

# AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

## EVALUATION OF PRENATAL CARE IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE REVIEW

### **Pesquisadores:**

Profa. Alessandra de Cassia Gonçalves Moreira – Pesquisadora Principal

Samantha Arnaut Oliveira Mendes – Graduanda de Medicina

Fernanda de Lima Oliveira – Graduanda de Medicina

### **RESUMO**

A assistência pré-natal conseguiu alcançar uma cobertura bastante satisfatória no Brasil. Entretanto, ainda persistem gargalos no atendimento que necessitam ser revistos para melhorar a qualidade da assistência, diminuir desfechos indesejáveis e reduzir as desigualdades regionais e sociais no acesso a um cuidado adequado.

**Objetivo.** Investigar a produção científica referente à adequação do pré-natal no Brasil, no período de 2015 a 2020.

**Métodos.** Trata-se de uma revisão integrativa da bibliografia, realizada pela busca em bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE usando os descritores “Cuidado pré-natal”, “Qualidade da Assistência à Saúde”, “Avaliação em Saúde” e “Brasil” também em inglês e espanhol. Foram incluídos apenas os artigos publicados entre 2015 e 2020 de pesquisas realizadas no Brasil.

**Resultados.** Foram selecionados nove artigos para análise final que mostraram que há uma alta prevalência da cobertura do pré-natal nas regiões estudadas, porém, a qualidade do pré-natal não acompanhou essa estatística. Assim, quanto mais itens fossem incluídos nos critérios avaliativos, menor a classificação de pré-natal “adequado”.

**Conclusão.** Conclui-se que o acesso ao pré-natal é quase universal independente da região do Brasil, entretanto, isso não garantiu uma assistência pré-natal de qualidade, principalmente no que diz respeito à aspectos qualitativos do cuidado.

**Palavras-chave:** cuidado pré-natal; qualidade da assistência à saúde; avaliação em saúde; Brasil;

## INTRODUÇÃO

O pré-natal é considerado um meio de assistência e cuidado às gestantes a fim de prevenir e tratar doenças nesse período que, apesar de fisiológico, impõe inúmeros desafios às pacientes e aos profissionais de saúde. Ele é um importante aliado no cuidado do binômio materno-infantil e, se feito de forma adequada, pode definir grande parte dos desfechos perinatais<sup>1</sup>.

Historicamente, a assistência pré-natal foi ganhando destaque devido, principalmente, à grande quantidade de casos de morbimortalidade infantil. No Brasil, na década de 80, o coeficiente de mortalidade infantil era em torno de 67‰, sendo que 29,2‰ eram devido a mortalidade neonatal<sup>2</sup>. Atualmente, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018, a taxa de mortalidade infantil girava em torno de 12,8 a cada mil nascidos vivos<sup>3</sup>. Apesar do expressivo declínio, há muito o que se fazer para que o país atinja a extinção das mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, medidas que fazem parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecidos pela OMS<sup>4,5</sup>.

No Brasil, algumas pesquisas a nível nacional chegaram à conclusão de que a atenção pré-natal possui uma boa cobertura, sendo superior a 90%, independentemente da característica materna<sup>1</sup>. Entretanto, a qualidade global da assistência pré-natal no Brasil, é baixa, em torno de 21%<sup>6</sup>. Dessa forma, um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecer onde essas situações de baixa qualidade de atendimento pré-natal se concentram. Para isso, existem algumas formas de avaliar se o atendimento pré-natal está sendo oferecido de forma adequada à população.

Nesse contexto, a adequação da assistência pré-natal tem sido estudada ao longo dos anos. Em 1973, nos Estados Unidos, foi criado o protocolo Kessner, adaptado por Takeda, no Brasil, em 1993. As variáveis de avaliação são o início do pré-natal e o número de consultas realizadas de acordo com a idade gestacional, classificando o serviço em adequado, inadequado e intermediário. Adequado, quando são realizadas seis ou mais consultas e cujo início do pré-natal se dá antes de cinco meses de gestação; inadequado, quando são realizadas menos de três consultas de pré-natal ou quando o início destas consultas se dá após o sétimo mês de gestação; e intermediário, as demais gestantes<sup>7</sup>.

