

Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público

Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service
Acompañamiento prenatal de la gestación de alto riesgo en el servicio público

Fabiana Fontana Medeiros¹

ORCID: 0000-0002-7876-572X

Izabel Dayana de Lemos Santos¹

ORCID: 0000-0003-3559-5350

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari¹

ORCID: 0000-0003-0157-7461

Deise Serafim¹

ORCID: 0000-0001-5681-8387

Sandra Mara Maciel¹

ORCID: 0000-0002-0508-6240

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli¹

ORCID: 0000-0002-0222-8821

¹ Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil.

Como citar este artigo:

Medeiros FF, Santos IDL, Ferrari RAP, Serafim D, Maciel SM, Cardelli AAM. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):204-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425>

Autor Correspondente:

Fabiana Fontana Medeiros
E-mail: fontana.fabi@hotmail.com



Submissão: 25-06-2018

Aprovação: 23-11-2018

RESUMO

Objetivo: analisar o acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. **Método:** estudo transversal analítico, realizado em uma maternidade pública no Sul do Brasil, durante internação de 319 puérperas, por meio de instrumento semiestruturado para transcrição dos registros do cartão pré-natal e entrevista. Realizou-se análise dos dados por meio do Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$). **Resultados:** a adequação do pré-natal foi alta (74%); 22,6% intermediária; 3,4% ineficiente. O pré-natal teve alta cobertura (100%), início precoce (81,5%) e realização de seis ou mais consultas (92,4%), porém (77,4%) não receberam informação sobre doença gestacional e resultados de exames (69,3%). Houve significância estatística entre a qualidade do pré-natal e o local da realização do pré-natal ($p=0,005$). **Conclusão:** evidenciou-se a necessidade de implementação de protocolo específico à gestação de alto risco e educação continuada às equipes.

Descritores: Saúde da Mulher; Cuidado Pré-Natal; Gravidez de Alto Risco; Educação em Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to analyze the prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. **Method:** an analytical cross-sectional study carried out in a public maternity hospital in the South of Brazil, during the hospitalization of 319 postpartum women using a semi-structured tool for transcription of the prenatal card records and interview. The data were analyzed using the Chi-Square test ($p \leq 0.05$). **Results:** the adequacy of prenatal care was high (74%); 22.6% intermediate; 3.4% inefficient. Prenatal care had high coverage (100%), early onset (81.5%) and six or more visits (92.4%), but (77.4%) did not receive information about gestational disease and examinations (69.3%). There was statistical significance between the quality of prenatal care and the place of prenatal care ($p=0.005$). **Conclusion:** the need to implement a specific protocol for high-risk gestation and continuous education to the teams was evidenced.

Descriptors: Women's Health; Prenatal Care; Pregnancy, High-Risk; Health Education; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: analizar el seguimiento prenatal de la gestación de alto riesgo en el servicio público. **Método:** el estudio transversal analítico, realizado en una maternidad pública en el Sur de Brasil, durante la internación de 319 puérperas, por medio de un instrumento semiestruturado para la transcripción de los registros de la tarjeta prenatal y la entrevista. Se realizó análisis de los datos por medio del Test Qui-Cuadrado ($p \leq 0,05$). **Resultados:** la adecuación del prenatal fue alta (74%); 22,6% intermedio; 3,4% ineficiente. El prenatal tuvo alta cobertura (100%), inicio precoz (81,5%) y realización de seis o más consultas (92,4%), pero (77,4%) no recibieron información sobre enfermedad gestacional y resultados de exámenes (69,3%). Se observó una significativa estadística entre la calidad del prenatal y el lugar de la realización del prenatal ($p=0,005$). **Conclusión:** se evidenció la necesidad de implementación de protocolo específico a la gestación de alto riesgo y educación continuada a los equipos.

Descriptores: Salud de la Mujer; Atención Prenatal; Embarazo de Alto Riesgo; Educación en Salud; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase determinante na vida da mulher, no entanto pode ser um período de sofrimento quando não é desejável, ou quando eventos adversos comprometem a gravidez causando problemas de saúde ou até mesmo morte materna⁽¹⁾.

O acompanhamento pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive com abordagem de aspectos psicossociais e atividades educativas. A assistência pré-natal pode ser considerada um importante indicador de prognóstico ao nascimento, e os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são considerados um indicador da qualidade dos cuidados maternos⁽²⁾.

