

UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE – UNIVILLE PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

TESE DE DOUTORADO

**AVALIAÇÃO ENTRE DIFERENTES ÍNDICES RELACIONADOS À  
ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL EM GESTANTES ATENDIDAS NA  
REDE PÚBLICA NA CIDADE DE JOINVILLE - SC**

**EVALUATION BETWEEN DIFFERENT INDICES RELATED TO  
PRENATAL CARE FOR PREGNANT WOMEN ASSISTED IN THE  
PUBLIC NETWORK IN THE CITY OF JOINVILLE - SC**

**EVALUACIÓN ENTRE DISTINTOS ÍNDICES RELACIONADOS CON  
ATENCIÓN PRENATAL A MUJERES EMBARAZADAS ASISTIDA EN  
RED PÚBLICA EN LA CIUDAD DE JOINVILLE - SC**

Fernanda Diel

Joinville –SC

2022

UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE – UNIVILLE PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

TESE DE DOUTORADO

**AVALIAÇÃO ENTRE DIFERENTES ÍNDICES RELACIONADOS À  
ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL EM GESTANTES ATENDIDAS NA  
REDE PÚBLICA NA CIDADE DE JOINVILLE - SC**

**EVALUATION BETWEEN DIFFERENT INDICES RELATED TO  
PRENATAL CARE FOR PREGNANT WOMEN ASSISTED IN THE  
PUBLIC NETWORK IN THE CITY OF JOINVILLE - SC**

**EVALUACIÓN ENTRE DISTINTOS ÍNDICES RELACIONADOS CON  
ATENCIÓN PRENATAL A MUJERES EMBARAZADAS ASISTIDA EN  
RED PÚBLICA EN LA CIUDAD DE JOINVILLE - SC**

FERNANDA DIEL

Orientador: Profº Dr. Jean Carl Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de  
Joinville – UNIVILLE como requisito parcial à obtenção  
do grau de Doutora.

Joinville –SC

2022

Catálogo na publicação pela Biblioteca Universitária da Univille

D561a Diel, Fernanda  
Avaliação entre diferentes índices relacionados à assistência ao pré-natal em gestantes atendidas na rede pública na cidade de Joinville - SC / Fernanda Diel; orientador Dr. Jean Carl Silva. – Joinville: Univille, 2022.

94 f.

Tese (Doutorado em Saúde e Meio Ambiente – Universidade da Região de Joinville)

1. Cuidado pré-natal. 2. Serviços de saúde à maternidade – Joinville (SC). 3. Gravidez. I. Silva, Jean Carl (orient.). II. Título.

CDD 618.24

## Termo de Aprovação

**“Avaliação entre Diferentes Índices Relacionados à Assistência ao Pré-Natal em Gestantes Atendidas na Rede Pública na Cidade de Joinville - SC”**

por

Fernanda Diel

**Banca Examinadora:**

Prof. Dr. Jean Carl Silva  
Orientador (UNIVILLE)

Profa. Dra. Dayane Clock Luiz  
(IFSC)

Profa. Dra. Mona Adalgisa Simões  
(Clínica Cor Kids)

Prof. Dr. Ademir Garcia Reberti  
(UNIVILLE)

Tese julgada para a obtenção do título de Doutora em Saúde e Meio Ambiente, área de concentração Saúde e Meio Ambiente e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente.

**JEAN CARL**  
**SILVA:481820**  
**87953**

Assinado de forma  
digital por JEAN CARL  
SILVA:48182087953  
Dados: 2022.09.13  
14:14:09 -03'00'

---

Prof. Dr. Jean Carl Silva  
Orientador (UNIVILLE)



---

Prof. Dr. Luciano Lorenzi  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente

Joinville, 29 de agosto de 2022

## RESUMO

Este trabalho teve por objetivo avaliar a assistência ao pré-natal na rede básica de saúde em Joinville, SC, por meio da análise de diferentes índices de avaliação em saúde ao pré-natal, sendo eles: Ministério da Saúde – PHPN (Programa Humanização do Pré-natal e Nascimento); OMS (Organização Mundial da Saúde) e outros estudos que avaliam a assistência. Entrevistadores da área da saúde aplicaram um questionário fechado para coletar informações e consulta ao cartão da gestante, em uma amostra aleatória determinada através do programa Randomized Research, com seleção de 10 dias por mês no período de 12 meses. Conforme os dias selecionados, realizou a abordagem às puérperas. A digitalização dos dados obtidos foi agrupada em um banco eletrônico, utilizou software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0, e analisada descritivamente, bem como as variáveis contínuas (numéricas) avaliadas através do cálculo de médias e desvio-padrão, de puérperas que tiveram seus partos realizados na maternidade e com todo seu atendimento pré-natal realizado no Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Joinville – SC. A coleta foi realizada no período de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2019, com uma amostra de 722 gestantes. Dentre os fatores analisados, referiu ao início do pré-natal, quantidade de consultas durante o período pré-natal, exames laboratoriais, orientações relacionadas ao pré-natal e esquema vacinal recomendado. Os resultados constantes desta pesquisa mostraram que os índices em relação ao pré-natal realizado pelas gestantes atendidas pelo SUS foi adequado. Em contrapartida, embora os resultados referentes à quantidade ao número de consultas durante o pré-natal oscilou entre adequado e inadequado conforme os parâmetros. Ao relacionar a OMS e ao PHPN no qual avalia outros critérios, índices preconizados que estão relacionados à assistência ao pré-natal, incluindo exames laboratoriais preconizados, vacinas e orientação educativas mantêm níveis intermediários.

**Palavras-chave:** Cuidado pré-natal; assistência à saúde; gravidez

## ABSTRACT

The work presented aims to evaluate the prenatal attendance in the basic health service in Joinville, SC, through analysis of different evaluation indexes in health to prenatal, being them: Ministry of Health - PHPN (Prenatal and Birth Humanization Program); OMS (World Health Organization) and others studies that evaluate the assistance. Health care interviews applied a closed questionnaire to collect information and an inquiry of a pregnant card, in a random sample set through the Randomized Research program, with a 10 days selection per month in a period of 12 months. According to the selected days, the approach of puerperal women was realized. The digitalization of data was grouped in a electronic bank, used an statistic software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 21.0, and descriptively analyzed, as how the continue variables (numerical) evaluated through the average calculus and the deviation pattern, of puerperal women who had their labors in the maternity and with all the prenatal assistance realized in the Health Unic Sistem (SUS) in the city of Joinville, SC. The collection was performed in the period between 2018, February and 2019, February, with a sample of 722 pregnant womens. Among the factors analyzed, referred to the beginning of prenatal, quantity of appointments during the prenatal, laboratory tests, guidance related to prenatal and the recommended vaccination schedule. The constant results of this survey showed that the rates in relation to prenatal accomplished by pregnant women assisted by SUS was adequate. In counterpart, although the results referring to the quantity to the number of consultations during prenatal care oscillated between adequate and inadequate according to the parameters. By relating the OMS and the PHPN which evaluate other criterias, indexes advocated that are associated with the assistance of prenatal, including laboratory exams advocated, vaccines and education guidance keeps intermediate levels.

**Keywords:** Prenatal care; health care; pregnancy

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la atención prenatal en la red básica de salud de Joinville, SC, a través del análisis de diferentes índices de evaluación de la salud prenatal, a saber: Ministerio de Salud - PHPN (Programa Humanização do Prenatal y del Nacimiento); OMS (Organización Mundial de la Salud) y otros estudios que evalúan la atención. Entrevistadores del área de salud aplicaron un cuestionario cerrado para recolectar información y consultar la ficha de la gestante, en una muestra aleatoria determinada a través del programa Investigación Aleatoria, con selección de 10 días por mes en el periodo de 12 meses. De acuerdo a los días seleccionados se realizó el abordaje a las puérperas. La digitalización de los datos obtenidos se agruparon en un banco electrónico, utilizando el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 21.0, y se analizaron descriptivamente, así como las variables continuas (numéricas) evaluadas mediante el cálculo de medias y desviación estándar, de puérperas que tuvieron sus partos realizados en la maternidad y con todos sus cuidados prenatales realizados en el Sistema Único de Salud (SUS) en el municipio de Joinville - SC. La recolección se realizó de febrero de 2018 a febrero de 2019, con una muestra de 722 gestantes. Entre los factores analizados, se refirió al inicio de la atención prenatal, número de consultas durante el período prenatal, exámenes de laboratorio, orientación relacionada con la atención prenatal y el calendario de vacunación recomendado. Los resultados constantes de esta investigación mostraron que las tasas en relación con la atención prenatal realizada por las mujeres embarazadas asistidas por el SUS fueron adecuadas. Por otro lado, aunque los resultados referentes a la cantidad y número de consultas durante el prenatal oscilaron entre adecuado e inadecuado según los parámetros. Al relacionar la OMS y el PHPN en los que se evalúan otros criterios, los índices recomendados que se relacionan con el control prenatal, incluyendo pruebas de laboratorio recomendadas, vacunas y orientación educativa mantienen niveles intermedios.

