

Qualidade do pré-natal: impacto da infraestrutura e do processo de trabalho

Quality of prenatal: impact of infrastructure and work process

Calidad de la atención prenatal: impacto de la infraestructura y el proceso de trabajo

Recebido: 23/07/2020 | Revisado: 04/08/2020 | Aceito: 10/08/2020 | Publicado: 15/08/2020

Daniela Dal Forno Kinalski

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5487-6655>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: daniela.kinalski@gmail.com

Vânia Maria Fighera Olivo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6383-3390>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: vaniafolivoufsm@gmail.com

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3825-9734>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: jessyesm@hotmail.com

Resumo

Objetivo: avaliar a qualidade do pré-natal de risco habitual por meio dos indicadores de estrutura e processo. Metodologia: pesquisa quantitativa do tipo epidemiológico descritivo transversal observacional que seguiu o referencial teórico de Donabedian. A coleta de dados se deu por meio da utilização de um questionário denominado IPR-PRENATAL em 13 Estratégias de Saúde da Família, no período de setembro a outubro de 2017. Resultados: evidenciou-se que, no geral, a infraestrutura foi considerada adequada. Na variável processo de trabalho, 92,3% das gestantes acompanhadas realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal e a de puerpério, 69,2% concretizam a primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gestação, 53,8% dos profissionais identificam se a primeira consulta foi posterior ao quarto mês de gestação. Considerações finais: conclui-se que as Estratégias de Saúde da Família são estruturalmente satisfatórias no que se diz respeito ao suprimento de equipamentos permanentes e de medicamentos e suplementos na atenção ao pré-natal. Quanto ao processo de trabalho é necessário investir no aumento do uso de indicadores em relação a gestão da informação e a utilização das tecnologias leves.

Palavras-chave: Gestantes; Cuidado pré-natal; Indicadores de saúde; Avaliação em saúde; Atenção primária à saúde.

Abstract

Objective: to assess the quality of prenatal care at usual risk using structure and process indicators. **Methodology:** quantitative research of the observational descriptive transversal observational type that followed the Donabedian theoretical framework. Data collection took place through the use of a questionnaire called IPR-PRENATAL in 13 Family Health Strategies, from September to October 2017. **Results:** it was shown that, in general, the infrastructure was considered adequate. In the variable work process, 92.3% of the monitored pregnant women had at least six prenatal consultations and that of the puerperium, 69.2% completed the first prenatal consultation in the first trimester of pregnancy, 53.8% of the professionals identify whether the first consultation was after the fourth month of pregnancy. **Final considerations:** it is concluded that the Family Health Strategies are structurally satisfactory with regard to the supply of permanent equipment and medication and supplements in prenatal care. As for the work process, it is necessary to invest in increasing the use of indicators in relation to information management and the use of light technologies.

Keywords: Pregnant Women; Prenatal care; Health indicators; Health evaluation; Primary health care.

Resumen

Objetivo: evaluar la calidad de la atención prenatal en riesgo habitual mediante indicadores de estructura y proceso. **Metodología:** investigación cuantitativa de tipo descriptivo transversal observacional que siguió el marco teórico de Donabedian. La recolección de datos se realizó mediante el uso de un cuestionario denominado IPR-PRENATAL en 13 Estrategias de Salud de la Familia, de septiembre a octubre de 2017. **Resultados:** se demostró que, en general, la infraestructura se consideró adecuada. En la variable proceso de trabajo, el 92,3% de las gestantes monitoreadas tuvo al menos seis consultas prenatales y la del puerperio, el 69,2% completó la primera consulta prenatal en el primer trimestre del embarazo, el 53,8% de las Los profesionales identifican si la primera consulta fue después del cuarto mes de embarazo. **Consideraciones finales:** se concluye que las Estrategias de Salud de la Familia son estructuralmente satisfactorias en cuanto al suministro de equipos permanentes y medicamentos y suplementos en la atención prenatal. En cuanto al proceso de trabajo, es

necesario invertir en incrementar el uso de indicadores en relación a la gestión de la información y el uso de tecnologías ligeras.

Palabras clave: Mujeres embarazadas; Cuidado prenatal; Indicadores de salud; Evaluación de Salud; Atención primaria de salud.

1. Introdução

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. Destaca-se que para a sua humanização, e, de certa forma, a sua qualificação faz-se necessário um olhar ampliado do profissional de saúde sobre o processo saúde/doença, além da importância de estabelecer novas bases entre os diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde para esta população (Brasil, 2006).

No entanto, estudos vem discutindo que a atenção à mulher na gestação e no parto permanece como um desafio para a assistência. No cenário Brasileiro, relatam a existência de falhas na assistência pré-natal, tais como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas, realização incompleta dos procedimentos preconizados, falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto, afetando, desta forma, sua qualidade e efetividade (Domingues, Hartz, & Leal, 2012; Balsells *et al.*, 2018; Moraes, Lima, & Silva, 2020).

Conjuntamente com isso, destaca-se a escassez de dados de abrangência relativos à assistência de um pré-natal de qualidade no cenário brasileiro. As informações sobre a qualidade e efetividade desta atenção à saúde são verificadas pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). No entanto, ao olharmos para os resultados deste sistema de informação, observa-se um aumento da cobertura de pré-natal no país, alcançando valores próximos a 100% em 2011 (Brasil, 2020). Entretanto, esse sistema só permite analisar quantitativamente, como por exemplo, o número de consultas realizadas, além de se restringir às gestações que resultaram num nascido vivo. Fato esse, que não demonstra a real qualidade do aumento dessa cobertura de pré-natal no Brasil (Viellas *et al.*, 2014).

Nesse sentido, observa-se pouco investimento em estudos e ações no Brasil que avaliem como está se dando as consultas ofertadas pelos profissionais, ou seja, não se têm a real qualidade dessa assistência. Sabe-se que esta análise pode ser a principal aliada para retratar com maior fidedignidade o processo do atendimento, além de ser considerada como um fator de extrema importância nos prognósticos materno e infantil.