O Brasil teve um aumento da cobertura da assistência pré-natal, entretanto identifica-se problemas na qualidade do cuidado, conforme procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde⁽³⁾. As baixas taxas de adequação do processo pré-natal, nos diversos níveis, podem resultar em desfechos indesejáveis, como nascimento de crianças prematuras, além de contribuir para a mortalidade materna e perinatal⁽⁴⁾.

Neste sentido, a qualidade da assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser compreendida por meio de parâmetros que compõem o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo é desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos e da Rede Cegonha, tendo como finalidade estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil no país^(2,4-5).

Ainda que a avaliação da qualidade do pré-natal utilize critérios que julgam o acesso, também deve-se considerar não somente o número de consultas ou idade gestacional de início do seguimento, como também a adequação do conteúdo da assistência prestada⁽⁶⁾.

OBJETIVO

Analisar o acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal analítico, de abordagem quantitativa, aninhado à uma coorte prospectiva sobre adequação do pré-natal de alto risco.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina.

Local do estudo

O estudo foi realizado em uma maternidade pública do Sul do Brasil, a qual é referência para a realização de parto de alto risco. A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2016 a agosto de 2017.

Amostra

Para o cálculo amostral, foi considerado o número de 1.447 atendimentos no ano de 2015, com a média mensal de 121

mulheres, margem de erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, sendo definido o tamanho amostral de 319 mulheres, utilizando fórmula de Baretta⁽⁷⁾.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas mulheres internadas na maternidade em estudo que estivessem no puerpério imediato, sem comprometimento cognitivo e que apresentassem ao menos um critério de *near miss* materno estabelecido pela Organização Mundial de Saúde⁽⁸⁾. Foram excluídas mulheres que estivessem internadas para submeter-se a abortamento ou tratamento gestacional.

Protocolo do estudo

A coleta de dados seguiu três etapas sequenciais: identificação das mulheres segundo critérios de *near miss* materno, consulta e transcrição dos registros do cartão pré-natal, prontuário hospitalar e entrevista no pós-parto durante a internação hospitalar. Utilizou-se para o registro das informações instrumento semiestruturado com dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos. A coleta e entrevistas foram realizadas diariamente na instituição até a composição da amostra proposta.

Como referencial teórico-metodológico, utilizou-se a proposta de adequação de Coutinho et al⁽⁹⁾. Os autores avaliaram o atendimento às gestantes de risco habitual ou intermediário e de alto risco, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, classificou-se a assistência pré-natal como adequada, intermediária ou inadequada, de acordo com os registros no cartão da gestante, considerando adequado o atendimento pré-natal que cumpriu todos os seguintes critérios: início anterior a 14 semanas gestacionais; seis ou mais consultas; número mínimo de cinco ou mais registros de altura uterina (AU), idade gestacional (IG), pressão arterial (PA) e peso materno; quatro ou mais registros de batimentos cardíacos fetais (BCF); dois ou mais registros de apresentação fetal (AF) e quanto aos exames laboratoriais básicos um registro de tipagem sanguínea (ABO-Rh), hemoglobina e hematócrito (Hb/Htc), e dois registros de glicemia, *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) e urina tipo 1 (EAS)⁽⁹⁾.

Classifica-se a inadequação na ocorrência de uma das seguintes condições: início do pré-natal após 27 semanas de gestação; duas ou menos consultas; duas ou menos anotações de AU, IG, PA, peso materno e BCF ou nenhum registro da AF e nenhuma anotação de exame laboratorial. As demais associações definem a adequação do processo de atendimento como intermediária⁽⁹⁾.

Seguindo a adequação de Coutinho et al.⁽⁹⁾, as variáveis de adequação do pré-natal foram adaptadas para qualidade pré-natal eficiente e não eficiente. Considerou-se como dicotômica eficiente a assistência pré-natal adequada, e a dicotômica não eficiente para o pré-natal intermediário e inadequado.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram digitados e analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Foram analisados por meio do Teste Qui-Quadrado, para a busca de possíveis associações ($p \leq 0,05$) entre as variáveis independentes e a dependente eficiente e não eficiente.

RESULTADOS

A maioria das puérperas caracterizou-se como gestante em idade reprodutiva favorável (70,5%), com companheiro (86,8%), residindo em zona urbana (92,5%), escolaridade ensino médio (55,8%), com atividade não remunerada (55,2%) e com renda familiar de mais de três salários mínimos (49,3%). Mais da metade das mulheres tinha intervalo interpartal maior que dois anos (53%), e não planejaram a gravidez (56,1%) (Tabela 1).

