

## Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual

Evaluation of prenatal care process for habitual-risk pregnant women  
Evaluación del proceso en la atención prenatal de embarazadas con riesgo normal

Marianne Maia Dutra Balsells<sup>1</sup>  
Tyane Mayara Ferreira de Oliveira<sup>1</sup>  
Elizian Braga Rodrigues Bernardo<sup>1</sup>  
Priscila de Souza Aquino<sup>1</sup>  
Ana Kelve de Castro Damasceno<sup>1</sup>  
Régia Christina Moura Barbosa Castro<sup>1</sup>  
Paula Renata Amorim Lessa<sup>1</sup>  
Ana Karina Bezerra Pinheiro<sup>1</sup>

### Descritores

Cuidado pré-natal; Indicadores básicos de saúde; Serviços de saúde materna; Estudos de avaliação

### Keywords

Prenatal care; Health status indicators; Maternal health services; Avaliation studies

### Descriptores

Atención prenatal; Indicadores de salud; Servicios de salud materna; Estudios de evaluación

### Submetido

26 de Janeiro de 2018

### Aceito

29 de Maio de 2018

### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a qualidade do cuidado quanto ao processo no pré-natal de gestantes com risco habitual.

**Métodos:** Pesquisa avaliativa, realizada no período de maio de 2015 a janeiro de 2016, na Casa de Parto Natural (CPN) Lígia Barros Costa em Fortaleza, Ceará. A amostra totalizou 560 prontuários de gestantes que realizaram pré-natal na CPN. O instrumento de coleta dos dados contemplou aspectos sociodemográficos, clínicos e obstétricos, e indicadores de processo da assistência pré-natal. Os critérios adotados para avaliar o processo foram os indicadores de qualidade do pré-natal. Os dados foram armazenados e processados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0. A análise utilizou a estatística descritiva.

**Resultados:** Quanto aos indicadores de qualidade do pré-natal, observou-se que 42,3% (n=237) atenderam ao número adequado de consultas, realizando sete ou mais consultas. Apenas 26,3% (n=147) iniciaram precocemente o pré-natal. Referente aos indicadores de qualidade dos procedimentos clínicos e obstétricos verificou-se que 55% (n=309) estava adequado. Quando analisados os indicadores de qualidade referentes aos exames laboratoriais, apenas 25,4% (n=142) estavam adequados.

**Conclusão:** Conclui-se que a qualidade do pré-natal é adequada na minoria da população estudada, devendo existir maior atenção de gestores e profissionais para o planejamento de ações em prol da melhoria dos indicadores relacionados aos números de consultas, início precoce do pré-natal, procedimentos clínicos e obstétricos e realização dos exames laboratoriais.

### Abstract

**Objective:** Assess the quality of care in the prenatal care process for habitual-risk pregnant women.

**Methods:** Evaluation research, undertaken between May 2015 and January 2016 at the Natural Birth Center (CPN) Lígia Barros Costa in Fortaleza, Ceará. The sample consisted of 560 histories of pregnant women who received prenatal care at the CPN. The data collection instrument included sociodemographic, clinical and obstetric aspects, as well as process indicators of prenatal care. The criteria adopted to assess the process were the prenatal care quality indicators. The data were stored and processed in *Statistical Package for the Social Sciences* version 20.0. Descriptive statistical analysis was applied.

**Results:** As for the prenatal care quality indicators, 42.3% (n=237) complied with the appropriate number of appointments, have attended seven or more. Only 26.3% (n=147) started prenatal care early. Regarding the quality indicators of the clinical and obstetric procedures, it was verified that 55% (n=309) was appropriate. When the quality indicators were analyzed for the laboratory tests, only 25.4% (n=142) were appropriate.

**Conclusion:** The quality of prenatal care is appropriate in a minority of the study population. Managers and professional should pay greater attention to the planning of actions to improve the indicators, related to the number of appointments, early start of prenatal care, clinical and obstetric procedures and execution of laboratory tests.