Diante disso, destaca-se a real necessidade de se estar olhando para além dos índices

satisfatórios de indicadores de saúde. Este entendimento já vinha motivando o surgimento de políticas públicas que ressaltam o ciclo gravídico-puerperal (Balsells *et al.*, 2018). Têm-se como principal política/programa e referência para a busca desta qualidade da atenção para esta a população: O Programa de Humanização do Pré-Natal e nascimento (PHPN) (Brasil, 2000; Brasil, 2014).

Este teve como elementos estruturadores a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos. O PHPN tem como principal objetivo reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, proporcionar atendimento humanizado e melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e do recém-nascido (Brasil, 2014).

Diante disso, com a implantação do PHPN, o atendimento destinado à saúde da mulher passa a ter um enfoque diferenciado. Tem-se a preocupação com a qualidade do atendimento, estabelecendo a humanização como um dos princípios norteadores da assistência (Brasil, 2000; Brasil, 2014).

Essa qualidade evidenciada na PHPN e, de acordo com o referencial teórico proposto por Donabedín, é contextualizada como uma propriedade da atenção em saúde que pode ser obtida em diversos graus ou níveis. A teórica estabelece três dimensões para a qualidade: a técnica, a interpessoal e a ambiental. A técnica se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde; a interpessoal é referente à relação que se estabelece entre o prestador de serviço e o cliente; e a ambiental refere-se às comodidades oferecidas a clientela em termo de conforto e de bem-estar (Donabedian, 1990).

Donabedian relata que a partir dessas três dimensões teóricas desenvolveu-se um quadro conceitual para o entendimento da qualidade em saúde por meio dos conceitos de Estrutura, Processo e Resultado. Considera a Estrutura, como os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para as atividades da assistência. O Processo refere-se às atividades que envolvem os profissionais de saúde e clientes, com base em padrões aceitos, o cumprimento das ações, a humanização e os princípios éticos. E o Resultado que é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação dos padrões e expectativas da cliente (Donabedian, 1990).

Assim, diversos estudos vêm sendo realizados para estabelecer parâmetros de avaliação da assistência ofertada durante o processo gestacional e de acordo com o conceito de qualidade. Esses são desenvolvidos com o intuito de se avaliar não apenas os aspectos quantitativos do processo, e sim, entender a dimensão subjetiva desse cuidado (Nogueira, Justino, Tavares, & Morais, 2012). Desta forma, destaca-se, o Índice Infraestrutura, Processo

de trabalho e Resultados no Pré-natal (IPR/PN) (Silva, 2012).

O IPR/PN foi criado com base nas diretrizes do PHPN. O instrumento avalia a qualidade do pré-natal com base em elementos quantitativos e qualitativos, distribuídos na tríade infraestrutura, processo de trabalho e resultados (Silva, 2012). Essa tríade é baseada na proposta de avaliação de qualidade de atenção de acordo com o referencial teórico de Donabedian descrito acima (Donabedian, 1990).

Seguindo este referencial e o IPR/PN aponta-se que a infraestrutura e o processo de trabalho são indispensáveis na promoção e adequação de um pré-natal de qualidade. O primeiro está relacionado com o ambiente e com a necessidade que o profissional precisa em relação aos recursos materiais e de insumos (equipamentos, medicamentos, apoio laboratorial) para realização de ações assistenciais completas e constantes. O segundo, o processo de trabalho, avalia a relação direta entre profissionais e gestantes (percentual de cobertura, número de consultas, exames básicos, consulta de puerpério, abordagem multiprofissional, utilização de indicadores para monitoramento e educação permanente em saúde) (Silva, 2012; Silva, Lima, Costa, & Filho, 2013).

Nesse sentido, para identificar a qualidade da atenção ao pré-natal se torna imprescindível avaliar esta assistência. Estrutura e processo são áreas que merecem atenção especial quando se pretende avaliar quaisquer práticas de saúde. A melhor estratégia na busca da qualidade das ações de saúde requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos destas abordagens. Avaliar a partir destes componentes permite um diagnóstico mais completo da real qualidade da atenção ao pré-natal (Silva, Leite, Lima, & Osório, 2019).

Assim, a partir da importância de se avaliar a qualidade da atenção ao pré-natal, este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade do pré-natal de risco habitual por meio dos indicadores de estrutura e processo nos serviços de Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do Rio Grande do Sul (RS). Acredita-se que este estudo contribuirá na construção do conhecimento sobre os indicadores de estrutura e processo e a relevância da sua aplicação prática para promover qualidade na atenção à saúde das gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

2. Metodologia

Este estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo epidemiológico descritivo transversal observacional (Pereira, 2006). Seguiu-se o referencial teórico de Donabedian para

avaliar a qualidade do pré-natal por meio dos indicadores de estrutura e processo (Donabedian, 1990).

Para a avaliação destes indicadores, utilizou-se o questionário denominado “IPR/Pré-natal”. O IPR/Pré-natal foi desenvolvido com base na tríade avaliativa estrutura-processo-resultado do referencial teórico de Donabedian. Desta forma, as variáveis que são avaliadas, constituem-se no interm do conceito de cada indicador proposto pela teórica (Donabedian, 1990).

O questionário foi desenvolvido e validado em um estudo da Universidade Federal da Paraíba, e aplicado no cenário da APS da cidade de João Pessoa. A autora do questionário relata que este instrumento se mostra mais qualificado em relação aos índices de avaliação de pré-natal já estabelecidos na literatura científica, pois avalia de forma mais abrangente os indicadores e com base nas diretrizes do PHPN (Silva, 2012; Silva *et al.*, 2013).

Diante disso, optou-se por utilizar este instrumento no cenário de Santa Maria. Esta localidade apresenta uma população de 246.544 habitantes, situado na região central do Rio Grande do Sul, Brasil, sendo aproximadamente 75% atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE,2010). A rede pública de APS deste município é constituída por diferentes tipos de serviços, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde: Unidades Básicas de Saúde (UBS), contendo nestas a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF). Contemplam 31 serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), destas 18 UBS (14 urbanas e 4 distritais), das quais 5 contam com EACS e 13 ESF, que contam com 16 equipes e 2 Policlínicas.