Já em 1994, foi criado o método de Kotelchuck, chamado de Adequação da Utilização do Cuidado Pré-Natal (*Adequacy of Prenatal Care Utilization*, APNCU) em que se avalia a adequação do início do pré-natal e a adequação do serviço recebido<sup>8</sup>. Ele sumariza a adequação do início do pré-natal e a relação entre o número real e o número

esperado de consultas, de acordo com o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), para gestações não complicadas, classificando em sobreadequado (adequado *plus*), adequado, intermediário e inadequado<sup>9</sup>.

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de protocolar o cuidado a partir de execuções para melhora da cobertura e do atendimento pré-natal e, dessa forma, aprimorar o cuidado com a gestante, a puérpera e o RN. Ele visa reduzir as taxas de morbimortalidade materna e neonatal, melhorar o acesso e a qualidade da assistência e investir recursos em programas já estabelecidos e em locais que possuem mais necessidade<sup>10</sup>.

Assim, o PHPN preconiza alguns parâmetros de acordo com o trimestre de idade gestacional como: realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação, mínimo de seis consultas, exames laboratoriais como ABO-Rh, VDRL, urina, glicemia de jejum, HB/Ht, testagem anti-HIV, vacina antitetânica, realização de atividades educativas, classificação de risco gestacional e garantia de atendimento ou acesso à unidade de referência<sup>10,11</sup>.

Em 2011, foi criada a Rede Cegonha para que, juntamente com o PHPN, pudesse amplificar e qualificar o cuidado perinatal até os próximos 24 meses. Ela objetiva a atenção integral e igualitária às gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos que enfrentam atendimentos rápidos, técnicos e fragmentados na rede de saúde. Também dispõe de materiais necessários nas consultas, além de um sistema logístico, que organiza a rede para regulação obstétrica e humanização do parto e do nascimento<sup>9,12,13,14</sup>.

O protocolo do Ministério da Saúde recomenda o início do pré-natal (PN) até doze semanas, número mínimo de seis consultas para uma gestação a termo e alguns procedimentos como exames clínico-obstétricos e laboratoriais, entre outros<sup>11,12</sup>.

Diante do exposto, justifica-se o estudo da qualidade da assistência pré-natal por ser um assunto relevante atualmente, visto que a maioria dos óbitos maternos e grande parte dos óbitos infantis ocorrem por causas evitáveis, portanto, sensíveis às ações desenvolvidas no pré-natal, e estão concentradas em países em desenvolvimento, como o Brasil<sup>5</sup>.

Este projeto propõe observar o panorama da qualidade da assistência pré-natal prestada no Brasil pelo sistema único de saúde (SUS) por meio de estudos realizados entre 2015 e 2020.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que permite a análise de vários artigos relevantes publicados, permitindo conclusões para a melhoria da prática clínica no objeto do estudo.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre 2015 e o primeiro trimestre de 2020, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que tratavam especificamente da avaliação da qualidade da assistência pré-natal no Brasil e que estivessem disponibilizados na íntegra. Excluíram-se os artigos que não continham os descritores utilizados em seus títulos, que não correspondessem ao objetivo do estudo ou que não apresentassem relevância ao tema.

Este estudo foi conduzido seguindo as seguintes etapas: definição da questão norteadora e objetivos da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações; busca na literatura; análise e categorização dos estudos, apresentação e discussão dos resultados<sup>15</sup>.