### Resumen

**Objetivo:** Evaluar calidad del cuidado respecto del proceso en el prenatal de embarazadas con riesgo normal.

**Métodos:** Investigación evaluativa, realizada de mayo 2015 a enero 2016, en la Casa de Parto Natural (CPN) Lígia Barros Costa en Fortaleza, Ceará. Muestra totalizando 560 historias clínicas de embarazadas que realizaron prenatal en la CPN. El instrumento de recolección de datos contempló aspectos sociodemográficos, clínicos y obstétricos, e indicadores de proceso de atención prenatal. Los criterios adoptados para evaluar el proceso fueron los indicadores de calidad del prenatal. Datos almacenados en programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* versión 20.0. Análisis realizado mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** Respecto a los indicadores de calidad del prenatal, se observó que 42,3% (n=237) respondieron al número adecuado de consultas, realizando siete o más. Solamente 26,3% (n=147) iniciaron precozmente el prenatal. Respecto a indicadores de calidad referentes a exámenes laboratoriales, solamente 25,4% (n=142) resultaron adecuados.

**Conclusión:** Se concluye en que la calidad del prenatal es adecuada en la minoría de la población estudiada, debiendo brindársele mayor atención de gestores y profesionales al planeamiento de acciones en pro de la mejora de los indicadores relativos al número de consultas, inicio precoz del prenatal, procedimientos clínicos y obstétricos y realización de exámenes laboratoriales.

### Autor correspondente

Marianne Maia Dutra Balsells  
http://orcid.org/0000-0002-5453-7087  
E-mail: mariannemdb@hotmail.com

### DOI

http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800036



### Como citar:

Balsells MM, Oliveira TM, Bernardo EB, Aquino OS, Damasceno AK, Castro RC, et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. Acta Paul Enferm. 2018;31(3):247-54.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflitos de interesse: "artigo extraído de parte da dissertação intitulada "Avaliação da assistência pré-natal de gestantes com risco habitual".

## Introdução

A atenção à Saúde da Mulher, durante o ciclo gravídico-puerperal, é um desafio para as autoridades em saúde de todo o mundo, no tocante à qualidade da assistência prestada e marcos conceituais. O ciclo gestatório deve ser acompanhado de forma satisfatória em suas três fases: gravidez, parto e puerpério, para que a mulher receba uma assistência integral e de maior qualidade.

No Brasil, o acompanhamento Pré-Natal (PN) visa assegurar o desenvolvimento da gestação, favorecendo um nascimento saudável, com o menor impacto negativo possível para a saúde materna e fetal, abordando, sobretudo, aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas.<sup>(1)</sup>

Corroborando, estudos nacionais evidenciam que os níveis de saúde das mães e dos conceitos estão estreitamente interligados com a qualidade da assistência PN, tendo correlação direta entre a realização de PN adequado e a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal.<sup>(2-4)</sup> Dessa forma, reforça-se a importância da implementação de estratégias pelos gestores e profissionais com o objetivo de garantir o acesso à saúde, assim como a qualidade do serviço prestado.

Nas três últimas décadas, estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde têm-se baseado em uma ou mais categorias propostas por Donabedian (1991), que define a qualidade dos serviços de saúde como o grau de adequação deles às necessidades, às expectativas e ao padrão de atendimento da população.<sup>(5)</sup>

Segundo Donabedian (1988,1991),<sup>(5,6)</sup> as informações, a partir das quais seja possível retirar conclusões sobre qualidade do cuidado, devem ser baseadas em três componentes do cuidar em saúde: análise da estrutura, do processo e do resultado. O processo corresponde às atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes, segundo padrões técnico-científicos, bem como às atividades relacionadas à utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos, incluindo o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnósticos e cuidados prestados.

Esse autor ainda considera que a avaliação do processo é um componente fundamental para o exame da qualidade do cuidado. Sendo assim, a

aplicação de critérios de qualidade para avaliar o processo da assistência PN possibilita identificar o desempenho do serviço e evidencia a qualidade da assistência, sendo esta uma das condições para garantir a efetividade dos cuidados à gestante.<sup>(5,6)</sup>

Objetivou-se, portanto, avaliar a qualidade do cuidado quanto ao processo ofertado às gestantes com risco habitual.

## Métodos

Estudo avaliativo, realizado no período de maio de 2015 a janeiro de 2016, na Casa de Parto Natural Ligia Barros Costa (CPN), a qual faz parte da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC).

A avaliação consistiu na análise de todos os prontuários de janeiro de 2011, período que corresponde à formulação da Estratégia Rede Cegonha, até junho de 2015, em que foram encontrados 695 prontuários.