As ESF do referido município contam com a população de, muitas vezes, mais de 4000 usuários para cada unidade, trabalham com uma equipe mínima de enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e a incompletude do total necessário de agentes comunitários por território, bem como, a baixa cobertura do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) para as equipes dos serviços de ESF.

A coleta de dados desta pesquisa ocorreu no mês de setembro e outubro do ano de 2017 e contou com a participação de um profissional de referência, médico e/ou enfermeiro dos 13 serviços de ESF do município. A escolha se deu de modo intencional, e tinha como critério de escolha realizar a consulta de pré-natal ou conhecer a estrutura e processo do pré-natal do seu serviço. Nesse estudo, a participação foi de 12 enfermeiras e 1 médico que responderam o questionário utilizado.

Assim, teve-se como critério de inclusão: ser profissional da rede pública de APS no serviço de ESF, e como critérios de exclusão: ser profissional contratado que não pertencesse

ao quadro efetivo do município (residentes e estagiários), ou que estivessem em atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período de coleta de dados.

Em relação as variáveis analisadas e a sua interpretação, destaca-se que o IPR/Pré-natal, corresponde a infraestrutura (I), processo (P). Para cada questão de cada um dos componentes, atribui-se o valor 1 para adequado, quando em conformidade com os critérios estabelecidos, e 0 para inadequado, conforme descrição abaixo.

Na avaliação da componente estrutura, as seis questões de análise estavam relacionadas ao ambiente onde é realizada a atenção ao pré-natal nos serviços e foram classificadas como adequadas (valor = 1) os serviços que apresentavam: instalação em prédio construído para o fim específico (sem adaptação de outras construções), identificação explícita dos dias e horários de pré-natal, apoio para exames laboratoriais (no local ou de referência), equipamentos, recursos materiais (higiênico-sanitários e para gestão da informação) e medicamentos/suplementos importantes para o pré-natal segundo recomendações do PHPN (Silva, 2012; Silva *et al.*, 2013).

Para o processo de trabalho, as seis questões de análise obtinham o valor 1 (“adequado”) quando os serviços se apresentavam em conformidade com os seguintes critérios: percentual de cobertura da população de abrangência, tomando como referência as mulheres em idade fértil, percentual de cobertura de gestantes acompanhadas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, que apresentaram no mínimo seis consultas, fizeram os exames laboratoriais básicos e realizaram a consulta de puerpério (para a cobertura ter o percentual mínimo de 90% é considerado “adequado”) (Silva, 2012; Silva *et al.*, 2013).

As demais variáveis do processo referiam-se à abordagem multiprofissional no pré-natal (“adequado” quando a atenção envolve mais de dois núcleos profissionais), procedimentos clínico-obstétricos, temas abordados durante a consulta de pré-natal (estes considerados “adequados” segundo o que recomenda a PHPN). Também é considerado “adequado” os serviços que apresentavam materiais da gestão de informação, que utilizavam pelo menos algum indicador para monitorar a atenção ao pré-natal e que realizavam estratégias de educação permanente segundo as diretrizes da PHPN (Silva, 2012; Silva *et al.*, 2013).

Estes dados foram processados e analisados de forma eletrônica, a partir da construção de um banco de dados digitados em planilha do Excel utilizando-se dupla digitação independente, com verificação de erros e inconsistências, a fim de garantir a exatidão dos dados. A análise dos dados foi realizada no SPSS versão 20. A interpretação dos resultados das variáveis ocorreu pelo cálculo das frequências absolutas e relativas.

Respeitaram-se os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012, que define as diretrizes e normas regulamentadoras das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria.

3. Resultados

A Tabela 1, abaixo, descreve a infraestrutura dos serviços de ESF da assistência ao pré-natal no município de Santa Maria. Destaca-se a avaliação a partir das variáveis: edificação do serviço (unidade de saúde construída em prédio próprio e identificação de da realização de pré-natal); suprimento de materiais; existência de medicamentos/ suplementos e apoio laboratorial.

Tabela 1 - Infraestrutura dos serviços de Estratégia de Saúde da Família de assistência ao pré-natal. Santa Maria, RS, Brasil, 2020.

Variáveis	Freq. Absoluta (n=13)	Freq. Relativa (%)
Unidade de Saúde construída em prédio próprio		
Adequado	7	53,8
Inadequado	6	46,2
Sector com identificação explícita de pré-natal		
Adequado	6	46,2
Inadequado	7	53,8
Suprimento de materiais		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Existência de medicamentos/suplementos		
Adequado	1	7,7
Inadequado	12	92,3
Existência de apoio laboratorial		
Adequado	9	69,2
Inadequado	4	30,8

Fonte: elaborado pelo autor (2020).

Por meio dela pode-se observar que 53,8% das edificações das ESF foram construídas em prédio próprio, ou seja, são de propriedade da prefeitura deste município. Quanto a identificação de que nas ESF existe o serviço de pré-natal, 53,8 % dos estabelecimentos de saúde não possuem qualquer identificação, nem mesmo o horário e os profissionais responsáveis. Destaca-se que em relação ao suprimento de equipamentos permanentes (estetoscópio clínico, esfigmomanômetro, fita métrica inelástica, foco de luz, mesa para exames ginecológicos, sonar doppler, entre outros) e materiais higiênicos-sanitários (luvas descartáveis, lençóis nas mesas ginecológicas), e os que respaldam a gestão da informação (cartão da gestante, ficha de requisição de exames, de encaminhamentos, de prescrição de encaminhamentos, mapa de registro diário, ficha perinatal) teve-se 100% de adequação.

Quanto à existência de medicamentos/suplementos de uso no pré-natal 92,3% não possuem as mesmas nas ESF deste município. Observa-se, também, que nestes serviços 69,2% possuem todos os exames de rotina ofertados.

No que diz respeito ações realizadas no acompanhamento do pré-natal, envolvendo a relação direta entre as gestantes e os profissionais, a Tabela 2 abaixo apresenta as variáveis que caracterizam a qualificação deste processo de trabalho em três grupos: gestão da informação pelos profissionais (indicadores), utilização de tecnologias duras e o uso de tecnologias leves no cuidado ofertado a essa população.