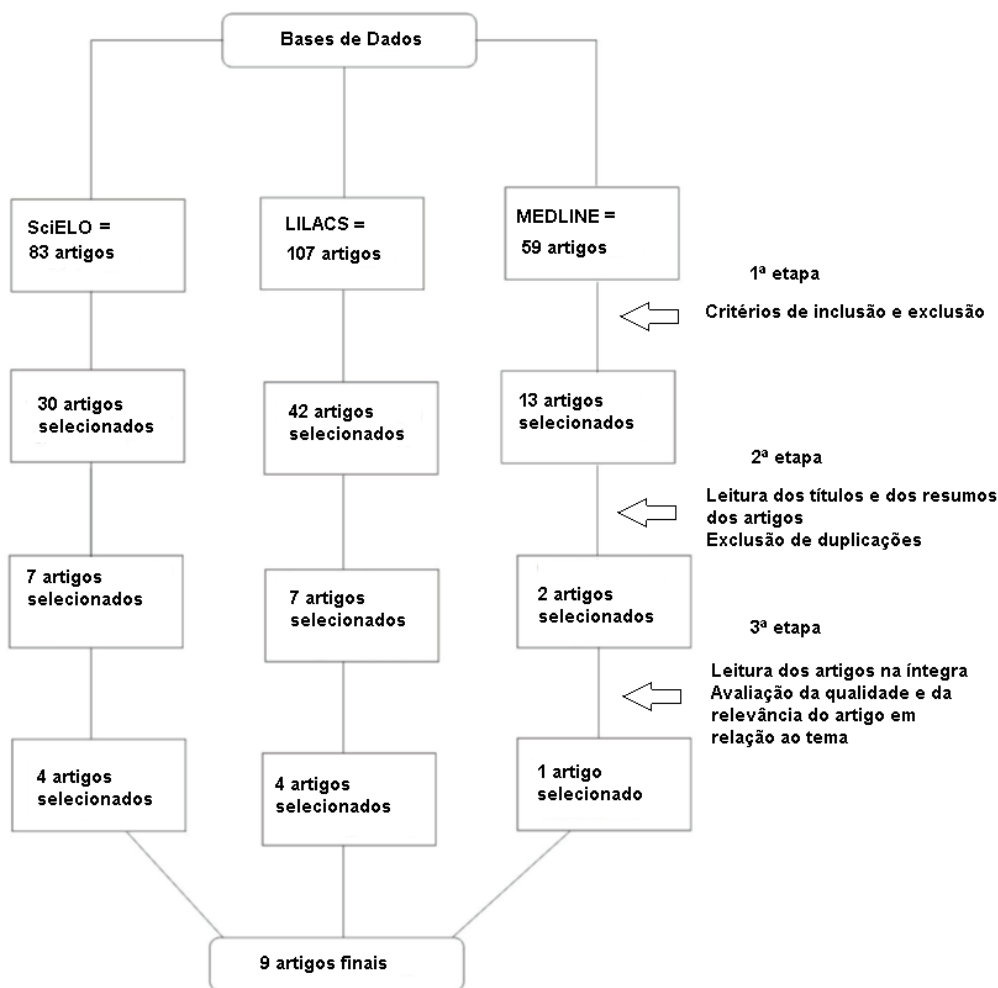
Realizou-se a busca dos artigos indexados nas bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*). Foram usados os descritores “Cuidado pré-natal”, “Qualidade da Assistência à Saúde”, “Avaliação em Saúde” e “Brasil” também em inglês e espanhol. Os descritores foram integrados pelo operador lógico booleano AND.

A seleção dos artigos foi realizada em três etapas. Na primeira etapa, foram selecionados os artigos segundo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos na metodologia. A segunda etapa foi feita através da leitura de títulos e dos resumos dos artigos, foram excluídas as duplicações. A terceira etapa foi realizada a leitura íntegra dos artigos, em que foram excluídos os que não apresentaram relevância ao tema.

## **RESULTADOS**

A busca inicial resultou em 249 artigos para análise geral, sendo 83 artigos do banco de dados SciELO, 107 do LILACS e 59 do MEDLINE. Foi realizada a aplicação das três etapas de seleção possibilitando o refinamento dos estudos, resultando em 9 artigos selecionados, com base na relevância e na qualidade dos dados para esta revisão (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos (elaborado pelo o autor)



Após a seleção, foi realizada a análise dos artigos para identificação dos indicadores que estabeleçam o método de avaliação da qualidade da assistência pré-natal no estudo. Os artigos selecionados traziam os seguintes indicadores de qualidade da assistência pré-natal: *Kotelchuck Adequacy Prenatal Care Utilization Index – APNCUI*<sup>19,24</sup>, Kessner adaptado por Takeda<sup>19,21</sup>, Ministério da Saúde<sup>19,16,20,22</sup>, PHPN (Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento Ministério da Saúde)<sup>18,21,23</sup>, Rede Cegonha<sup>17</sup> e indicadores adaptados de outros autores<sup>16,19,20,22</sup>.

Os nove artigos selecionados estão representados no quadro 1. Todos os artigos foram realizados em território nacional, sendo oito publicados em periódicos nacionais e um publicado em periódico internacional.

No que diz respeito aos locais que foram realizados os estudos, três artigos foram realizados com populações de todas as cinco regiões brasileiras, um utilizou municípios das regiões Norte, Nordeste e Sudeste, um sobre a Amazônia Legal e a região Nordeste, três estudos utilizaram diferentes municípios da região Sul e um foi realizado no município de Vitória (ES).