A grande maioria das mulheres (87,5%) conhecia o motivo do encaminhamento para gestação de alto risco; não visitou a maternidade no pré-natal (91,5%) e continuou acompanhada pela UBS (81,2%) (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição das mulheres, segundo características socioeconômicas, demográficas e histórico obstétrico, Londrina, Paraná, Brasil, 2017

Variável	n	%
Idade (anos)		
14-19	35	11,0
20-35	225	70,5
36 e mais	59	18,5
Raça		
Branca	182	57,0
Parda	95	29,8
Negra	42	13,2
Situação conjugal		
Com companheiro	277	86,8
Sem companheiro	42	13,2
Localidade de residência		
Zona rural	24	7,5
Zona urbana	295	92,5
Cidade de origem		
Londrina	190	59,6
Outra cidade	129	40,4
Escolaridade		
Ensino fundamental	91	28,5
Ensino médio	178	55,8
Ensino superior	49	15,4
Condição de ocupação		
Remunerada	143	44,8
Não remunerada	176	55,2
Renda familiar*		
Até 1 salário mínimo	49	15,4
De 2 a 3 salários mínimos	115	35,3
Mais de 3 salários mínimos	155	49,3
Paridade		
Primípara	122	38,2
Secundípara	105	32,9
Múltipara	92	28,8
Intervalo interpartal		
Menor que 2 anos	39	12,2
Maior que 2 anos	169	53,0
A gravidez foi planejada		
Sim	140	43,9
Não	179	56,1
Total	319	100,0

Nota: *Base do salário mínimo no ano de 2017 - R\$980,00

Quanto à educação em saúde, mais da metade (64,3%) não recebeu orientação sobre aleitamento materno; desenvolvimento fetal (73%); tipo de parto (76,5%); uso de medicação (69,6%); e resultados de exames

(69,3%). A grande maioria das gestantes não recebeu informação sobre doença gestacional (77,4%); educação sexual (87,1%); prática de atividade física na gestação (85,6%) e acompanhamento puerperal (88,1%). A maioria das mulheres (85,6%) recebeu informação sobre qual hospital buscar em caso de emergência (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das mulheres, segundo cuidados e orientações no pré-natal de alto risco, Londrina, Paraná, Brasil, 2017

Variável	n	%
Cuidados		
Conhecimento sobre motivo do encaminhamento para gestação de alto risco		
Sim	279	87,5
Não	12	3,8
Visita à maternidade		
Sim	22	6,9
Não	292	91,5
Acompanhamento na UBS		
Sim	259	81,2
Não	42	13,2
Orientações		
Orientação sobre aleitamento materno		
Sim	114	35,7
Não	205	64,3
Orientação sobre desenvolvimento fetal		
Sim	86	27,0
Não	233	73,0
Orientação sobre tipo de parto		
Sim	75	23,5
Não	244	76,5
Orientação sobre uso de medicação		
Sim	97	30,4
Não	222	69,6
Orientação sobre doença gestacional		
Sim	72	22,6
Não	247	77,4
Orientação sobre educação sexual		
Sim	41	12,9
Não	278	87,1
Orientação sobre atividade física		
Sim	46	14,4
Não	273	85,6
Orientação sobre resultados de exames		
Sim	98	30,7
Não	221	69,3
Orientação sobre acompanhamento puerperal		
Sim	38	11,9
Não	281	88,1
Orientação sobre qual hospital buscar em caso de emergência		
Sim	273	85,6
Não	25	7,8
Total	319	100,0

A classificação de risco das mulheres esteve presente em 71,5% na carteira de pré-natal. Mais da metade (57,4%) continha anotação sobre problemas no pré-natal, patologia prévia (54,9%); ultrassonografia morfológica (58,0%); e 6 ou mais registros da IG (81,5%) na carteira de pré-natal. Entretanto, 79,6% não apresentou preenchimento do gráfico de peso e avaliação do edema (88,7%); e 56,4% apresentou somente até dois registros da AF (Figura 1).

Quanto aos exames realizados anotados em carteira de pré-natal, mais da metade das mulheres (56,2%) não apresentou o registro da realização do exame *Streptococcus agalactiae*, teste de tolerância oral à glicose (30,1%) e eletroforese de hemoglobina (50,8%) (Figura 1).