Os critérios de inclusão foram os prontuários de mulheres que realizaram o pré-natal na CPN e prontuários que estavam no setor de arquivos. Os critérios de exclusão adotados foram: prontuários de mulheres que estavam em acompanhamento PN no momento da coleta (56), que foram encaminhadas ao PN de alto risco (21), e que possuíam o registro de apenas uma consulta (24). Portanto, a amostra totalizou 560 prontuários.

Para avaliar o processo foram propostos por Coutinho (2010): indicadores do pré-natal, indicadores da avaliação clínica e obstétrica e indicadores dos exames complementares.<sup>(7)</sup>

No que se refere aos indicadores do pré-natal, é considerado adequado, quando o mesmo foi iniciado em até 12 semanas de gestação e a mulher teve sete ou mais consultas. É considerado inadequado, quando o início do PN se deu após a 27ª semana de gestação ou a mulher teve duas ou menos consultas. A qualidade do PN é considerada intermediária quando apresenta situações entre adequado e inadequado. Ressalta-se que o critério foi adaptado, adotando-se, ao invés de seis consultas e início PN até 14 semanas gestacionais, sete consultas e início PN até 12 semanas de idade gestacional (IG), seguindo a recomendação da Estratégia Rede Cegonha.<sup>(8)</sup>

No que se refere aos indicadores relacionados aos procedimentos clínicos e obstétricos, é considerado adequado quando houve cinco ou mais registros de altura uterina (AU), IG, peso, Pressão Arterial (PA) e Índice de Massa Corpórea (IMC); e quatro ou mais registros dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF's); e dois ou mais registros da apresentação fetal e edema; Inadequado: duas ou menos anotações de AU, IG, PA, edema, peso e BCF's, ou nenhum registro da apresentação fetal; e Intermediário: todas as situações intermediárias entre adequado e inadequado.

No que se refere aos indicadores de qualidade referentes aos exames complementares, foram avaliados os exames toxoplasmose e HBsAg, recomendados pela Estratégia Rede Cegonha, porém adotou-se o número de uma sorologia de cada, conforme estudo realizado em 2012.<sup>(8,9)</sup> Foi considerado adequado, quando a gestante realizou uma tipagem ABO-Rh, dois hematócritos, duas hemoglobinas, duas glicemias de jejum, dois VDRL, dois testes anti-HIV, duas urinas tipo I, um HBsAg e uma sorologia para toxoplasmose durante todo o pré-natal. Foi avaliado inadequado, quando não existia registro de exame laboratorial; e classificado como intermediário, quaisquer exames básicos realizados, independente do tipo.

Com o intuito de conferir maior credibilidade ao instrumento de coleta, foi realizada uma avaliação, quanto à aparência e conteúdo, por três juízes especialistas.

Os dados foram armazenados e processados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Calcularam-se as frequências absolutas, relativas e medidas de tendência central. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas e discutidos conforme literatura pertinente.

Foram respeitados os princípios éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde no Brasil. O presente estudo foi aprovado sob o protocolo nº 1.292.616.

## Resultados

Os primeiros indicadores de qualidade apresentados referem-se ao número de consultas realizadas e a idade gestacional de início do PN, mostrados na tabela 1.

**Tabela 1.** Características da assistência pré-natal de gestantes atendidas no Pré-Natal de Risco Habitual

Assistência Pré-Natal	n(%)	Mediana ± DP
Nº de Consultas Realizadas (n=560)		
2 – 3	155(27,7)	6,00 ± 2,82
4 – 6	168(30,0)	Mín: 2
≥ 07	237(42,3)	Máx: 14
Início precoce do PN (n=560)		
≤ 12 semanas	147(26,3)	
> 12 semanas	413(73,8)	
Trimestre de Início do PN (n=560)		
1º Trimestre (8 – 14 sem)	209(37,3)	
2º Trimestre (15 – 27 sem)	296(52,9)	
3º Trimestre (> 27 sem)	55(9,8)	
Trimestre de Saída do PN (n=560)		
1º Trimestre (8 – 14 sem)	5(0,9)	
2º Trimestre (15 – 27 sem)	76(13,6)	
3º Trimestre (> 27 sem)	479(85,5)	
Última Consulta ≥ 37 sem (n= 479)		
Sim	283(50,5)	
Não	277(49,5)	
Adequabilidade do PN quanto a realização de 7 ou mais consultas		
Adequado	237(42,3)	
Intermediário	168(30,0)	
Inadequado	155(27,7)	
Adequabilidade do PN quanto ao início precoce da consulta		
Adequado	147(26,3)	
Intermediário	349(62,3)	
Inadequado	64(11,4)	