A maioria dos estudos concluiu que a cobertura do pré-natal é alta no território nacional<sup>1,4,9</sup>. Entretanto, houve disparidades entre a adequação desse serviço nas diferentes regiões do Brasil. A região Norte foi a que possuiu menor adequação da assistência pré-natal em comparação com as outras regiões<sup>16,17,19,23</sup>. Já as regiões sudeste e sul foram as que receberam o melhor nível de adequação<sup>16,17,19</sup>.

O pior nível de adequação foi encontrado por Maia et al<sup>20</sup>, que avaliou o PN de acordo com níveis baseado no PHPN, Rede Cegonha e Manual Técnico da Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco do MS. O nível 4 é o mais criterioso, pois considera não só a quantidade de consultas realizadas e o início do PN, mas também procedimentos técnicos, registro dos exames laboratoriais mínimos recomendados, registro de vacinas atividade coletiva, consulta odontológica e consulta puerperal. Apenas 0,16% das mulheres tiveram um pré-natal classificado como adequado neste nível.

O melhor nível de adequação foi encontrado por Leal et al<sup>16</sup>, em que foi encontrado 61,2% de adequação ao considerar apenas número de consultas e início do pré-natal como critérios de avaliação. De uma forma geral, quanto mais itens fossem inclusos nos critérios avaliativos, menor a classificação de pré-natal adequado.

**Quadro 1** - Estudos selecionados que enfocaram a qualidade da assistência pré-natal no Brasil

Nº	NOME, AUTORIA E ANO	LOCAL	POPULAÇÃO E MÉTODO	INDICADORES	RESULTADOS CONCLUSÃO
1	Assistência pré-natal na rede pública do Brasil - Leal et al. <sup>16</sup> (2020)	Todas as regiões do Brasil	Estudo de coorte, parte da pesquisa Nascido no Brasil. Em que foram avaliadas 19.117 puérperas de todas as regiões do país com parto pago pelo SUS entre 2011 e 2012.	- 1º indicador – adequação do PN: Recomendações do MS (início do acompanhamento, adequação do número de consultas); - 2º indicador – adequação global 1: Elaborado por Domingues et al <sup>6</sup> (Registro de pelo menos um resultado de cada um dos exames preconizados na rotina de PN e orientação sobre a maternidade de referência para a assistência ao parto) adicionado ao primeiro indicador. - 3º indicador – adequação global 2: itens da adequação global 1 associado ao recebimento de	Houve cobertura elevada da assistência (98,5%), porém a proporção de mulheres sem nenhuma assistência PN foi 60% maior no Norte que a média nacional. As regiões Sudeste e Sul apresentaram as maiores prevalências de PN adequado. 61,7% das mulheres tiveram adequação do PN, 19,4% teve adequação global 1 e apenas 16% chegaram na adequação global 2.

				assistência ao parto no hospital para o qual a mulher foi referenciada durante do PN.	
2	Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil - Cunha et al. <sup>17</sup> (2019)	Todas as regiões do Brasil	Estudo avaliativo, de abordagem quantitativa da atenção ao pré-natal de puérperas classificadas como baixo risco em Unidades Básicas de Saúde pelo Brasil. Foram avaliados 4.059 municípios e 19.849 Unidades Básicas de Saúde (UBS)	- Recomendações da Rede Cegonha (2011) - Manual Técnico da Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco	Foram avaliados aspectos estruturais, operacionais e avaliação geral do PN. Menos de um quarto dos municípios apresentaram adequação do PN na atenção básica (AB), com piores condições nos de maior porte populacional e localizados na região Norte. A região Sudeste apresentou adequação nos aspectos operacionais e a região Sul nos aspectos estruturais e na avaliação geral do PN.
3	Internações sensíveis à atenção primária em gestantes: fatores associados a partir do processo da atenção pré-natal - Pitilin e Pelloso <sup>18</sup> (2017)	Guarapuava (PR)	Estudo transversal prospectivo. Trata-se de um inquérito de morbidade hospitalar realizado com amostra de 86 gestantes internadas em hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde, no período de março a junho de 2014.	- Método próprio baseado no MS e PHPN: preenchimento da caderneta da gestante com a) número de consultas b) IG em semanas; c) início do pré-natal no primeiro trimestre; d) mínimo de seis consultas realizadas ajustadas de acordo com a IG e) procedimentos realizados durante a consulta clínica f) esquema vacinal; g) coleta do exame citopatológico durante a gestação; h) exames laboratoriais.	Apenas 58,13% iniciaram o PN no 1º trimestre. O percentual de internações sensíveis ao cuidado primário em gestantes foi de 70,97% (n=59) das internações. As variáveis que se mostraram estatisticamente associadas com as condições sensíveis ao cuidado primário em gestantes no modelo ajustado final foram: registro incompleto do cartão pré-natal, início tardio da assistência PN, número insuficiente de consultas e consulta clínica inadequada.
4	Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015 - Nunes et al. (2016) <sup>19</sup>	Todas as regiões do Brasil	Revisão da literatura de 12 artigos sobre a qualidade da assistência pré-natal, conduzida a partir de recomendações propostas no protocolo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)	- Kessner - Kotelchuck - MS - Índices elaborados pelos próprios autores - Índices adaptados por outros pesquisadores.	Observou-se elevada cobertura da atenção PN em cinco localidades brasileiras com níveis de 80 a 99%. Quanto à adequação dessa assistência, a maioria dos estudos encontrou baixa qualidade do PN, com níveis variando em geral de 4,5 a 66,1%. O valor de 4,5% foi encontrado ao considerarem análise mais completa do início do acompanhamento, do número de