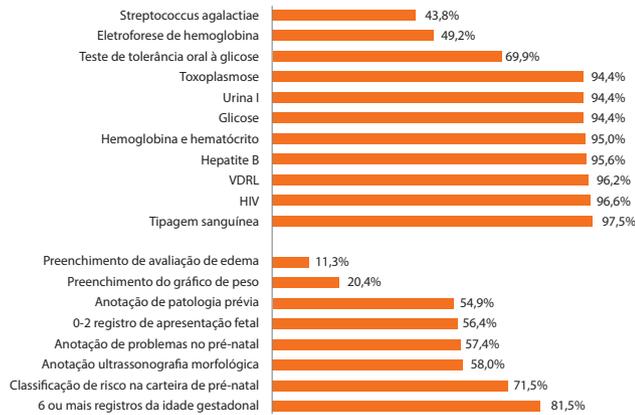


Figura 1 - Distribuição de registros dos exames e anotações da carteira no pré-natal de alto risco, Londrina, Paraná, Brasil, 2017

Esteve presente na amostra do estudo as seguintes comorbidades: hipertensão (39,8%); diabetes *mellitus* (23,8%); pré-eclampsia (16,3%); e obesidade (9,4%). Vale ressaltar que quanto ao estilo de vida, 80,6% das mulheres eram sedentárias.

Quanto ao pré-natal, encontrou-se 74% de adequação; 22,6% foi classificado como intermediário, e 3,4% como inadequado.

Dentre os cuidados registrados na carteira pré-natal e relato da mulher, a grande maioria (98,7%) verificou ausculta do BCF, AU (98,7%); peso materno (98,4%); PA (98,7%); e (89,0%) relataram não ter sido realizado o exame de mamas na consulta pré-natal.

A totalidade da amostra realizou pré-natal, sendo que 81,5% o iniciou antes da 14ª semana de IG e 92,4% realizou seis ou mais consultas (Tabela 3).

Em relação ao pré-natal, 21,3% das gestantes foram atendidas na Atenção Primária e encaminhadas para o ambulatório de alto risco no final da gestação, para a realização do parto. Entretanto, 78,7% dos atendimentos ocorreram concomitantemente na Atenção Primária e Secundária, sendo este último em ambulatório especializado para gestação de alto risco, apresentando 82,6% de eficiência. Encontrou-se 32,5% de ineficiência na Atenção Primária. Houve associação estatisticamente significativa entre o local da realização e a qualidade do pré-natal ($p=0,005$). O risco de atendimento pré-natal ineficiente para as mulheres deste estudo, na Atenção Primária, foi 64% maior do que na Atenção Primária associada à Atenção Secundária. Também verificou-se diferença estatística entre a cidade na qual se realizou o pré-natal e a qualidade do pré-natal ($p=0,003$). Mulheres que realizaram pré-natal em outros municípios tiveram 54% maior probabilidade de eficiência no seguimento do que aquelas que realizaram em Londrina (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da qualidade do pré-natal, segundo algumas características deste seguimento, Londrina, Paraná, Brasil, 2017

Variável	Qualidade do pré-natal Eficiente		Qualidade do pré-natal Não Eficiente		Total		OR	Valor de p*
	n	%	n	%	n	%		
Local de realização do pré-natal								
Atenção Primária	41	17,4	27	32,5	68	21,3	0,436	0,005
Atenção Secundária e Atenção Primária	195	82,6	56	67,5	251	78,7		
Cidade de realização do pré-natal								
Londrina	91	38,6	48	57,8	139	43,6	0,458	0,003
Outros municípios do Paraná	145	61,4	35	42,2	180	56,4		
Tempo de espera para acompanhamento de alto risco								
Até 1 semana	41	21,1	17	29,8	58	23,1	-	0,210
Acima de 1 semana	153	78,9	40	70,2	193	76,9		
Início do pré-natal								
<14ª semana	216	92,3	39	49,4	255	81,5		
14ª - 27ª semana	18	7,7	36	45,6	54	17,3	-	0,0001
>27ª semana	-	-	4	5,1	4	1,3		
Número de consultas realizadas								
6 ou mais	234	99,2	57	72,2	291	92,4		
0-2	-	-	1	1,3	1	0,3		0,0001
3-5	2	0,8	21	26,6	23	7,3		
Número de ultrassonografia no 1º trimestre								
1	113	47,9	37	44,6	150	47,0		
2 ou mais	100	42,4	22	26,5	122	38,2	-	0,0001
Sem registro	23	9,7	24	28,9	47	14,7		
Idade gestacional na 1ª ultrassonografia								
Até 14ª semana	193	81,8	47	56,6	240	75,2	-	
15ª a 27ª semana	26	11,0	22	26,5	48	15,0		0,0001
Acima da 27ª semana	-	-	3	3,6	3	0,9		
Coleta de citologia oncológica								
Colhido em menos de 1 ano	61	25,8	31	37,8	92	28,9		
Colhido no pré-natal	91	38,6	39	47,6	130	40,9	-	0,0001
Não realizado	84	35,6	11	14,6	95	30,2		