No presente estudo, a média de consultas de PN realizada foi de 5,83 (mediana de 6,00) e a maioria das gestantes, 73,8% (n=413) iniciou o PN após a 12ª semana gestacional, sendo mais prevalente o início do acompanhamento PN no 2º trimestre da gestação por 52,9% (n=296). Ao avaliar a adequabilidade do PN quanto à realização de sete ou mais consultas, observou-se que um pouco menos da metade (42,3%) realizaram sete ou mais consultas, enquadrando-se no nível adequado. Quanto ao início precoce da consulta, somente 26,3% (n=147) estavam no nível adequado.

Na tabela 2, estão contidos os dados referentes aos indicadores de qualidade dos procedimentos clínicos e obstétricos ofertados à gestante na CPN.

Considerando os procedimentos clínicos e obstétricos, verificou-se adequação em 309 (55%) pré-natais realizados nesse serviço. Mesmo diante de resultados prevalentes favoráveis, não se pode deixar de observar aqueles pré-natais com menor quantidade de registros nos prontuários.

Na tabela 3, pode-se observar a adequabilidade dos exames complementares realizados pelas gestantes atendidas na CPN.

**Tabela 2.** Procedimentos clínicos e obstétricos ofertados às gestantes atendidas no Pré-Natal de Risco Habitual

Procedimentos clínicos obstétricos	n(%)
Dois registros da Apresentação Fetal	
Sim	510(91,1)
Não	45(8,0)
Não informado	5(0,9)
Cinco registros do Cálculo da IG	
Sim	353(63,0)
Não	204(36,5)
Não informado	3(0,5)
Cinco registros da Avaliação da AU	
Sim	343(61,3)
Não	215(38,4)
Não informado	2(0,3)
Cinco registros da Verificação da PA	
Sim	345(61,6)
Não	210(37,5)
Não informado	5(0,9)
Quatro registros da Ausculta dos BCF	
Sim	392(70,0)
Não	166(29,7)
Não informado	2(0,3)
Cinco registros da Avaliação Peso/IMC	
Sim	340(60,7)
Não	216(38,6)
Não informado	4(0,7)
Dois registros da Avaliação de Edema	
Sim	517(92,3)
Não	40(7,2)
Não informado	3(0,5)
Imunização antitetânica (n=439)	
Nenhuma dose	59(10,5)
Apenas 1 dose	267(44,7)
≥ 2doses	113(20,1)
Não informado	21(21,7)
Adequabilidade dos procedimentos clínicos e obstétricos	
Adequado	309(55,0)
Intermediário	112(20,0)
Inadequado	140(25,0)

Ao avaliar a adequabilidade dos exames complementares, observou-se que a maioria das gestantes não realizou os exames conforme preconiza o Ministério da Saúde. Um percentual de 25,4% (n=142) tinha realizado todos os exames complementares considerados adequados no estudo, a saber: uma tipagem ABO-Rh, dois hematócritos, duas hemoglobinas, duas glicemias de jejum, dois VDRL, dois testes anti-HIV, dois sumários de urina, um HbsAg, uma sorologia para toxoplasmose.

Analisando a tabela acima, observou-se que somente três deles revelaram uma adequabilidade maior do que 50%. Foram eles: tipagem sanguínea/fator Rh (90%), HBsAg (65,9%) e Toxoplasmose (76,6%). Ressalta-se que tais exames foram os úni-

**Tabela 3.** Adequabilidade dos exames complementares realizados pelas gestantes atendidas no Pré-Natal de Risco Habitual

Detalhamento dos exames	n(%)
ABO-Rh*	
Adequado	504(90,0)
Inadequado	56(10,0)
Hb/Ht	
Adequado	189(33,8)
Inadequado	345(61,6)
Não informado	26(4,6)
Glicemia de jejum	
Adequado	179(32,0)
Inadequado	325(58,0)
Não informado	56(10,0)
VDRL	
Adequado	203(36,2)
Inadequado	240(42,9)
Não informado	117(20,9)
HIV	
Adequado	173(30,9)
Inadequado	253(45,2)
Não informado	134(23,9)
Urina tipo I	
Adequado	193(34,4)
Inadequado	319(57,0)
Não informado	48(8,6)
HBsAg*	
Adequado	369(65,9)
Não informado	191(34,1)
Toxoplasmose*	
Adequado	429(76,6)
Não informado	131(23,4)
Adequabilidade dos exames complementares	
Adequado	142(25,4)
Intermediário	208(37,1)
Inadequado	210(37,5)

\*Considerado adequado com apenas um exame

cos que se considerou adequado com a realização de apenas um exame.