					consultas realizadas e da realização dos procedimentos e exames laboratoriais de rotina.
5	Avaliação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Rede Cegonha - Maia et al. (2017) <sup>20</sup>	Vitória (ES)	Estudo epidemiológico descritivo, baseado em dados secundários do sistema de informação analisando 5.030 fichas de pré-natal de gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no Centro Municipal de Especialidade (CME)	Foram feitos quatro níveis de qualidade, e estas em categorias adequada, inadequada e intermediária sugeridas por Anversa et al. <sup>26</sup> baseados no PHPN, Rede Cegonha e Manual Técnico da Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco do MS. - Nível 1: Adequado se houver registro de $\geq 6$ consultas e início do PN até 12 semanas de gestação.  - Nível 2 (nível 1 + nível 2): $\geq 5$ registros dos procedimentos técnicos de peso, PA, AFU; $\geq 4$ registros do BCF, apresentação fetal, MF e pesquisa de edema em MMII.  - Nível 3 (nível 1 + nível 3): registro dos exames laboratoriais mínimos recomendados: um registro dos exames de TS/fator Rh, toxoplasmose e USG), $\geq 2$ registros dos exames de EAS, glicemia em jejum, Hb, Ht, HbsAg, anti-HIV, urocultura, VDRL.  - Nível 4 (nível 1 + nível 2 + nível 3): registro das vacinas, atividade coletiva, consulta odontológica, e consulta puerperal.	A assistência pré-natal foi classificada em adequada para 15,09% no nível 1; 11,47% no nível 2; 3,32% no nível 3; e 0,16% no nível 4. Nos níveis 1 e 3, verificou-se que a maioria apresentou adequação intermediária, sendo 49,13% e 54,57%, respectivamente. Para os níveis 2 e 4 observou-se que a maioria teve adequação inadequada, com valores maiores que 60%.
6	Adequação do pré-natal de alto risco em um hospital de referência - Costa et al <sup>21</sup> (2016)	Francisco Beltrão (PR)	Estudo descritivo, retrospectivo e documental, desenvolvido no ambulatório de gestação de alto risco de um hospital público de referência, com uma amostra de 73 gestantes	- Kessner, modificado por Takeda. -PHPN Nível 1: adequado (possuir registro de seis ou mais consultas e o início de PN antes de 20 semanas);  Nível 2: nível 1 + cinco ou mais registros de cada um dos seguintes procedimentos: pressão arterial, peso, IG, AFU e quatro ou mais registros dos BCF e MF;	Verificou-se que a assistência pré-natal foi classificada predominantemente como intermediária nos quatro níveis do instrumento utilizado. Nos níveis 3 e 4 não houve PN classificado como adequado. Em relação ao número de consultas no ambulatório de alto risco, 50,7% das gestantes realizaram entre cinco e três consultas durante o PN.



				<p>Nível 3: nível 1 + exames laboratoriais preconizados pelo PHPN (realizados na primeira consulta e na trigésima semana)</p> <p>Nível 4: Nível 1 + Nível 2 + Nível 3, sendo aceito pelo menos um dos exames preconizados pelo PHPN na primeira consulta e repetidos próximo a 30ª semana.</p>	
7	<p>Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil</p> <p>- Saavedra e Cesar<sup>22</sup> (2015)</p>	Rio Grande (RS)	<p>Estudo transversal realizado em duas maternidades de referência da cidade, foram entrevistadas 2.395 puérperas (97,2% do total de nascimentos) a fim de identificar a inadequação do PN</p>	<p>- Takeda (considerou inadequado a gestante que compareceu a cinco consultas ou menos e/ou que as tenha iniciado a partir do quinto mês de gestação),</p> <p>- Coimbra et al. (início do PN a partir do quinto mês de gestação e/ou tenha realizado cinco consultas ou menos para uma gestação a termo, ou menor número que o esperado para a idade gestacional no parto)</p> <p>-Silveira et al (início do PN a partir do quinto mês e/ou realizou cinco consultas ou menos e/ou realizou somente um ou nenhum exame laboratorial).</p>	<p>Cerca de 5% das entrevistadas não realizou PN. A prevalência de realização de pré-natal inadequado segundo critério utilizado por Takeda foi de 28,4% (IC95%: 26,6-30,2); segundo Coimbra et al., de 26,8% (IC95%: 25,0-28,5); e de acordo com Silveira et al., de 58,2% (IC95%: 56,1-60,1). Pelo menos um quarto das gestantes realizou pré-natal inadequado.</p>
8	<p>Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010</p> <p>- Leal et al<sup>23</sup> (2015)</p>	Amazônia Legal e Região Nordeste	<p>Estudo transversal em que a coleta de dados ocorreu em 252 dos 256 municípios prioritários para a Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, avaliando 16.863 pares de mães e crianças.</p>	- PHPN	<p>Apenas 3,4% das mulheres tiveram acesso a um PN classificado como adequado, 88,6% como parcialmente adequado e 8,0% como PN inadequado. A menor frequência de PN adequado foi observada no Estado do Acre (1,5%) e a maior no Rio Grande do Norte (6,3%). Destacam-se os Estados de Alagoas e Maranhão com mais de 10% de PN inadequado. O PN adequado foi mais comum entre as mulheres ≥ 30 anos, com escolaridade &gt; 10 anos, entre as mulheres residentes nas capitais e sem benefício do Programa Bolsa Família.</p>
9	<p>Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil</p>	Municípios das regiões Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil	<p>Estudo caso-controle com 803 casos de óbito de menores de um ano e 1.969 nascidos vivos (controles) a fim de</p>	<p>- Kotelchuck adaptado seguindo a recomendação do MS. (adequado: início antes da 16ª semana gestacional, e realização de no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas no</p>	<p>Foi observada maior chance de ocorrência de óbito do RN entre mães com história de perda fetal e infantil, classificadas como de risco</p>

	- Leal et al <sup>24</sup> (2017)		identificar as associações relacionadas ao óbito infantil	segundo e três no terceiro trimestre)	obstétrico e que não fizeram PN adequado. 40,2% das mulheres do grupo caso foram classificadas como PN inadequado ou não realização do PN.
--	---	--	---	---------------------------------------	--

LEGENDA: PHPN = Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN); MS = Ministério da Saúde; PN = Pré-natal; PA = Pressão Arterial; BCF: batimentos cardíacos; Kotelchuck = *Adequacy Prenatal Care Utilization Index* – PNCUI; AFU = altura do fundo uterino; MF = movimentos fetais; TS = tipagem sanguínea; USG = ultrassonografia; IG = idade gestacional; EAS = exame de elementos e sedimentos anormais da urina, Hb = hemoglobina, Ht = hematócrito, VDRL = *Venereal Disease Research Laboratory*; RN = recém-nascido;

## DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou que grande parte das regiões que foram estudadas possuem uma alta cobertura pré-natal<sup>16,17,19,24</sup>. Entretanto, esse dado não significou uma adequada qualidade da assistência prestada.

Cada artigo realizou uma avaliação de forma singular, usando variados tipos de índices de adequação ao pré-natal. Os autores que utilizaram métodos quantitativos, alcançaram resultados mais positivos em relação aos que usaram métodos qualitativos.

Dessa forma, os estudos que de alguma forma avaliaram a qualidade do serviço com métodos como Kessner adaptado, Kotelchuck e o número de consultas mínimas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, conseguiram um número mais expressivo de classificação do pré-natal como “adequado”<sup>16,18,19,20,21,22,24</sup>.

Em contrapartida, os estudos que levaram em consideração a realização de exames laboratoriais, procedimentos durante as consultas, vacinação, orientações sobre referenciamento da maternidade e apoio no parto e puerpério, tiveram sua classificação como “adequado” em menor número, em comparação ao outro grupo<sup>16,17,18,19,20,21,22,23</sup>.