Continua

Continuação da Tabela 3

Variável	Qualidade do pré-natal Eficiente		Qualidade do pré-natal Não Eficiente		Total		OR	Valor de p*
	n	%	n	%	n	%		
Participação em grupo de gestantes								
Sim	60	25,4	15	18,1	75	23,5	-	
Não	176	74,6	68	81,9	244	76,5		0,174
Orientação de qual hospital buscar em emergência								
Sim	185	78,4	56	67,5	241	75,5	1,749	0,046
Não	51	21,6	27	32,5	78	24,5		
Intervalo entre última consulta e parto								
0-15 dias	213	90,3	67	80,7	280	87,8	2,212	0,031
16 dias e mais	23	9,7	16	19,3	39	12,2		
Total	236	100,0	83	100,0	319	100,0		

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p < 0,05$).

Não houve significância estatística entre tempo de espera para acompanhamento de alto risco com o desfecho qualidade pré-natal ($p=0,210$). Porém, 18,1% das mulheres aguardaram até 1 semana para início do acompanhamento de alto risco. Houve significância estatística entre o início do pré-natal e qualidade pré-natal ($p=0,0001$). A grande maioria (92,3%) que iniciou o pré-natal antes de 14 semanas de IG teve seguimento eficiente. O número de consultas também se associou com a qualidade do pré-natal ($p=0,0001$); 99,2% das mulheres que realizaram 6 ou mais consultas tiveram pré-natal eficiente. Já inseridas no pré-natal, a coleta de citologia oncótica apresentou diferença estatística significativa ($p=0,0001$) (Tabela 3).

Houve associação estatística significativa entre o número de ultrassonografias no primeiro trimestre ($p=0,0001$); IG do primeiro ultrassom ($p=0,0001$) e qualidade pré-natal. Quanto maior o número de ultrassonografias realizadas no primeiro trimestre, melhor eficiência no pré-natal. Por outro lado, quanto maior a IG na realização da 1ª ultrassom, maior o declínio na eficiência do pré-natal (Tabela 3).

Houve diferença estatística significativa entre o intervalo da última consulta pré-natal para o parto ($p=0,031$); orientação sobre qual hospital buscar durante emergência ($p=0,046$); e a qualidade do pré-natal. Mulheres com intervalo da última consulta e o parto entre 16-30 dias tiveram 21% de risco de ineficiência no pré-natal, e a não orientação para procura do hospital de referência determinou 25% de ineficiência na qualidade do pré-natal (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Estudos mostram o aumento da cobertura da atenção pré-natal em todo o país nos últimos dez anos, no entanto a qualidade do pré-natal tem se encontrado inadequada. Dentre os fatores que contribuem para a baixa qualidade da atenção pré-natal, destacam-se a não realização dos exames laboratoriais de rotina, procedimentos básicos recomendados, prescrições e orientações durante as consultas^(3,10-11).

A presente pesquisa apontou que a qualidade do pré-natal foi influenciada pelo seguimento assistencial do serviço de saúde, pela cidade na qual foi realizado, seu início, número de consultas, número de ultrassonografias no primeiro trimestre, IG na primeira ultrassonografia, coleta de citologia oncótica, orientação sobre hospital referência para emergência e intervalo entre a última consulta de pré-natal e o parto.

A caracterização social e demográfica das mulheres neste estudo, em relação à idade, situação conjugal e escolaridade foi semelhante à encontrada em outros estudos, com predomínio de gestantes em idade reprodutiva favorável, com companheiro e ensino médio⁽¹¹⁻¹³⁾. Por outro lado, a renda familiar ficou acima da encontrada em outras pesquisas⁽¹²⁻¹³⁾.

Neste estudo, apesar de a gravidez não ter sido planejada, houve início precoce do pré-natal. Vale ressaltar a ocorrência da falha pessoal no planejamento reprodutivo, apesar da vulnerabilidade inerente à gestação de risco e seus possíveis agravos.