Tabela 2 - Processo de trabalho dos serviços de Estratégia de Saúde da Família na assistência ao pré-natal. Santa Maria, RS, Brasil, 2020.

Variáveis	Freq. Absoluta (n=13)	Freq. Relativa (%)
GESTÃO DA INFORMAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS NA ESF		
Número de gestantes cadastradas na área de abrangência		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Número de gestantes acompanhadas na unidade		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Cobertura de gestantes acompanhadas		
Adequado	11	84,6
Inadequado	2	15,4

Número de mulheres em idade fértil cadastradas a área de abrangência		
Adequado	7	46,2
Inadequado	6	53,8
Número de mulheres em idade fértil acompanhada		
Adequado	5	38,5
Inadequado	8	61,5
Número de gestantes acompanhadas que realizara no mínimo seis consultas de pré-natal		
Adequado	12	92,3
Inadequado	1	7,7
Número de gestantes acompanhadas que realizaram consulta puerperal		
Adequado	11	84,6
Inadequado	2	15,4
Número de gestantes acompanhadas que realizaram todos os exames básicos		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Número de gestantes acompanhadas com imunização antitetânica		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Número de gestantes que realizaram as consultas de pré-natal no primeiro trimestre		
Adequado	9	69,2
Inadequado	6	30,8
Percentual de gestantes que começaram o pré-natal no primeiro trimestre+ no mínimo 6 consultas+realizaram todos os exames básicos+cobertura antitetânica		
Adequado	11	84,6
Inadequado	2	15,4
Taxa de cobertura da atenção ao pré-natal		
Adequado	9	69,2
Inadequado	4	30,8
Número de consultas de pré-natal		

Adequado	11	84,6
Inadequado	2	15,4
Baixo peso ao nascer das crianças		
Adequado	10	76,9
Inadequado	3	23,1
Gestantes que tiveram distúrbio hipertensivo específico na gravidez		
Adequado	9	69,2
Inadequado	4	30,8
Gestantes que tiveram a primeira consulta >4 meses (pré-natal tardio)		
Adequado	7	53,8
Inadequado	6	46,2
Mortalidade materna por causa evitável		
Adequado	8	61,5
Inadequado	5	38,5
Prematuridade das crianças		
Adequado	10	76,9
Inadequado	3	23,1
Gestantes que tiveram anemia materna		
Adequado	7	53,8
Inadequado	6	46,2
UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS DURAS NO PRÉ-NATAL		
Registro de movimentos fetais		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Cálculo da data provável de parto		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Teste de estímulo sonoro		
Adequado	6	46,2
Inadequado	7	53,8
Tomada de peso e altura		

Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Palpação obstétrica		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Citopatológico de colo de útero		
Adequado	12	92,3
Inadequado	1	7,7
Avaliação nutricional/ganho de peso adequado		
Adequado	12	92,3
Inadequado	1	7,7
Medição de altura uterina		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Ausulta dos batimentos cardio-fetais		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Verificação da pressão-arterial		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Verificação da presença de edema		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Solicitação e verificação dos exames laboratoriais		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Avaliação das mamas		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES PRÉ-NATAL		
Pré-natal realizado pelo enfermeiro e médico		
Adequado	13	100

Inadequado	0	0
Pré-natal com a participação de outro profissional de nível superior		
Adequado	7	53,8
Inadequado	6	46,2
Grupos com os adolescentes sobre sexualidade		
Adequado	8	61,5
Inadequado	5	38,5
Formação de grupos de gestante		
Adequado	8	61,5
Inadequado	5	38,5
Aconselhamento da disponibilidade de testes rápidos de gravidez		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Captção precoce de mulheres grávidas		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0
Busca das gestantes que abandonaram o pré-natal		
Adequado	13	100
Inadequado	0	0

Fonte: elabora pelos autores (2020).

No tocante da gestão da informação trabalhou-se com variáveis relacionadas ao conhecimento dos profissionais em relação a alguns aspectos que são de extrema importância na qualidade do pré-natal. Destaca-se que nos serviços de ESF do município deste estudo, 100% das gestantes das áreas de abrangência são cadastradas e estão realizando o acompanhamento do seu pré-natal na unidade. No entanto, observa-se que a cobertura das gestantes é de 84,6%, ou seja, os profissionais sabem que nem todas as gestantes pertencentes ao seu território frequentam o serviço para a realização do pré-natal.

Este fato, também pode ser justificado, quando olhamos para o indicador de mulheres em idade fértil. Os profissionais relataram que conhecem apenas 53,8% das mulheres em idade fértil pertencentes ao seu território. Desta forma, coloca-se em discrepância o real resultado deste indicador de cobertura, pois, o que se identifica é que este dado é apenas em

relação às mulheres que frequentam os serviços de saúde.

Identificou-se que 92,3% das gestantes acompanhadas realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal e a de puerpério, 100% realizam todos os exames básicos e recebem a imunização antitetânica, e 69,2% concretizam a primeira consulta de pré-natal no primeiro

Não obstante, ao questionar-se sobre o uso e indicadores/marcadores para o monitoramento do pré-natal no seu serviço de saúde teve-se como resultado que 69,2% não utilizam no seu processo de trabalho a taxa de cobertura da atenção ao pré-natal, 84,6 % dos profissionais controlam o número de consultas de suas gestantes e 53,8% identificam se a primeira consulta foi posterior ao quarto mês de gestação. Evidenciou-se, também, que 61,8% dos profissionais tem conhecimento se ocorreu uma morte materna por causa evitável, 69,2% controlam as gestantes que tiveram distúrbio hipertensivo, 53,8% se ocorreu anemia materna e 76,9% monitoram em seu território a presença de crianças com baixo peso ao nascer e prematuridade.