No panorama da realização de exames laboratoriais e entrega dos resultados, foi possível identificar que houve uma proporção abaixo do preconizado pelas diretrizes e recomendações nacionais<sup>16,18,20,23</sup>. Maia et al<sup>20</sup> demonstrou cerca de 70% de solicitação

de exames laboratoriais pelo menos uma vez durante o pré-natal. Quando foi avaliada a repetição desses exames, essa porcentagem diminuiu para cerca de 34%.

Os registros dos procedimentos clínico/obstétricos, a partir da mensuração da pressão arterial, peso, idade gestacional, altura uterina, batimentos fetais ou movimentos fetais e edema de MMII variou entre intermediária/parcialmente adequada<sup>21,23</sup> e inadequada<sup>20,22</sup>.

Avaliando-se o pré-natal de alto risco, Costa et al<sup>21</sup> notou que grande parte das gestantes iniciaram o pré-natal na Atenção Básica de Saúde antes de 20 semanas (87,7%), entretanto, o pré-natal no alto risco foi iniciado após as 28 semanas de gestação (58,9%). Acredita-se que isto se deve ao atraso no encaminhamento destas mulheres ao serviço especializado de referência, o que pode ocasionar demora no início do acompanhamento. Deste modo, o fato da gestante ser classificada como alto risco, não garante seu fácil e rápido acesso ao serviço terciário.

Considerou-se que esta diferença aconteceu devido à distância percorrida pelas gestantes de outros municípios, a baixa escolaridade materna e a ausência de registros da atenção básica na carteirinha das gestantes em acompanhamento<sup>21</sup>.

Este dado é preocupante pois, a captação precoce destas gestantes na assistência pré-natal de alto risco aumenta a chance de interferir no curso de um resultado desfavorável, de maneira a diminuir o risco ao qual a gestante e o feto estão expostos e possibilitam a redução das suas possíveis consequências adversas<sup>27</sup>.

Em relação aos desfechos, foi constatado maior índice de prematuridade e elevado percentual de internações de gestantes por condições que poderiam ser evitadas e, dessa forma, tiveram associação a um pré-natal não adequado<sup>16,18</sup>. Isto é bastante grave, visto que a prematuridade está associada ao maior índice de mortalidade infantil e as internações maternas poderiam ser evitadas se houvesse qualidade na assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde.

O preenchimento e uso da caderneta da gestante também foi relevante em alguns dos estudos. Segundo Leal et al.<sup>16</sup> o recebimento pelas gestantes foi quase total, entretanto, nem todas apresentaram o documento na admissão do parto (76,4%). Já para Costa et al<sup>21</sup>, a ausência de registros na caderneta pela atenção básica pode ter influenciado no baixo número de gestantes que realizaram seis ou mais consultas no ambulatório e alto risco. O registro incompleto no cartão do pré-natal também esteve associado com maiores chances de internações por condições sensíveis a atenção

primária, específicas do período gestacional, sendo que a maioria das gestantes (cerca de 67%) participantes do estudo não estavam com o registro completo<sup>18</sup>.

Analisando o contexto geral, é notável que esse tipo de assistência é insuficiente em várias regiões do país, principalmente, nos grupos populacionais mais carentes<sup>12</sup> e que alguns fatores individuais como moradia, nível de escolaridade, ocupação, renda e nível socioeconômico são fatores importantes para o acesso das gestantes à assistência pré-natal de qualidade<sup>25</sup>.

Apesar de existirem protocolos e recomendações do Ministério da Saúde, geralmente eles não são inteiramente seguidos, esses achados mostram que o SUS representado, principalmente, pela Atenção Básica, ainda apresenta falhas na continuidade e na qualidade da atenção oferecida. As desigualdades sociais e econômicas entre as regiões geográficas do país são evidentes, como foi demonstrado em vários estudos, refletindo a fragilidade no treinamento e no investimento nas Equipes de Saúde da Família pelo Brasil<sup>16,17,19,23,24</sup>.

## **CONCLUSÃO**

É notória a variação dos tipos de estudos, bem como a diversidade do uso de diferentes indicadores para a avaliação do pré-natal. Dessa forma, foram constatados os mais diversos tipos de resultados em relação a adequação ou não desse serviço.

É necessário que o Sistema Único de Saúde consiga, por meio de políticas públicas, realizar a homogeneidade da adequação do pré-natal, realizando avaliações periódicas e utilizando indicadores de qualidade padronizados, para que as diferenças entre as regiões sejam minimizadas.

A adequação da assistência ao pré-natal é, de fato, uma forma de avaliar a qualidade dos serviços públicos prestados, principalmente, à população mais carente. Além disso, é bastante necessário, visto que a elevada inadequação ao pré-natal está associada a piores prognósticos maternos e perinatais<sup>18</sup>.

Conclui-se que, segundo os estudos realizados nos últimos cinco anos, o acesso ao pré-natal é quase universal independente da região do Brasil, entretanto, isso não garantiu uma assistência pré-natal de qualidade, principalmente no que diz respeito à aspectos qualitativos do cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGND, Theme Fa MM, Costa JVD, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saude Publica 2014; 30 Sup:S85-S100.
2. Costa MDCN, Mota ELA, Paim JS, Silva LMVD, Teixeira MDG, Mendes CMC. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. Revista de Saúde Pública 2003; 37: 699-706.
3. IBGE, 2019. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb\\_2018.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2018.pdf)>. Acesso em: 26/03/2020.
4. Organização Mundial da Saúde. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2018.
5. Organização Mundial da Saúde/Fundo de População das Nações Unidas. La Prevención de la Tragedia de las Muertes Maternas - Informe sobre la "Conferencia Internacional sobre la Mortalidad Materna". Nairobi: Banco Mundial/OMS/UNFPA, 1987.
6. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGND & Leal MDC. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Revista panamericana de salud pública 2015; 37: 140-147.

7. Takeda SMP. Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualificação da atenção [dissertação]. Pelotas (RG): Universidade Federal de Pelotas; 1993.
8. 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* 1994;84(9): 1414-1420.
9. 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; 36:56-64.
10. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
11. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
12. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. 1 ed rev. Brasília, 2013.
13. Ministério da Saúde. Manual Prático Para Implementação Da Rede Cegonha. Brasília, 2011.
14. Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. *São Paulo Med J.* 2001;119(1):33-42.
15. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.

16. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 25] ; 54: 08. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102020000100206&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100206&lng=en). Epub Jan 20, 2020. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>.
17. Cunha AC, Lacerda JT, Alcauza MTR, Natal S. Evaluation of prenatal care in Primary Health Care in Brazil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2019 June [cited 2020 Mar 25] ; 19( 2 ): 447-458. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292019000200447&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000200447&lng=en). Epub July 22, 2019. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200011>
18. Pitilin EB, Pelloso SM. Primary care sensitive admissions in pregnant women: associated factors based on the prenatal care process. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 25] ; 26( 2 ): e06060015. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000200328&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200328&lng=en). Epub July 03, 2017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006060015>.
19. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2016 June [cited 2020 Mar 25] ; 24( 2 ): 252-261. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2016000200252&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000200252&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020171>.
20. Maia V, Lima E, Costa-Leite F, Sousa A, Primo C. Evaluation of process indicators of the prenatal and birth humanization program and stork network Avaliação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Rede Cegonha. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2017 Oct 31; [Citado em 2020 Mar 26]; 9(4):

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5794>

21. Costa LD, Perondi AR, Cavelheiri JC, Ferreira AS, Teixeira GT, Bortoloti DS. Adequação do pré-natal de alto risco em um hospital de referência. *Rev Rene*. 2016;17(4):459-65. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000400004>
22. Saavedra JS, CJA. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 May [cited 2020 Mar 26]; 31( 5 ): 1003-1014. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000500012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500012&lng=en). <https://doi.org/10.1590/0201-311X00085014>.
23. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 Mar 29]; 15( 1 ): 91-104. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292015000100091&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000100091&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>.
24. Leal Maria do Carmo, Bittencourt Sonia Duarte de Azevedo, Torres Raquel Maria Cardoso, Niquini Roberta Pereira, Souza Jr Paulo Roberto Borges de. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 29]; 51: 12. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000100206&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100206&lng=en). Epub Mar 02, 2017. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006391>.
25. Domingues RMSM, Leal MC, Hartz ZMA, Dias MAB, Vettore MV. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(4):953-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400015>. PMID:24896600.



26. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TSD. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégias saúde da família em município no Sul do Brasil. Cad Saude Publica 2012;28(4):789-800.
  
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestão de alto risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.