Considera-se gestação de alto risco, situações nas quais a saúde da mulher é acometida por complicações relativas a doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez, parto ou puerpério, geradas por fatores orgânicos ou socioeconômicos e demográficos desfavoráveis. A gestante de risco deve ser encaminhada ao serviço de referência, tendo o cuidado garantido no estabelecimento de origem desde o momento do encaminhamento até o final da gestação, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde, assegurando atendimento adequado em tempo oportuno. A avaliação de risco deve ocorrer individualmente durante a anamnese, com reavaliação do risco gestacional em todas as consultas do pré-natal⁽¹⁴⁾.

O conhecimento das mulheres sobre o encaminhamento para a gestação de alto risco foi satisfatório, ocorrendo continuidade no acompanhamento pela Unidade Básica de Saúde. Semelhante a outro estudo⁽¹⁵⁾, observou-se grande proporção de mulheres que não visitaram a maternidade durante o acompanhamento pré-natal.

Acredita-se que a visita à maternidade no pré-natal, pode não estar ocorrendo devido ao profissional não identificar a importância da visita, fato este que pode estar sendo influenciado pela equipe, instituição e organização da equipe. Ainda que a vinculação das gestantes à maternidade de referência para atenção ao parto esteja regulamentada desde 2007 (Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007) e seja uma recomendação da Rede Cegonha, na integração dos serviços de atenção pré-natal e ao parto, almejando o acolhimento das parturientes e a garantia de leito para internação, melhorias são necessárias, objetivando evitar a peregrinação das gestantes, ainda frequentes em muitos locais do país⁽¹¹⁾.

Um estudo nacional sobre indicadores da qualidade no pré-natal evidenciou que dentre as orientações recebidas, a amamentação exclusiva é a mais oferecida. O estudo ressaltou que as orientações se associam com a idade materna; quanto maior a faixa etária, maiores as proporções de orientações recebidas.

Em relação à renda, mulheres de mais baixa renda receberam menos orientações durante o pré-natal. Outro dado evidenciado foi a relação quanto ao porte do município, pois quanto maior, maiores as prevalências de orientações fornecidas às gestantes durante o pré-natal⁽¹⁶⁾. Diferente da presente pesquisa, Londrina apresentou pré-natal ineficiente.

Os principais cuidados realizados no pré-natal estão direcionados ao exame físico, sendo eles, peso materno, PA, AU e ausculta dos BCF^(9,16-17). Observou-se que dentre os cuidados realizados no presente estudo, as informações no pré-natal foram insuficientes, sendo direcionadas às situações de emergência e realização de exame físico. O acompanhamento pré-natal deve atingir as necessidades individuais da mulher, com escuta ativa, identificação de dúvidas e medos.

O fornecimento de orientações não implica custos para o SUS, sendo unicamente dependente da atitude dos profissionais. Diante desta temática, é questionável se a formação profissional pode estar escassa ou se a falta de tempo durante a jornada, caracterizada pelo cumprimento de metas estabelecidas pela gestão, pode estar comprometendo a qualidade do serviço⁽¹⁶⁾.

A realização de grupos de gestantes pode ser um recurso valioso, por ser um forte canal de orientação. Entretanto, para a amostra em estudo, esta ação de saúde não foi implementada durante o pré-natal. Acredita-se que o enfermeiro, ao conduzir atividades em grupo, consiga atingir um número importante de mulheres em um único momento, sendo esta estratégia educativa benéfica à saúde da gestante, contribuindo com a eficácia do pré-natal.

Semelhante a outro estudo, a cobertura de exames preconizados realizados no pré-natal foi satisfatória⁽³⁾. Porém, verificou-se que os exames realizados com menor frequência foram para a detecção de *Streptococcus agalactiae*, o teste de tolerância oral à glicose e eletroforese de hemoglobina.

O acompanhamento do pré-natal da amostra em estudo, realizado na Atenção Secundária, concomitante à Atenção Primária, demonstrou qualidade eficiente. Pode-se inferir que o nível de qualidade encontrado foi determinado por fatores, como estar estruturado em ambulatório de risco; acesso a insumos necessários para este seguimento; disponibilidade de exames específicos; e profissionais preparados para atender este grupo populacional.

A cidade na qual o pré-natal foi realizado também foi determinante na qualidade deste cuidado. Mulheres que realizaram pré-natal na Atenção Básica de outros municípios do Paraná apresentaram maior qualidade no acompanhamento. Este fato pode estar sendo determinado pela sobrecarga de trabalho dos profissionais que prestam o serviço de pré-natal no município de Londrina, assim como pela maior demanda do serviço quando comparada a outros municípios. De qualquer maneira, esta evidência apontada no presente estudo necessita de maior aprofundamento para seu real entendimento.