Na utilização de tecnologias duras, relacionadas aos procedimentos clínico-obstétricos, os profissionais relataram que realizam 100% dos registros de movimentos fetais, palpam a altura uterina e a medem, calculam a data provável de parto, tomam peso e altura das gestantes, auscultam o batimentos cardio-fetais, solicitam os exames laboratoriais, avaliam as mamas e a presença de edemas, bem como verificam a pressão arterial. Evidenciou-se que 53,8% dos profissionais não realizam o teste de estímulo sonoro e 92,3% realizam o exame citopatológico de colo de útero e avaliam se o aumento de peso está de acordo com os padrões nutricionais desejáveis.

Salienta-se que quanto a utilização de tecnologias leves 100% dos profissionais nos serviços de ESF realizam as consultas compartilhadas entre médico e enfermeiro, mas, apenas, 53,8% das gestantes possuem em seu pré-natal a participação de outro profissional da saúde de nível superior. Os profissionais relataram que 100% das mulheres grávidas são captadas precocemente para iniciar o pré-natal e, é realizado busca ativa para as faltosas. Outro ponto importante identificado é que 61,5% dos serviços realizam grupos com adolescentes sobre sexualidade e grupos de gestante, e 100% dos profissionais realizam aconselhamento da disponibilidade de testes rápidos de gravidez em seu serviço de saúde.

4. Discussão

A análise dos dados apresentados nas tabelas 1 e 2 evidencia que compreender a qualidade de pré-natal a partir de variáveis em torno da estrutura e do processo de trabalho,

em que o mesmo ocorre, pode ser considerada como uma das principais prerrogativas para a efetivação da política pública de atenção à saúde materna e perinatal, bem como, da assistência para esta população. Nesse sentido, conhecer as características do pré-natal, contribui diretamente para identificar as prioridades assistenciais, para estabelecer ações adequadas, para prevenção, diagnóstico e manuseio clínico de possíveis problemas obstétricos (Silva *et al.*, 2019).

Assim, a partir dos resultados analisados a respeito da qualidade da atenção ao pré-natal do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, obteve-se, que mais da metade dos estabelecimentos de saúde (ESF) deste município não são construídas em prédio próprio, e não possuem uma identificação explícita do serviço de pré-natal e nem dos profissionais que realizam. O Ministério da Saúde (MS), em relação a estrutura organizacional na atenção ao pré-natal, reconhece que é um ponto fundamental para garantir uma prática segura, ou seja, o seguimento de uma planta física adequada está totalmente relacionado com a qualidade da atenção ao pré-natal (Brasil, 2014).

Nesse sentido, as pesquisas recomendam e relatam que a qualidade da atenção ao pré-natal está relacionada com a preservação de um ambiente facilitador para as ações integradas de saúde que considerem aspectos relacionados à planta física, aos recursos humanos e materiais, ao apoio laboratorial, ao acesso ao medicamento, aos instrumentos de registro e ao sistema de referência e contra referência (Silva *et al.*, 2019).

A falta de estrutura adequada e de instalações próprias para o cuidado assistencial compromete significativamente a qualidade da assistência ofertada para as gestantes, e, dessa forma, desqualifica-se o serviço quanto a humanização do atendimento (Silva *et al.*, 2013).

Destaca-se ainda, neste município, a partir da análise das variáveis de estrutura, que a falta de identificação explícita de que é realizado pré-natal naquele estabelecimento de saúde, bem como, o horário e os profissionais responsáveis. Fato esse que vêm em desencontro dos estudos avaliativos da atenção ao pré-natal na literatura científica, como por exemplo, na cidade de João Pessoa/PB que 72,7% dos serviços possuem identificação explícita quanto aos dias e horários de pré-natal para informação dos usuários (Silva, Lima, Ferreira, & Costa, 2013a). Assim, a falta de identificação explícita de que aquele estabelecimento de saúde realiza o pré-natal, bem como, o horário disponível para esta prática de saúde influencia diretamente na ambiência preconizada pela humanização do pré-natal, no sentido dos usuários se sentirem confortáveis, acolhidos pelo serviço e inseridos no processo de trabalho dos profissionais (Brasil, 2014).

Por outro lado, a partir dos dados analisados, evidencia-se que o município de Santa

Maria no que tange ao suprimento de equipamentos permanentes e materiais higiênicos-sanitários vem ocorrendo de forma satisfatória, teve-se 100% de adequação de acordo com os profissionais dos serviços. Esse resultado, demonstra que neste município é possível realizar um exame físico adequado. O MS relata que a realização de um exame físico adequado está totalmente relacionado com uma atenção qualificada de pré-natal, e, de acordo com a PHPN, é preconizado para esta qualidade acontecer, ter no município a garantia da existência de equipamentos e instrumentais mínimos para a realização das consultas de pré-natal (Brasil, 2014).

Conjuntamente para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência às gestantes e à puérpera, o município deverá, por meio dos serviços integrantes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantir a realização dos exames básicos o mais próximo possível do território. A garantia dos exames básicos é a chave para reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (Brasil, 2014). Nesse sentido, o município de Santa Maria possui uma oferta de 69,2% dos exames no momento da coleta, o que pode refletir diretamente da qualidade dessa atenção ofertada, ou seja, é necessário investir em uma melhora no que tange ao suprimento dos exames laboratoriais, bem como, a reformulação de contratos e o acesso a este item tão importante na atenção ao pré-natal.

Destaca-se que quanto à existência de medicamentos/suplementos de uso no pré-natal 92,3% não possuem as mesmas nas ESF deste município. Justifica-se tal resultado, pois a assistência farmacêutica sofreu modificações no último ano, e assim, as medicações foram retiradas das ESF e disponibilizadas para as gestantes pelas farmácias distritais do referido município. Diante disso, pode-se inferir que a dispensação realizada nas farmácias distritais qualifica a atenção à saúde das gestantes, pois é de fundamental importância a presença de profissionais farmacêuticos nos serviços de saúde, visto que ele é capacitado para avaliar as prescrições e seus possíveis erros, contribuir para a adesão ao tratamento e cumprimento da prescrição, fornecendo informações claras e objetivas sobre a finalidade do tratamento e a forma de utilização dos medicamentos (Brasil, 2006).