## Discussão

As limitações do estudo versam na utilização de fontes secundárias (avaliação do processo), devido ao sub-registro que implica no poder de generalização dos resultados.

Apesar disso, os resultados auxiliam os enfermeiros e gestores de saúde, ao apresentar os pontos deficientes da assistência pré-natal ofertada, quanto aos componentes do processo, podendo subsidiar tomadas de decisões a fim de formular estratégias de enfrentamento dos problemas que afetam a qualidade da assistência prestada à mulher nesse período.

Vale destacar, também, que é um estudo inovador, pois propôs verificar a adequação do processo no pré-natal, tendo como referência a Rede Cegonha, uma política recente que traz valiosas contribuições para o cenário da obstetrícia brasileira.

Observou-se que 147 (26,3%) gestantes tiveram início da assistência PN até a 12ª semana gestacional e 237 (42,3%) realizaram sete ou mais consultas PN. Estudo de coorte realizado em São Luís/MA, evidenciou, quanto ao conteúdo da assistência PN, que o maior dano deu-se em relação ao número reduzido de consultas por IG, indicando a importância da vigilância no final da gravidez para identificar situações de risco e garantir intervenções específicas.<sup>(10)</sup>

Entretanto, é possível que esses resultados tenham determinantes diferentes, relacionados às características das gestantes quanto à dificuldade de diagnóstico da gravidez e barreiras de acesso.<sup>(2)</sup> No serviço avaliado, constata-se a falta de rede de apoio, especialmente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que realizem captação precoce dessas gestantes. Ademais, a gestante só dá início à consulta PN e abertura de prontuário mediante os resultados dos exames a fim de identificar se existe ou não necessidade de encaminhamento ao PN de alto risco. Tais aspectos podem dificultar o início precoce do acompanhamento do PN.

A efetivação de PN de qualidade inclui a captação precoce das gestantes para início da atenção especializada. O Ministério da Saúde (2012) salienta a importância de o início ser em até 12 semanas, o que não foi alcançado no estudo.<sup>(11)</sup>

Outro dado preocupante está relacionado à maior proporção de mulheres 296 (52,9%) iniciando PN no segundo trimestre, contribuindo para redução do período da assistência e consequente aumento da morbimortalidade materna e infantil. Esses dados revelam dificuldade de acesso ao PN, conforme evidenciado em estudos anteriores.<sup>(12,13)</sup>

A pesquisa Nascir Brasil aponta que as principais barreiras para a não realização do PN ou para início precoce do acompanhamento estão relacionadas às desigualdades sociais que persistem no país, com menor acesso das mulheres indígenas e pretas, daquelas com menor escolaridade, com maior número de gestações e residentes nas regiões Norte e Nordeste.<sup>(2)</sup>

Percebe-se, também, que alguns profissionais não registram igualmente nas duas fontes os dados das gestantes (cartão da gestante e prontuário institucional). Comparando a quantidade de consultas PN registradas nos prontuários e coletadas nos cartões de gestantes, observou-se um maior registro do número de consultas nos cartões das gestantes, o que pode contribuir para uma evidência errônea de baixa cobertura de qualidade do PN nos estudos em vigor.<sup>(14)</sup>

Importante, ainda, é avaliar não somente a IG, com que a mulher iniciou o PN, mas a IG de saída. No presente estudo, considerou-se a IG da última consulta como data de saída. Assim, apenas 283 (42,5%) realizaram a última consulta com 37 semanas ou mais, média da IG de parturientes considerada ideal para a realização da última visita assistencial.<sup>(15)</sup>

Pode-se inferir, diante dos resultados obtidos, que o início tardio do PN e a realização inadequada do número de consultas contribuem, dentre outros fatores, para um desfecho desfavorável, uma vez que a realização desse procedimento configura-se como essencial para a descoberta precoce de situações que colocam em risco a saúde materna e fetal.<sup>(9)</sup>

Quanto aos procedimentos clínicos e obstétricos, considerou-se adequado o ponto de corte com dois ou mais registros de apresentação fetal, corroborando com pesquisa transversal realizada em Santa Maria/RS.<sup>(7)</sup> Tal parâmetro é seguido por ser a apresentação fetal mais facilmente identificada a partir do terceiro trimestre da gestação.<sup>(16)</sup>

Estudos consideram adequada a assistência no PN àquele que possui cinco ou mais registros da IG. Essas pesquisas apresentam em seus achados prevalência de 67%, 71,5% e 79,7% registros adequados de IG.<sup>(7,9,13)</sup> Tais achados são semelhantes ao verificado no presente estudo que obteve 63% de registros. O cálculo da IG durante o PN é ferramenta essencial para avaliar o crescimento e bem-estar fetal, fornecendo parâmetros que indicam alterações do seu desenvolvimento.<sup>(13)</sup>

Em relação à aferição da AU, procedimento indicado a ser realizado a partir da 12ª semana gestacional, com a finalidade de avaliar o crescimento fetal bem como alterações que possam ocorrer durante esse período,<sup>(17)</sup> nota-se que alguns autores divergem sobre o número de registros, considerando adequado quando essa variável foi registrada em seis

ou mais consultas ou em cinco ou mais.<sup>(7,18)</sup> Esses estudos encontraram prevalência de 85,1% e 83,3%, respectivamente. No presente estudo, a prevalência da adequação desse registro foi 61,5%, estando abaixo do verificado pelos estudos supracitados.

Estudo transversal realizado com 1.947 cartões de gestantes, com o objetivo de avaliar a adequação e o acompanhamento pré-natal de gestantes com hipertensão arterial e com risco habitual, considerou adequado o registro da PA em todas as consultas de pré-natal, encontrando uma prevalência de 95% de adequação em sua amostra.<sup>(19)</sup>

Outra pesquisa, por sua vez, considerou adequado cinco ou mais registros da PA, verificando em seus achados adequação de 83,9% da amostra. O presente estudo, utilizando os mesmo parâmetros dessa pesquisa encontrou níveis de adequação desse registro em 62,2% da amostra, valor mais baixo que o verificado pelo estudo acima. Esse resultado pode ter sido influenciado pelo sub-registro dessa informação nos prontuários, bem como pelo percentual de mulheres que realizaram no mínimo cinco consultas.<sup>(7)</sup>

Quanto à ausculta cardíofetal, procedimento primordial para a avaliação da vitalidade fetal, a pesquisa usada como referência considerou adequado quatro ou mais registros, encontrando em seus achados uma prevalência de 86,7%, achado superior ao verificado no presente estudo, o qual evidenciou 70,3% da adequação dos registros da amostra.<sup>(7)</sup>

A aferição do peso da gestante também é um parâmetro importante. Sabe-se que a obesidade está associada a uma frequência mais alta de distocia, diabetes e hipertensão e a um risco maior de cesariana. Por outro lado, na gestante com baixo peso, há um risco maior de parto prematuro.<sup>(1,20)</sup>

Estudos consideram que a verificação do peso deve ser realizada em todas as consultas de PN ou em cinco ou mais consultas.<sup>(7,9,12)</sup> O presente estudo, utilizando os parâmetros de adequação de cinco ou mais registros obteve uma prevalência de 61,2%, abaixo das encontradas pelos estudos citados, com 96,3%, 83,5% e 71%.

No que se refere ao registro da presença de edema, observou-se que 92,3% dos prontuários possuíam pelos menos dois registros. Apesar de se observar uma baixa valorização e subnotificação dessa

variável,<sup>(21)</sup> o presente estudo evidenciou bons resultados quanto ao registro desse aspecto.

Embora a avaliação do edema tenha saído da tríade de diagnóstico da pré-eclâmpsia, esse sinal continua sendo um parâmetro importante a ser avaliado, especialmente quando há um aumento súbito do peso que pode estar relacionado ao aumento da pressão arterial e insuficiência renal.<sup>(22)</sup>

A imunização antitetânica é uma exigência do Ministério da Saúde, devendo a gestante realizar o esquema completo ou, no mínimo, duas doses da vacina. No presente estudo verificou-se que apenas 113 (25,6%) gestantes receberam duas ou mais doses. Uma pesquisa, avaliando a cobertura vacinal de 151 gestantes, cadastradas na Estratégia de Saúde da Família da zona sul de Montes Claros/MG, evidenciou, assim como o presente estudo, falhas importantes na cobertura vacinal dessa população, em que 40,4% não realizaram o esquema vacinal. Outros estudos apresentam realidade semelhante no Rio de Janeiro, o que aponta para a necessidade de elaboração de estratégias que visem à melhoria da cobertura contra o tétano neonatal.<sup>(23,24)</sup>

Outro fator preocupante, verificado no presente estudo, diz respeito à subnotificação dos registros clínicos e obstétricos. O registro é uma forma de garantir a continuidade do cuidado, pois serve de parâmetro para a evolução clínica e diagnóstica da assistência, além de ser fonte secundária para pesquisas, as quais fomentarão o conhecimento acerca daquela realidade.

A realização de exames laboratoriais durante o período de pré-natal é relevante, pois permitem um acompanhamento mais específico e detalhado do estado de saúde da gestante.<sup>(1)</sup>

Os exames laboratoriais devem ser solicitados já na primeira consulta, com realização durante o 1º trimestre de gestação e repetição do VDRL, HIV, urina tipo 1, glicemia e hemograma completo no 3º trimestre. Entretanto, observa-se que a preocupação primordial está relacionada ao registro dos resultados e não ao período gestacional em que foi ofertado ou realizado o exame.<sup>(1)</sup>

Quanto aos exames de rotina, os protocolos nacionais recomendam a realização de duas sorologias para sífilis e HIV, bem como a repetição dos exames de glicemia e de urina. Para o controle da sífilis e do HIV, é preconizada realização de uma sorologia para sífilis e

HIV para mais de 90% das gestantes. Com base nesses parâmetros, observa-se que a maioria das gestantes não realizou os exames laboratoriais de forma adequada.<sup>(25)</sup>

A não realização desses exames está diretamente relacionada às taxas elevadas de transmissão vertical da infecção por sífilis e HIV e a ocorrência de óbitos perinatais evitáveis, apontando problemas na qualidade da assistência prestada.<sup>(26,27)</sup>

Diante dos resultados expostos, pode-se inferir que há um número considerável de mulheres com prontuários sem anotações e cartões de acompanhamento não preenchidos. Ademais, somente os exames que foram considerados como adequados se fossem realizados apenas uma vez (Tipagem sanguínea/Fator Rh, toxoplasmose e HBsAg) revelaram adequabilidade acima de 50%. Dessa forma, os resultados poderiam ser diferentes caso a adequabilidade fosse a realização de apenas um exame durante a gestação.

Diante dessa implicação, surgem alguns fatores que talvez possam explicar a realização dos exames apenas uma única vez na gestação, tais como: a dificuldade de acesso aos laboratórios da rede pública, o tempo de espera elevado na liberação dos laudos e o início do PN tardio retardando a solicitação de exames.

Estudos apontam que a avaliação do processo da assistência pré-natal contribui para a melhoria da qualidade dos serviços, bem como para a redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal.<sup>(14)</sup>

Assim, a avaliação do processo não deve considerar a qualidade do pré-natal somente com base no número de consultas ou na idade gestacional de início do acompanhamento, mas também na adequação do conteúdo da assistência ofertada.

Ainda não há um consenso acerca das condutas mínimas que devem ser adotadas pelos profissionais de saúde durante a assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. Entretanto, o presente estudo seguiu as recomendações da Estratégia Rede Cegonha, de realização de sete ou mais consultas para uma gestação a termo, com início do acompanhamento até 12 semanas gestacionais, procedimentos clínicos e obstétricos e realização de exames laboratoriais.<sup>(8)</sup>

Além disso, os resultados aqui apontados mostram que, apesar do aumento da cobertura da assistência pré-natal no país, poucas mulheres recebem cuidado adequado, conforme os procedimentos mínimos pre-

conizados pelo MS e que resultados semelhantes foram encontrados em estudos anteriores.<sup>(2,12,14)</sup>

Quanto à análise da qualidade do pré-natal, as comparações com outros estudos devem ser realizadas com cautela. Assim como os achados do atual estudo, outras pesquisas observaram diferenças na classificação da assistência pré-natal de acordo com o índice utilizado. Isso se justifica, pois os índices utilizam diferentes algoritmos para definir suas categorias de adequação do pré-natal. Tais diferenças podem resultar em conclusões diferentes quanto à situação real do pré-natal, levando a intervenções equivocadas.<sup>(28)</sup>

## Conclusão

A avaliação do processo evidenciou que há uma baixa adequabilidade do PN, no que se refere ao início do acompanhamento PN, número de consultas na gestação, realização de procedimentos clínicos e obstétricos e exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde. Portanto, o nível de adequação do processo neste serviço precisa ser planejado, de forma que atenda aos indicadores de qualidade. Conclui-se que existe a necessidade do aperfeiçoamento da assistência quanto aos indicadores de processo no serviço, merecendo maior atenção dos gestores e profissionais de saúde, com investimento em capacitação e planejamento de ações em prol da melhoria desses indicadores. Ademais, faz-se necessária a implantação de um programa de monitoramento de avaliação da assistência pré-natal, a fim de garantir a efetividade das ações e qualidade do cuidado.

## Agradecimentos

Os autores agradecem a Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de mestrado concedida.

## Colaborações

Balsells MMD, Oliveira TME, Bernardo EBR, Aquino PS, Damasceno AKD, Castro RCMB,

Lessa PRA e Pinheiro AKB contribuíram com a concepção da pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
2. Viellas EF, Domingues RSM, Dias MAB, Gama SGND, Theme FIMM, Costa JVD et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(1):85-100.
3. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(2):56-64.
4. Domingues RM, Viellas EF, Dias MA, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SG, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37(3):142-5.
5. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. 1ª reimpressão. México City: La Prensa Médica Mexicana; 1991.
6. Donabedian, A. The quality of care how can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260:1743-8.
7. Coutinho T, Monteiro MF, Teixeira MT, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(11):563-9.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
9. Anversa ET, Bastos GA, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégia saúde da família em município no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(4):789-800.
10. Goudard MJ, Simões VMF, Batista RF, Queiroz RC, Alves MT, Coimbra LC, et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no Nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(4):1230-3.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. v. 43. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
12. Domingues RM, Hartz ZM, Dias MA, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(3):425-37.
13. Rocha RS, Silva MGC. Assistência PN na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012; 25(3):344-55.
14. Polgiane RB, Leal MC, Amorim MH, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento da Organização Mundial da Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(7):1999-2010.
15. World Health Organization (WHO). Villar J, Ba'aqueel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel BJ, Farnot U et al. Antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model. Geneva: WHO; 2002.
16. Caminha NO, Freitas LV, Martinez E, Rebagliato M, Barona C, Llácer A, et al. Differences in preterm and low birth weight deliveries between Spanish and immigrant women: influence of the prenatal care received. *Ann Epidemiol*. 2012; 22(3):175-82.
17. Paiva CC, Freire DM. Efetividade de curso de capacitação em medida da altura uterina para enfermeiros e graduandos de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(5): 775-9.
18. Barreto FD, Albuquerque RM. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(6):259-67.
19. Vettore MV, Dias M, Leal MC. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2013; 13(2):89-100.
20. Santos EM, Amorim LP, Costa OL, Oliveira N, Guimaraes AC. Profile of gestational and metabolic risk in the prenatal care service of a public maternity in the Brazilian Northeast. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(3): 102-6.
21. Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EM, Saunders C, Leal MC. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(10): 2805-16.
22. Rezende J, Montenegro BAC. *Obstetrícia Fundamental*. 12a ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 2011.
23. Oliveira PS, Espíndola D, Souza R, Souza SM, Queiroz NJ, Almeida MR. Avaliando a situação vacinal das gestantes nas estratégias de saúde da família de um município. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 9(3):4-8.
24. Zanchi M, Gonçalves CV, Cesar JÁ, Dumith SD. Concordância entre informações do cartão da gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. *Cad Saúde Pública*. 2013; 2(5):1019-28.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
26. Lansky S, Friche AA, Silva AA, Campos D, Bittencourt DA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014; 39(1): 192-207.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Bol Epidemiol*. 2017;20:3-64.
28. Silva EP, Lima RT, Costa MJ, Batista Filho M. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(5):356-62.