Este estudo comprovou adequação da cobertura pré-natal semelhante a outros estudos^(3,11,18), resultando em um pré-natal eficiente. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o número adequado de consultas no pré-natal deve ser igual ou superior a seis. Atenção especial deve ser dispensada às grávidas com maiores riscos, onde as consultas devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 a 36 semanas e semanais no termo. Vale ressaltar que não existe alta do pré-natal, devendo manter-se

a consulta até o momento do parto⁽²⁾.

A avaliação e a estratificação de risco da gestação devem acontecer na primeira e demais consultas do pré-natal, permitindo a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez⁽¹⁹⁾.

Vale ressaltar que houve um percentual significativo de ineficiência no pré-natal entre as mulheres que não tinham informação na caderneta de gestante sobre a realização de ultrassom no primeiro trimestre. A falta de registros na carteira pré-natal é algo que pode interferir na qualidade deste cuidado. Este documento é um importante meio de comunicação entre as equipes para melhor assistência.

O aprimoramento da qualidade da assistência pré-natal envolve o adequado registro no cartão da gestante para diagnóstico do risco gestacional, capacitação técnica continuada dos profissionais da saúde, bem como o cumprimento das normas técnicas pré-estabelecidas e comprometimento com as necessidades da população⁽²⁰⁾.

Notou-se também que a realização da primeira ultrassonografia até a 14ª semana gestacional apontou para o pré-natal eficiente, mostrando mais uma vez que o início precoce do pré-natal favorece a realização precoce da ultrassonografia e, conseqüentemente, possíveis diagnósticos em tempo hábil.

A investigação das práticas básicas do pré-natal é sugerida por alguns autores que afirmam que apesar de fazerem parte da rotina, nem sempre são executadas⁽²¹⁾.

A coleta de citologia oncológica é um exemplo desta situação e foi verificada no presente estudo, também apontando a qualidade eficiente do pré-natal. A gravidez pode ser um período para a realização de exames preventivos. Estudos mostram que o exame ginecológico é o exame menos realizado na assistência pré-natal⁽¹⁶⁾.

O exame Papanicolaou é de extrema importância na diminuição de morbimortalidade feminina por câncer de colo do útero. É um exame de baixo custo, fácil de ser aplicado, sem nenhum ônus e prejuízo para a paciente. A gravidez representa uma boa oportunidade para prevenção deste tipo de câncer, tendo em vista que as gestantes comparecem com maior frequência à Unidade de Saúde.

Observou-se, no presente estudo, que a última consulta do pré-natal ocorreu no período de até 15 dias antes do parto, sendo determinante na eficiência do pré-natal. Notou-se, também, que quanto maior o intervalo entre a última consulta pré-natal e o parto, o pré-natal foi ineficiente. O final da gestação é o período no qual pode haver maior probabilidade de intercorrências obstétricas, devendo a gestante ser acompanhada com frequência, finalizando seu seguimento quando esta for admitida na maternidade para a realização do parto⁽²²⁾.

No pré-natal de alto risco, a periodicidade das consultas é determinada pela equipe responsável, de acordo com as necessidades e prioridades de cada gestante. A equipe de saúde, que realiza o seguimento da gestação de alto risco, deve considerar: avaliação clínica, avaliação obstétrica, repercussões entre as condições clínicas da gestante e a gravidez, determinação da via de parto, aspectos emocionais e psicossociais⁽²³⁾.

A orientação sobre qual hospital procurar em caso de emergência resultou no pré-natal eficiente. Estudos mostram ser baixa a proporção de gestantes orientadas sobre a maternidade de referência à internação para o parto^(3,11). Uma das falhas encontradas no acompanhamento pré-natal deve-se à precariedade na articulação entre os serviços de assistência pré-natal e ao parto⁽¹¹⁾.

Limitações do estudo

Como limite deste estudo, aponta-se o caráter transversal que avaliou o objeto por um determinado tempo. Entretanto, as informações são representativas e podem servir como base para novos estudos.

Contribuições para a área da Enfermagem e Saúde

O presente estudo apontou um diagnóstico importante aos profissionais da área da Saúde, podendo servir de subsídio para o aperfeiçoamento da assistência pré-natal.