Além da dimensão da estrutura pelas ESF, a análise dos dados evidenciou que também o processo de cuidado cotidiano é fundamental para a qualificação da assistência do pré-natal. Entretanto, avaliar o processo parece mais complexo pois requer critérios que são delimitados, geralmente, pela resolutividade das ações desenvolvidas, bem como, pelo seguimento das políticas públicas de saúde referente a esta população (Polgliane *et al.*, 2014).

A análise da gestão da informação evidenciou que no município de Santa Maria 92,3% das gestantes acompanhadas realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal e a de

puerpério. Este dado vem de encontro com o que o MS preconiza como adequado e de qualidade. As consultas devem ser iniciadas no primeiro trimestre de gestação, agendadas mensalmente para proporcionar cobertura universal, de modo planejado, permitindo o acompanhamento efetivo. Preconiza-se, a realização de uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro (Polgliane *et al.*, 2014). Teoricamente o número maior de consultas pode significar mais oportunidade de cuidados ofertados, maior promoção a saúde e desfecho perinatais satisfatórios (Domingues *et al.*, 2012).

Para o índice utilizado neste estudo, IPR-PRÉNATAL (Silva, 2012), um pré-natal de qualidade e adequado, é necessário ter mais de 6 consultas de pré-natal. Aponta-se, de certa forma, que neste município o número foi satisfatório entre os serviços de ESF, inferindo-se diante deste resultado a qualidade da atenção. Contudo, reforça-se que além do número de consultas é necessário dar ênfase para o conteúdo de cada uma delas (Domingues *et al.*, 2012).

Em relação ao início do pré-natal no primeiro trimestre, um pouco mais da metade dos serviços do município responderam que a gestante inicia o seu pré-natal no primeiro trimestre de gestação, bem como, é raro identificar se a primeira consulta foi posterior ao quarto mês de gestação. Este mesmo resultado foi observado em outro estudo no estado do Ceará (Rocha & Silva, 2012). No entanto, destaca-se que Santa Maria precisa melhorar estes índices, mesmo a literatura trazendo que o resultado satisfatório é quando mais de 50% das gestantes tem iniciado as consultas no primeiro trimestre de gestação (Brasil, 2013). Evidencia-se que o início no período adequado permite o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos e fundamenta com maior exatidão a tomada de decisão dos cuidados durante a gestação (Domingues *et al.*, 2012).

Outro fator importante identificado neste estudo e que qualifica a atenção ao pré-natal, é que as ESF do município trabalham com indicadores/marcadores para o monitoramento do pré-natal no seu serviço de saúde. O MS sugere a avaliação de ações da assistência pré-natal por meio de indicadores. Estes têm o intuito de identificar os problemas de saúde da população-alvo e do desempenho do serviço, além de permitir a mudança de estratégia para melhorar a atenção pré-natal (Brasil, 2013).

Em um estudo na cidade de Fortaleza/CE relata-se que a prática do uso dos indicadores está se tornando cada vez mais efetiva. Ressalta-se que o uso desta prática é devido à complexidade da saúde, mais especificamente da assistência pré-natal, impactando no objeto deste trabalho (Rocha & Silva, 2012). Os indicadores analisados neste estudo fazem parte do componente Incentivo da Assistência Pré-Natal, do PHPN, que tem como objetivo a

atenção pré-natal qualificada, com critérios essenciais preconizados pelo PHPN, estabelecendo, para tanto, incentivos financeiros tanto em nível estadual quanto municipal (Brasil, 2014).

Não obstante, deve-se estar atento na qualidade da informação para a utilização desses indicadores. Um estudo trouxe a discussão de que a fonte oficial de informações sobre o cuidado obstétrico no país, o banco de dados SISPRENATAL, registra baixa cobertura do PHPN, se comparado com outras formas de disponibilização dos dados. A maioria dos profissionais acaba utilizando outras fontes de informação, como por exemplo, prontuários, entrevistas com puérperas ou estatísticas institucionais (Polgliane *et al.*, 2014).

Quanto aos procedimentos clínico-obstétricos (tecnologias duras) identificou-se que nos serviços de ESF do município de Santa Maria esta realização vem ocorrendo de forma adequada. Os profissionais realizam o registro de movimentos fetais, palpam a altura uterina e a medem, calculam a data provável de parto, entre outros. Esta evidência vem de encontro com outros estudos na literatura que trazem que os serviços de ESF, na maioria das vezes, seguem os procedimentos preconizados pelo manual técnico do MS e das políticas públicas (Anversa, Bastos, Nunes, & Dal Pizzol, 2012; Brasil, 2014).

Ao analisarmos as tecnologias leves utilizadas neste município, aponta-se como qualificadora do pré-natal a realização das consultas compartilhadas entre médico e enfermeiro (100% neste município). Esta estratégia está de acordo com a norma técnica do referido estado do RS que traz que este cuidado deve ser realizado de forma compartilhada entre todos os profissionais da equipe com, no mínimo, três consultas médicas (Médico de Família e Comunidade ou Generalista), três consultas de enfermagem, uma consulta odontológica, além de uma consulta de puerpério (Secretaria Estadual da Saúde, 2017).

Ainda sobre a dinâmica das consultas, o índice IPR/PRÉNATAL nos remete que considera uma abordagem multiprofissional adequada, quando durante o acompanhamento do pré-natal tem-se a presença de mais de um profissional de nível superior na assistência¹². Assim, no município de Santa Maria, tem-se a adequação da abordagem multiprofissional pela presença do compartilhamento das consultas entre o médico e o enfermeiro. No entanto, apenas uma pouco mais da metade das gestantes (53,8%) possuem em seu pré-natal a participação de outros profissionais da saúde de nível superior, como por exemplo, o dentista, havendo necessidade de melhorar este índice no referido município. A presença da equipe multiprofissional dá suporte, principalmente, quando procura entender o meio em que vive a gestante, levando em conta os aspectos sócio econômicos, culturais e religiosos, auxiliando no desenvolvimento da cidadania (Zanchi, Gonçalves, Cesar, & Dumith, 2013).

Conjuntamente, ao analisarmos o dado de que o município de Santa Maria capta precocemente às gestantes (100%) para iniciar o pré-natal e, é realizado busca ativa para as faltosas (100%), contrapõem-se a variável investigada de que um pouco mais da metade das gestantes (69,2%) concretizam a primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Fato esse, que pode ser justificado pela falta de território definido neste município.

No entanto, as equipes de saúde da família devem ser responsáveis pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado e acompanhamento da realidade da sua área, independente da efetivação da territorialização. Para a qualificação da atenção ao pré-natal é necessário realizar o acolhimento das gestantes que não são do seu território e encaminha-las para a sua unidade de referência, e incentivar o papel dos agentes comunitários de saúde que são fundamentais na identificação de novos casos, na busca ativa das faltosas, na primeira abordagem e no acompanhamento, possibilitando que a gestante aposte no cuidado que a equipe oferece (Brasil, 2014).

Com a análise dos dados observada, também, na utilização das tecnologias leves, destaca-se a necessidade de aumentar a realização da educação em saúde por meio de grupos, como os de sexualidade e grupos de gestantes nos serviços de ESF do município (61,5%.) A participação em atividades educativas é um importante indicador no processo de atenção pré-natal (Costa *et al.*, 2013). Pesquisadores evidenciam às atividades educativas e afirmam que as gestantes integradas em algum grupo no pré-natal têm maior chance de cuidar de si próprias e do bebê, sem ansiedade e medo, maior construção de conhecimentos, ou seja, se traduz em uma maior qualidade de vida para si e seu conceito (Costa *et al.*, 2013; Polgliane *et al.*, 2014).

Estudos trazem que os profissionais de saúde precisam adotar uma postura de educadores. Necessitam compartilhar saberes, promover ações de educação em saúde não apenas como estratégia para intervenção na doença, mas principalmente, para a manutenção ou recuperação do estado de saúde, no qual estão envolvidos aspectos socioeconômicos, culturais, emocionais e espirituais (Souza, Roecker & Marcon, 2011).

Nesse sentido, torna-se imprescindível sensibilizar e conscientizar as equipes de saúde sobre a necessidade da educação em saúde se efetivar na prática do cuidado pré-natal. Para que isso ocorra, é necessário um amplo investimento na política de recursos humanos para a qualificação de profissionais que adotem modelos assistenciais integralizadores e que compreendam a importância da educação em saúde para a promoção do autocuidado e para a qualificação da atenção ao pré-natal (Costa *et al.*, 2013).

Acredita-se, diante das evidências científicas, que a promoção das ações de educação

em saúde que tenha como foco o acolhimento e o estabelecimento de vínculo da gestante com os profissionais, bem como, a conscientização da mulher sobre a necessidade de assumir a autogestão da saúde nesse processo, é chave para promover um pré-natal de qualidade. Essas ações representam os maiores desafios atuais para efetivação do princípio da integralidade do cuidado e requerem mudanças necessárias no processo de formação do profissional e na produção de práticas de cuidado pré-natal eficazes e seguras para saúde materno-fetal (Costa *et al.*, 2013).

Assim, para o desenvolvimento de uma atenção de qualidade e humanizada na prática do pré-natal é necessário repensar nas dimensões que interferem nesse cuidado, como por exemplo, a infraestrutura dos serviços de saúde e o processo de trabalho. Essas dimensões estão totalmente relacionadas e são indispensáveis para concretização de um cuidado integral. A infraestrutura atua como uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização dos recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. O processo de trabalho que deve ser pautado na humanização da atenção, valorizando o vínculo com a gestante, a efetivação da educação em saúde, abordagem multiprofissional que garanta para essa gestante um olhar diferenciado no seu processo de ser cuidada (Nogueira *et al.*, 2016).

5. Considerações Finais

Segundo os critérios estabelecidos neste estudo e por mais que os resultados representem uma realidade específica, os dados divulgados tornam-se uma importante fonte de informação para a qualificação da assistência em outros cenários brasileiros. Estes fornecem um panorama geral da situação da atenção ao pré-natal, demarcando áreas mais fragilizadas e pontos que merecem maiores investimentos.

As ESF são estruturalmente satisfatórias no que se diz respeito ao suprimento de equipamentos permanentes e de medicamentos e suplementos na atenção ao pré-natal, podendo assim, proporcionar um atendimento de qualidade e humanizado. Porém, alguns aspectos como as edificações das ESF não serem construídas em prédio próprio e não possuírem uma identificação explícita de que é realizado pré-natal naquele estabelecimento de saúde, bem como, a ausência de alguns exames de rotina que devem ser ofertados, merecem uma maior atenção das autoridades locais voltadas à saúde da mulher para estabelecer estratégias que assegurem a melhoria da qualidade da assistência pré-natal oferecida às gestantes.

Ao avaliar o processo de trabalho, destacou-se algumas variáveis relacionadas com a

gestão da informação. O município possui um acompanhamento satisfatório de gestantes que realizam no mínimo seis consultas de pré-natal e a de puerpério. No entanto, apresenta um índice relativamente baixo em relação a primeira consulta de pré-natal ser realizada no primeiro trimestre de gestação, bem como, o controle se a primeira consulta foi realizada posterior ao quarto mês de gestação.

No tocante da qualificação do pré-natal por meio da utilização de tecnologias duras e leves, a primeira, teve um resultado adequado no que se diz respeito aos procedimentos clínico-obstétricos realizado pelos profissionais. Já na utilização das tecnologias leves, a participação de um outro profissional da saúde de nível superior, e a educação em saúde por meio da realização de grupos, necessitam de um maior investimento e organização para promover um pré-natal de qualidade de acordo com os pressupostos do PHPN.

Diante disso, é necessário investir em adotar uma postura mais acolhedora e que utilize com eficiência as tecnologias leves. É preciso desmistificar que para se ter um pré-natal de qualidade é necessária uma intensa mecanização, ou seja, a utilização de tecnologias duras. É necessário enfatizar o valor de uma boa consulta de pré-natal que utilize para além destas tecnologias, que olhe significativamente para as subjetividades das gestantes e para a humanização desta atenção, que realize a promoção do acolhimento desta mulher na RAS.

Nesse sentido, considerando que a APS deve ser a porta de entrada, ou seja, o primeiro contato das mulheres com a assistência pré-natal, se torna de grande valia a construção e/ou o seguimento de protocolos municipais de monitoramento e avaliação desta prática. A utilização de protocolos dará maior subsídio para os gestores municipais, no que se diz respeito na busca pela qualidade do pré-natal, pois, faz que tenham maior fidedignidade dos indicadores da realidade assistencial, e que possam contribuir para práticas de saúde mais seguras que promovem a saúde e qualidade de vida dos usuários.

Conclui-se que uma gestão participativa, que tenha como metas estabelecer soluções definitivas para o melhoramento da infraestrutura e do processo de trabalho, que conheça a realidade local de cada serviço de saúde, que invista em educação permanente em saúde para os profissionais das equipes de saúde, e que respeite os procedimentos mínimos exigidos pela PHPN é o ideal para intervir de forma positiva na promoção de saúde individual e coletiva de cada usuária.

Assim, reforça-se a importância da utilização e aplicação de normas ministeriais, como o PHPN. O seu emprego contribui diretamente para desfechos perinatais mais seguros, adequados e qualificados. Destaca-se a importância da criação do instrumento IPR-PRENATAL que viabiliza avaliar a qualidade do pré-natal de acordo com o PHPN, e da

realização de estudos acerca dessa avaliação para promoverem sugestões, melhorias e intervenções diretas na assistência ofertadas para as gestantes durante o seu pré-natal.

Por fim, a limitação desta pesquisa está na necessidade de avaliação da qualidade do pré-natal nos outros pontos da Rede de Atenção à Saúde às gestantes do referido cenário. Mesmo reconhecendo o caráter local da produção desta pesquisa, sabe-se que uma avaliação de todos os pontos de cuidado se torna imprescindível para a compreensão da integralidade e da qualidade do cuidado das gestantes no Sistema Único de Saúde (SUS).

Referências

Anversa, E. T. R., Bastos, G.A. N., Nunes L. N., & Dal Pizzol, T. S. (2012). 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*, 28(4),789-800. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>.

Balsells, M. M. D., Oliveira, T. M. F., Bernardo, E. B. R., Aquino, P. S., Damasceno, A. K. C., Castro, R. C. M. B., Lessa, P. R. M., & Pinheiro, A. K. B. (2018). Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. *Acta Paul Enferm*, 31(3), 247-254. doi: 10.1590/1982-0194201800036.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. *Portaria nº 569, de 1 de julho de 2000*. (2000). Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. (2006). *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada-* Brasil,162p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf.

Brasil Ministério da Saúde. Humanização do Parto. (2014). *Humanização no Pré-natal e Nascimento*. Brasil, 465p.(Cadernos HumanizaSUS) Recuperado de

http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS <http://datasus.saude.gov.br/>.

Costa, C. S. C., Vila, V. S. C., Rodrigues, F. M., Martins, C. A., & Pinho, L. M. O. (2013). Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. *Rev. Eletr. Enf*, 15(2), 516-22. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>.

Domingues, R. S., Hartz, X. M. A., Dias, M. A. B., & Leal, M. C. (2012). Avaliação da adequação da assistência ao pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 28(2),425-437. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>

Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med*, 114(11), 1115-8. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>

Moraes, M. H. S., Lima, A. C. S., & Silva, A. F. L. (2020). Práticas de autocuidado das gestantes adolescentes: revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 9(4) e97942665,1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2665>

Nogueira, C. C. S., Justino, J. M. R., Tavares, M. I. P. L., & Morais, F. R. R. (2016). Caracterização da infraestrutura e do processo de trabalho na assistência ao pré-natal. *Cogitare Enferm*, 21(4), 1-10. Recuperado de https://www.redalyc.org/jatsRepo/4836/483653833010/html/index.html#redalyc_483653833010_ref10.

Pereira, M. G. (2006). *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara.

Polgliane, R. B. S., Leal, M. C., Amorim, M. H. C., Zandonade, E., & Neto, E. T. D. (2014). Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7),1999-2010. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013>.

Rocha, R.S., & Silva, M. G. C. (2012). Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza. *Rev Bras Promoç Saúde*, 25(3),344-355. doi:10.5020/18061230.2012.p344.

Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação estadual da atenção básica. Seção da Saúde da Mulher. (2017). *Nota técnica 01/2017 - atenção ao pré-natal na atenção básica*. Recuperado de <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14165435-nota-tecnica-pre-natal-na-atencao-basica-01-2017.pdf>

Silva, E. P. (2012). *Proposta de um índice para avaliação da assistência pré-natal na atenção básica*. (Dissertação). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. Recuperado em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/4272>.

Silva, E. P., Lima, R. T., Costa, M. J. C., & Filho, M. B. (2013). Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. *Rev Panam Salud Publica*, 33(5), 356-62. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n5/356-362>.

Silva, E. P., Lima, R. T., Ferreira, N. L. S., & Costa, M. J. C. (2013a). Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB. *Rev. Bras. Saúde Matern Infant*, 13(1), 29-37.doi: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292013000100004>.

Silva, E. P., Leite, A. F. B., Lima, R. T., & Osório, M. M. (2019). Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. *Rev Saúde Pública*, 53 (43),1-13. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001024>.

Souza, V. B., Roecker, S., & Marcon, S. S. (2011). Ações educativas durante a assistência Pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(2), 199-210. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>.

Viellas, E. F., Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Gama, S. G. N., Filha, M. M. T., Costa, J. V., Bastos, M. H., & Leal, M. C. (2014). Assistência Pré-Natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 30(1), 85-100. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.

Zanchi, M., Gonçalves, C. V., Cesar, J. A., & Dumith, S. C. (2013). Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade

brasileira de médio porte. *Cad. Saúde Pública*, 29(5), 1019-1028. doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500019>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Daniela Dal Forno Kinalski– 50%

Vânia Maria Figueira Olivo– 25%

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani– 25%