**Palabras llave:** Atención prenatal; cuidado de la salud; el embarazo

## LISTA DE TABELA

Tabela 1 Número de nascidos vivos na Maternidade Darcy Vargas por tipo de parto e ano do nascimento.....	27
Tabela 2 Dados socioeconômicos e história reprodutiva prévia e atual das gestantes entrevistadas.....	32
Tabela 3 Percentual de adequação do acesso à assistência gestacional segundo os diferentes índices de avaliação do pré-natal.....	36
Tabela 4 Indicadores de qualidade da assistência pré-natal conforme PHPN.....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
HBsAg	Antígeno de Superfície de Hepatite B
BCF	Batimentos Cardíacos Fetais
DAP	Divisão de Atenção Primária de Saúde
DUM	Data da Última Menstruação
DMG	Diabetes Melitus Gestacional
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
AFRO	Escritório Regional Africano da Organização Mundial da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EACS	Estratégias Agentes Comunitários de Saúde
ht	Hematócrito
hb	Hemoglobina
MDV	Maternidade Darcy Vargas
MS	Ministério da Saúde
MF	Movimentação Fetal
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde
PAI	Pesquisa de anticorpos irregulares
PN	Pré-natal
PHPN	Programa Humanização do Pré-natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UTINeo	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL</b>	<b>14</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>14</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>15</b>
<b>3.1 A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL</b>	<b>15</b>
<b>3.2 ASSISTÊNCIA PREVENTIVA AO PRÉ-NATAL</b>	<b>15</b>
<b>3.3 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL</b>	<b>19</b>
<b>3.4 A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL</b>	<b>23</b>
<b>3.5 PRÉ-NATAL E ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE JOINVILLE</b>	<b>25</b>
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>28</b>
<b>4.1 PERÍODO E LOCAL DA PESQUISA</b>	<b>28</b>
<b>4.2 AMOSTRA</b>	<b>28</b>
<b>4.3 INCLUSÃO E EXCLUSÃO</b>	<b>28</b>
<b>4.4 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	<b>29</b>
<b>4.5 AMOSTRA E ANÁLISE</b>	<b>29</b>
<b>4.6 CLASSIFICAÇÃO DOS ÍNDICES</b>	<b>29</b>
<b>4.7 ADEQUADO, INADEQUADO E INTERMEDIÁRIO</b>	<b>31</b>
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>32</b>
<b>6. DISCUSSÃO</b>	<b>41</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>46</b>
<b>8. REFERÊNCIAS</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE A</b>	<b>69</b>
<b>ENTREVISTA APLICADA À PUÉRPERA</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE B</b>	<b>73</b>
<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE C</b>	<b>74</b>
<b>AVALIAÇÃO EM SAÚDE AO PRÉ-NATAL SEGUNDO OS DIFERENTES CRITÉRIOS</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO A</b>	<b>75</b>
<b>DECLARAÇÃO DE EXEQUIBILIDADE DE PROJETO DE PESQUISA</b>	<b>75</b>

<b>ANEXO B</b>	<b>76</b>
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO C</b>	<b>83</b>
<b>ARTIGO PUBLICADO NA LINHA DE PESQUISA</b>	<b>83</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, toda gestante tem o direito ao atendimento de qualidade e digno no transcorrer da gestação, parto e puerpério, acesso e assistência na maternidade ao qual será atendida, realizada de forma humanizada à gestante e ao recém-nascido (BRASIL, 2002).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), o número de nascimentos registrados no Brasil foi de 2,98 milhões em 2018, indicando um aumento em torno de 1,0% em relação a 2017, porém, as regiões Sul e Sudeste tiveram quedas de 0,1% e 0,4%, respectivamente, enquanto as regiões Nordeste, Norte (2,3%) e Centro-Oeste (2,0%) tiveram aumentos.

A assistência e os cuidados durante a gravidez iniciam na primeira consulta de pré-natal, sendo a primeira consulta mais longa e mais detalhada do que as consultas subsequentes. A assistência de pré-natal inclui: anamnese (história de saúde abrangente, história obstétrica e do sistema reprodutor, história familiar), entrevista (perfil psicossocial, estado mental, avaliação de risco, sinais e sintomas), exame físico (sinais vitais e peso), solicitação de exames laboratoriais de rotina específica de pré-natal e preenchimento do cartão da gestante (LINK, 2012). Sendo assim, a assistência do pré-natal é de suma importância para a gestante e para o feto, pois permite avaliar a saúde de ambos detectando possíveis riscos gestacionais, alterações dos exames laboratoriais, altura uterina, pressão arterial sistêmica, peso, além de orientar os cuidados que a gestante necessita.

Ofertar uma assistência apropriada requer aspectos como a prevenção, tratamento e diagnóstico das ocorrências indesejáveis na gestação e assistência nos cuidados no puerpério e do lactente.

Vários são os índices que podem ser utilizados para adequação à assistência ao pré-natal, que diferem entre si basicamente pelo número e ocasião das consultas. Com base nisto, diversos autores propuseram índices de avaliação em saúde ao pré-natal, sendo a OMS, PHPN que engloba critérios ao acesso, exames laboratoriais, orientações e vacina e outros estudos que refere ao início do pré-natal e a quantidade de consultas durante o período pré-natal.

Tendo em vista a importância da assistência pré-natal, este trabalho pretendeu avaliar a assistência ao pré-natal na rede básica de saúde à gestante

atendida na rede pública de Joinville, SC, por meio da análise de diferentes índices de avaliação em saúde ao pré-natal.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Avaliar a assistência ao pré-natal na rede básica de saúde nas gestantes do município de Joinville, por meio da análise de diferentes índices de avaliação em saúde ao pré-natal.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Apresentar os índices de avaliação em saúde ao pré-natal, segundo o olhar na literatura e o vigente;
- Expor as informações registradas aos critérios preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL**

A certeza da gestação confirma-se com o auxílio da ausculta dos batimentos cardíacos fetais – audíveis com o aparelho sonar Doppler a partir da 10<sup>a</sup> semana de gestação e com o estetoscópio de Pinnard a partir da 18<sup>a</sup> a 20<sup>a</sup> semanas de gestação, com a percepção dos movimentos fetais ou através da ultrassonografia (ELIAS; SILVA, 2014).

Confirmada a gravidez, a assistência à saúde da mulher e o pré-natal representam uma das tarefas mais importantes da medicina, ocorrendo em uma fase que envolve um momento especial na vida da mulher, do seu companheiro e de seus familiares (MORAES; MORAES, 2017).

Conforme Link (2012), a ênfase do pré-natal é dada nos aspectos preventivos em relação ao cuidado, principalmente motivando a gestante a realizar autocuidados fundamentais e ideais e, assim, informar possíveis alterações incomuns precocemente para que possam ser evitadas ou minimizadas. Caso os comportamentos da saúde da gestante precisarem ser modificados no início da gestação, a assistência de enfermagem precisa compreender os fatores psicossociais que podem influenciá-la.

Na visão da assistência holística, a enfermeira fornece informações e orientações sobre as modificações físicas e o impacto psicossocial da gravidez, tanto para a gestante, como para os familiares. Os objetivos dos cuidados de enfermagem no âmbito do pré-natal são promover à gestante um parto seguro para o bebê e estimular a satisfação da mãe e familiares com a gestação e consequentemente a experiência de parto (LINK, 2012).

#### **3.2 ASSISTÊNCIA PREVENTIVA AO PRÉ-NATAL**

A assistência do pré-natal envolve medidas preventivas obstétricas e curativas, englobando um conjunto de condutas assistenciais antes do parto com o

objetivo de minimizar a mortalidade e a morbidade perinatal e materna. Essas medidas preventivas e curativas incluem o acompanhamento materno-fetal, condições de bem-estar físico, psíquico e social da gestante e sua família (SILVA; SANTOS, 2003).

No âmbito preventivo, a assistência do pré-natal pode ser esquematizada na primeira consulta a partir da coleta de informações essenciais por meio da anamnese geral e obstétrica, exame físico geral e obstétrico, informação sobre a data da última menstruação (importante para calcular a data provável do parto e idade gestacional), aferição do peso da gestante e da pressão arterial sistêmica, determinação da altura uterina (para avaliar o crescimento fetal), ausculta dos batimentos cardíacos do concepto, solicitação de exames (exame para diagnóstico de sífilis - VDRL, sorologia para HIV, sorologia para toxoplasmose, hemograma completo, exame de urina tipo I, grupo sanguíneo e fator Rh, rubéola, protoparasitológico de fezes, colpocitologia oncológica, perfil tireoidiano T4L e TSH, glicemia em jejum e, em gestantes de risco, sorologia para hepatites B e C) (MORAES; MORAES, 2017).

O retorno da paciente deve ocorrer após sete dias da primeira consulta, para entrega e análise dos resultados dos exames e agendamento de consultas mensais até a 32ª semana, a cada três semanas até a 36ª semana e semanais até o parto, para colher informações detalhadas sobre quaisquer distúrbios da gravidez, registrando data da consulta, idade gestacional em semanas, pressão arterial sistêmica, peso, presença ou ausência de edema, ausculta dos batimentos cardíacos, altura uterina, movimentação fetal, apresentação fetal e alterações cervicais se a paciente relatar contrações uterinas (MORAES; MORAES, 2017).

Caso a gestante seja Rh negativo, o grupo sanguíneo do pai do concepto deve ser solicitado. Se positivo, deve-se solicitar teste de Coombs indireto da gestante. O exame VDRL deve ser repetido no terceiro trimestre para afastar os casos de contaminação no final da gestação e em gestação de risco, deve-se solicitar exames específicos para cada gestante (MORAES; MORAES, 2017).

Dentre as correlações entre sintomas e modificações fisiológicas do organismo materno durante o período gestacional destacam-se: aumento do volume abdominal, náuseas e vômitos, sialorreia, desejos, melasma, queimação/pirose, constipação intestinal, palpitação/taquicardia, edema, hipotensão postural devido à diminuição do retorno venoso dos membros inferiores e hipoglicemia, dispneia,

crescimento uterino com elevação do diafragma, obstrução nasal, polaciúria, nictúria, algia suprapúbica, aumento da base de sustentação com afastamento dos pés, aparecimento e ejeção do leite materno no puerpério (MORAES; MORAES, 2017).

Os exames laboratoriais precisam ser solicitados durante a primeira consulta de pré-natal, sendo que alguns deles serão repetidos durante a evolução gestacional. Os exames laboratoriais visam identificar as condições de riscos materno/fetal, considerando um rastreamento à prevenção e identificação precoce de estados mórbidos e porventura preexistentes, ou que podem se desenvolver durante a gravidez (LENZ; TAKIMI; WOLLMANN, 2019).

No seguimento do pré-natal são solicitados os seguintes exames laboratoriais: entre 12 e 16 semanas de gestação: urocultura; mensalmente: a pesquisa de anticorpos irregulares (PAI), anteriormente solicitado como Coombs indireto, é repetida mensalmente para as gestantes Rh negativo com parceiro Rh positivo; bimensalmente: sorologia para toxoplasmose, se a gestante apresentar IgG e IgM negativo (suscetível); terceiro trimestre: sorologia para sífilis e para HIV, caso a gestante apresentar fatores de risco para hepatite, as sorologias das hepatites B e C são repetidas; hemograma completo entre 28 e 32 semanas de gestação (CARVALHO, 2011).