CONCLUSÃO

A qualidade do pré-natal entre as mulheres deste estudo foi influenciada pelo local, isto é, cidade de realização do pré-natal, início do pré-natal, número de consultas realizadas, número de

ultrassonografia realizada no primeiro trimestre, IG na primeira ultrassonografia, coleta de citologia oncológica, orientação de qual hospital buscar em emergência e intervalo entre a última consulta de pré-natal e parto.

Diante desses achados, a adequação do pré-natal foi satisfatória, porém identificaram-se lacunas a serem trabalhadas na organização da atenção pré-natal de alto risco, assim como na assistência propriamente dita, almejando qualificação no acompanhamento. A falta de orientação às gestantes foi um dado importante, que ressalta a necessidade de que as equipes que realizam o pré-natal de alto risco revejam suas práticas educativas.

Para o alcance da qualidade assistencial ao pré-natal, gestores de saúde devem proporcionar valorização aos profissionais pré-natalistas, assim como educação continuada para aperfeiçoamento das equipes interdisciplinares e inclusão da enfermeira obstetra na Atenção Primária e Secundária do serviço de saúde. Sugere-se a implementação de protocolos específicos à gestação de alto risco, a fim de alcançar a efetividade na assistência pré-natal.

REFERÊNCIAS

1. Fekadu M, Regassa N. Skilled delivery care service utilization in Ethiopia: analysis of rural-urban differentials based on national demographic and health survey (DHS) data. *Afr Health Sci*. 2014;14(4):974-84. doi: 10.4314/ahs.v14i4.29
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2018 Apr 12] (Cadernos de Atenção Básica nº 32). Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
3. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGNL, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 12];37(3):140-7. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt>
4. 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. doi: 10.1590/S0100-72032014000200003
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [cited 2018 Apr 12]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
6. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos-Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(7): 1999-2010. doi: 10.1590/1413-81232014197.08622013
7. Baretta PA. Fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra. *Estatística aplicada às ciências sociais*. 8ª ed. Florianópolis: UFSC; 2012
8. Organização Mundial da Saúde (OMS). Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna [Internet]. Geneva: OMS; 2011 [cited 2018 Apr 12]. Available from: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=guias-clinicas-3&alias=405-avaliacao-da-qualidade-do-cuidado-nas-complicacoes-graves-da-gestacao-a-abordagem-do-near-miss&Itemid=219&lang=es
9. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, 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. doi: 10.1590/S0100-72032010001100008
10. 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*. 2016;24(2):252-61. doi: 10.1590/1414-462X201600020171
11. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme-Filha MM, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl. 1):S1-15. doi: 10.1590/0102-311X00126013
12. Santos JGC, Silva JMC, Passos AMPR, Monteiro BKSM, Maia MM, Silva, RA, et al. Peso materno em gestantes de baixo risco na atenção pré-natal. *Int J Nutr*. 2017;10(2):5-15
13. Moraes AODS, Simões VMF, Rodrigues LS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA, et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(6):e00032016. doi: 10.1590/0102-311x00032016

14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2018 Apr 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html
15. Pedraza DF. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina Grande, Paraíba. *Cad Saúde Colet*. 2016;24(4):460-7. doi: 10.1590/1414-462x201600040092
16. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(3):e00195815. doi: 10.1590/0102-311x00195815
17. Valente MMQP, Freitas NQ, Áfio ACE, Sousa CSP, Evangelista DR, Moura ERF. Prenatal care: a look at the quality. *Rev Rene* [Internet]. 2013;14(2):280-9 [cited 2018 Apr 12]. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3376>
18. Alves VM, Nicácio TS, Oliveira RMS, Pereira-Netto M. Qualidade da assistência pré-natal numa Unidade Básica de Saúde do município de Juiz de Fora – MG [Internet]. *J Manag Prim Heal Care*. 2016 [cited 2018 Apr 12];7(1):153-3. Available from: <http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/495.pdf>
19. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Superintendência de Atenção à Saúde. Caderno de atenção no pré-natal risco habitual [Internet]. Curitiba: SESA; 2013 [cited 2018 Apr 12]. Available from: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf6.pdf>
20. Paris GF, Pelloso SM, Martins PM. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(10):447-52. doi: 10.1590/S0100-72032013001000004
21. Santana JEO, Santos M, Machado ILD. A importância da realização do papanicolaou em gestantes: uma revisão de literatura. *Cad Grad Ciênc Biol Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2018 Apr 12];17(1):39-48. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/581>
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2018 Apr 12]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-em-Obstetrícia-versao-26-de-maio-4-.pdf>
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2018 Apr 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf