foi solicitado, coletado, o laudo foi liberado e o resultado foi acessado e interpretado adequadamente pelo profissional de saúde
- h. Foi solicitado, coletado, o laudo foi liberado e o resultado foi acessado pelo médico, porém tratamento não foi prescrito.
- i. Foi solicitado, coletado, o laudo foi liberado e o resultado foi acessado pelo profissional de saúde que não implementou conduta imediata. Tratamento prescrito posteriormente por outro profissional.
- j. Sem PN
- k. Sem necessidade diagnóstico realizado no 1º trimestre.
- l. Sem necessidade, aborto no 1º trimestre.

61. Foi realizado diagnóstico clínico ou suspeita clínica de sífilis na gestante?

- a. Sem necessidade, gestante não apresentou queixas clínicas (sinais e / ou sintomas).
- b. Não, sem registro de suspeita clínica de sífilis
- c. Sim, foi registrado suspeita clínica de sífilis
- d. Sem PN

Diagnóstico: produto

62. A sífilis materna foi diagnosticada oportunamente (até 29 semanas de gestação).

- e. Sim
- f. Não
- g. Sem acesso ao pré-natal

2. Especifique se o diagnóstico (oportuno ou inoportuno) ocorreu por exame de VRDL, Teste Rápido, FT-ABS ou por sinais e sintomas clínicos?

- a. VDRL
- b. Teste Rápido
- c. Clínica
- d. Sem PN
- e. TPHA

- f. FT-ABS
- g. Diagnóstico prévio ao pré-natal
- h. Sem diagnóstico

Tratamento da gestante: processos

63. O tratamento foi prescrito adequadamente e oportunamente?
- a. Sim, droga e dose adequada, tempo oportuno (30 dias antes do parto).
 - b. Não, droga inadequada
 - c. Não, dose inadequada
 - d. Não, tempo inadequado
 - e. Não foi prescrito
 - f. Sem diagnóstico da gestante
 - g. Sem PN
64. O tratamento foi administrado adequadamente e oportunamente?
- a. Sim, droga e dose adequada, tempo oportuno (30 dias antes do parto).
 - b. Não, o tratamento não foi prescrito.
 - c. Não, dose inadequada e tempo inoportuno
 - d. Não, droga inadequada
 - e. Não, dose inadequada
 - f. Não, tempo inadequado
 - g. Não foi administrado
 - h. Não, sem diagnóstico da gestante
 - i. Sem PN

Tratamento da gestante: produto

65. A administração do tratamento da gestante foi concluída adequadamente?
- a. Sim, dose correta e tempo oportuno
 - b. Não, sem prescrição de tratamento
 - c. Não, dose correta e tempo inoportuno (menos que 30 dias antes do parto)

- d. Não, dose não adequada e tempo oportuno
- e. Não, dose inadequada e tempo inoportuno
- f. Não, o tratamento não foi administrado
- g. Não, sem diagnóstico
- h. Sem PN

66. Especifique se o tratamento teve sucesso (diminuição de duas ou mais diluições nos exames não treponêmicos durante o pré-natal).

- a. Sim
- b. Não
- c. Quantidade de exames de seguimento insuficientes para determinar sucesso do tratamento
- d. Não, sem diagnóstico
- e. Sem PN
- f. Não, sem prescrição de tratamento.

Acesso do parceiro ao pré-natal: Processos

67. O tema “parceria sexual” foi abordado durante o pré-natal?

- a. Sim
- b. Não
- c. Sem diagnóstico da gestante
- d. Sem PN

68. A parceria sexual foi convocada para atendimento durante o pré-natal?

- e. Sim
- f. Não
- g. Gestação decorrente de violência sexual
- h. Gestante separada do parceiro
- i. Parceria sexual em privação de liberdade
- j. Gestante desconhece o pai da criança
- k. Gestante solteira
- l. Sem diagnóstico da gestante

m. Sem PN

Acesso do parceiro ao pré-natal: Produto

69. A parceria sexual da gestante foi atendida durante o pré-natal?
- a. Sim
 - b. Não
 - c. Gestante não permite abordagem da parceria sexual
 - d. Parceria sexual em privação de liberdade
 - e. Parceria sexual não aceita atendimento
 - f. Sem diagnóstico da gestante
 - g. Sem PN
 - h. Gestação decorrente de violência sexual
 - i. Gestante separada do parceiro
 - j. Gestante desconhece o pai da criança
 - k. Gestante solteira

Cuidado do parceiro: Processos

70. A parceria sexual foi diagnosticada para sífilis?
- a. Sim, presumivelmente (teste negativo ou não realizado)
 - b. Sim, testou positivo
 - c. Não, o resultado do teste foi negativo
 - d. Não, sem realização de teste
 - e. Sem diagnóstico da gestante
 - f. Sem PN
 - g. Já diagnosticado anteriormente
 - h. Sem informação
 - i. Gestação decorrente de violência sexual
 - j. Gestação decorrente de violência sexual'

Cuidado do parceiro: Produto

71. O parceiro sexual foi tratado sífilis com tratamento presumível ou adequado para fase clínica?

- i. Sim, foi prescrito e administrado tratamento presumível
- j. Sim, foi prescrito e administrado tratamento adequado para fase clínica da sífilis
- k. Não foi prescrito e nem administrado tratamento para sífilis
- l. Não foi administrado tratamento para sífilis
- m. Sem diagnóstico da gestante
- n. Sem PN
- o. Foi tratado com mesmo tratamento prescrito para a gestante
- p. Gestação decorrente de violência sexual

Seguimento: processos

72. O Exame não treponêmico, VDRL inicial (antes da administração do tratamento) foi solicitado, coletado e o laudo foi liberado?
- a. Solicitado, coletado e teve laudo liberado e interpretado
 - b. Solicitado e coletado
 - c. Solicitado
 - d. Não foi solicitado
 - e. Sem diagnóstico da gestante
 - f. Sem tratamento da gestante
 - g. Sem PN
73. Os VDRL mensais (após administração do tratamento) foram solicitados quantas vezes?
- a. Solicitados 1 vez
 - b. Solicitado 2 vezes
 - c. Solicitado 3 vezes
 - d. Solicitado 4 vezes
 - e. Diagnóstico tardio, sem tempo hábil para seguimento
 - f. Sem diagnóstico da gestante
 - g. Sem tratamento
 - h. Sem acesso ao PN

- i. Solicitado FT-ABS 1 vez (FT-ABS não é indicado para seguimento pois é um exame treponêmico).

74. Os VDRL mensais (após administração do tratamento) foram coletados quantas vezes?

- a. Coletado 1 vez
- b. Coletado 2 vezes
- c. Coletado 3 vezes
- d. Diagnóstico tardio, sem tempo para seguimento
- e. Sem diagnóstico
- f. Não foi coletado
- g. Sem acesso
- h. Sem tratamento
- i. Coletado FT-ABS 1 vez

75. Os VDRL mensais (após administração do tratamento) tiveram quantos laudos liberados?

- a. Liberado laudo 1 vez
- b. Liberado laudo 2 vezes
- c. Liberado laudo 3 vezes
- d. Não coletado
- e. Não foi liberado laudo com resultado de seguimento
- f. Sem diagnóstico
- g. Sem acesso da gestante ao PN
- h. Sem tratamento
- i. Diagnóstico tardio, sem tempo para seguimento
- j. Laudo FT-ABS liberado 1 vez

76. Os VDRL mensais (após administração do tratamento) tiveram quantos laudos acessados?

- a. Laudo acessado 1 vez
- b. Laudo acessado 2 vezes

- c. Laudo acessado 3 vezes
- d. Diagnóstico tardio, sem tempo para seguimento
- e. Não foi acessado
- f. Não liberado
- g. Não coletado
- h. Sem diagnóstico
- i. Sem acesso ao PN
- j. Sem tratamento

77. Como foi a interpretação do resultado dos laudos?

- a. Todos os laudos interpretados adequadamente
- b. Diagnóstico tardio, sem tempo para seguimento
- c. Laudo não acessado
- d. Não coletado
- e. Não liberado
- f. Sem diagnóstico
- g. Sem acesso ao PN
- h. Um laudo com interpretação inadequada (titulação ascendente indicando reinfeção ou reativação sem implementação de retratamento).
- i. Sem tratamento

Seguimento: produto

78. Durante o pré-natal, após o tratamento da sífilis gestacional, foi diagnosticado ou descartado reativação da sífilis?

- a. Sim, descartado (queda de titulação durante o pré-natal).
- b. Sim, diagnosticado (aumento de titulação durante o pré-natal).
- c. Não, sem acompanhamento de titulação mensal (não foi solicitado nenhum exame de seguimento).
- d. Não, exame de VDRL não coletado
- e. Não, laudo não liberado
- f. Não, laudo liberado, porém não acessado

- g. Não, teve um ou mais laudos acessados, porém com interpretação inadequada (titulação ascendente indicando reinfecção ou reativação sem implementação de retratamento).
- h. Indeterminado, quantidade de exames de VDRL insuficiente para determinar diagnóstico ou descarte.
- i. Diagnóstico tardio, sem tempo hábil para seguimento
- j. Sem diagnóstico da gestante
- k. Sem tratamento da gestante
- l. Sem PN

Gestão da condição: processos

79. A gestante foi visitada por motivos relacionados ao pré-natal por qualquer membro da equipe seis (6) ou mais vezes durante todo o pré-natal?
- a. Sim
 - b. Não, menos que três visitas
 - c. Não, menos que seis visitas
 - d. Não, nenhuma visita realizada
 - e. Sem necessidade, aborto no 1º trimestre
 - f. Equipe não captou gestante p/ PN.
80. Foram registradas dificuldades ou facilidades relacionadas ao pré-natal identificadas durante as visitas domiciliares?
- a. Sim
 - b. Não, sem registro de facilidades ou dificuldades
 - c. Não, sem realização de VD relacionada ao pré-natal
 - d. Sem necessidade, aborto no 1º trimestre
 - e. Sem acesso ao PN
81. A equipe tomou ciência e deu continuidade aos cuidados relacionados a informações registradas em prontuário sobre história clínica e perinatal, intercorrências e urgências da gestante?
- a. Sim

- b. Não, registro realizado, porém sem continuidade do cuidado
- c. Não, sem registro de informações importantes
- d. Sem acesso ao PN

82. A equipe realizou busca ativa de gestantes faltosas em consultas ou exames ou procedimentos em qualquer ponto da rede de saúde?

- a. Sim
- b. Não, falta detectada sem realização de visita
- c. Não, a falta não foi detectada pela equipe
- d. Sem necessidade, gestante não apresentou falta
- e. Equipe não captou gestante p/ PN.

83. Foram registradas participação da gestante em ações educativas (grupos de gestante e outros)?

- a. Sim
- b. Não, gestante não participou
- c. Não, UBS não realizou ações educativas
- d. Sem necessidade, aborto no 1º trimestre
- e. Sem acesso ao PN

Gestão da condição: produto

84. A gestante manteve a adesão ao cuidado realizando 6 ou mais consultas de pré-natal

- a. Sim
- b. Não
- c. Sem necessidade, aborto no 1º trimestre
- d. Sem necessidade, aborto ou natimorto no 2º trimestre
- e. Sem necessidade, natimorto no 3º trimestre
- f. Sem PN

Gestão do caso: processos

85. Foi ofertado à gestante, quando necessário, cuidado diferenciado?
- Sim
 - Não
 - Sem necessidade
86. Especifique o cuidado diferenciado
- Identificação de grávidas que não iniciaram a assistência pré-natal, fazer busca ativa, entender os motivos e estimular adesão ao pré-natal.
 - Identificação dos casos complexos e gestantes vulneráveis com necessidades psicossociais.
 - Monitoramento dos casos complexos. Acolhimento psicossocial devido a vulnerabilidades e garantia acesso a outras redes assistenciais (Rede de Atenção Psicossocial)
 - Comunicação e articulação com outros pontos da rede para garantia do acesso ao serviço necessário.
 - Continuidade dos cuidados, com a manutenção do contato por visita domiciliar, consultas ou outra estratégia, visita de busca ativa de faltosas mesmo quando a gestante está sendo atendida em outros serviços do sistema de saúde.
 - Sem necessidade
 - Visita de busca ativa de faltosas e avaliação de possíveis dificuldades para se adequar ao seguimento pré-natal, desafios no seu meio familiar, social ou do local de trabalho e suas queixas.
87. Há registros em prontuário eletrônico sobre regulação do acesso: data de agendamento, ausência de vagas, dificuldades ou facilidades de agendamento ou confirmação do atendimento?
- Risco não identificado
 - Não
 - Não encaminhada

- d. Sim, regulação do acesso ao pré-natal de alto risco
- e. Sim, regulação do acesso ao serviço de psicologia
- f. Sim, monitoramento do acesso ao serviço de: _____
- g. Sem acesso ao PN
- h. Sem necessidade

88. Há registros em prontuário eletrônico sobre monitoramento do acesso: data de agendamento, ausência de vagas, dificuldades ou facilidades de agendamento ou confirmação do atendimento?

- a. Risco não identificado
- b. Não
- c. Não encaminhada
- d. Não ocorreu monitoramento do acesso
- e. Sim, monitoramento do acesso ao pré-natal de alto risco
- f. Sim, monitoramento do acesso ao serviço de psicologia
- g. Sim, monitoramento do acesso ao serviço de: _____
- h. Sem acesso PN
- i. Sem necessidade

89. A gestante foi atendida em outros pontos da rede?

- a. Risco não identificado
- b. Não encaminhada
- c. Sim CAPS
- d. Sim, CAPS AD
- e. Sim, pré-natal de alto risco
- f. Sim, serviço de psicologia
- g. Sem acesso ao PN
- h. Sem necessidade

Gestão do caso: produtos

90. A gestante recebeu cuidados com complexidade adequada às suas necessidades?

- d. Sim

- e. Não
- f. Sem PN
- g. Sem necessidade de gestão do caso.

Resultados ou impacto

91. Informe o resultado do desfecho da gestação
- a. Positivo
 - b. Adverso
 - c. Indeterminado
92. Especifique o desfecho da gestação
- a. Nascimento de criança saudável
 - b. Nascimento de criança com Sífilis Congênita
 - c. Aborto
 - d. Natimorto (óbito fetal)
 - e. Óbito infantil
 - f. Neuro sífilis
 - g. Indeterminado
93. Informe se no momento do parto a gestante apresentou queda de duas ou mais titulações em 2 meses?
- a. Sim
 - b. Diminuição de 1 titulação
 - c. Não, permaneceu com a mesma titulação
 - d. Não, aumento de 1 diluição
 - e. Não, a gestante reativou a doença (aumento maior que duas titulações no momento do parto)
 - f. Sem parâmetro de comparação, sem disponibilidade de titulação no período de PN
 - g. Sem informação de VDRL no parto
 - h. Sem tratamento da gestante durante o pré-natal
 - i. Sem diagnóstico de sífilis durante o pré-natal

- j. Sem acesso ao PN

94. Informe o VDRL do momento do parto das gestantes tratadas, porém sem exame de VDRL de seguimento durante o pré-natal.

- a. Sem informações de VDRL no parto.
- b. Sem resultado de VDRL de seguimento para comparação, VDRL no parto $1/2$ ou $1/4$.
- c. Sem resultado de VDRL de seguimento para comparação, VDRL no parto $1/8$.
- d. Sem resultado de VDRL de seguimento para comparação, VDRL no parto $1/16$.
- e. Sem resultado de VDRL de seguimento para comparação, VDRL no parto $1/32$ ou mais.
- f. Tratamento inadequado VDRL $1/2$ ou $1/4$.
- g. Tratamento inadequado VDRL $1/8$.
- h. Tratamento inadequado VDRL $1/16$
- i. Tratamento inadequado VDRL $1/32$ ou mais.

95. Registro das observações do investigador (breve resumo da história do caso).

DESCRIÇÃO DE CASOS: GESTANTES QUE NÃO ACESSARAM O PRÉ-NATAL

Quadro 29 - Caracterização das gestantes que não acessaram o pré-natal.

Id_Caso	Idade	Et- nia	Escola- ridade	Observações do investigador
1	15	Parda	Ensino fundamen- tal II (6°	Adolescente, tabagista, usuária de maconha, beneficiária do bolsa família, não realizou pré-natal. Admitida na maternidade c/ 38 semanas de gestação, oligodraminio, parto cesariana. Nascimento de criança com sífilis congênita.
2	22	Branca	Ensino médio	Não realizou pré-natal. Maternidade realizou notificação de sífilis congênita do RN. Não há registro de atendimento da gestante em prontuário eletrônico, sem informações sobre possíveis vulnerabilidades.
3	22	Branca	Ensino funda- mental II (6° ao 9° ano)	Beneficiária do bolsa família, baixa escolaridade, descrédito com pré-natal, terceira gestação, foi atendida na UBS, realizou teste BHCG c/ resultado positivo, não retorna para início de pré-natal, não há registro de realização de busca ativa da gestante, 7 meses após teste de gravidez é admitida na maternidade para parto. Nascimento de criança com sífilis congênita.
4	21	Parda	Analfabeta	Beneficiária do bolsa família, baixa escolaridade, história de situação afetiva conflituosa. Agendou consulta com médico da ESF mas faltou, não realizou 1° consulta de pré-natal, escondeu gestação, admitida para parto na maternidade municipal. Nascimento de criança com sífilis congênita. Não concluiu tratamento após o parto.
5	20	Branca	Ensino fundamen- tal II (6° ao	Beneficiária do bolsa família, baixa escolaridade, tabagista. Terceira gestação, na 1° gestação abandonou o pré-natal após a 1° consulta, na 2° gestação não realizou pré-natal, na 3° gestação (atual) novamente não realizou pré-natal. Admitida na maternidade c/ 38 semanas. Nascimento de criança com sífilis congênita.
6	31	Branca	Ensino fundamen- tal II (6°	Beneficiária do bolsa família, baixa escolaridade, tabagista, sétima gestação, não realizou pré-natal. Nascimento de criança com sífilis congênita. Recebe visita da equipe da UBS 2 meses após parto, não conclui tratamento de sífilis.
7	28	Parda	Ensino fun- damental I (1° a 5° sé-	Baixa escolaridade, sexta gestação, moradora de área livre, usuária de crack e cocaína, já tem 3 notificações anteriores de nascimento de criança com sífilis congênita, sendo uma de gestação gemelar, histórico de abandono do pré-natal em gestações anteriores. Não realizou pré-natal na atual gestação. Nascimento de criança com sífilis congênita.
8	18	Parda	Ensino médio	Sem registro de atendimentos anteriores em prontuário eletrônico. Maternidade realiza notificação de Sífilis congênita de recém-nascido. Sem informações sobre possíveis vulnerabilidades.

9	Caso G-186 - JBMDS	21	Parda	Ensino funda- mental II (6º ao 9º ano)	Baixa escolaridade, imigrante oriunda do Rio Grande do Norte, não realizou pré-natal, foi admitida na maternidade em processo de aborto com VDRL 1/16. Após aborto foi realizado busca ativa pela UBS.
---	-----------------------	----	-------	--	--

DESCRIÇÃO DE CASOS: GESTANTES QUE NÃO FORAM DIAGNOSTICADAS

Quadro 30 - Resumos dos casos que gestantes que não foram diagnosticadas para sífilis.

Item	Id_Caso	Idade	Etnia	Escolaridade	Observações do investigador	Fragilidade do cuidado clínico
1	Caso CG-10-SDDS	23	Parda	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Beneficiária do bolsa família, usuária de drogas (Crack), inicia pré-natal com 19 semanas de gestação, faltosa no pré-natal. Não foi encaminhada para CAPS, mas acessou serviço por conta própria. Não realizou teste rápido durante o pré-natal (não consta justificativa para não realização do teste, havia disponibilidade de insumos e profissional capacitado). Não foi coletado VDRL de 1° trimestre, o VDRL de 2° trimestre foi coletado, mas o laudo não foi liberado. Com 32 semanas de gestação consta que gestante solicitou atendimento do parceiro que saiu do presídio há alguns dias, sem registro de atendimento do parceiro. Chegou na maternidade em trabalho de parto drogada, maternidade de SP, maternidade notificou sífilis congênita. Consta no prontuário, anotação do CAPS, “bebê internado por baixo peso e sífilis”.	Não realizado teste rápido. Não liberado laudo VDRL.
2	Caso CG-11-FKL	22	Branca	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Iniciou pré-natal com 7 semanas de gestação. Na 1° consulta de PN realizou teste rápido com resultado não reagente (falso negativo?), no mesmo dia encaminhada para maternidade por sangramento, na maternidade realizou testagem para sífilis com resultado reagente e iniciou tratamento para sífilis, evoluiu para aborto 13 dias.	Teste rápido falso negativo.
3	Caso CG-1-BMS	24	Parda	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Iniciou pré-natal com 14 semanas de gestação, realizou teste rápido com resultado não reagente (falso negativo?). Um dia após o teste rápido deu entrada na maternidade com em abortamento, no atendimento do aborto foi realizado novo teste rápido com resultado positivo. Teve nova gestação 6 meses após aborto que resultou em caso de sífilis congênita. O caso da nova gestação teve os dados coletados, mas foi excluído da coorte, pois 1° consulta foi após 1° semestre de 2019.	Teste rápido falso negativo.
4	Caso CG-12-VADDS	34	Branca	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Paciente beneficiária do bolsa família, já tem 4 filhos, retirou o DIU porque desejava engravidar novamente. Iniciou pré-natal com 12 semanas de gestação, história de transtornos de ansiedade, não realizou teste rápido na primeira consulta (não consta justificativa para não realização do teste, havia disponibilidade de insumos e profissional capacitado). O VDRL do 1° trimestre foi colhido, mas o laudo não foi liberado, o VDRL do 2° trimestre não foi solicitado. A gestante não foi diagnosticada durante o pré-natal e a criança nasceu com neuro sífilis, VDRL do liquor 1/2.	Não realizado teste rápido. Não liberado laudo VDRL.

5	Caso C-168-IDSB	18	Parda	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Beneficiária do bolsa família, inicia pré-natal com 21 semanas, não realiza teste rápido (não consta justificativa para não realização do teste, havia disponibilidade de insumos e profissional capacitado). Sem menção de parceiro durante PN. Coleta apenas um VDRL que não tem laudo liberado. Realiza apenas 2 consultas de pré-natal sendo uma consulta de PN com médica e abandona PN. Parto pré-maturo com 32 semanas VDRL no parto VDRL 1/128, Criança com Sífilis Congênita. Criança sem acompanhamento até a data de coleta de dados desse estudo (pesquisadores solicitaram retomada do acompanhamento) há registro de nova gestação com aborto por sífilis em janeiro/2020.	Não realizado teste rápido. Não liberado laudo VDRL.
6	Caso CG-13-BRS	22	Parda	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Beneficiária do bolsa família, inicia pré-natal com 18 semanas de gestação, não realizado teste rápido na primeira consulta. VDRL coletado, mas laudo não liberado (transição de laboratório). Após 30 dias da 1° consulta o médico solicita realização de teste rápido, nessa ocasião há um registro da enfermeira de realização de teste rápido com resultado negativo, porém outro registro médico após 30 dias do TR negativo informa que não houve realização de TR por falta de kit? Sem implementação de tratamento. Gestante fica três meses sem comparecer no PN sem nenhuma busca ativa, gestante não é diagnosticada. Criança nasce com neuro sífilis.	Não liberado laudo de VDRL. Conflito de informações em relação ao TR.
7	Caso CG-4-RBDS	31	Parda	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Usuária de entorpecentes, inicia pré-natal com 25 semanas de gestação, relato de gestação indesejada e rompimento afetivo com parceiro. Realiza apenas uma consulta de pré-natal, não realizado teste rápido (não consta justificativa para não realização do teste, havia disponibilidade de insumos e profissional capacitado), abandono de pré-natal após a 1° consulta, sem busca ativa de equipe. Sífilis diagnosticada no parto, criança nasce com sífilis congênita e com má formação cardíaca.	Não realizado teste rápido. Sem monitoramento do pré-natal.
8	Caso CG-26-BRDO	15	Parda	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Adolescente, beneficiária do bolsa família, inicia pré-natal com 22 semanas de gestação, realizou teste rápido na 1° consulta com resultado não reagente. Com 25 semanas de gestação resultado de FT-ABS reagente, sem interpretação adequada pois VDRL não reagente, não poderia ser cicatriz pois gestante tinha 15 anos. Com 39 semanas de gestação resultado de VDRL 1/8, porém laudo não acessado, sem diagnóstico durante pré-natal. No pré-parto VDRL 1/2048, tratamento implementado após o parto.	Interpretação inadequada de resultado de exames.
9	Caso CG-21-TDAR	19	Parda	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Beneficiária do bolsa família, parto prematuro anterior (aos 17 anos) resultou em óbito perinatal. Aos 19 anos inicia novo pré-natal com 17 semanas de gestação, não realizado teste rápido (não consta justificativa para não realização do teste, havia disponibilidade de insumos e profissional capacitado). Com 19 semanas de gestação relata queixa de lesões hiperemias em tronco e MMII (sem registro de suspeita médica de sífilis, prescrita hidrocortisona). Com 22 semanas de gestação realiza nova consulta de pré-natal, nessa data o resultado do exame de VDRL 1/4 já estava disponível em sistema há 20 dias, mas não foi acessado pelo médico que registra na consulta "sem resultado de sífilis". Com 27 semanas de gestação realiza outra consulta de pré-natal, única anotação da consulta "não fez USG Morfológico" Não diagnosticada durante o pré-natal. Com 30 semanas de gestação teve óbito fetal, resultado do VDRL no momento do parto 1/256.	Não realizado teste rápido. VDRL não acessado

10	Caso CG-16-BPDS	16	Parda	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Adolescente, beneficiária do bolsa família, inicia pré-natal com 11 semanas de gestação. Realizado teste rápido com resultado negativo. Os exames de rastreio de VDRL de 1° e 2° trimestre foram solicitados, mas nenhum foi coletado, há registro nas consultas informando que a gestante "não fez os exames solicitados", porém a gestante não recebeu nenhuma visita de busca ativa devido a faltas na coleta de exames. Não foi diagnosticada durante o pré-natal. No momento do parto resultado de VDRL 1/64, criança com sífilis e com alteração na audição e má formação (dedo extra numérico).	Não coletou exames de VDRL. Ausência de monitoramento do pré-natal.
11	Caso CG-14-MSDA	18	Parda	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Beneficiária do bolsa família, inicia pré-natal com 07 semanas de gestação. Não realizado teste rápido em primeira consulta, enfermeiro era capacitado e insumos estavam disponíveis. Aborto 1 semana após 1° consulta, diagnóstico de sífilis no momento do aborto.	Não realizado teste rápido.
12	Caso C-189 - KFDJR	18	Branca	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Tabagista, iniciou pré-natal com 17 semanas, realizou teste rápido com resultado negativo. Realizou 3 exames de VDRL todos não reagentes, porém o TPHA do último trimestre veio reagente (sífilis anticorpos totais específicos 16,54), 33 dias antes do parto médico verifica resultado, mas não implementa tratamento. No momento do parto VDRL da gestante e do RN reagente. Proteína no líquido do RN 168 (critério para neuro sífilis?).	Interpretação inadequada de resultado de exames.
13	Caso G-190 - KAT	35	Branca	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Beneficiária do bolsa família, quarta gestação, inicia pré-natal com 6 semanas de gestação, não realiza teste rápido mesmo com disponibilidade de insumos e profissional capacitado. Coletou apenas um VDRL (1° trimestre) laboratório não liberou laudo, não coletou VDRL do 2° trimestre, equipe não percebe, sem registro de monitoramento de realização de coleta e resultado de exames. Nos registros das consultas c/ GO consta apenas "PN" na anotação, sem diagnóstico de sífilis durante a gestação. No parto VDRL 1/32 repetição 1/128, nascimento de criança com sífilis.	Não realizado teste rápido. Não liberado laudo VDRL.
14	Caso C-191 - MXBDO	19	Parda	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Beneficiária do Bolsa família, inicia PN com 33 semanas de gestação, não realiza teste rápido na primeira consulta, há registro de falta de kit de TR p/ sífilis, realiza apenas mais uma consulta com GO. Colheu exames iniciais VDRL (não reagente) e TPHA (reagente), resultados liberados 5 dias antes do parto, equipe da UBS não verificou resultados em tempo oportuno. Sem diagnóstico e sem tratamento para sífilis. Não há abordagem do tema "parceiro" no pré-natal. No parto DVRL reagente, nascimento de criança com sífilis.	Não realizado teste rápido.

15	Caso C-192 - NQDSB	39	Branca	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Hipertensa, diabética e tabagista, história de depressão, e situação afetiva conflituosa, DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação) na última gestação. Oito gestações anteriores (1 aborto, 1 parto a termo e 6 partos prematuros com + ou - 6 meses, das 7 crianças nascida das, 4 evoluíram para óbito neonatal, 3 estão vivas). Inicia pré-natal da 9° gestação com 8 semanas. Agendado teste rápido p/ próxima semana (não realizou teste rápido posteriormente). Continua pré-natal no Alto Risco. Passagem na Urgência da Maternidade para realização de cerclagem com 13 semanas de gestação. Durante a gestação Três resultados de FT-ABS não reagentes (8°, 12° e 29° semana de gestação), sem registro de VDRL. Sem menção do tema "parceiro" durante o pré-natal. No momento do parto (37° semanas de gestação) VDRL da gestante e do RN reagentes, FT-ABS também reagente.	Contaminação no final da gestação.
16	Caso C-173- KSF	19	Branca	Ensino Fundamental II (6° ao 9° ano)	Beneficiária do bolsa família, história de violência sexual "agressor era o pai", tabagista, sem parceiro fixo, história de conflitos: suposto pai da criança exige DNA. Gestação gemelar. Inicia pré-natal com 21 semanas de gestação, 1° consulta direto com médica, não passou com enfermeira, não realizado teste rápido. Encaminhada PNAR. Realiza mais 4 consultas no AR, anotações no prontuário muito pobres "Rotina Pn" nas quatro consultas. Na 2° consulta do PNAR com 30 semanas de gestação, havia um laudo liberado em sistema há 4 dias c/ VDRL 1/4 e FT-ABS (+), não há menção do exame na consulta, apenas "Rotina Pn". Sem prescrição de tratamento. Admitida na maternidade para parto 34 semanas de gestação, VDRL no momento do parto 1/64. RN1 prematuro c/ Sífilis Congênita, VDRL 1/4. RN2 Natimorto VDRL RN2 1/8.	Não realizado Teste rápido. Não acessado resultado de VDRL.

DESCRIÇÃO DE CASOS: GESTANTES QUE NÃO FORAM TRATADAS ADEQUADAMENTE

Quadro 31 - Descrição dos casos com tratamento da gestante inadequado.

Item	Id_Caso	Idade	Etnia	Escolaridade	Observações do investigador	Fragilidade do cuidado clínico
1	Caso CG-17-ECDS	20	Branca	Ensino fundamental II (6° ao 9° ano)	Beneficiária bolsa família, usuária de entorpecentes, baixa escolaridade. Inicia pré-natal com 25 semanas de gestação, realiza teste rápido na 1° consulta (reagente), porém relata ter tratado sífilis em gestação anterior, equipe não realiza prescrição de tratamento e gestante é encaminhada p/ consulta médica para avaliação, o parceiro é convocado para avaliação. Porém gestante não retorna para consulta médica e abandona PN. Colheu VDRL 1 dia após a primeira consulta resultado foi liberado uma semana após a coleta (titulação 1/4) mas equipe não acessou o resultado, não monitorou os exames e nem fez busca ativa da gestante. Parto ocorre com 36 semanas de gestação, no momento do parto a titulação de VDRL foi de 1/32 (ascendência de 3 titulações), o resultado da titulação do VDRL do RN também foi 1/32, sífilis congênita.	Tratamento não prescrito. Equipe não percebe abandono do pré-natal?
2	Caso C-169-LGDM	20	Branca	Ensino médio	Gestante 20 anos, beneficiária do Bolsa Família, teve primeira gestação aos 16 anos (gemelar) GI óbito fetal e GII neuro sífilis, na ocasião recusou o tratamento. Iniciou pré-natal com 15 semanas de gestação, realizou teste rápido na 1° consulta (reagente), gestante referiu tratamento anterior (2017), solicitado a paciente resultados de titulação prévia, e comprovantes de tratamento anterior (prescrição checada). Fica 8 semanas sem comparecer ao PN, sem registro de busca ativa de faltosa. Retorna ao Pn já com 24 semanas de gestação, nessa consulta consta anotação: VDRL 1/16 e Granuloma inguinal, porém não é implementado conduta de tratamento, também não há informações sobre a comprovação de tratamento anterior. Realiza mais uma consulta de PN com 29 semanas de gestação, consta anotação do médico: solicitação de exames laboratoriais e granuloma inguinal, sem implementação de conduta de tratamento para sífilis. Com 31 semanas de gestação é coletado e liberado resultado de VDRL 1/4. Com IG 34 semanas realiza 4° e última consulta de PN, registrado "controle de PN, é menina, ainda não sabe o nome", sem menção de resultado de VDRL ou de tratamento. Com 35 semanas é admitida na maternidade para parto, VDR 1/16, RN 1/8. Em consulta de puerpério consta no registro "Puerpera descobriu que estava com sífilis na maternidade". Gestante não tratada, RN c/ Sífilis congênita.	Tratamento não prescrito. Equipe não se atentou riscos, sinais e resultados de exame?
3	Caso C-170-KCSV	27	Preta	Ensino fundamental II (6° ao 9° ano)	Beneficiária bolsa família, baixa escolaridade. Inicia pré-natal com 8 semanas. Resultado de teste rápido na 1° consulta não se aplica, pois, gestante relata história de sífilis há 5 anos. Coletou VDRL. Nas duas Consultas médicas subsequentes não há menção de sífilis progressiva e nem menção de comprovação de tratamento anterior. Intervalos entre 2° e 3° consulta de 9 semanas sem busca ativa. Com 23 semanas há registro de CID A 58 - Granuloma inguinal, porém sem menção de suspeita de sífilis, sem registro de tratamento para gestante ou parceiro. VDRL de 1° trimestre não teve laudo liberado VDRL de 2° semestre	Tratamento não prescrito. Equipe não confirmou cicatriz sorológica, não descartado sífilis ativa?

					não reagente, TPHA reagente e SIFTP - Sífilis CMIA 18,4 (resultado não mencionado durante consulta de pré-natal). Entre a 3ª a 4ª consulta a gestante ficou 12 semanas sem comparecer, não há registro de busca ativa. Com 35 semanas é admitida no HMAA para parto. VDRL parto 1/2. Na maternidade a criança recebeu tratamento para sífilis.	
4	Caso C-171-EST	15	Parda	Ensino fundamental II (6º ao 9º ano)	Adolescente, 15 anos, beneficiária bolsa família, primigesta. Iniciou pré-natal com 11 semanas de gestação, não realizado teste rápido (insumos disponíveis na UBS), na quarta e última consulta de pré-natal com 28 semanas de gestação há registro médico em prontuário de resultado positivo de VDRL 1/64 (laudo disponível em sistema desde 25 semanas de gestação), porém não houve conduta de implementação de tratamento, não foi prescrito tratamento, após essa consulta gestante abandona o PN. É admitida na Maternidade com 31 semanas de gestação com queixa de cólica, na ocasião inicia tratamento para sífilis, parto ocorre com 33 semanas de gestação VDRL no momento do parto 1/64, RN também 1/64, VDRL no liquor do RN 1/2, RN apresentou Hepatomegalia + Esplenomegalia. Nascimento de cça com Neuro sífilis.	Tratamento não prescrito. Equipe não percebe abandono do pré-natal?
5	Caso G-47-LASDA	25	Parda	Ensino médio	História de eclampsia, obesidade e hipertensão arterial. Inicia pré-natal com 16 semanas de gestação, realizou teste rápido na 1ª consulta, resultado positivo. Prescrito 3 doses de benzil penicilina, administrado 2 doses (com 16 e 17 semanas de gestação), equipe não percebeu que faltou aplicação da última dose do tratamento. Registro de prontuário: "não tem parceiro fixo". VDRL seguimento após 2ª dose 1/2 (24 semanas de gestação). VDRL da gestante no momento parto 1/2 (ausência de ascendência de titulação), VDRL do RN não reagente. Nascimento de criança saudável.	Tratamento não concluído. (dose inadequada) Equipe não percebe incompletude de tratamento?
6	Caso G-40-ARA	22	Parda	Ensino fundamental II (6º ao 9º ano)	Baixa escolaridade, 5ª gestação. Inicia pré-natal com 9 semanas de gestação, teste rápido realizado na 1ª consulta (reagente), prescrito tratamento com 3 doses. Sem registro em prontuário da administração da 3ª dose, ficha de notificação confirma adm. de somente 2 doses. Parceiro não tratado, há relato em prontuário de que estava viajando. Seguimento: VDRL coletado com 29 semanas com título de 1/2. No momento do parto com 40 semanas de gestação VDRL com título de 1/8, (ascendência de 2 titulações, reinfecção? tratamento inadequado?). RN com VDRL 1/2. Sífilis congênita.	Tratamento não concluído. (dose inadequada) Equipe não percebe incompletude de tratamento?
7	Caso G-34-VPDS	31	Parda	Ensino fundamental I (1ª a 5ª série)	Gestante beneficiária do programa bolsa família, tabagista, usuária de entorpecentes, baixa escolaridade, história de aborto anterior por sífilis associado ao abandono do tratamento. Inicia pré-natal com 17 semanas de gestação, realiza teste rápido na 1ª consulta (reagente). Na 2ª consulta de pré-natal com 20 semanas de gestação inicia o tratamento com a administração da 1ª dose. Abandona o pré-natal após essa consulta. Há registro de 2 visita do ACS após o abandono do PN, apenas está selecionado as opções de: acompanhamento de gestação, atualização de cadastro e visita periódica, não há anotações sobre abandono do pré-natal. Tratamento inadequado, apenas 1 dose. Sem resultado de VDRL no PN. Sem menção sobre tratamento do parceiro. Sem informação de resultado de VDRL no parto. Sífilis congênita presumível em decorrência de tratamento inadequado. Em consulta de puerpério está registrado que o parto ocorreu com 36 semanas e a puérpera está em tratamento de sífilis.	Tratamento não concluído. (dose inadequada) Equipe não percebeu abandono do pré-natal?

8	Caso C-175 - JGDSC	25	Parda	Ensino fundamental II (6º ao 9º ano)	Beneficiária do bolsa família, usuária de maconha e cocaína, reclusão de liberdade em 2011 (Fundação Casa). Terceira gestação, apresentou sífilis nas duas gestações anteriores e não conclui tratamento em nenhuma. Inicia pré-natal com 8 semanas de gestação, realiza teste rápido na 1º consulta (reagente), encaminhada para médico da ESF que prescreve tratamento, paciente recebe 1º dose. Parceiro sabidamente positivo, convocado, mas não comparece. Fica 77 dias sem comparecer no pré-natal, não coletou nenhum exame, sem registro de VD de busca ativa da equipe. Nas duas consultas de pré-natal subsequentes (com 20 e 30 semanas de gestação) não há menção de sífilis, gestante não conclui tratamento. Em atendimento na maternidade (já com 38/39 semanas) é verificado que não concluiu tratamento para sífilis, é prescrito novo tratamento com aplicação de 1º dose. Parto ocorre após uma semana de reinício do tratamento, VDRL da puérpera no parto 1/16, VDRL do RN 1/2, sífilis congênita. Na consulta de puerpério não há menção de sífilis, não concluiu tratamento após o parto.	Tratamento não concluído. (dose inadequada) Equipe não percebe incompletude de tratamento?
9	Caso G-68-TRSN	22	Parda	Ensino médio	Beneficiária bolsa família, parceiro em reclusão. Inicia pré-natal com 13 semanas de gestação, c/ queixa de picada de escorpião, encaminhada para PS. Não retorna, é realizado 5 VD para busca ativa, mãe relata que gestante não pode faltar no serviço. Nova consulta de PN c/ IG 19 semanas, não realizado teste rápido (há registro de falta de insumos na unidade). Apresenta nova falta, realizado mais 2 VD de busca ativa. Com IG 28 semanas realiza 1º consulta médica, consta em prontuário que não realizou nenhum exame, coleta 1º exames com 32 semanas de gestação. Com 34 semanas realiza 2º consulta médica, resultado do VDRL 1/4 FT-ABS reagente, inicia 1º dose do tratamento (não realiza aplicação das demais doses), retorna 2 dias depois solicitando 2º via dos exames. Não há registro de menção de parceiro. C/ IG 35 semanas retorna a UBS com queixa de perda de líquido, é transferida para maternidade, trabalho de parto prematura, permanece internada por 10 dias e recebe alta. Não há registro de conclusão do tratamento (doses insuficientes). Registro da maternidade informa que parceiro está recluso por isso não tratou sífilis. Parto com 37 semanas de gestação, VDRL no momento do parto 1/16 (ascendência de 2 titulações), RN 1/4. cça com sífilis congênita, recebe tratamento por 10 dias.	Tratamento não concluído. (dose e tempo inadequado)
10	Caso G-55-MBS	20	Parda	Ensino médio	Gestante 20 anos, separada, inicia pré-natal com 31 semanas de gestação, realiza apenas 1 consulta com enfermeira, na primeira e única consulta de pré-natal realiza teste rápido (reagente), inicia tratamento com 1º dose. Uma semana depois é admitida na maternidade, parto ocorre com 32 semanas de gestação. No momento do parto titulação de VDRL 1/32. Tratamento inadequado, criança com sífilis congênita.	Tratamento não concluído. (dose e tempo inadequado)

11	Caso G-64-ERDO	31	Branca	<p>Ensino fundamental II (6° ao 9° ano)</p> <p>Gestante 31 anos, beneficiária do Bolsa Família, G11, A4, OF 3, FV 3, parceiro fixo, tabagista, aborto por sífilis há 10 meses, na ocasião não concluiu o tratamento. inicia pré-natal com 11 semanas de gestação, realizado teste rápido na primeira consulta (reagente), parceiro atendido na UBS realizou teste rápido, resultado não reagente. Parceiro não foi tratado. Registro de falta de penicilina na UBS, agendado 1° dose para data posterior. Médico encaminha para PN AR. Com IG 11 semanas comparece na 1° consulta de PN AR, médico não menciona sífilis, encaminha p/ pneumo "suspensão do tabagismo"? e solicita USG. Na semana seguinte equipe realiza busca ativa, pois faltou na data de aplicação da primeira dose, paciente comparece no dia seguinte e nas outras duas datas e conclui tratamento. Passa 2 meses sem comparecer no PN, sem busca ativa registrada nesse período. Com 23 semanas de gestação comparece no PN AR, consulta sem menção de sífilis, reencaminhada para pneumo, solicitação de VDRL + rotina. Com IG 25 semanas é atendida por pneumo, solicitado prova função pulmonar + RX. Com IG 28 semanas nova consulta no PN AR, em anotação consta: "colheu exames, não realizou USG, solicitado Eco fetal, em seguimento c/ pneumo", sem menção de sífilis. Com IG 32 semanas nova consulta PN AR, disponível resultado de VDRL coletado com 25 semanas 1/4, anotação do PN "reforço alimentação; não fez eco; sol vdrl; alta para casa". Com IG 34 semanas recebe visita de ACS para condicionalidade do PBF. C/IG 35 semanas nova consulta PN AR, nesta data disponível resultado de VDRL 1/16 (aumento de 2 titulações indicando reinfeção), não há menção de sífilis ou do resultado de VDRL na consulta de PN. Com IG 37 semanas nova consulta PN AR, prescrito tratamento com penicilina por 3 semanas e VDRL 1/16, primeira dose foi iniciada 18 dias antes do parto (tratamento inadequado, tempo inoportuno), tratamento concluído. Parto com IG 39 semanas, VDRL no parto 1/8 (diminuição de 1 titulação, porém tratamento inadequado) RN 1/4. Cça c/ Sífilis Congênita, em consulta puerperal consta que cça ficou internada na maternidade por 10 dias para tratamento da sífilis.</p>	<p>Tratamento iniciado inoportunamente</p> <p>Equipe não percebeu reinfeção oportunamente?</p>
12	Caso CG-6-EADS	24	Branca	<p>Ensino médio</p> <p>Beneficiária do bolsa família, inicia pré-natal com aproximadamente 22 semanas de gestação, realizou teste rápido, resultado não reagente. Coletou exames laboratoriais 3 dias após a primeira consulta (laudo desse exame não foi liberado).</p> <p>Com 23 semanas de gestação apresentou queixa de corrimento e prurido, no registro de exame físico consta: edema importante em grandes lábios + corrimento, a suspeita clínica foi de Bartholinite, candidíase), tratada com cefalexina 12/12 horas+ nistatina. Retorna na semana seguinte com queixa de lesões dolorosas em vagina, no registro de exame físico consta: presença de vesículas em vagina, Suspeita diagnóstica foi de Herpes genital, prescrito aciclovir).</p> <p>Com 37 semanas de gestação realiza nova consulta nessa data já estava disponível em sistema o resultado de VDRL do 3° trimestre positivo 1/32, foi prescrito tratamento com 3 doses, iniciou tratamento 12 dias antes do parto, chegou a receber a 2° dose cinco dias antes do parto. Tratamento inadequado, tempo inoportuno, parceiro não foi tratado. No momento do Parto o VDRL da gestante foi de 1/128. Criança nascida com sífilis congênita, VDRL do RN 1/32.</p>	<p>Tratamento iniciado inoportunamente.</p> <p>Equipe não considerou clínica para o diagnóstico oportuno?</p>

13	Caso CG-15-MP	28	Preta	Ensino médio	Imigrante, relato de conflitos afetivos. Inicia pré-natal com 15 semanas de gestação. Não realiza teste rápido na 1º consulta (insumos disponíveis). Colheu dois VDRL (1º e 2º trimestre) porém laudos não foram liberados. Na 6º consulta de PN com 33 semanas estava disponível laudo de VDRL 1/4, resultado descrito em prontuário pela médica GO, porém sem prescrição de tratamento. Depois de 30 dias após a liberação do laudo do exame VDRL, já com 35/36 semanas de gestação (médica do PN não estava na UBS) gestante passa em consulta com médica clínica que faz o diagnóstico de sífilis e prescreve tratamento, parceiro é convocado nessa data. Gestante inicia o tratamento fora do tempo oportuno (22 dias antes do parto). No momento do parto VDRL da gestante 1/8 e VDRL do RN também 1/8. Sífilis congênita.	Tratamento iniciado inoportunamente. Diagnóstico oportuno, mas tratamento não implementado imediatamente?
14	Caso C-144-AHAS	19	Parda	Ensino médio	Primigesta, parceiro usuário de entorpecentes. Inicia pré-natal com 6 semanas de gestação, não realizado teste rápido (há registro de falta de kit). VDRL de 1º trimestre não reagente. Exame coletado com 31 semanas com resultado de VDRL 1/32. Na 7º consulta de PN com 34 semanas, gestante inicia tratamento, parceiro também é tratado. Com 36 semanas gestante conclui tratamento e é internada por pré-eclâmpsia no mesmo dia, parto ocorre com 36 semanas 2 dias após a finalização do tratamento, VDRL no parto 1/32, VDRL RN 1/16. Tratamento iniciado 15 dias antes do parto, tempo inoportuno. Sífilis congênita.	Tratamento iniciado inoportunamente.
15	Caso G-41-EDC	28	Parda	Ensino médio	Beneficiária do bolsa família, inicia pré-natal com 19 semanas de gestação, teste rápido reagente na primeira consulta, prescrito tratamento com 3 doses. Gestante recebe primeira dose no mesmo dia do diagnóstico e falta na 2º dose, equipe realiza VD de busca ativa para faltosa, mas não conseguiu realizar a 2º dose no intervalo de tempo preconizado e reinicia tratamento da gestante quando ela comparece na unidade. Gestante reinicia tratamento por 4 vezes seguidas, mas não consegue concluir as 3 doses no intervalo preconizado nenhuma vez. Tratamento inadequado. Parceiro não tratado. Equipe realizou diversas VDs de busca ativa e aconselhamento da gestante. Sem disponibilidade de resultado de VDRL durante o pré-natal. O parto ocorreu com 37 semanas de gestação, VDRL no parto 1/32. VDRL do RN 1/4.	Tempo inadequado (intervalo entre doses maior do que o preconizado) Cuidado impactado por comportamento da gestante.

DESCRIÇÃO DE CASOS: GESTANTES COM PARCEIROS NÃO TRATADOS

Quadro 32 - Descrição dos casos de gestantes tratadas adequadamente com desfechos adversos e parceiro não tratado.

Item	Id_Caso	Idade	Etnia	Escolaridade	Observações do investigador	Fragilidade do cuidado clínico
1	Caso CG-3-AADS	26	Branca	Ensino fundamental II (6° ao 9° ano)	<p>Primigesta, baixa escolaridade. Inicia pré-natal com 6 semanas de gestação, na 1° consulta realizou teste rápido (reagente) iniciou tratamento no mesmo dia e concluiu o tratamento adequadamente com 8 semanas de gestação. Parceiro também realizou teste rápido e teve resultado não reagente, não foi tratado (não realizou nova testagem, não descartou janela imunológica).</p> <p>No seguimento, laboratório não liberou o resultado do 1° VDRL colhido no 1° trimestre. com 16 semanas de gestação apresentou titulação 1/4 (14/06/19). Com 19 semanas de gestação VDRL: 1/4 (25/07/2019). Com 29 semanas de gestação VDRL: 1/2 (14/09/2019). Nos últimos 60 dias de pré-natal não realizou VDRL (Diretriz orienta seguimento com VDRL mensal).</p> <p>No momento do parto com 39 semanas de gestação (18/11/2019) apresentou VDRL: 1/16 (Ascendência de 3 titulações em relação ao último resultado). Não se pode descartar reinfecção. Nascimento de criança com sífilis congênita.</p>	Reinfecção evidenciada somente no momento do parto.
2	Caso G-51-SBS	19	Parda	Ensino médio	<p>Terceira gestação, aos 15 anos teve óbito fetal (IG 33 semanas) por sífilis, aos 17 anos teve outro aborto, história de contaminação por sífilis, tratou sífilis após aborto (sem tratamento do parceiro). Atualmente 18 anos, vivendo em assentamento social, iniciou PN com 11 semanas de gestação. Realizou teste rápido na primeira consulta (reagente), inicia tratamento com 15 semanas de gestação e conclui adequadamente com 17 semanas de gestação. Parceiro não tratado, há registro de que parceiro não adere ao tratamento. Há registro de recusa de VD do ACS. Transferida para PN AR por sífilis, durante PN apresenta 5 resultados de VDRL sendo 1° VDRL com titulação 1/2 (com 11 semanas de gestação), o 2° VDRL não reagente (com 25 semanas de gestação) e realizou mais 3 VDRL com titulação 1/2, sendo o último VDRL do PN 21 dias antes do parto. Na maternidade, no momento do parto o VDRL da gestante 1/8 (aumento de 2 titulações) VDRL do RN 1/8. Cça c/ sífilis. Durante coleta de dados desse estudo verificou-se nova gestação em curso.</p>	Reinfecção evidenciada somente no momento do parto.

3	Caso G-57-DCDS	24	Branca	Ensino fundamental II (6° ao 9° ano)	Gestante 24 anos, G4P4, 1 natimorto por sífilis há 1 ano, parceiro recluso. Inicia pré-natal com 12 semanas de gestação, realizou teste rápido na primeira consulta, resultado reagente, história pgressa de sífilis, foi solicitado VDRL, não colhido. Inicia tratamento com 12 semanas, médica orienta tratamento do parceiro recluso, estante não retorna após primeira dose, equipe realiza busca ativa por telefone. Inicia novo tratamento com IG 15 semanas, conclui tratamento adequadamente com IG: 18 semanas. Colhe 1° VDRL após tratamento, resultado 1/2, 2° VDRL de seguimento 1/1. Na maternidade parto pré-termo IG: 33 semanas VDRL 1/8 (aumento de 2 titulações), RN 1/2.	Reinfecção evidenciada somente no momento do parto.
4	Caso G-46-ASO	21	Branca	Ensino fundamental II (6° ao 9° ano)	Beneficiária do bolsa família, baixa escolaridade. Iniciou pré-natal com 16 semanas de gestação, realizou teste rápido na 1° consulta (reagente). Gestante tratada adequadamente 3 doses, tratamento concluído com 18 semanas de gestação. Parceiro não tratado. Com 21 semanas de gestação VDRL de PN 1/2. Com 31 semana de gestação VDRL 1/8. Com 37 semanas de gestação VDRL 1/4. No momento do parto VDRL 1/8. Reinfecção (Ascendência de titulação, não se pode descartar reinfecção). RN com proteína de liquor alterada 200 e na repetição 151. VDRL do RN 1/2. RN tratado para sífilis na maternidade.	Reinfecção evidenciada durante o pré-natal, mas não tratada.
5	Caso G-45-TDSB	19	Preta	Ensino médio	Beneficiária bolsa família, relato de separação conjugal. Inicia pré-natal com 5 semanas de gestação, realiza teste rápido na primeira consulta (reagente). Realiza tratamento adequado concluído com 7 semanas de gestação. Parceiro não tratado. Seguimento, com 22 semanas de gestação, após 15 semanas de tratamento resultado de VDRL não reagente??? (laudo não disponível em sistema, fonte da informação é uma anotação em prontuário médico). Com 36 semanas de gestação laudo disponível em sistema com resultado de VDRL reagente (1/512). Reinfecção evidenciada no PN. Não foi prescrito retratamento. Parto ocorre com 39/40 semanas de gestação, não há disponibilidade dados do parto em prontuário, porém há registro de consulta posterior ao parto de atendimento do recém-nascido para controle de sífilis congênita.	Reinfecção evidenciada durante o pré-natal, mas não tratada.
6	Caso G-85-ABF	28	Preta	Ensino fundamental I (1° a 5° série)	Gestante 28 anos, beneficiária do bolsa família, inicia pré-natal com 9 semanas de gestação, não realizado teste rápido. Com 28 semanas de gestação VDRL 1/8. Tratada adequadamente conclui tratamento com 30 semanas de gestação. Parceiro recusa tratamento. VDRL de seguimento com 34 semanas de gestação (após 30 dias de conclusão do tratamento) titulação 1/16, aumento de 1 titulações, gestante realiza 2 consultas após resultado do laudo, porém equipe não menciona resultado de laudo e não implementado novo tratamento, reinfecção evidenciada durante o pré-natal. Parto em SP. Anotação de prontuário informa que criança permaneceu internada tratando sífilis por 10 dias.	Reinfecção evidenciada durante o pré-natal, mas não tratada.
7	Caso CG-8-CCMDS	20	Preta	Ensino fundamental II (6° ao 9° ano)	Beneficiária bolsa família, relata violência doméstica; baixa escolaridade; atual parceiro em reclusão. Após separação conjugal o pré-natal é transferido de São Paulo para Osasco. Relata início de PN com 10 semanas de gestação em São Paulo. Inicia PN em Osasco com 22 semana. Na 1° consulta em Osasco realizou teste rápido (reagente), tratada adequadamente, conclui tratamento com 24 semanas de gestação. Parceiro não tratado. No seguimento, falta na primeira coleta de VDRL, só realiza nova coleta 45 dias depois já com 28 semanas de gestação com resultado de VDRL 1/2. Parto com 40 semanas de gestação, manteve VDRL 1/2 no parto. RN com alteração de proteínas no liquor 221, sugerindo neuro sífilis. RN ficou internado por 10 dias para tratar sífilis, VDRL do RN também 1/2.	Recém-nascido sintomático após exposição a sífilis. Titulação da gestante estável.

8	Caso G-84-SMDM	31	Parda	Ensino fundamental II (6° ao 9° ano)	Gestante 31 anos, beneficiária do bolsa família. Iniciou PN c/ 5 semanas, não realizou TR sífilis. Gestante apresenta várias faltas, equipe realiza busca ativa frequente. Colheu 1° VDRL com 16 semanas de gestação (2 meses após iniciar PN), O laudo foi disponibilizado em sistema na mesma semana da coleta, porém o resultado (1/32) só foi acessado e conduta implementada 44 dias após liberação do laudo, quando a gestante já estava com 26 semanas de gestação. Realiza tratamento adequado e conclui a 3° dose com 28 semanas de gestação. Parceiro não tratado. Informa que deixou parceiro quando engravidou e o mesmo recusa tratamento. VDRL coletado após 1 mês de tratamento 1/16. Admitida na maternidade com IG 38 HD: DHEG liberada para domicílio. Parto no dia seguinte na maternidade de Carapicuíba. Sem informação de VDRL no parto. Consta no prontuário que gestante reiniciou tratamento de sífilis no parto e RN colheu VDRL 1/4 um mês após o parto. Em consulta de puericultura está registrado em prontuário do RN o diagnóstico de Sífilis Congênita.	Não se pode descartar reinfecção. Titulação de VDRL alta após tratamento. RN tratado para sífilis na maternidade.
9	Caso G-79-MMDS	33	Parda	Ensino fundamental II (6° ao 9° ano)	Gestante 33 anos, história de violência doméstica (cárcere privado por 3 anos na Bahia), recebe Bolsa Família, já realizou tratamento psiquiátrico. Inicia pré-natal com 11 semanas de gestação, 1° consulta com médico GO, não realiza teste rápido para sífilis. Realiza mais 2 consultas de PN com 17 e 25 semanas de gestação, sem menção de sífilis. Com 29 semanas de gestação é atendida na maternidade c/ Dor em BV e verrugas genitais encaminhada para PNAR. Consulta seguinte com GO na UBS sem menção de sífilis, consta apenas "Supervisão de Gravidez Normal". Com IG 31 semanas é atendida no PNAR. No AR refere lesão desde o 5° mês, HD: sífilis, médica solicita teste rápido realizado no mesmo dia e encaminhada para laboratório da maternidade para realiza VDRL 1/512 e dois dias depois novamente no laboratório da maternidade realiza novo VDRL 1/2048. Tratamento implementado e concluído com 3 doses com 33 semanas de gestação. Sem menção de parceiro durante o pré-natal, consta apenas gestante solteira. Com 35 semanas de gestação, última consulta de pré-natal consta prescrição de complemento de penicilina??? Parto em outro município com 37/38 semanas VDRL do parto 1/256, VDRL do RN 1/128. Cça nasce c/ Hidrocele bilateral, sopro cardíaco e sífilis congênita. Após o parto iniciou novo tratamento na maternidade. Em consulta de puerpério consta que após o parto o parceiro foi tratado com 1° dose e seu paradeiro atual é desconhecido. Em consulta de pediatria do RN ocorrida 45 dias após o parto consta diagnóstico de sífilis congênita.	Não se pode descartar reinfecção. Titulação de VDRL alta após tratamento. RN tratado para sífilis na maternidade.
10	Caso G-42-KSDO	22	Branca	Ensino médio	Inicia pré-natal com 28 semanas de gestação, queixa de verrugas e prurido vaginal, realizado teste rápido 1 dia após 1° consulta (resultado reagente). Tradada adequadamente, concluiu tratamento com 30 semanas de gestação. Parceiro não tratado gestante alega que não tem mais contato com parceiro. Gestante coletou VDRL de seguimento 2 vezes, mas laudo não foi liberado. No momento do parto (38/39 semanas de gestação) VDRL 1/64, não é possível descartar reinfecção. Sífilis Congênita presumível. VDRL do RN 1/4.	Não se pode descartar reinfecção. Sem resultado de VDRL durante pré-natal. Titulação de VDRL alta no momento do parto.
11	Caso G-38-APRDS	22	Preta	Ensino médio	Inicia pré-natal com 30 semanas de gestação. Realizado teste rápido na 1° consulta (reagente). Tratamento adequado, conclui tratamento com 32 semanas de gestação. Parceiro não convocado para tratamento, gestante relata não ter mais contato íntimo com parceiro, parceiro não tratado. Coletou VDRL de seguimento durante o pré-natal, porém laudo não foi disponibilizado. No momento do parto VDRL da gestante 1/32. VDRL do RN no parto 1/4.	Não se pode descartar reinfecção. Sem resultado de VDRL durante pré-natal. Titulação de VDRL alta

DESCRIÇÃO DE CASOS: GESTANTES QUE NÃO FORAM SEGUIDAS ADEQUADAMENTE

Quadro 33 - Descrição dos casos com desfecho adverso em decorrência de seguimento inadequado.

Item	Id_Caso	Idade	Etnia	Escolaridade	Observações do investigador	Fragilidade do cuidado clínico
1	Caso CG-28-ACDSL	17	Parda	Analfabeta	Adolescente de 17 anos, baixa escolaridade. Inicia pré-natal com 5 semanas de gestação. Não foi realizado teste rápido para sífilis. Com 10 semanas de gestação colhe exames laboratoriais e no dia seguinte a coleta é liberado em sistema resultados de TPHA positivo e VDRL negativo, 2 dias após liberação do resultado a gestante faltou em consulta de pré-natal. Permanece 53 dias sem passar em consulta. Com 17 semanas de gestação passa em consulta com enfermeira, porém sem conduta quanto ao TPHA positivo. Com 29 semanas de gestação realiza nova consulta com outra enfermeira, na mesma data é encaminhada para consulta médica, nessa data é prescrito o tratamento e solicitado novos exames. Com 35 semanas de gestação ocorre nova consulta, nesta data gestante é encaminhada ao PN AR, nesta consulta consta em prontuário "gestante refere tratamento conjunto com parceiro"? Porém não há registro de tratamento do parceiro em prontuário, apenas o relato da gestante. Com 33 semanas gestação (32 dias após iniciar tratamento) VDRL 1/8, com 35 semanas de gestação VDRL 1/8. Parto ocorre com 40 semanas de gestação. No momento do Parto VDRL 1/32, provável reinfecção.	VDRL não coletado antes do início do tratamento. Não coletado VDRL no final da gestação.
2	Caso G-71-TRM	22	Branca	Ensino fundamental II (6º ao 9º ano)	Gestante 22 anos, beneficiária do bolsa família. Inicia pré-natal com 13 semanas de gestação, realizou teste rápido para sífilis na primeira consulta (reagente). Iniciou tratamento no mesmo dia do teste e completou o tratamento com 3 doses. Em consulta de pré-natal de 23 semanas de gestação consta relato da paciente informando que parceiro foi tratado. Primeiro VDRL colhido após conclusão do tratamento IG: 16 semanas - 1/64, 2º VDRL IG: 27 sem 1/16. Com IG 31 semanas consta na consulta de pré-natal prescrição de novo tratamento, há registro médico em prontuário de reinfecção, porém exames mostram queda de titulação, teria outro exame não registrado no prontuário? ou a nova prescrição foi em decorrência de sinais clínicos? ou a paciente relatou para médica nova exposição? Porém não há registro da administração do novo tratamento. Não há mais registro de novos exames de VDRL durante o pré-natal. Admitida na maternidade com 38 semanas de gestação, no momento do parto VDRL 1/64, subida de dois títulos em relação ao último VDRL, provável reinfecção.	VDRL não coletado antes do início do tratamento. Não coletado VDRL no final da gestação.

TABELAS DE OUTPUT DA REGRESSÃO LINEAR

Tabela 30 - Tabela de análise da regressão

Regression Analysis

OVERALL FIT			
Multiple R	0,869504014	AIC	-344,598
R Square	0,75603723	AICc	-344,316
Adjusted R Square	0,75323306	SBC	-339,621
Standard Error	0,142694136		
Observations	89		

Fonte: Output regressão linear Excel – software Real Statistics Resource Pack (versão 7.6)

Tabela 31 -Tabela Anova out put excel

ANOVA	Alpha 0,05					
	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>	<i>sig</i>
Regression	1	5,489732	5,489732	269,6118	2,18E-28	yes
Residual	87	1,771461	0,020362			
Total	88	7,261192				

Fonte: Output regressão linear Excel – software Real Statistics Resource Pack (versão 7.6)

Tabela 32 -Tabela de coeficientes da regressão out put excel

	<i>coeff</i>	<i>std err</i>	<i>t stat</i>	<i>p-value</i>	<i>lower</i>	<i>upper</i>
Intercept	0,1035	0,031642	3,270148	0,001541	0,040582	0,166365
Grau de Qualidade genérica	1,0501	0,052929	19,83953	4,84E-34	0,944879	1,155283

Fonte: Output regressão linear Excel – software Real Statistics Resource Pack (versão 7.6)

OFICINA DE QUALIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL

Dezembro/2021

Prefeitura de Osasco

Secretaria de Saúde

Oficina para Qualificação do Pré-Natal



Plano de Trabalho

Atividades	Horário
Orientação sobre estudo de caso	08:15 a 08:30
Alinhamento de conceitos	08:30 a 09:00
Discussão entre grupos	09:00 a 09:30
Cafezinho	09:30 s 09:40
Apresentação dos grupos (10 minutos por grupo)	09:40 a 11:00
Discussão Geral	11:00 a 11:40
Apresentação indicadores de pré-natal do município de Osasco	11:40 a 12:00

Orientação: Estudo de Caso

Fases do cuidado	Potencialidades	Fragilidades	Propostas para melhoria da prática
1-Acesso			
2-Anamnese			
3-Diagnóstico			
4-Tratamento da gestante			
5-Tratamento do parceiro			
6-Seguimento			
7-Gestão da Condição			
8-Gestão do caso			

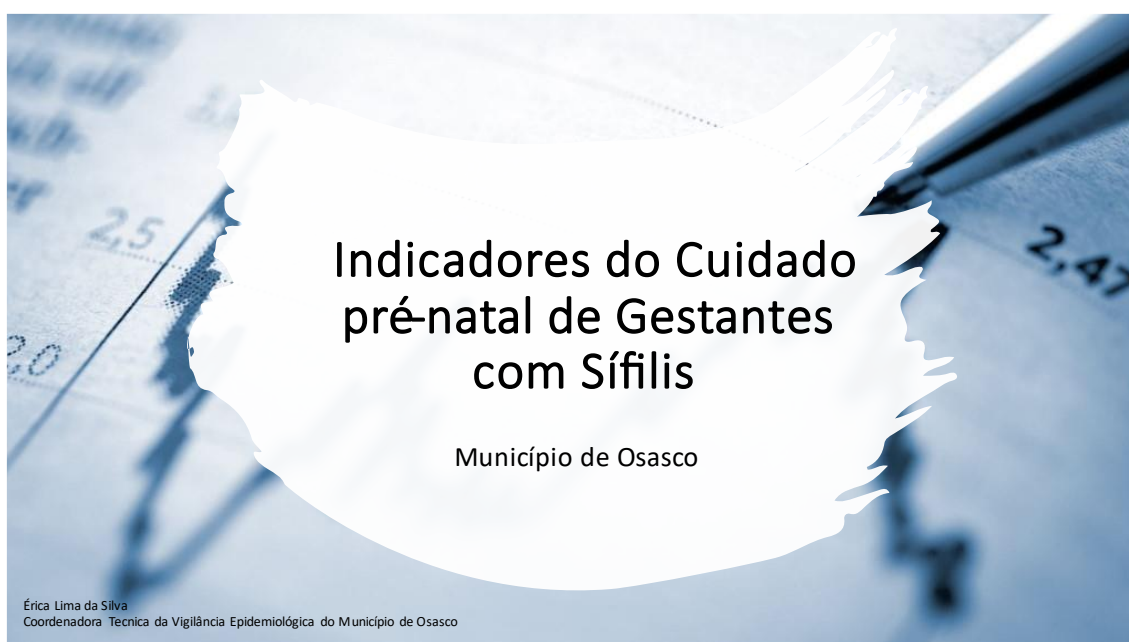
Grupos multiprofissionais (6 grupos de 5 a 6 pessoas)

Definir Relatoria para cada grupo

Definir Apresentador para cada grupo

Discutir processo de trabalho.

Apresentação dos grupos sem interrupção.



Oficina de Qualificação do Pré-natal

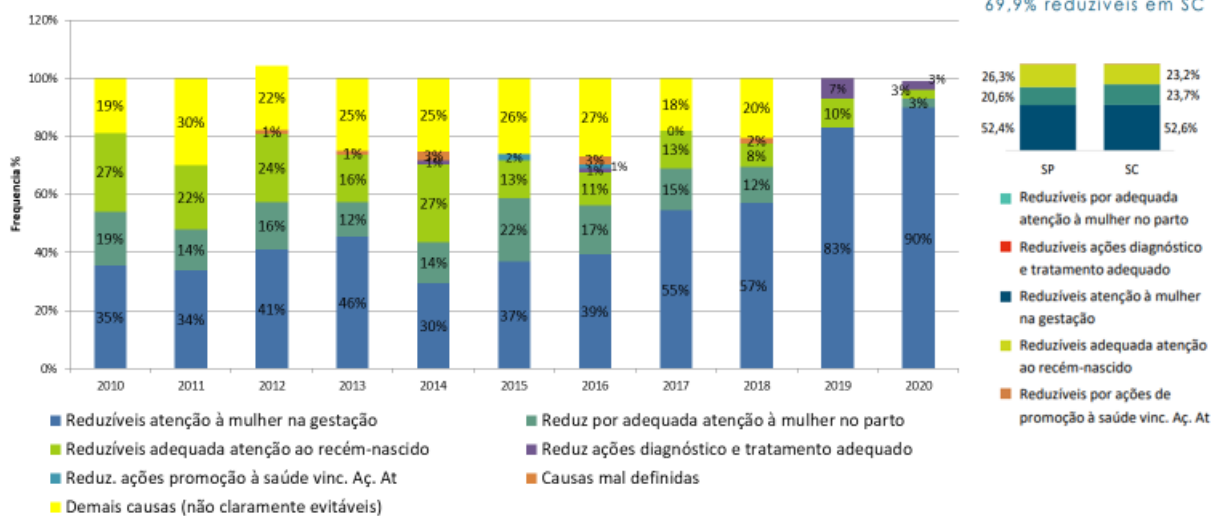
Porque estamos realizando essa discussão?

Indicadores de mortalidade (óbito fetal e infantil) e morbidade (sífilis congênita) estão dando pistas de que o pré-natal não vai bem.



Mortalidade Infantil – Neonatal precoce (0 a 6 dias)

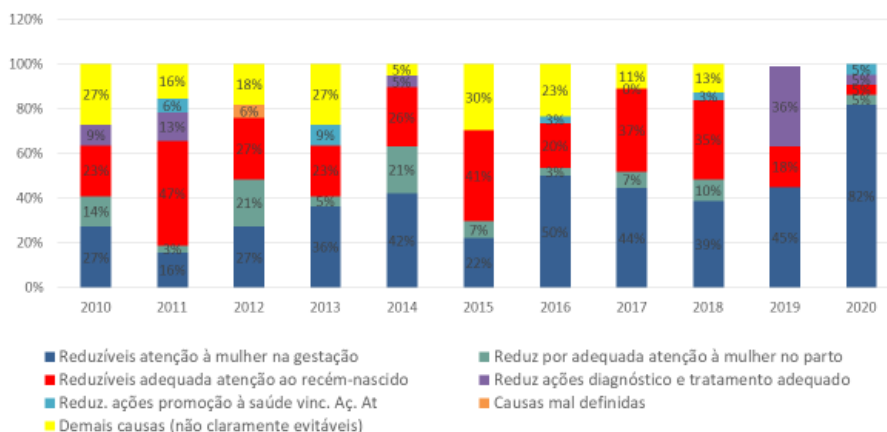
Óbitos neonatal precoce por Causas evitáveis segundo ano do óbito. Osasco, 2010 a 2020.



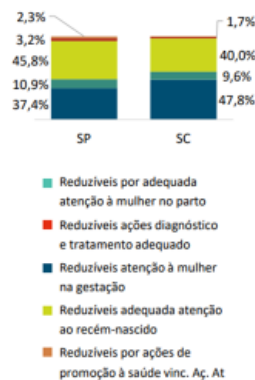
Fonte: SINASC, SIM 2021

Mortalidade Infantil Neonatal Tardia (7 a 27 dias)

Óbitos neonatal tardia por Causas evitáveis segundo ano do óbito. Osasco, 2010 a 2020



Neonatal Tardia
72% reduzíveis em SP
65% reduzíveis em SC

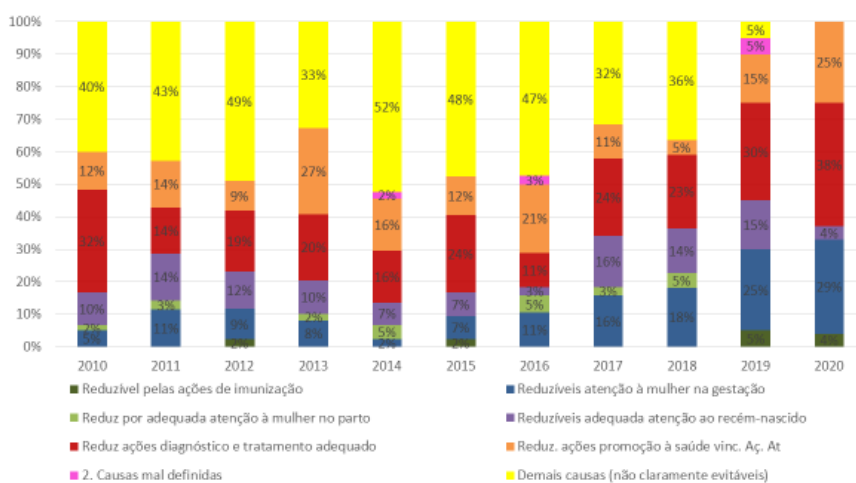


Fonte: SINASC, SIM 2021

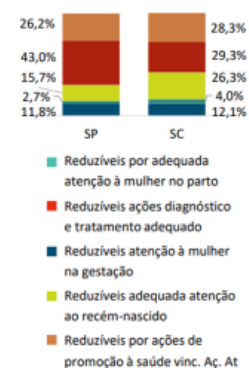


Mortalidade Infantil – Pós Neonatal (28 dias a 1 ano)

Óbitos pós neonatal por Causas evitáveis segundo ano do óbito. Osasco, 2010 a 2020.



Pós-Neonatal
49% reduzíveis em SP
39,6% reduzíveis em SC

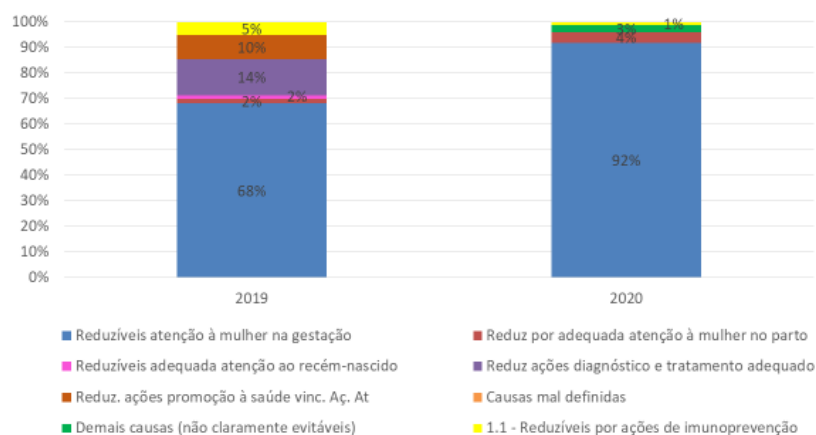


Fonte: SINASC, SIM 2021



Óbitos fetais

Óbitos fetais por Causas evitáveis segundo ano do óbito. Osasco, 2010 a 2020.



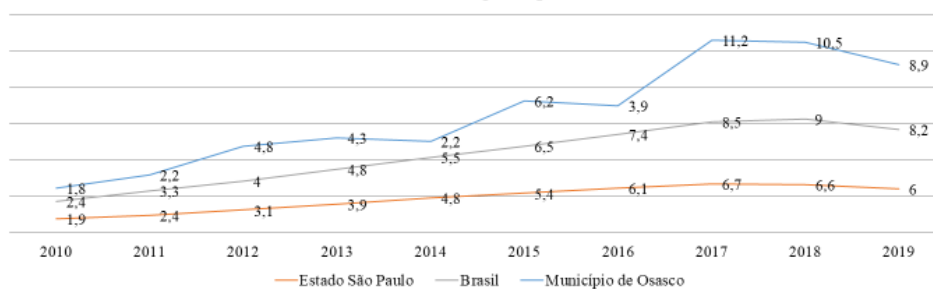
Fonte: SINASC, SIM 2021



Taxa de Sífilis Congênita

Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico, Município de Osasco, Brasil e Estado de São Paulo.

Taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos



Fonte: MS: SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Dados consultados em 25/01/2021

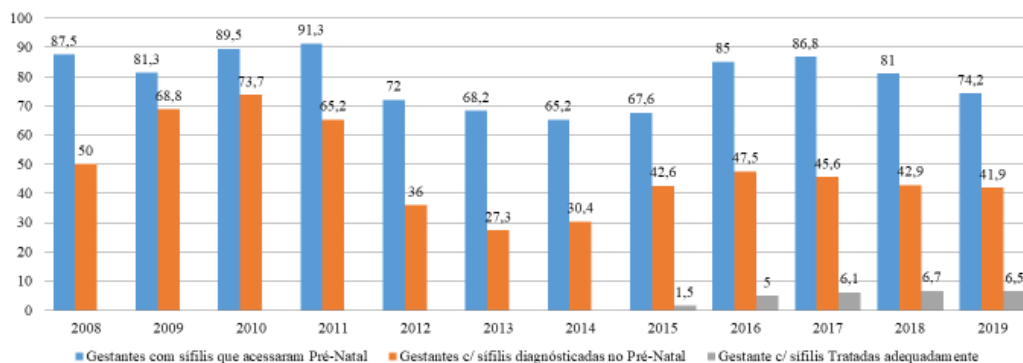
NOTA: (1) Dados até 30/06/2019, (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.
Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/panel-de-indicadores-epidemiologicos>

Fonte: SINASC, SIM 2021



Percentual de Sífilis Congênita com acesso ao Pré-natal

Percentual de casos de sífilis congênita segundo informação de realização de pré-natal, diagnóstico e tratamento adequado da mãe por ano diagnóstico no Município de Osasco.



Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Dados consultados em 25/01/2021

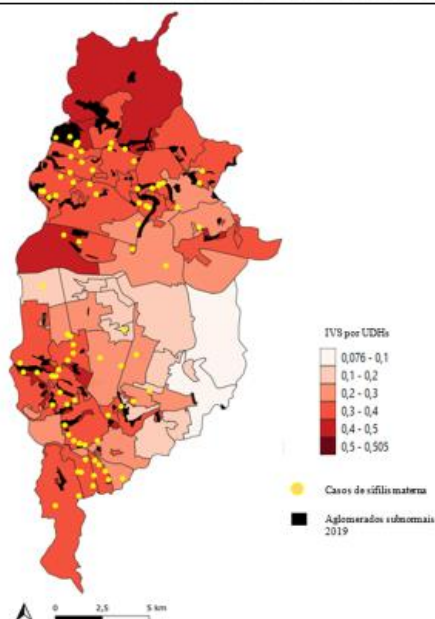
NOTAS: (1) Dados até 30/06/2019; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.
Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>

Fonte: SINASC, SIM 2021



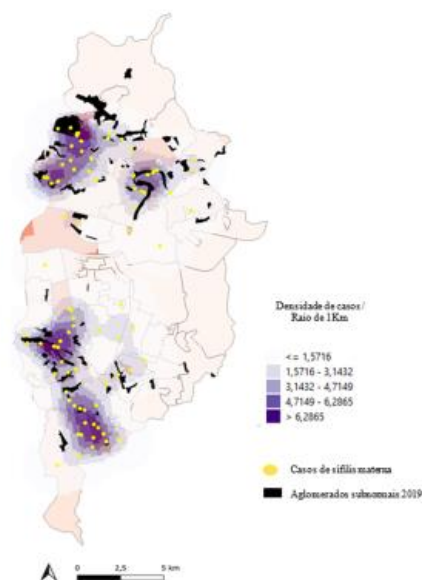
Distribuição dos casos de sífilis materna 1º semestre de 2019, município de Osasco

Distribuição de casos de sífilis materna segundo IVS – Índice de Vulnerabilidade Social



Fonte: Elaboração própria

Estimativa kernel normal aplicado aos dados sífilis materna: raio de influência de 1 Km.

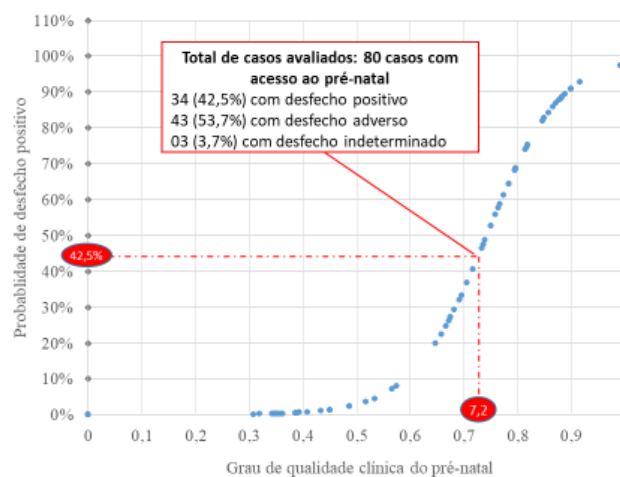


Fonte: Elaboração própria

Qualidade do pré-natal de Gestantes com Sífilis 1º Semestre de 2019, Município de Osasco.

“a qualidade do cuidado é o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de desfechos de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”

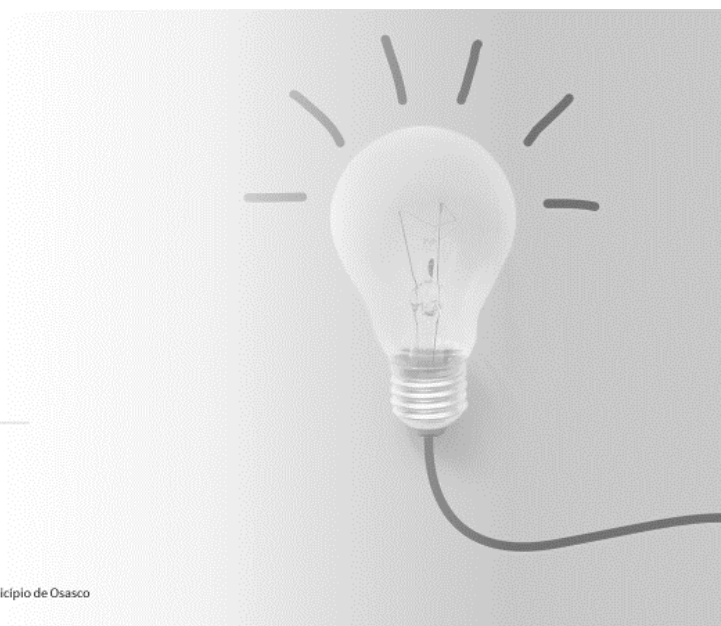
(Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare 1991)



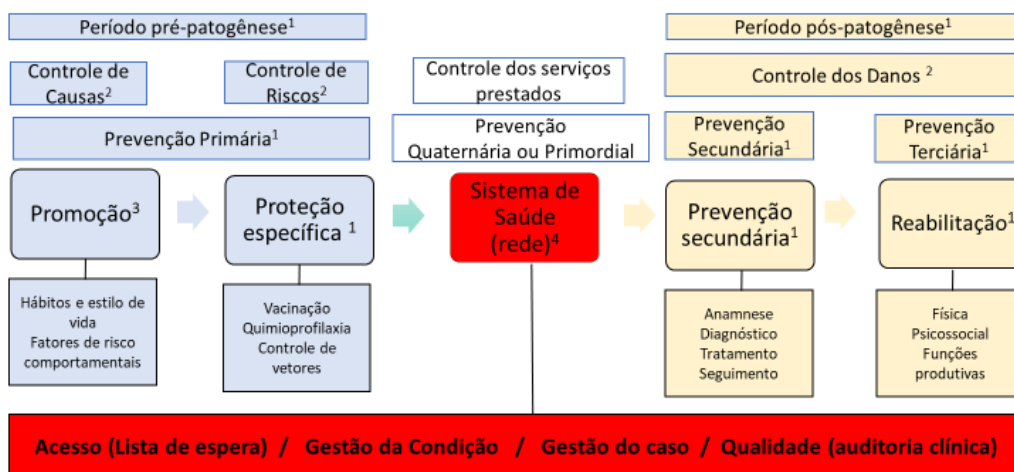
Alinhamento de conceitos

Processo de Produção do Cuidado

Érica Lima da Silva
Coordenadora Técnica da Vigilância Epidemiológica do Município de Osasco

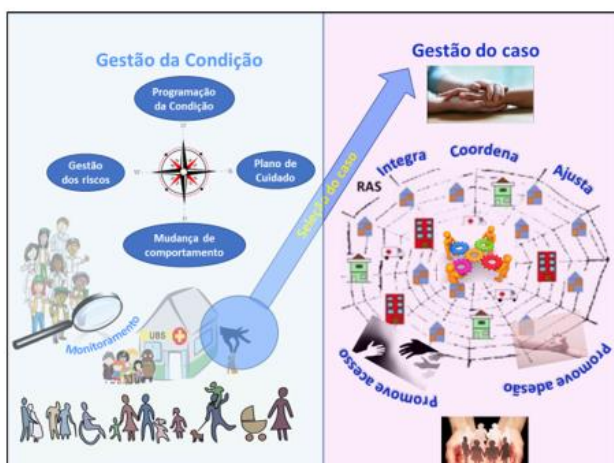


Processo de Produção do cuidado X História Natural da Doença



1- Leavell e Clarck. 1976.
 2-Paim, et al 1998.
 3-Buss, 2003.
 4- Mendes, 2011.

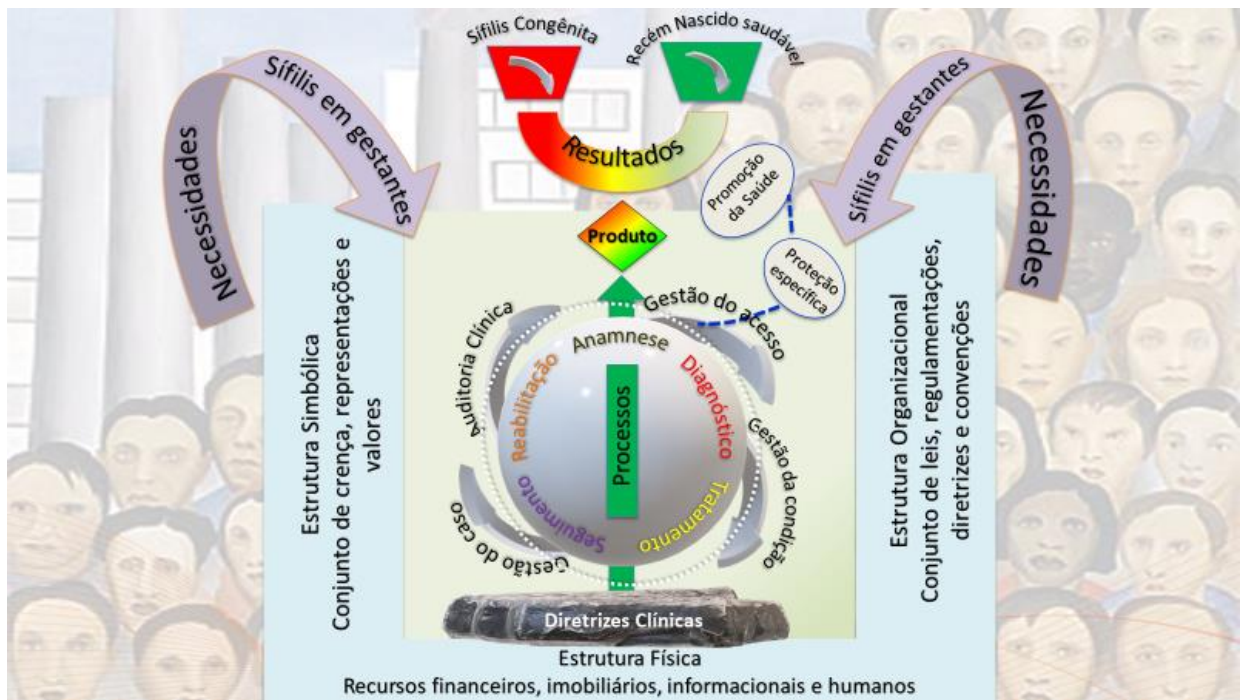
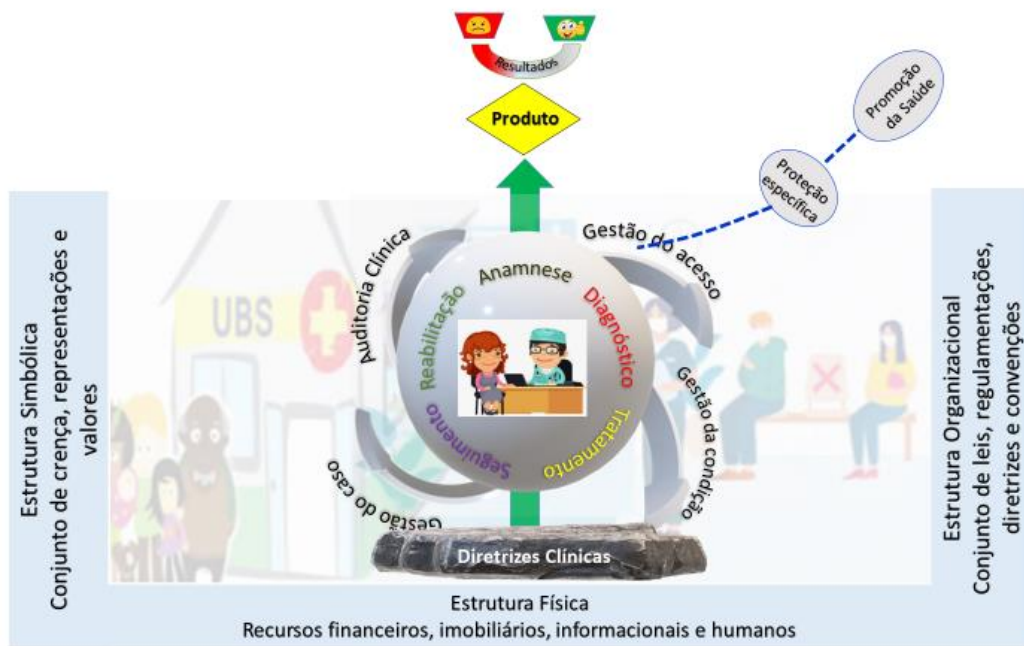
Processo de Produção do cuidado – Tecnologias Sanitárias de Gestão da Clínica



Modelo da pirâmide de risco de Kaiser Permanente



Fonte: Bengon (2008) apud Mendes, 2011 p. 238



Processo de Produção do cuidado – Tecnologias Sanitárias de Gestão da Clínica

Atributos da Atenção Primária		Tecnologias Sanitárias de Gestão a Clínica
Atributo Starfield, 2002	Tipo de informação necessária para mensuração do atributo	Ações envolvidas nas tecnologias de micro gestão da clínica. Mendes, 2011
Acessibilidade Primeiro contato	Acesso à atenção. Acessibilidade da unidade. Uso da unidade como local de primeiro contato.	Lista de espera
Longitudinalidade	Conhecimento do paciente e seu meio social Vínculo com os pacientes Definição de população eletiva	Gestão da condição
Coordenação	Reconhecimento de informações de consultas prévias. Reconhecimento de consultas para encaminhamentos. Mecanismos para continuidade.	Gestão do caso
Integralidade	Reconhecimento e manejo de problemas de saúde orgânicos, psíquicos e sociais. Porcentagem de pessoas sem manejo, referenciamento ou encaminhamento.	

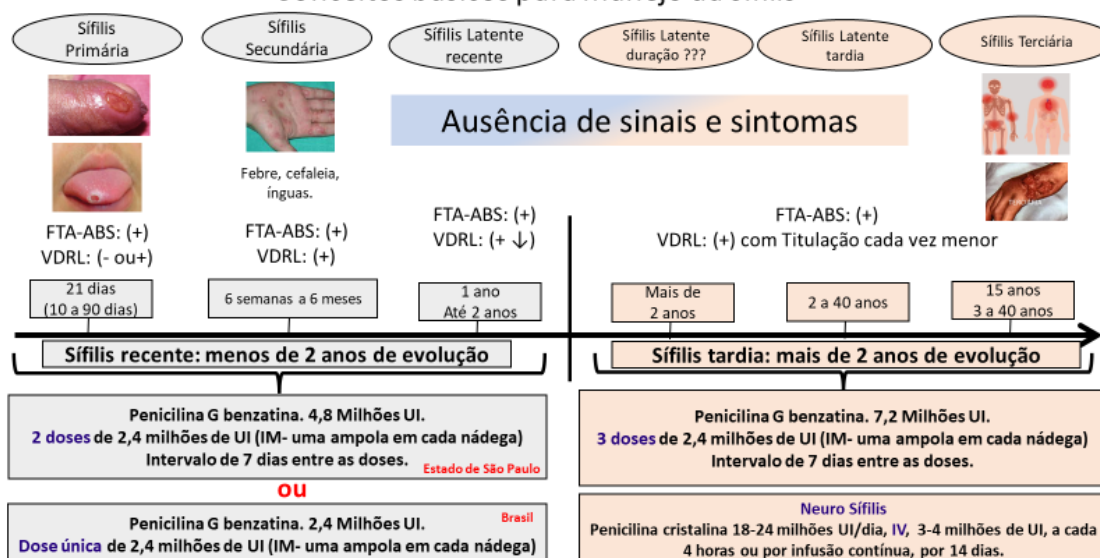
Processo de Produção do cuidado – Tecnologias Sanitárias de Gestão da Clínica

Aspectos derivativos da Atenção Primária		Tecnologias Sanitárias de Gestão a Clínica
Aspectos derivativos Starfield, 2002	Tipo de informação necessária para mensuração do aspecto	Ações envolvidas nas tecnologias de micro gestão da clínica. Mendes, 2011
Orientação para a comunidade	Mecanismos para alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade. Participação nas atividades comunitárias. Envolvimento comunitário na unidade.	Gestão a condição
Centralidade na família	Conhecimento dos membros da família. Conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família.	Gestão do caso
Competência cultural	Ações para atender a necessidades especiais associadas às características culturais. Prestação de serviços especiais para atender a características culturais.	

Processo de Produção do cuidado – Tecnologias Sanitárias de Gestão da Clínica

Aspectos essenciais, mas não exclusivos da Atenção Primária		Tecnologias Sanitárias de Gestão a Clínica
Aspectos essenciais Starfield, 2002	Tipo de informação necessária para mensuração do aspecto	Ações envolvidas nas tecnologias de micro gestão da clínica. Mendes, 2011
Formato do prontuário médico	Lista de problemas. Exatidão no preenchimento do prontuário.	Gestão do caso
Continuidade da atenção	Porcentagem de consultas com o mesmo profissional durante o acompanhamento.	Gestão do caso
Comunicação profissional - paciente	Conteúdo / qualidade e interação.	Gestão da condição
Proteção dos pacientes	Conhecimento dos recursos da comunidade. Uso dos serviços da comunidade.	
Qualidade clínica da atenção	Qualificação do pessoal. Adequação, exatidão e oportunidade dos serviços.	Auditoria clínica

Conceitos básicos para manejo da sífilis



Conceitos básicos para manejo da sífilis

Exames Imunológicos

- Detectam anticorpos
 - Testes treponêmicos (específicos)
 - Exames imunológicos não treponêmicos

Exames diretos

- Exame em campo escuro
 - Lesões primárias e secundárias
 - Exsudato seroso das lesões
- Pesquisa direta com material corado
 - Lesões primárias e secundárias
 - Esfregaço em lâmina ou cortes histológicos

Conceitos básicos para manejo da sífilis

Exames Imunológicos: Testes treponêmicos

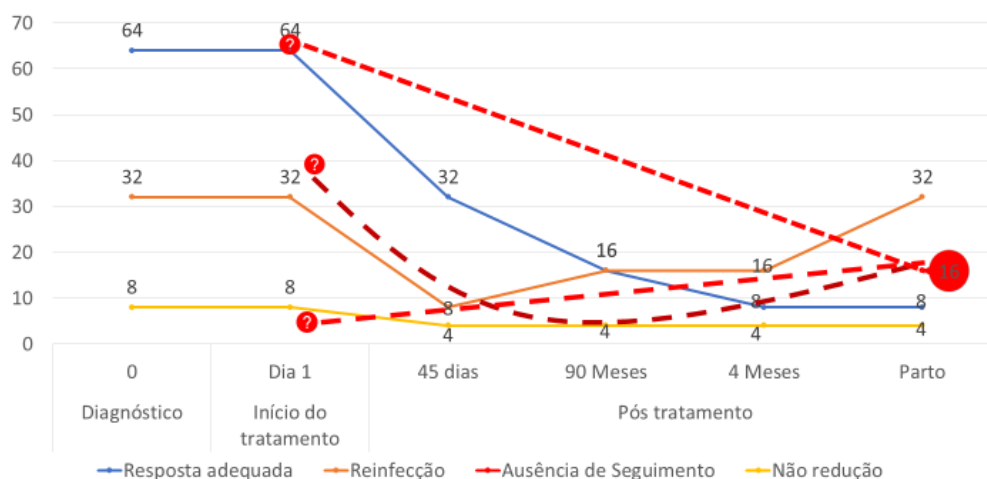
- Teste Rápido (TR), FTA-ABS, Elisa/EQL, TPHA, TTPA, MHA - TP
 - Detectam anticorpos específicos contra os antígenos do *Treponema pallidum*.
 - Primeiros a se tornarem reagentes.
 - Na maioria dos casos permanece reagente por toda a vida, mesmo após o tratamento.

Exames Imunológicos: Testes **Não** treponêmicos

- VDRL, RPR, TRUST
 - Detectam anticorpos não específicos (cardiolipina liberada pelos treponemas e material lipídico liberado pelas células danificadas)
 - Resultado quantitativos expresso em fração ($\frac{1}{2}$, $\frac{1}{4}$, ...).
 - Importantes para monitoramento da resposta ao tratamento, indicam evolução terapêutica

Conceitos básicos para manejo da sífilis

Curso da Sífilis Tratada



Conceitos básicos para manejo da sífilis

• Tratamento adequado da gestante

- Administração de penicilina benzatina;
- Início do tratamento até 30 dias antes do parto;
- Esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico;
- Respeito ao intervalo recomendado de doses (quando ultrapassar 14 dias entre as doses deve-se reiniciar o esquema terapêutico);
- Avaliação quanto ao risco de reinfecção (atentar para tratamento da parceira sexual);
- Documentação de resposta imunológica adequada
 - queda do título do teste não treponêmico em pelo menos duas diluições em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento.



Discussão Geral

- O que vejo ?
- O que penso do que vejo?
- O que faço, com o que eu penso, do que eu vejo?

Estudo de caso

Caso fictício baseado em caso real

15/02/2019 (IG 6⁴ semanas)

Marinete 22 anos procura unidade para realiza teste de gravidez, refere DUM 01/01/2019. obteve resultado positivo. A equipe de enfermagem orientou Marinete a se dirigir a recepção para agendar o pré-natal.

23/04/2019 (IG 16 semanas)

Registro de Visita Domiciliar realizada pelo Agente de Saúde, consta na anotação da visita: Visita periódica. Orientada sobre ações de prevenção de Dengue.

21/05/2019 (IG 20 semanas)

Marinete comparece a UBS solicitando início de pré-natal, a recepção orienta retorno no dia seguinte para passar com enfermeira.

21/05/2019 (IG 20 semanas)

Marinete comparece no Pronto socorro da Maternidade com queixa de dor em BV e dor no corpo. Maternidade registra que gestante ainda não iniciou o pré-natal. Gestante é medicada para dor. Há registro de solicitação de exames (não coletados), paciente não respondeu chamada para coleta de exame.

04/06/2019 (IG 22 semanas)

Marinete realiza a primeira consulta de pré-natal com a enfermeira Rosa. Consta no prontuário: G3, PN2, FV2. Gestação não planejada. Tabagista. Solicitado todos os exames. Encaminhada para agendamento de consulta com GO.

18/06/2019 (IG 24 semanas)

Marinete realiza consulta com GO Dr. Leopoldo. Consta no prontuário: “Rotina PN”.

09/07/2021 (IG 27 semanas)

Marinete realiza consulta com GO Dr. Leopoldo. Consta no prontuário: “Rotina PN”, “guardo exames”.

10/07/2021 (IG 27 semanas)

Gestante comparece para coleta de exames laboratoriais.

16/07/2021 (IG 28 semanas)

Marinete realiza consulta com GO Dr. Leopoldo.

Consta no prontuário: “Rotina PN”, “Realizou exames: HIV (-), VDRL (-), Hep. B (-), Toxo imune”, “Solicito USG”.

Observação: Nessa data consta em sistema laudo disponível de exame FTA-ABS reagente.

30/07/2021 (IG 30 semanas)

Gestante falta em consulta.

13/08/2021 (IG: 32 semanas)

Gestante falta em consulta.

20/08/2021 (IG: 33 semanas)

Marinete procura UBS relatando queda da própria altura e dor em BV. A enfermeira Flor atende Marinete.

Consta em prontuário:

“Gestante procura Unidade referindo queda e dor em BV, violência doméstica?”

Durante acolhimento e escuta qualificada, gestante relata:

Está grávida do 3º filho, vive em situação de vulnerabilidade, sua única renda é proveniente de bicos “faxina” e bolsa família.

O pai de seus dois filhos (um de 7 anos e outro de 5 anos) é alcoólatra e usuário de entorpecentes, está sumido e não ajuda financeiramente no sustento dos filhos.

Seu atual parceiro foi preso recentemente, também não pode mais dar suporte na gestação atual.

O único suporte que possui vem de sua mãe que a ajuda no cuidado e sustento dos filhos.

Marinete está muito abalada psicologicamente, relata uso de entorpecentes e álcool, sendo que nos últimos dias, depois que passou a se relacionar sexualmente com outro parceiro, tem aumentado a frequência do uso de entorpecentes, pois o atual parceiro tem oferecido.

A queda ocorreu durante uma briga com o atual parceiro.

Condutas:

Encaminhado gestante para avaliação em CAPS-AD, CRAS.

Verifico faltas em consultas de pré-natal e exame FTA-ABS reagente, comunico caso para GO Dra. Luz que autoriza encaixa para avaliação médica.

Solicito monitoramento semanal ao ACS.

20/08/2021 (IG 33 semanas)

Na mesma data Marinete é atendida por Dra. Luz

Consta em prontuário:

Início de pré-natal tardio.

FTA-ABS reagente (Sífilis primária?). Relata comportamento de risco.

Ao exame físico:

Lesões vulvares,

AU: 21 cm, abaixo P10?

IMC:20 - desnutrição?

Vulnerabilidade social

Condutas

Solicitados exames laboratoriais e USG.

Oriento retorno amanhã as 7 horas para coleta de novo VDRL, e início de tratamento para sífilis (2 doses).

Encaminhada para PN AR.

Orientada sobre manutenção de PN compartilhado nessa unidade.

Combinado com a enfermeira monitoramento do caso.

Solicito a equipe de enfermagem consulta de aconselhamento sobre tratamento do parceiro.

21/08/2021 (IG 33 semanas)

Marinete falta na coleta de exames.

No mesmo dia enfermeira Flor realiza Visita Domiciliar

Durante visita a enfermeira Flor realiza aconselhamento sobre importância do tratamento do parceiro e esclarece o risco de nova contaminação em caso de não tratamento.

Marinete concorda em seguir com o tratamento e o pré-natal.

No momento da Visita a Enfermeira Flor já realiza a coleta do VDRL e administra a primeira dose do tratamento em Marinete (Penicilina G benzatina 1,2 UI em cada nádega).

28/08/2021 (IG 34 semanas)

Marinete não comparece para aplicação de 2º dose.

A Enfermeira Flor solicita ao ACS a realização de VD.

Na mesma data o ACS realiza a VD e retorna para a UBS informando que Marinete havia viajado para o interior de São Paulo para visitar o atual companheiro no presídio.

06/09/2021 (IG 35 semanas)

Marinete comparece na UBS para receber 2º dose do tratamento e passar em consulta de pré-natal.

Primeiro é atendida por enfermeira Flor, que orienta Marinete sobre as consultas no CPAS-AD, avaliação no CRAS, e Consulta no PN AR.

Marinete recebe a 2º dose do tratamento para sífilis (Penicilina G benzatina 1,2 UI em cada nádega).

Laudos com resultado de VDRL já está disponível 1/128.



Flor entrega para Marinete uma carta destinada ao presídio, a carta informa a gestação de Marinete e solicitação à equipe do presídio a realização de testes rápidos do parceiro de Marinete, informa ainda a ocorrência de visita íntima e a importância da testagem do parceiro para evitabilidade de transmissão de doenças durante a gestação.

Observação: a carta não informa que Marinete está com sífilis, a enfermeira Flor explica a Marinete que cabe a ela contar ou não para o parceiro.

Sobre o outro parceiro, Marinete informa que já avisou o risco de sífilis, informou ainda que não está mais se relacionando com ele.

06/09/2021 (IG 35 semanas)

Na mesma data Marinete passa em consulta com GO Dra. Celeste, consta em prontuário. “Rotina de PN, recebeu 2º dose do tratamento para sífilis hoje, já tem agenda no PN AR em 11/09/2021”.

10/09/2021 (IG 36 semanas)

Marinete falta em consulta de pré-natal agendada com a Dra. Luz, enfermeira Flor faz contato telefônico para saber por que Marinete não veio a consulta.

Em contato telefônico Marinete informa a Flor que na última consulta de pré-natal foi orientada por Dra. Celeste que não havia mais necessidade de ela comparecer na Unidade para pré-natal, já que ela teria sido encaminhada para o PN AR.

Marinete informa que irá a consulta de pré-natal no AR no dia seguinte.

10/09/2019 (IG 36 semanas)

Marinete é atendida na maternidade em trabalho de parto. Na carteira de pré-natal da gestante não constava informações sobre tratamento da sífilis e VDRL de seguimento.

Parto normal na mesma data. VDRL de Marinete no momento do parto 1/32. VDR do RN no momento do parto 1/64.

Recém-nascido com baixo peso (1.980 Kg).

RN transferido do AC para UTI com 12 horas de vida devido desconforto respiratório, plaquetopenia. Apresentando lesões bolhosas em palma das mãos e planta dos pés, hepatomegalia, icterícia colestática no 1º dia de vida.

Informações adicionais

A UBS em que Marinete foi atendida dispunha de 03 médicos GO e 5 enfermeiros. Não houve registro de falta de vagas para GO durante o período pré-natal.

Todos os enfermeiros lotados na UBS eram capacitados para a realização de teste rápido.

Não houve registro de falta de kits para teste rápido durante o período em que Marinete esta gestante.

Análise do Estudo de Caso

- 1- Na opinião do grupo, a sífilis congênita do recém-nascido poderia ter sido evitada? Justifique?
- 2- Na opinião do grupo, quais são as fragilidades e potencialidades, ocorridas no caso da Marinete, em cada fase do processo de produção do cuidado?

Use o quadro abaixo para descrever as fragilidades e potencialidades.

Para cada fragilidade indicada, o grupo deve fazer propostas para evitabilidade da fragilidade ou melhoria da prática.

Fases do cuidado	Potencialidades	Fragilidades	Propostas para melhoria da prática
------------------	-----------------	--------------	------------------------------------

Acesso			

Fases do cuidado	Potencialidades	Fragilidades	Propostas para melhoria da prática
Anamnese			

--	--	--	--

Fases do cuidado	Potencialidades	Fragilidades	Propostas para melhoria da prática
Diagnóstico			

Fases do cuidado	Potencialidades	Fragilidades	Propostas para melhoria da prática
Tratamento da gestante			

Fases do cuidado	Potencialidades	Fragilidades	Propostas para melhoria da prática
Tratamento do parceiro			

Fases do cuidado	Potencialidades	Fragilidades	Propostas para melhoria da prática
-------------------------	------------------------	---------------------	---

Seguimento			

Fases do cuidado	Potencialidades	Fragilidades	Propostas para melhoria da prática
Gestão da Condição Longitudinalidade			
Fases do cuidado	Potencialidades	Fragilidades	Propostas para melhoria da prática
Gestão do Caso Coordenação do cuidado			

ANEXOS

ANEXO 3 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE GESTANTE COM SÍFILIS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO
SÍFILIS EM GESTANTE

Nº

Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	SÍFILIS EM GESTANTE	Código (CID10) 3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe		Ativar o Windows Acesse Configurações para ativar o Windows	

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	1 - Urbana 2 - Rural			
	3 - Periurbana 9 - Ignorado			

Dados Complementares do Caso

Ant. epid. gestante	31 Ocupação			
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código
	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL	36 Classificação Clínica		
1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado				

Dados laboratoriais	Resultado dos Exames		38 Título	39 Data
	37 Teste não treponêmico no pré-natal	1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não Realizado 9 - Ignorado	1:	
40 Teste treponêmico no pré-natal		Ativar o Windows Acesse Configurações para ativar o Windows		
1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado				

...continuação Anexo 01

Tratamento gestante	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante	<input type="checkbox"/>
	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado	
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante	<input type="checkbox"/>
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro	<input type="checkbox"/>
	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado	

GEST_SIF_NET 11/03/2010 COREL MR Sífilis em gestante Sinan NET SVS 29/09/2008

Ant. epidemiológicos da parceria sexual	44 Motivo para o não tratamento do Parceiro	<input type="checkbox"/>
	1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante. 2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento. 3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu. 4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento. 5 - Parceiro com sorologia não reagente. 6 - Outro motivo: _____	
Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura

GEST_SIF_NET 11/03/2010 COREL MR Sífilis em gestante Sinan NET SVS 29/09/2008

ANEXO 04 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA

SINAN		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
República Federativa do Brasil		Ministério da Saúde			
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO		SÍFILIS CONGÊNITA			
Definição de caso:					
Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis ^a não tratada ou tratada de forma não adequada ^{b,c} .					
<small>a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3).</small>					
<small>b Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.</small>					
<small>c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.</small>					
Situação 2^d: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:					
- Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente;					
- Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;					
- Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta ^e ;					
- Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal;					
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.					
<small>d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida.</small>					
<small>e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.</small>					
Situação 3: Evidência microbiológica ^f de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.					
<small>f Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).</small>					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2	Agravo/doença	SÍFILIS CONGÊNITA	Código (CID10) 3	
			A 5 0.9	Data da Notificação	
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7	Data do Diagnóstico

Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12 Gestante 6 - Não se aplica		13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade 10 - Não se aplica		10	
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF		18 Município de Residência	
	Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	Código		24 Geo campo 1	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	
	27 CEP		28 (DDD) Telefone	
	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares			
Antecedentes Epiol. da gestante / mãe	31 Idade da mãe Anos		32 Raça/cor da mãe 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	33 Ocupação da mãe		34 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica	
	35 Realizou Pré-Natal nesta gestação 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		36 UF	
	37 Município de Realização do Pré-Natal		Código (IBGE)	
Dados do Lab. da gestante / mãe	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal		Código	
	39 Diagnóstico de sífilis materna 1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado			
	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado		41 Título 1:	
Trat. da gestante / mãe	42 Data		43 Teste treponêmico no parto/curetagem 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado	
	44 Esquema de tratamento 1 - Adequado 2 - Inadequado 3 - Não realizado 9 - Ignorado		45 Data do Início do Tratamento	
Sifilis Congênita		Sinan NET		46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

... continuação do anexo 02

Ant. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		51 Título 1:		52 Data
Dados do Laboratório da Criança	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado		54 Data		
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		56 Título 1:		57 Data
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
	60 Alteração Liquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico 1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		63 Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		
			<input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia		
Tratamento	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 2 - Penicilina G procaina 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia		4 - Outro esquema _____ 5 - Não realizado 9 - Ignorado		

Evolução	65 Evolução do Caso 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado		66 Data do Óbito	
----------	--	--	------------------	--

Observações Adicionais:

Investigador	Município / Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	

OBSERVAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida. Em caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora.

43 e 53 - FTA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de hemaglutinação para *Treponema pallidum*), ELISA (Ensaio imunossorvente ligado à enzima), teste imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações, TPPA (Ensaio de a glutinação passiva de partículas para a *Treponema pallidum*), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o diagnóstico da sífilis em gestantes e crianças maiores de 18 meses. O teste rápido, especialmente no momento do parto, é indicado como preferencial, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

Esquema de Tratamento Inadequado:

É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou: tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado ao estágio clínico da sífilis; ou tratamento iniciado com menos de 30 dias antes do parto.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses. Resultados reagentes em testes realizados em amostras de criança com idade inferior a 18 meses devem ser sempre analisados juntamente com os resultados

dos testes executados em amostra da mãe, pois é necessário considerar a possibilidade de transferência de anticorpos IgG maternos ao feto.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado) em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança:

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 20 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

ANEXO 05 - FICHA: DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo

I	1 Nome do Recém-nascido											
	Data e hora do nascimento											
	2 Data			Hora			3 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado					
II	4 Peso ao nascer			5 Índice de Apgar			6 Detectada alguma anomalia congênita? <small>Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las</small>					
	em gramas			1º minuto			5º minuto			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
	7 Local da ocorrência			8 Estabelecimento			Código CNES					
III	1 Hospital			3 Domicílio			9					
	2 Outros estab. saúde			4 Outros								
	9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc) Número Complemento 10 CEP											
IV	11 Bairro/Distrito			Código			12 Município de ocorrência			Código		
										13 UF		
	14 Nome da Mãe											
V	15 Cartão SUS											
	16 Escolaridade (última série concluída)						17 Ocupação habitual					
	Nível						Código CBO 2002 (Informar anterior, se aposentada/desempregada)					
VI	0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade			3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)			Ignorado					
	1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª série)			4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto			9					
	2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª série)			5 <input type="checkbox"/> Superior completo								
VII	18 Data nascimento da Mãe			19 Idade (anos)			20 Naturalidade da Mãe			21 Situação conjugal		
							Município / UF (se estrangeiro informar País)			1 <input type="checkbox"/> Solteira 4 <input type="checkbox"/> Separada judicialmente/divorciada		
										2 <input type="checkbox"/> Casada 5 <input type="checkbox"/> União estável		
VIII	3 <input type="checkbox"/> Viúva 9 <input type="checkbox"/> Ignorada			22 Raça / Cor da Mãe			1 <input type="checkbox"/> Branca			4 <input type="checkbox"/> Parda		
							2 <input type="checkbox"/> Preta			5 <input type="checkbox"/> Indígena		
							3 <input type="checkbox"/> Amarela					
IX	Residência da Mãe											
	23 Logradouro											
	25 Bairro/Distrito			Código			26 Município			Código		
X										24 CEP		
										27 UF		
XI	28 Nome do Pai											
	29 Idade do Pai											
	30 Histórico gestacional											
XII	■ Nº gestações anteriores			■ Nº de partos vaginais			■ Nº de cesáreas			■ Nº de nascidos vivos		
										■ Nº de perdas fetais / abortos		
XIII	31 Data da Última Menstruação (DUM)											
	32 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada			33 Número de consultas de pré-natal			34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal			35 Tipo de gravidez		
	Método utilizado para estimar			99 <input type="checkbox"/> Ignorado			99 <input type="checkbox"/> Ignorado			1 <input type="checkbox"/> Única		
XIV	1 <input type="checkbox"/> Exame Físico			2 <input type="checkbox"/> Outro método			9 <input type="checkbox"/> Ignorado			2 <input type="checkbox"/> Dupla		
										3 <input type="checkbox"/> Tripla ou mais		
										9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
XV										36 Apresentação		
										1 <input type="checkbox"/> Cefálica		
										2 <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica		
XVI										3 <input type="checkbox"/> Transvers		
										9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
										37 O Trabalho de parto foi induzido?		
XVII										1 <input type="checkbox"/> Sim		
										2 <input type="checkbox"/> Não		
										9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
XVIII										38 Tipo de parto		
										1 <input type="checkbox"/> Vaginal		
										2 <input type="checkbox"/> Cesáreo		
XIX										9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
										39 Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?		
										1 <input type="checkbox"/> Sim		
XX										2 <input type="checkbox"/> Não		
										3 <input type="checkbox"/> Não se aplica		
										9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
XXI										40 Nascimento assistido por		
										1 <input type="checkbox"/> Médico		
										2 <input type="checkbox"/> Enfermeira/Obstetiz		
XXII										3 <input type="checkbox"/> Parteira		
										4 <input type="checkbox"/> outros		
										9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
XXIII	41 Descrever todas as anomalias congênicas observadas											
XXIV	42 Data do preenchimento			43 Nome do responsável pelo preenchimento						44 Função		
										1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> Func. Cartório		
										5 <input type="checkbox"/> Outros (descrever)		
XXV	45 Tipo documento			46 Nº do documento						47 Órgão emissor		
	1 <input type="checkbox"/> CNES 2 <input type="checkbox"/> CRM 3 <input type="checkbox"/> COREN 4 <input type="checkbox"/> RG 5 <input type="checkbox"/> CPF											
XXVI	48 Cartório			Código			49 Registro			50 Data		
	51 Município									52 UF		

ANEXO 06 - FICHA: DECLARAÇÃO DE ÓBITO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito		
I Identificação	1] Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não Fetal	2] Data do óbito ____/____/____	3] Cartão SUS ____	
	4] Naturalidade ____	5] Nome do Falecido ____ Município / UF (se estrangeiro informar País)		
	6] Nome do Pai ____	7] Nome da Mãe ____		
	8] Data de nascimento ____/____/____	9] Idade Anos completos: ____ Menores de 1 ano: Meses ____ Dias ____ Horas ____ Minutos ____ Ignorado: <input type="checkbox"/> 9	10] Sexo 1 <input type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11] Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela
12] Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/divorçado 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	13] Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado: <input type="checkbox"/> 9 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo			
14] Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) _____		Código CBO 2002 _____		
II Residência	15] Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) _____		16] CEP _____	
	17] Bairro/Distrito _____	18] Município de residência _____	19] UF _____	
III Ocorrência	20] Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado: <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública		21] Estabelecimento _____	
	22] Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc) _____		23] CEP _____	
	24] Bairro/Distrito _____	25] Município de ocorrência _____	26] UF _____	
IV Fetal ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE			
	27] Idade (anos) _____	28] Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado: <input type="checkbox"/> 9 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	29] Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) _____	Código CBO 2002 _____
	30] Número de filhos tidos Nascidos vivos: ____ Perdas fetais/abortos: ____ 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	31] N° de semanas de gestação ____ 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	32] Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	33] Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	34] Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		35] Peso ao nascer _____	36] Número da Declaração de Nascimento Vivo _____

		ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL			ASSISTÊNCIA MÉDICA			DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		
V	Condições e causas do óbito	37 A morte ocorreu			38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?			39 Necrópsia?		
		1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No aborto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
		2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos			9 <input type="checkbox"/>					
		40 CAUSAS DA MORTE			ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID		
VI	Médico	PARTE I			Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			a		
		CAUSAS ANTECEDENTES			Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			b		
		PARTE II			Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			c		
		d								
VII	Causas externas	41 Nome do Médico			42 CRM			43 Óbito atestado por Médico		
		45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)			46 Data do atestado			47 Assinatura		
VIII	Cartório	48 Tipo			49 Acidente de trabalho			50 Fonte da informação		
		1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio Ignorado			1 <input type="checkbox"/> Sim Ignorado			1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 3 <input type="checkbox"/> Família Ignorado		
IX	Localid. SI/Médico	51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência			52 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO			Código		
		53 Cartório			54 Registro			55 Data		
		56 Município			57 UF					
		58 Declarante			59 Testemunhas					
					A					
					B					