O rastreamento de Hepatite B precisa ser oferecido para todas as gestantes a fim de disponibilizar vacinação para as mulheres grávidas suscetíveis e intervenções no pós-parto para as gestantes portadoras de Hepatite B, diminuindo assim o risco de transmissão fetal. Para isso, o antígeno de superfície de Hepatite B (HBsAg) necessita ser solicitado na primeira consulta de pré-natal e no terceiro trimestre (BRASIL, 2013).

Dentro da rotina no pré-natal considera-se a ultrassonografia, pois oferece benefícios como a aferição da idade gestacional, diagnóstico precoce das gestações múltiplas, diagnóstico de placenta prévia assintomática, diagnóstico de desvios de crescimento fetal, diagnóstico de malformações (a maioria das gestantes com fetos com malformação, não apresenta fator de risco) e benefício psicológico para os pais (OKUMURA, 2011).

Os períodos recomendados para realizar a ultrassonografia de rotina são entre 11 e 14 semanas de gestação, quando é possível analisar a anatomia fetal para diagnosticar e descartar possíveis malformações, verificar a medida da

translucência nucal e identificar risco de aneuploidia e cardiopatia; com 20 semanas de gestação, quando é possível avaliar a idade gestacional, analisar órgãos do feto e diagnosticar e/ou descartar alguns tipos de malformações. Entre 34 e 37 semanas de gestação é possível avaliar o crescimento e a morfologia fetal na busca por anomalias como microcefalia, rins policísticos, acondroplastia e atresias intestinais baixas, que só manifestam em fases mais tardias da gestação (OKUMURA, 2011).

A realização da assistência pré-natal representa fator importante e fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de anormalidades e alterações patológicas tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e minimizando os riscos da gestante (MS, 2016).

As desigualdades socioeconômicas e as diferenças da assistência na atenção médica influenciam nas taxas de mortalidade infantil. A adesão à assistência ao cuidado pré-natal, bem como o acompanhamento às consultas, tende a minimizar danos à saúde materno-infantil, pois durante as consultas de pré-natal todas as alterações patológicas que aparecem são resolvidas e solucionadas o mais breve possível, antes que possam trazer algum malefício direto ou indireto à mãe e ao feto (MAIA; SOUZA; MENDES, 2019).

Na assistência ao recém-nascido são analisados sinais como:

- Frequência cardíaca (0 para ausente, 1 < 100/minuto e 2 >100/minuto);
- Esforço respiratório (0 ausente, 1 fraca, irregular e 2 forte);
- Tônus muscular (0 flácido; 1 flexão de pernas e braços e 2 movimento ativo, boa flexão);
- Cor da pele (0 cianótico, pálido, 1 cianose de extremidades e 2 rosado) e a irritabilidade reflexa (0 ausente, 1 algum movimento e 2 espirros, choros), com 1, 5 e 10 minutos de vida.

O somatório da pontuação resultará no Índice de Apgar.

- Apgar com pontuação entre 8 e 10, presente em cerca de 90% dos recém-nascidos, significa que o recém-nascido nasceu em ótimas condições;
- Apgar entre 5 e 7 significa que o recém-nascido apresentou uma dificuldade leve;
- Apgar apresentando pontuação entre 3 e 4 traduz uma dificuldade de grau moderado;

- Apgar entre 0 e 2 aponta uma dificuldade de ordem grave. Se estas dificuldades persistirem durante alguns minutos sem tratamento podem levar a alterações metabólicas no organismo e anóxia. A presença de mecônio é agravante (BRASIL, 2016; PARANÁ, 2020).

Destaca-se a associação entre a asfixia no 1º minuto e o óbito infantil, a qual assevera que índices de Apgar menores ou iguais a oito colocam o recém-nascido em situação de maior vulnerabilidade (MAIA; SOUZA; MENDES, 2019).

### **3.3 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL**

Os índices que avaliam a assistência ao pré-natal estão relacionados ao início da assistência gestacional na primeira consulta realizada, exames laboratoriais realizados no decorrer do período de gestação, bem como à quantidade de consultas durante o percurso gestacional (BRASIL, 2012).

Baseadas em evidências sobre o cuidado pré-natal de rotina, a OMS fornece recomendações globais. Orientações envolvendo as práticas e prestação de cuidados de saúde, priorizando a saúde e bem-estar (WHO, 2016).

A assistência pré-natal, utilizando os métodos de avaliação, pode ser classificada em: índice que proporciona a qualidade da assistência ao pré-natal, sendo a entrada da gestante no serviço de saúde e a continuidade da assistência do cuidado (ANDERSEN, 1995) e índice que avalia a adequação do processo de assistência, esse processo inicial, com a identificação e investigação de problemas de saúde em conjunto com a educação das comunidades, por meio das atividades de força de trabalho competente, envolvendo profissionais de saúde, pacientes e população que estão vinculados (HANDLER *et al.*, 2001).

Os índices que avaliam a saúde ao pré-natal podem apresentar critérios diferentes para analisar adequada a assistência ao pré-natal, portanto, a utilização de índices diferentes pode obter resultados divergentes ao avaliá-los.

Devido às dificuldades em avaliar a adesão às orientações de cuidado e ao conteúdo do cuidado, a adequação da assistência pré-natal foi quantificada por vários índices, enfatizando o número e o período das visitas obstétricas.

Ciari *et al.* (1974) e Kotelchuck (1994) descrevem o índice de avaliação em saúde ao pré-natal considerando a assistência, relacionando o número de consultas realizadas com as esperadas. Ciari *et al.* (1974) defendem que o número total de consultas esperadas em gestações deve ser igual a cinco, com razão entre as realizadas e esperadas superior a 0,80, enquanto Kotelchuck (1994) analisa o número de consultas de pré-natais ponderado pela idade gestacional com outras categorias de julgamento da atenção pré-natal.

Conforme Kotelchuck (1994), um acompanhamento assistencial gestacional mais que adequado é aquele iniciado antes ou durante o 4º mês de gestação, com razão superior ou igual a 1,10 entre as consultas realizadas e esperadas segundo a idade gestacional. Enquanto isso, o percentual de consultas realizadas em relação ao número de consultas ideais seria acima de 80% para um pré-natal adequado e de 50% a 79% para um pré-natal avaliado como intermediário. A assistência do acompanhamento gestacional inadequado ocorre quando as gestantes iniciam o pré-natal depois do 4º mês, com um percentual menor que 50%.

O Ministério da Saúde (MS) recomenda o número mínimo de seis consultas de pré-natal para uma gestação a termo, com o início no primeiro trimestre até 12 semanas de gestação, uma consulta no 1º trimestre, duas consultas no 2º trimestre e três consultas no 3º trimestre e a realização de alguns procedimentos básicos que incluem exames clínicos-obstétricos, laboratoriais e orientações acerca da gestação, parto e puerpério (TEIXEIRA *et al.*, 2018, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde foi implementado em 2002, amparado pelas necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, com objetivos de diminuir as taxas de morbimortalidade materno-infantil, garantir a acessibilidade aos serviços de saúde e o acolhimento pela equipe de saúde, assim como aumentar a cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2002).

Conforme o PHPN, a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é disposição básica para o acompanhamento efetivo do pré-natal, parto e puerpério, apreciando dois elementos fundamentais. Primeiro determina o dever do acolhimento íntegro e beneficente pelas equipes de saúde às mulheres, familiares e recém-nascido, garantindo um ambiente acolhedor e unificador para estas famílias recém-formadas com a chegada do novo membro. Segundo dispõe sobre a adoção

de medidas e procedimentos benéficos para a assistência ao parto e ao nascimento, abstendo-se de recursos intervencionistas indevidos, que embora tradicionalmente realizados não protegem o binômio mãe-filho e podem ocasionar maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002).

Algumas medidas abordadas no PHPN foram reforçadas com a instituição Rede Cegonha em 2011, com a finalidade de regulamentar os pilares da assistência à saúde da mulher, gestante e recém-nascido desde o parto até 2 anos de idade. O objetivo foi implantar um novo modelo de atenção à saúde dessa parcela da população com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança, mediante organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil com a intenção de garantia à assistência, acolhimento e resolutividade e redução nos índices de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde para a implementação de uma rede de cuidados às mulheres. Algumas características são: respeito à diversidade cultural, étnica e racial, participação e mobilização social e a promoção da saúde e da equidade. A Rede Cegonha é organizada por quatro componentes que estruturam diversas ações de atenção à saúde: I. Pré-Natal; II. Parto e Nascimento; III. Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e IV. Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação). Em relação ao componente Pré-Natal, além dos procedimentos básicos e exames preconizados anteriormente, há o incremento de intervenções facilitadoras ao cuidado como acessibilidade e vinculação à Unidade de Saúde e Maternidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; DOMINGUES *et al.*, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), o número apropriado seria igual ou superior a seis consultas, com início antes 12<sup>a</sup> semana gestacional e consultas na 20<sup>a</sup>, 26<sup>a</sup>, 30<sup>a</sup>, 34<sup>a</sup>, 36<sup>a</sup>, 38<sup>a</sup> e 40<sup>a</sup> semanas. No entanto, mesmo com um número reduzido de consultas realizadas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, pode não haver aumento de resultados perinatais adversos. As consultas deverão ser mensais até a 28<sup>a</sup> semana, quinzenais entre 28 a 36 semanas e semanais no termo. Não existe alta do pré-natal. Quando o parto não ocorre até a 40<sup>a</sup> semana é necessário conduzir a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. Estudos

clínicos randomizados evidenciam que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal, e menor hipótese de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas.

Carvalho e Novaes (2004) consideram as mesmas quantidades de consultas realizadas nos dois primeiros trimestres gestacionais do Índice de Ministério da Saúde do Brasil, adicionando uma consulta de pré-natal ao último trimestre.

O Revised Graduated Prenatal Care Utilization Index (GINDEX revisado) sugerido por Alexander e Cornely (1987) considera que a quantidade de consultas realizadas no pré-natal necessita incluir a idade gestacional, porquanto atribui como critério de adequação da assistência à realização de uma consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação, com um total de nove consultas até a 36ª semana gestacional e uma consulta semanal a partir da 36ª semana gestacional, até o momento do parto.

Já o índice proposto por Kessner *et al.* (1973) enfatiza que o pré-natal deve iniciar até o terceiro mês de gestação, totalizando nove consultas, em gestações maiores ou iguais a 36 semanas.

O Índice de Takeda (1993) propõe que o pré-natal deve iniciar até a vigésima semana gestacional, totalizando seis ou mais consultas e avalia a assistência aos cuidados de pré-natal através de um algoritmo baseado no trimestre em que o cuidado pré-natal se inicia e no número de consultas, ajustado para a idade gestacional, estando definido por três categorias de utilização: pré-natal adequado, intermediário e inadequado.

Rosen *et al.* (1991) incluem o critério da paridade, defendendo que em múltiparas sete consultas realizadas seriam suficientes, enquanto em primíparas nove consultas classificariam o pré-natal como apropriado desde que, em ambas as situações, a primeira consulta de pré-natal seja realizada até a 8ª semana de gestação.

Coutinho *et al.* (2003) estabelece três níveis para avaliar plenamente a assistência de pré-natal. Nível I refere-se à assistência em tempo ideal, com quantidade total de consultas satisfatórias. No nível II, soma-se ao nível anterior a realização de exames laboratoriais. O nível III prevê a execução de exames clínicos e físicos na gestante e no feto. Os autores ainda estabelecem que a assistência é

adequada ao pré-natal, quando iniciada até a 14<sup>a</sup> semana gestacional, perfazendo um total de seis ou mais consultas de pré-natal.

Villar *et al.* (2001) compararam o modelo padrão de atendimento de pré-natal com um novo modelo que enfatiza ações conhecidas por serem eficazes na melhoria dos resultados maternos ou neonatais e possui menos consultas clínicas gestacionais. Reporta que um máximo de quatro visitas são suficientes para gestações sem complicações e para gestações com alguma complicação podem ser recomendadas mais visitas. Propõe que o pré-natal deve iniciar antes da 12<sup>a</sup> semana gestacional, uma consulta na 25<sup>a</sup>, 26<sup>a</sup> ou 27<sup>a</sup> semana, uma consulta na 31<sup>a</sup>, 32<sup>a</sup> ou 33<sup>a</sup> semana e uma consulta na 37<sup>a</sup>, 38<sup>a</sup> ou 39<sup>a</sup> semana gestacional.

Garantir uma assistência adequada, significa, prevenir, diagnosticar, tratar a parte terapêutica dos eventos adversos da gestação e os cuidados com o parto e recém-nascido, garantindo a efetividade do alcance dos resultados desejados da melhor maneira, atingindo os objetivos e ocasionando um impacto esperado. A eficácia da assistência ao pré-natal pretende alcançar os resultados delineados e os objetivos pretendidos, medindo a relação entre o efeito e a ação (BRASIL, 2012).

### **3.4 A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL**

No Brasil a cobertura do pré-natal foi reforçada por programas governamentais entre eles o programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN), estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2000, o qual teve como principal objetivo melhorar a assistência ao pré-natal, à cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, o parto assistido, o cuidado ao pós-parto e ao recém-nascido. Conforme esse programa, um pré-natal adequado precisa ser iniciado até o quarto mês de gestação, ser composto por, no mínimo, seis consultas de acompanhamento e incluir exames laboratoriais (sangue e urina) (BRASIL, 2006).

Nunes *et al.* (2017) descrevem em sua pesquisa, na regiões Norte e Nordeste, a partir de valores de proporções, média e intervalo de confiança a 95%, o qual houve elevada cobertura do acompanhamento pré-natal (97,4% IC95% 96,5-98,4), com entrega do cartão pré-natal (95,3% IC95% 93,6-97,0) com início de pré-natal com menos de 13<sup>a</sup> semanas de gestação (83,7% IC95% 80,7-86,6), porém

baixa proporção de gestantes com todos os aconselhamentos (69,2% IC95% 65,5-72,9) e com exames para Sífilis (64,8% IC95% 61,0-68,7). Entre as que realizaram o pré-natal, 69,33% das gestantes realizaram todas as consultas pelo SUS. As regiões Norte e Nordeste apresentaram maior proporção de partos normais, porém com número menor de consultas de pré-natal por gestante.

Torna-se evidente, portanto, a existência de desigualdade regional quanto à assistência ao pré-natal, ao avaliar os resultados dos programas do Ministério da Saúde, como o PHPN, no Brasil como um todo, mas em cada macrorregião isoladamente.

Mario *et al.* (2019) reportaram que nos municípios carentes do norte e nordeste do Brasil, entre o período de 2002 e 2005, a realização de seis ou mais consultas de pré-natal aumentou de 42% para 52%, e os exames de ultrassonografia pélvica aumentaram de 44% para 64%. Um estudo realizado em áreas carentes dessas regiões, atendidas pela Pastoral da Criança, demonstrou que cerca de 85% das mães das crianças realizaram pelo menos uma consulta pré-natal, dois terços dos quais também começaram no primeiro trimestre da gravidez. No entanto, pouco mais de 40% realizaram seis ou mais consultas durante a gestação. Uma porcentagem significativa não foi submetida a exames laboratoriais e clínicos básicos durante o período pré-natal.

Flores *et al.* (2021) descrevem em seu artigo em um estudo transversal da Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil em 2013, que 90% das gestantes brasileiras receberam aconselhamento sobre alimentação saudável e, não fumar e beber, 80% das gestantes foram aconselhadas a não usar alisamento de tintura/cabelo e todos os aconselhamentos. Aproximadamente 70% das gestantes receberam orientações sobre parto e sinais de risco e 83,4% sobre amamentação e apenas 60% das gestantes receberam todas as orientações. Das gestantes, 80% tiveram a aferição da medida de pressão arterial e peso verificado, a medida do fundo uterino e a ausculta do coração do bebê. Apenas 36,7% das gestantes tiveram as mamas examinadas e somente 33,4% tiveram todos os procedimentos realizados. Mais de 90% realizaram o exame para HIV e urina e 77,9% das gestantes para sífilis, 81,4% realizaram todos os exames e 21,7% todos os indicadores.

### **3.5 PRÉ-NATAL E ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE JOINVILLE**

O Município de Joinville está dividido em três Distritos de Saúde, áreas geográficas delimitadas conforme consideração do Distrito Sanitário, território que agrega um conjunto de unidades de saúde organizadas em uma rede hierarquizada quanto à sua complexidade, que oferecem assistência direta à população residente (JOINVILLE, 2019).

Com relação aos locais onde o pré-natal pode ser realizado, conforme informações da Secretaria Municipal da Saúde de Joinville, a cidade de Joinville dispõe da Divisão de Atenção Primária de Saúde – DAP, a qual é constituída por 3 Distritos de Saúde regionalizados em Centro, Norte e Sul. O Distrito de Saúde Centro é constituído por 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 15 Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF). O Distrito de Saúde Norte é constituído por 2 Unidades Básicas de Saúde e 21 Unidades de Estratégia Saúde da Família e, finalmente, o Distrito de Saúde Sul possui 2 Unidades Básicas de Saúde e 16 Unidades de Estratégia Saúde da Família, totalizando 6 UBSs e 52 Unidades de ESF (SEPUD, 2017).

O atendimento básico é um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças, com diagnóstico precoce, o tratamento e a reabilitação da saúde do indivíduo.

São serviços do atendimento básico: acompanhamento de crianças e gestantes; doenças crônicas, como diabetes e hipertensão; aplicação de injetáveis; atendimento individual e em grupos, assistência com os profissionais da psicologia, terapia ocupacional e psiquiatria; atendimento e consulta odontológico, educação e promoção da saúde bucal; consulta clínica, pediátrica e ginecológica; consulta de enfermagem; realização de curativos e retiradas de pontos; encaminhamento para especialistas; fornecimento de medicamentos, com receita do SUS; grupos de apoio (alimentação, atividades físicas e saúde mental); planejamento familiar; realização de exame preventivo do câncer de colo do útero e avaliação das mamas; teste do pezinho do recém-nascido; vacinação; além de visita domiciliar aos pacientes acamados, recém-nascidos de risco e assistência ventilatória.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, agentes de saúde pública, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário.

A atuação integrada à saúde permite desempenhar e realizar discussões de casos clínicos; o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na unidade de saúde como nas visitas domiciliares e possibilita a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde podem ser também intersetoriais, com foco prioritário nas ações da assistência de prevenção e promoção da saúde (SEPUD, 2017).

A Maternidade Darcy Vargas (MDV) está localizada na cidade de Joinville, na região norte do Estado de Santa Catarina. Com 604.708 habitantes, conforme estimativa do IBGE de 2021 é a maior cidade do estado, sendo a terceira mais populosa cidade da Região Sul do Brasil. Pertence à Microrregião de Joinville e à Mesorregião do Norte Catarinense e é sede da Região Metropolitana do Norte/Nordeste Catarinense, a qual contava, sendo, a mais populosa região metropolitana do Estado de Santa Catarina (SAÚDE, 2022).

A cidade de Joinville possui um elevado índice de desenvolvimento humano (0,809), ocupando a 21ª posição nacional entre os municípios brasileiros. É apontada como a primeira melhor cidade para se viver no Brasil. Joinville ostenta os títulos de "Manchester Catarinense", "Cidade das Flores", "Cidade dos Príncipes" e "Cidade da Dança". É ainda conhecida por sediar o Festival de Dança de Joinville (considerado o maior festival de dança do mundo), a Escola do Teatro Bolshoi no Brasil (a única no mundo fora da Rússia) e o Joinville Esporte Clube (NSC TOTAL, 2016; JOINVILLE, 2017).

A Maternidade Darcy Vargas foi inaugurada em 16 de abril de 1947, tendo sido fundada para oferecer a assistência à mãe, bebê e família de Joinville e região. Atendendo exclusivamente pacientes do SUS, hoje conta com mais de 600 funcionários, sendo que 100 fazem parte do corpo clínico. O nome da Maternidade foi uma homenagem à primeira dama brasileira, esposa de Getúlio Vargas (SAÚDE, 2018).

Considerada o berço da Humanização em Santa Catarina, é referência estadual em gestações de alto risco e partos normais, sendo uma das cinco

unidades hospitalares do Brasil a receber o Prêmio Dr. Pinotti Hospital Amigo da Mulher, concedido pela Câmara dos Deputados. A Maternidade Darcy Vargas concorreu com outros 70 hospitais de todo o país. Esse reconhecimento é pelo trabalho de promoção à assistência e da qualificação dos serviços prestados às mulheres (SAÚDE, 2018).

A unidade da Maternidade Darcy Vargas conta com Emergência Externa (24h), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo), Centro Cirúrgico e Unidades de Internação. O atendimento é realizado por especialistas de diferentes áreas: ginecologista, obstetra, anesthesiologista, cardiologista pediátrico, hematologista, neonatologista, neuropediatra, oftalmologista, ortopedista pediátrico, pediatra, psiquiatra e radiologista. Profissionais na área de enfermagem: enfermeiros (obstetra), técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem. A Maternidade conta com o serviço de apoio à diagnose e terapia: psicologia, nutricionista, serviço social, fonoaudiologia, radiologia e ultrassonografia, além do apoio da associação de voluntárias da MDV (SAÚDE, 2018).

A Tabela 1 apresenta dados sobre os nascimentos ocorridos na MDV nos anos de 2018 a 2022.

**Tabela 1** Número de nascidos vivos na Maternidade Darcy Vargas por tipo de parto e ano do nascimento.

Variável	2018	2019	2020	2021	2022
Parto vaginal	3.918	3.688	2.949	3.708	1.842
Cesário	2.163	2.271	1.978	2.456	1.038
Total	6.081	5.959	4.927	6.164	2.880

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).  
Dados atualizados julho de 2022.

Em relação às informações de nascidos vivos em Santa Catarina e Joinville no período de 2021, perfazendo no ambiente hospitalar: 95.949, sendo em Joinville um total de 9.507 nascidos vivos (SINASC, 2022).

## **4 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional, analítico de corte transversal, metodologia quantitativa, realizado com puérperas, na essência da avaliação em saúde ao pré-natal.

### **4.1 PERÍODO E LOCAL DA PESQUISA**

Os dados foram obtidos no período de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2019, na Maternidade Darcy Vargas (MDV) na Cidade de Joinville –SC.

### **4.2 AMOSTRA**

Os dados para a avaliação em saúde ao pré-natal foram obtidos através de um questionário (Apêndice A) que contemplou aspectos de todo processo do pré-natal em uma amostra aleatória de 722 puérperas, maiores de 18 anos que tiveram seus partos realizados na Maternidade Darcy Vargas (declaração de exequibilidade de projeto de pesquisa, Anexo A) e com todo seu atendimento pré-natal realizado no Sistema Único de Saúde (SUS) na Cidade de Joinville – SC.

### **4.3 INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Os critérios de inclusão foram: puérperas acima de 18 anos que realizaram o pré-natal em Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde da cidade de Joinville – SC, cujo parto tenha ocorrido na Maternidade Darcy Vargas (MDV), falar língua portuguesa e que voluntariamente quiseram participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Critérios de exclusão: as puérperas que desistiram de participar da pesquisa após início do questionário e as puérperas fora da abrangência de Joinville – SC.

#### **4.4 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

A autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt/SES/SC, número do parecer: 2.480.567, CAAE 82366218.1.0000.5363. O uso dos dados para realização desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional da Região de Joinville - UNIVILLE (parecer número 4.145.006, CAAE 29323920.1.0000.5366, conforme o Anexo B).

#### **4.5 AMOSTRA E ANÁLISE**

Todos os dados foram obtidos por meio de entrevista com escuta qualificada e consulta à Caderneta da Gestante (cartão de consultas, exames e vacinas), ao Plano de Parto e ao Prontuário Eletrônico. A amostra aleatória determinada através do programa Randomized Research, com seleção de 10 dias por mês no período de 12 meses. Conforme os dias selecionados, realizava-se a abordagem às puérperas.

A digitalização dos dados obtidos foi agrupada em um banco eletrônico, utilizado software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0, e analisada descritivamente, bem como as variáveis contínuas (numéricas) avaliadas através do cálculo de médias e desvio-padrão.

#### **4.6 CLASSIFICAÇÃO DOS ÍNDICES**

A classificação da assistência ao pré-natal, conforme o Programa Nacional de Humanização ao Parto e Nascimento, dá-se pela observação dos seguintes dados no cartão pré-natal da puérpera: realização de no mínimo seis consultas no

acompanhamento pré-natal, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três do terceiro trimestre da gravidez, bem como a realização de exames laboratoriais e ações de educação em saúde MS (2002).

A classificação da assistência ao do pré-natal segundo o índice Adequacy of Prenatal Care Utilization - APNCU, proposto por Kotelchuck (1994), considera que quanto mais precoce iniciado, mais adequado o cuidado pré-natal. A adequação do início do cuidado pré-natal corresponde a: ótimo – 1º ou 2º mês; adequado – 3º ou 4º mês; intermediário – 5º ou 6º mês; inadequado – 7º mês ou mais tarde ou sem assistência pré-natal. A medida da adequação dos cuidados recebidos corresponde à razão entre o número de consultas recebidas e o número esperado de consultas (KOTELCHUCK, 1994).

O número esperado de consultas é baseado no padrão de consultas pré-natais para gestações não complicadas, recomendado pelo American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) que define os seguintes padrões: uma consulta por mês até 28 semanas, duas consultas por mês até 36 semanas e uma consulta por semana até o nascimento (ACOG, 1985).

A classificação da assistência ao pré-natal conforme o índice de Kessner modificado por Takeda categoriza o pré-natal como adequado, intermediário e inadequado, com base no trimestre de início do acompanhamento e no número de consultas ajustado para idade gestacional, considerando a semana do início do pré-natal, a idade gestacional no parto e o número de consultas realizadas (CODMAN, 1916; DONABEDIAN, 1980; PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013).

Ciari *et al.* (1974) defendem que o número total de consultas esperadas em gestações deve ser igual a cinco, sendo uma consulta no 1º trimestre.

Carvalho e Novaes (2004) consideram um total de sete consultas durante o período gestacional, sendo elas distribuídas entre uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e quatro consultas no 3º trimestre.

De acordo com Coutinho *et al.* (2002) a assistência ao pré-natal é adequada quando iniciada até a 14ª semana gestacional, realizando um total de seis ou mais consultas de pré-natal.

Rosen *et al.* (1991) consideram realizar uma consulta até a 8ª semana gestacional, considerando as gestantes primíparas completando nove consultas gestacionais e para as multíparas um total de sete consultas de pré-natal.

Alexander e Cornely (1987) propõem uma consulta antes do 4º mês de gestação, totalizando nove consultas até 36ª semana gestacional e uma consulta semanal após 36ª semana até o parto.

Villar *et al.* (2001) estabelecem uma consulta antes de completar a 12ª semana gestacional, distribuindo as demais consultas considerando a idade gestacional, sendo uma consulta entre a 25ª a 27ª semana, uma consulta entre a 31ª a 33ª semana e uma consulta durante a 37ª a 39ª semana gestacional.

A avaliação da completude dos dados anotados no cartão ocorreu mediante análise das informações consideradas essenciais na consulta pré-natal, de acordo com os critérios preconizados pelo PHPN (2002) classificados como adequação, inadequação temporal, ou seja, realização do exame fora do prazo preconizado pelo PHPN e inadequados, ou seja, sem informação no cartão de pré-natal das gestantes.

Estas informações foram classificadas como sim, que determina a anotação completa, legível e adequada do dado no cartão, e parcial que determina o não lançamento de um ou mais dados no cartão.

É considerado adequado quando são realizadas seis consultas ou mais e iniciou-se antes de 20 semanas de gestação; intermediário, todas as demais situações e inadequado quando o início do pré-natal acontece depois de 28 semanas, com menos de três consultas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

#### **4.7 ADEQUADO, INADEQUADO E INTERMEDIÁRIO**

A avaliação da assistência em saúde ao pré-natal foi classificada nos diferentes índices como **adequado, inadequado e intermediário**. O percentual foi baseado segundo Kotelchuck (1994), ao qual delimita o percentual acima de **80% adequado**, de **50% a 79% intermediário** e **menor que 50% inadequado**.

## 5. RESULTADOS

Foram selecionadas 722 puérperas, das quais 683 puérperas apresentaram o cartão de gestante completo, 39 (5,4%) puérperas não realizaram nenhuma consulta. Das 683 gestantes apresentou o seguinte perfil socioeconômico: a faixa etária variou entre 18 e 41 anos, com média de 26,2 anos, a maioria de raça auto referida branca, com escolaridade entre 8-11 anos, com renda familiar predominante entre 2 a 4,9 salários-mínimos e casadas. Ver a tabela 2 ao qual apresenta os demais dados agrupados das características das gestantes entrevistadas.

**Tabela 2** Dados socioeconômicos e história reprodutiva prévia e atual das gestantes entrevistadas

<b>Características das gestantes</b>	<b>%</b>
Idade ≤ 20 anos	17,4
Idade 21-25 anos	33,4
Idade 26-30 anos	26,4
Idade 31-40 anos	22,0
Idade ≤ 41 anos	0,8
Cor branca	63,9
Outras (negra, parda e indígena)	36,1
Sem companheiro	10,8
Com companheiro	89,2
Profissão Remunerada	54,7
Profissão Não remunerada	45,3
Sem renda/Não informado	6,1
Renda familiar ≤ 1 salários mínimos	6,2
Renda familiar 1,1 - 1,9 salários mínimos	27,9
Renda familiar 2 - 4,9 salários mínimos	51,5

Renda familiar $\geq$ 5 salários mínimos	8,3
Média - pessoas que vivem com a renda	4
$\leq$ 3 pessoas que vivem com a renda	37,8
4 – 6 pessoas que vivem com a renda	57,7
7 – 9 pessoas que vivem com a renda	4,5
Média escolaridade	4,4
$\leq$ 7 anos escolaridade	9,9
8 – 11 anos escolaridade	76,5
$\geq$ 12 anos escolaridade	13,6
Fumantes	5,1
Não fumantes	94,9
Pratica atividade física	10,3
Não pratica atividade física	89,7
Cesariana	38,9
Parto normal	61,1
1º gestação $\leq$ 18 anos	35,8
1º gestação $>$ 18 anos	64,2
Aborto	16,7
Gestação não planejada	63,1
Gestação planejada	36,9
ITU	35,8
DHEG sem tratamento	10,1
DMG sem tratamento	4,1

---

TOTAL (n) = 683

Em relação à avaliação do cuidado pré-natal referente aos procedimentos realizados relatados pelas entrevistadas, pouco mais de 50% relatou ter realizado exame preventivo no último ano e a menor quantidade no decorrer da atenção pré-natal.

A gestante precisa realizar o exame que determina o tipo sanguíneo na primeira consulta de pré-natal ou durante o primeiro trimestre gestacional e este procedimento apresentou-se adequado segundo o MS (2002) dos cartões de gestantes analisados.

Analisando a anotação de dados relevantes nos cartões pré-natal, possibilitando assim, um adequado cuidado pré-natal, os seguintes indicadores foram obtidos em um total de 683 gestantes, acima de 70% possuíam a altura da gestante e o peso inicial, (21,1%) o exame preventivo, quase 95% a data da última menstruação (DUM), e continham o histórico obstétrico prévio, com número de gestações, paridade e tipo de parto, acima de 95% possuíam a data provável do parto (DPP), a idade gestacional da primeira consulta, em (11,4%) constava a realização do exame de mama, (25%) foram anotados dados de acompanhamento odontológico, acima de 50% continham anotação de uso de sulfato ferroso e de ácido fólico, continham histórico materno e (15,8%) histórico familiar e (10,8%) continham anotações no campo pré-natal do parceiro.

O exame relacionado ao fator Rh, coletado na primeira consulta ou durante o primeiro trimestre, apresentou adequação acima de 97% dos cartões das gestantes examinados, porém (2,9%) cartões não possuíam esta informação descrita. Destes, obteve-se (10,4%) com resultado Rh negativo. Analisando a completude do exame Coombs Indireto dos 71 cartões de pré-natal das gestantes identificados com Rh negativo, (5,0%) não havia nenhum registro quanto a realização deste exame, (4,8%) tinham exames anotados, mas em quantidade inferior à preconizada, estando parcialmente adequados e (0,6%) estavam inadequados temporalmente, ou seja, realizados fora do prazo recomendado pelo MS (2002).

Dos cartões de pré-natal das gestantes analisados referentes aos exames de hemoglobina e hematócrito (hb e ht), somente (13,5%) estavam adequados, (3,5%) não tinha nenhum dado anotado, (17,0%) possuíam um exame no primeiro trimestre ou no terceiro trimestre, sendo considerado parcial e (66,0%) estavam inadequados temporalmente, ou seja, fora do período recomendado pelo PHPN.

Quanto ao exame de glicemia, obteve-se adequação com relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde PHPN (2002) acima de 50%, adequação parcial (27,5%), inadequação temporal (15,2%) e inadequação (4,1%) dos cartões de pré-natal das gestantes analisados. Em relação ao exame de TTOG, obteve-se adequação menos de 39%, inadequação temporal (35,4%), ou seja, realização do exame fora do prazo preconizado pelo PHPN e menos de 27% inadequados, ou seja, sem informação no cartão de pré-natal das gestantes.

Obteve-se menos de 50% cartões de pré-natal das gestantes adequados quanto ao rastreamento de Hepatite B, (27,4%) com adequação parcial na realização do exame, (13,5%) cartões com inadequação temporal e (11,4%) inadequados, ou seja, sem nenhum exame anotado.

Em relação ao rastreamento de toxoplasmose para detecção de IgG, obteve-se quase 90% cartões de pré-natal das gestantes adequados, menos de 6% inadequados temporalmente e inadequados. Quanto ao exame de detecção de IgM, obteve-se (87%) cartões adequados, (7,9%) inadequados e (5,1%) inadequados temporalmente. Foram diagnosticados como IgG negativo mais de 50%, necessária a repetição do exame durante o terceiro trimestre de gestação, (23,9%) realizaram o exame durante o terceiro trimestre, (22,1%) não realizaram e (4,1%) realizaram no segundo trimestre, estando inadequados temporalmente.

Referente à Urina Tipo I, obteve-se menos de 50% cartões de pré-natal adequados, (23,7%) parcialmente adequados, (18,0%) inadequados temporalmente e (8,6) inadequados sem informação no cartão. Quanto à urocultura, obteve-se (43,2%) cartões adequados, (32,5%) parcialmente adequados, (12,6%) inadequados e (11,9%) inadequados temporalmente.

Das gestantes entrevistadas, (85,0%) iniciaram a assistência ao pré-natal em até 12 semanas de gestação, quase 98% relataram acolhimento adequado e fácil acessibilidade ao serviço de saúde, receberam o cartão de gestante logo no primeiro contato com o serviço de saúde, concretizaram 6 consultas ou mais de pré-natal e (33,2%) com 10 consultas ou mais. Atingiram uma consulta ou mais entre 28 e 36 semanas 635 (93,0%) gestantes.

Relacionado às informações básicas de identificação no cartão pré-natal a análise obteve-se as seguintes identificações com dados pessoais: (92%) dos cartões estavam legíveis, (91%) continham o número do Sis prenatal no cartão da gestante, (82%) constavam a UBS de referência para o pré-natal, (92,4%)

constavam o nome da entrevistada, (91,1%) constavam a idade da gestante, apenas (24,4%) existiam a raça, escolaridade (70%), o endereço (72,3%), telefone (73%) e continham a maternidade de referência para o parto (64,7%).

Brevemente dentre as 683 gestantes, o número de consultas realizadas durante o período pré-natal, os índices de avaliação em saúde ao pré-natal que obtiveram adequação foram: Ciari *et al.* (1972), Takeda (1993) e Coutinho *et al.* (2002) em comparação a OMS (2016) e PHPN (2002) que obteve uma porcentagem intermediário, Carvalho e Novaes (2004) e Kotelchuck (1994), e inadequados Kessner *et al.* (1973), Alexander e Cornely (1987), Rosen *et al.* (1991), Villar *et al.* (2001), além disso, 39 (5,4%) gestantes que não realizaram nenhuma consulta. Os números estão agrupados na tabela 3.

**Tabela 3** Percentual de adequação do acesso à assistência gestacional segundo os diferentes índices de avaliação do pré-natal

Índice de Pré-Natal Ordem cronológica	CrITÉRIOS analisados	S	%
Ciari <i>et al.</i> (1972)	Uma consulta no 1º trimestre	603	88,3
	Mínimo de 80 para a razão entre consultas realizadas e 5 esperadas	645	94,4
	<b>Pré-natal adequado</b>	<b>583</b>	<b>85,4</b>
Kessner <i>et al.</i> (1973)	Uma consulta até o 3º mês gestação	603	88,3
	Mínimo de nove consultas	324	47,4
	<b>Pré-natal adequado</b>	<b>314</b>	<b>46,0</b>
Alexander e Cornely (1987)	Uma consulta antes do 4º mês – antes de 16 semanas	627	91,8
	9 consultas até 36ª	86	12,6
	Uma consulta semanal após 36ª até o parto	197	28,8
	<b>Pré-natal adequado</b>	<b>43</b>	<b>6,3</b>
Rosen <i>et al.</i> (1991)	Uma consulta até a 8ª semana gestacional	388	56,8
	Primíparas 9 consultas	93	13,6
	Múltiparas 7 consultas	397	58,1
	<b>Pré-natal adequado - primíparas</b>	<b>63</b>	<b>9,2</b>
	<b>Pré-natal adequado – múltiparas</b>	<b>244</b>	<b>35,7</b>

Takeda (1993)	Uma consulta até a 20 <sup>a</sup> semana	659	96,5
	Mínimo de seis consultas ou mais	595	87,1
	<b>Pré-natal adequado</b>	<b>594</b>	<b>87,0</b>
Kotelchuck (1994)	Uma consulta até o 4 <sup>o</sup> mês	677	99,1
	Duas consultas até 36 semanas	681	99,7
	Uma consulta semanal até o nascimento	197	28,8
	Mínimo 80% para a razão entre consultas realizadas e esperadas (80 e 109%)	250	36,6
	<b>Pré-natal adequado</b>	<b>464</b>	<b>67,9</b>
Villar <i>et al.</i> (2001)	Uma consulta antes da 12 <sup>a</sup> semana	542	79,4
	Uma consulta na 25 <sup>a</sup> , 26 <sup>a</sup> ou 27 <sup>a</sup> semana	373	54,6
	Uma consulta na 31 <sup>a</sup> , 32 <sup>a</sup> ou 33 <sup>a</sup> semana	381	55,8
	Uma consulta na 37 <sup>a</sup> , 38 <sup>a</sup> ou 39 <sup>a</sup> semana	543	79,5
	<b>Pré-natal adequado</b>	<b>164</b>	<b>24,0</b>
PHPN (2002) Ministério da Saúde	Início até 12 <sup>a</sup> semana gestacional	580	84,9
	Uma consulta no 1 <sup>o</sup> trimestre	603	88,3
	Duas consultas no 2 <sup>o</sup> trimestre	589	86,2
	Três consultas no 3 <sup>o</sup> trimestre	576	84,3
	<b>Pré-natal adequado</b>	<b>464</b>	<b>67,9</b>
Coutinho <i>et al.</i> (2002)	Uma consulta até a 14 <sup>a</sup> semana	622	91,1
	Seis ou mais consultas	595	87,1
	<b>Pré-natal adequado</b>	<b>593</b>	<b>86,8</b>
Carvalho e Novaes (2004)	Uma consulta no 1 <sup>o</sup> trimestre	603	88,3
	Duas consultas no 2 <sup>o</sup> trimestre	589	86,2
	Quatro consultas no 3 <sup>o</sup> trimestre	450	65,9
	<b>Pré-natal adequado</b>	<b>400</b>	<b>58,6</b>
Organização Mundial da Saúde (2016)	Início antes de 12 semanas	580	84,9
	20 <sup>a</sup>	42	6,1
	26 <sup>a</sup>	141	20,6
	30 <sup>a</sup>	220	32,2
	34 <sup>a</sup>	208	30,5
	36 <sup>a</sup>	313	45,8

38 <sup>a</sup>	372	54,5
40 <sup>a</sup>	34	5,0
<b>Pré-natal adequado</b>	<b>402</b>	<b>58,9</b>
<hr/>		
Total da amostra: 683 gestantes		

Sinteticamente, referente ao início do pré-natal, obtiveram porcentagem adequado: OMS (2016), PHPN (2002), Ciari *et al.* (1972), Takeda (1993), Coutinho *et al.* (2002), Carvalho e Novaes (2004), Kessner *et al.* (1973), Alexander e Cornely (1987) e Kotelchuck (1994), intermediário, apenas Rosen *et al.* (1991), (56,8%) e Villar *et al.* (2001) e inadequado, as gestantes (5,4%) que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal.

Conforme os resultados referentes à quantidade de consultas de pré-natal adequado obtiveram variações muito expressivas. Conforme o índice proposto por Takeda (1993), 87,0% gestantes analisadas tiveram o início do pré-natal adequado até o 4º mês de gestação e realizando seis ou mais consultas durante o período gestacional (TAKEDA, 1993), Coutinho *et al.* (2002) e Ciari *et al.* (1972), consideram adequado o mínimo de seis consultas de pré-natal.

Obtiveram resultados intermediários o PHPN (2002) e OMS (2016), que preconizam seis ou mais consultas de pré-natal, porém o PHPN com início até 12ª semanas de gestação e a OMS com início antes de 12ª semana gestacional, obteve um percentual intermediário, além de Carvalho e Novaes (2004) consideram a mesma quantidade de consultas realizadas nos dois primeiros trimestres conforme o PHPN, adicionando uma consulta ao terceiro trimestre, ou seja, sete ou mais consultas de pré-natal e Kotelchuck (1994) considera início antes ou durante o 4º mês de gestação e cinco consultas de pré-natal.

Aquém da média, Kessner *et al.* (1973), Alexander e Cornely (1987) e Rosen *et al.* (1991) consideram nove consultas de pré-natal. Villar *et al.* (2001) consideram o número de consultas conforme a semana gestacional (25ª, 26ª ou 27ª; 31ª, 32ª ou 33ª; 37ª, 38ª ou 39ª semanas).

Os resultados que qualificam o índice de avaliação em saúde ao pré-natal segundo o PHPN (2002) obtiveram variações muito significativas em relação as consultas realizadas durante cada trimestre do período gestacional, no primeiro trimestre (88,3%) e terceiro trimestre (93,9%) adequados e inadequados no segundo trimestre (38,7%). A tabela 4 apresenta os indicadores conforme o PHPN.

**Tabela 4** Indicadores de qualidade da assistência pré-natal conforme PHPN

Indicadores	(%)
Exames 1º trimestre	94,2
Exames 2º trimestre	93,2
Exames 3º trimestre	42,5
Citopatológico	21,1
Ultrassom	55,7
Exame mamas	11,4
Medicamentos - Sulfato Ferroso e Ácido Fólico	24,2
Dtpa e Hepatite B	34,3
Orientações sobre exame HIV	93,5
Orientações sobre tipos de parto	49,9
Orientações sobre plano de parto	25,5
Orientações sobre sinais anormais da gestação	81,8
Orientações sobre aleitamento materno	65
Orientações sobre métodos contraceptivos	36,6
Orientações sobre consulta revisão	51,2
Orientações sobre consulta bebê	57,9
Orientações sobre direitos da gestante	48,2
Orientações sobre visita maternidade	20,3
Orientações sobre classificação de risco	97,9
Total da amostra: 683 gestantes	

Os indicadores que analisam a avaliação em saúde ao pré-natal, segundo os critérios PHPN, em relação aos exames laboratoriais, realizados no terceiro trimestre, obtiveram inadequação de (42,5%). Os exames laboratoriais dos cartões analisados obteve adequado, quanto aos exames de estreptococo do grupo B (89,9%), tipo sanguíneo e fator RH (90,8%), toxoplasmose IgG (89,9%) e IgM (87%), quanto aos exames de DMG obteve intermediário com 53,1% e sífilis (60,3%) e inadequados hemoglobina e hematócrito (hb e ht) com (13,5%), rastreamento de Hepatite B (47,7%), urina tipo I (49,6%) e urocultura (43%).

A realização de Ultrassonografia obstétrica obteve intermediário (55,7%) e inadequados em relação ao exame citopatológico (21,1%) e mamas examinadas (11,4%).

Com resultados inadequados em relação à vacinação Dtpa e Hepatite B apresentaram percentual de (34,3%) e tratamento com sulfato ferroso e ácido fólico (24,2%).

Referente às orientações recebidas durante a atenção pré-natal, 93,5% das gestantes entrevistadas foram orientadas quanto à importância do exame HIV, menos de 50% receberam orientações acerca dos tipos de parto, somente (25,5%) foram orientadas sobre plano de parto, (81,4%) confirmaram conhecer os sinais anormais da gestação para procurar um serviço de saúde, (65%) receberam orientações acerca da importância do aleitamento materno, (36,6%) foram informadas sobre os métodos de contracepção pós-parto, (51,2%) sabiam sobre a importância da consulta de revisão ginecológica 40 dias após o parto e (57,9%) tinham conhecimento sobre a consulta do bebê na primeira semana de vida, (48,2%) foram informadas pela equipe de saúde sobre os direitos da gestante e apenas (20,3%) realizou visita na maternidade de referência.

Foram classificadas 97,9% das gestantes quanto à classificação de risco, e estavam classificadas de baixo risco, sendo o atendimento realizado em UBS ou Unidade Básica de Saúde próximo de sua residência.

## 6. DISCUSSÃO

Das puérperas entrevistadas, a maioria eram de raça auto referida branca, casadas, com renda familiar entre 2 a 4,9 salários-mínimos e menos de 6% não realizaram nenhuma consulta.

A avaliação da assistência ao pré-natal, referente ao início do pré-natal e, conseqüentemente, as consultas realizadas durante o período pré-natal é fortemente influenciada pelos critérios estabelecidos por cada autor. Na maioria dos autores encontramos adequação quanto ao início do pré-natal. Porém, encontramos uma inadequação nos exames realizados no período do terceiro trimestre, imunização recomendada no período gestacional e recebimento do conjunto de orientações.

Os indicadores da assistência ao pré-natal no mundo, os mais frequentes foram os índices de Kessner e Adequacy of Prenatal Care Utilization (APNCU) de Kotelchuck. Os demais estudos, os indicadores baseados em recomendações nacionais ou internacionais. Os mais frequentes os índices e adaptações de Kessner e APNCU de Kotelchuck (MORÓN-DUARTE, VARELA, SEGURA *et al.*, 2019).

A maioria dos artigos era de países de baixa e média renda, predominantemente afetados pela mortalidade materna e infantil. Constatou que quatro das cinco áreas relevantes da OMS na rotina de atenção pré-natal foram amplamente avaliadas, particularmente nas regiões da Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escritório Regional Africano da Organização Mundial da Saúde (AFRO). Foram encontrados vários indicadores para avaliar a qualidade do atendimento pré-natal completo, desde a utilização exclusiva dos serviços até sua combinação com indicadores de avaliação de conteúdo. A qualidade do atendimento pré-natal completo de rotina foi baseada em diretrizes nacionais, internacionais ou da OMS (MORÓN-DUARTE, VARELA, SEGURA *et al.*, 2019).

Os dados referentes às áreas pobres de Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e nos Estados de Chiapas no México, no quesito aos cuidados pré-natal de 13 semanas de gestação, os indicadores mostraram variações na qualidade do atendimento entre os países e dentro deles. Intervenções de rotina, como o atendimento pré-natal completo, atendimento neonatal imediato e contracepção pós-parto, tiveram baixos níveis de adesão. Os

registros que cumpriram o atendimento pré-natal completo de qualidade variaram de 68,8% na Costa Rica a 5,7%, Guatemala. Menos de 2,5% das complicações obstétricas e neonatais foram tratadas de acordo com os padrões em todos os países (RIOS-ZERTUCHE, ZÚÑIGA-BRENES, PALMISANO *et al.*, 2019).

No Brasil, os diversos índices para avaliação do pré-natal foram comparados ao índice de Kotelchuck (1994) como padrão de referência. Demonstrou intermediário, pois esse autor considera mais consultas do que a OMS.

Os índices de Carvalho & Novaes e o Ministério da Saúde do Brasil são relevantes para avaliar o acesso adequado ao pré-natal (SANTOS NETO *et al.*, 2013). Contudo, o PHPN, não apresentou adequado como deveria ser esperado, e demonstrou valores próximos a OMS, Kotelchuck (1994) e Carvalho e Novaes (2004).

Todos os índices a assistência ao pré-natal avaliados nessa pesquisa foram unânimes ao apresentaram como primeiro critério à realização de no mínimo uma consulta pré-natal antes do 5º mês gestacional.

Os demais critérios propostos consideraram a quantidade total de consultas de pré-natal, a proporção de consultas em relação à idade gestacional, a realização de consultas em tempos específicos da gestação e quantidade de consultas totais segundo paridade.

Os índices da assistência ao pré-natal têm a tendência a alterações conforme cada critério. Essas prevalências diminuem muito quando os critérios consideram adequada uma assistência com muitas consultas vinculadas à idade gestacional ou com poucas consultas, mas em semanas gestacionais bem restritas, definindo exatamente cada período gestacional em que precisa ocorrer cada consulta (ALEXANDER; CORNELLY, 1987, VILLAR *et al.*, 2001).

Conforme o índice de Takeda, quando se marca uma data limite para o início do pré-natal (uma consulta até 20ª semana gestacional) e considera-se apenas o total de consultas (seis ou mais consultas durante o período pré-natal), independentemente da idade gestacional em que elas acontecem, a prevalência de adequação aumenta expressivamente (TAKEDA, 1993).

No Estado do Rio Grande do Sul, foram utilizados o índice proposto por Takeda e por Silveira *et al.* que consideram apenas o número de consultas de pré-natal e idade gestacional de início, tiveram um filho com peso superior a 500 gramas ou 20 semanas gestacional. Além dessas duas variáveis, considera o

alcance de alguns testes laboratoriais. A disparidade entre as categorias extremas de renda diminuiu, segundo Takeda, e aumentou segundo Silveira *et al.* (SAAVEDRA *et al.*, 2019).

Em um estudo sobre a qualidade pré-natal em mulheres sergipanas, observou um percentual maior com início tardio da assistência (MENDES *et al.* 2018). O início do pré-natal no tempo oportuno, bem como sua condução de forma adequada, permite identificar gestação de risco, garantir a saúde e minimizar a morbidade e mortalidade da mãe e do bebê (BERNARDES *et al.* 2001; VICTORA, 2014; MS, 2016; LENZ; TAKIMI; WOLLMANN, 2019). O início do pré-natal apresentou altos níveis de adequação.

Em seis províncias da China, utilizando o índice de Kessner, destacou o momento apropriado e o número de consultas pré-natal, representa importância na prevenção precoce de patologias maternas e fetais, diminui a ocorrência de parto prematuro ou baixo peso ao nascer, possibilitando um desenvolvimento saudável ao bebê e minimizando riscos a gestante (MS 2016; HUANG *et al.*, 2018).

Em países desenvolvidos revelam que a realização de muitas ou poucas consultas não influencia nos desfechos gestacionais. Em países de médio e baixo desenvolvimento, locais com recursos limitados, em que o número de consultas é baixo, estão associados a um aumento na mortalidade perinatal em comparação com o tratamento padrão e desfechos desfavoráveis são mais encontrados entre mulheres que realizaram poucas consultas pré-natais (DOWSWELL; CARROLI; DULEY *et al.*, 2010).

Existe uma tendência de alterações nos percentuais estabelecidos em cada critério conforme cada autor. Essas alterações diminuem a prevalência quando os critérios da assistência consideram muitas consultas de pré-natal vinculadas à semana gestacional. Esse elemento permite questionar qual índice a assistência seria mais eficaz para a saúde da mulher e da criança no período gestacional: a realização de elevado número de consultas ou a realização de poucas consultas em períodos específicos do período gestacional. A proporção de comparecimento das gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal aumentou no Brasil, embora ainda existam desigualdades (PARIS *et al.*, 2013; MALLMANN *et al.*, 2018).

O PHPN estabelece um mínimo de procedimentos e exames oferecidos durante a atenção pré-natal; início da assistência, mínimo de seis consultas, exames

laboratoriais, esquema vacinal, orientações acerca da gestação, parto, puerpério e consulta puerperal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Recomenda a solicitação da tipagem sanguínea, hemoglobina e hematócrito (ABO-Rh) na primeira consulta de pré-natal, com o objetivo de prevenir a doença hemolítica perinatal caracterizada por um tipo de anemia hemolítica causada por incompatibilidade sanguínea materno-fetal (MS, 2019). Em um estudo em Moçambique, a assistência pré-natal não atende ao recomendado na realização de alguns exames e com ausência nos registros, hemograma, exame de glicemia, hepatite B, tipagem sanguínea e fator Rh e destaca a má qualidade dos cuidados públicos (MULEVA, 2020; PARIS *et al*, 2013).

A realização dos exames para diagnóstico de diabetes gestacional permite seu tratamento. Esta patologia pode trazer riscos a gestante e ao bebê, como: prematuridade, infecção urinária, indução ao parto, partos traumáticos, eclampsia, hipoglicemia neonatal, ao bebê exposto crescimento excessivo, obesidade e diabetes na vida adulta (SBD, 2011; FEBRASGO, 2011). Das gestantes, menos da metade das gestantes realizaram o rastreamento do DMG de forma adequada.

Houve falha na adequação nos exames de urocultura, hepatite B, estreptococo do grupo B e hemoglobina e hematócrito, nesse quesito, aos quais os exames são de suma importância evitando a morbidade e mortalidade.

Destacando a importância da coleta citopatológico de colo uterino, conforme a OPAS (2018), o câncer de colo uterino é o terceiro tipo de câncer mais prevalente nas mulheres, foram 570 mil novos casos e mortalidade aproximadamente de 311 mil, cerca de 90% em países de baixa e média renda. Enfatizando que as gestantes têm o mesmo risco que as mulheres não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero. A descoberta destas lesões durante o período gestacional reflete a oportunidade do rastreio e o tratamento. A coleta de espécime endocervical não apresenta risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada. Com o objetivo da prevenção primária, impedindo o desenvolvimento do câncer e a prevenção secundária é detectar e realizar o tratamento as doenças pré-malignas (INCA, 2020).

A cobertura ao início da assistência pré-natal na cidade de Joinville é praticamente universal, com atendimento pelo SUS, sendo pré-natal realizado em unidades básicas de saúde e atendimento pela estratégia saúde da família, em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas, quando

analisada através dos critérios e indicadores preconizados pelo PHPN, porém mantém baixa adequação na grande maioria dos critérios.

Destaca-se que as informações coletadas podem conter vários vieses, além da regionalidade, porém permite uma reflexão da assistência ao pré-natal prestada e direcionamento para correção das práticas insuficientes.

Existiram diferenças significativas na classificação de inadequação do cuidado pré-natal, dependendo do índice de adequação do cuidado pré-natal utilizado, Kessner e Kotelchuck (BLOCH *et al.*, 2009). A assistência pré-natal inadequada está associada a um risco aumentado de parto prematuro (KRUEGER; SCHOLL, 2000).

A avaliação da assistência pré-natal é profundamente influenciada pela maneira como a utilização é medida. O Índice de Kessner é fortemente ponderado em relação ao momento do início do cuidado pré-natal, não distingue o momento do início da má utilização subsequente, mede a utilização incorretamente para gestações de termo ou gestações pós-termo (KOTELCHUCK, 1994).

A realização do pré-natal representa importância na prevenção precoce de patologias maternas e fetais, possibilitando um desenvolvimento saudável ao bebê e minimizando os riscos a gestante (MS, 2016).

A alteração de apenas um critério no índice da assistência ao pré-natal em relação ao início do pré-natal estabelecido por cada autor citado e o número total de consultas gestacionais pode aumentar ou diminuir muito a prevalência de adequação a assistência ao pré-natal.

Os resultados desta pesquisa mostram que a cobertura a assistência ao pré-natal na cidade de Joinville oscilou, tendo alcançado valores elevados de adequação para os índices de Takeda, Coutinho *et al.* e Ciari *et al.*, em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas.

A análise da assistência ao pré-natal isoladamente permitiu analisar o início pré-natal e número de consultas realizadas, no entanto, deve-se ressaltar das demais informações como exames realizados, informações, cuidado e orientações recebidas durante o período gestacional, permite visualizar sobre os pontos dos índices da assistência avaliados que acrescentam esses critérios. Deve-se destacar que não avaliamos os partos prematuros.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, detectou-se que o pré-natal realizado pelas gestantes atendidas pelo SUS na MDV oscilou ao número de consultas pré-natal, ao relacionar ao PHPN que avalia outros critérios relacionados à avaliação em saúde ao pré-natal, exames preconizados, vacinas e orientações educativas mantêm níveis baixos analisados isoladamente.

Enquanto ao início do pré-natal isoladamente, foi adequado ao PHPN, OMS e alguns índices, somente dois índices com nível inadequado. O que evidencia uma assistência inicial adequada ao pré-natal à atenção básica.

É possível evidenciar uma visão geral da assistência ao pré-natal em Joinville, possibilitando o melhoramento desse atendimento, minimizando complicações, bem como os índices de morbidade e mortalidade.

A assistência ao pré-natal tem um impacto em relação aos possíveis riscos gestacionais, minimizando o aborto, prematuridade, entre outras doenças possíveis de cura e prevenção.

Enfatizando nos resultados, são de importância na assistência pré-natal, início precoce, orientações educativas, vacinas e realizações dos exames laboratoriais determinados ao período gestacional, auxiliando em ações de promoção e prevenção em saúde na atenção à gestante, desde as consultas de pré-natal realizadas até o momento de assistência ao parto.

Como sugestão, a assistência gestacional, é necessário uma política voltada para o pré-natal mais adequado, principalmente no final da gestação ao qual apresentou inadequações, embora que tivesse viés.

## 8. REFERÊNCIAS

ABECHE, Alberto Mantovani. *et al.* Assistência pré-natal. MARTINS-COSTA, Sérgio H. *et al.* organizadores. **Rotinas em obstetrícia**. 7. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017. Parte II cap. 5 p. 57-76.

ALEXANDER Greg R., CORNELLY Donald A.: Prenatal care utilization: its measurement and relationship to pregnancy outcome. *American journal of preventive medicine* vol. 3,5 - 1987; 3: 243-253.

ALEXANDER GR, KOTELCHUCK M. Quantificando a adequação da atenção pré-natal: uma comparação de índices. *Rep Saúde Pública*. 1996; 11(5): 408-419.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Standards for obstetric-gynecologic services. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1985.

ANDERSEN, Ronald M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995 Mar;36(1):1-10. PMID: 7738325.

ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti *et al.* "Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil" [Quality of prenatal care: traditional primary care and Family Health Strategy units in a city in southern Brazil]. *Cadernos de saúde pública* vol. 28,4 (2012): 789-800. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, v. 19, p. 169-173, março e 2015.

BELFORT, Paulo. Medicina Preventiva. Assistência pré-natal. In: REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 8ªed. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2000. Capítulo: 10, Página: 260-276.

BERNARDES, Ariane Cristina Ferreira et al. "Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil." *BMC pregnancy and childbirth* vol. 14 266. 10 Aug. 2014, doi:10.1186/1471-2393-14-266

BLOCH, Joan Rosen et al. "Application of the Kessner and Kotelchuck prenatal care adequacy indices in a preterm birth population." *Public health nursing (Boston, Mass.)* vol. 26,5 (2009): 449-59. doi:10.1111/j.1525-1446.2009.00803.x

BRASIL. Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_03.07.2019/art\\_196\\_.asp#:~:text=196.,sua%20promo%C3%A7%C3%A3o%2C%20prote%C3%A7%C3%A3o%20e%20recupera%C3%A7%C3%A3o](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_03.07.2019/art_196_.asp#:~:text=196.,sua%20promo%C3%A7%C3%A3o%2C%20prote%C3%A7%C3%A3o%20e%20recupera%C3%A7%C3%A3o). Acesso em 25 de setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Atenção ao pré-natal de baixo risco* Brasília: MS; 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html) Acesso em 12 de jan de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Manual técnico: pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada**. Brasília: MS; 2006. Caderno nº 5.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: MS; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília; Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde da criança**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. : il. ISBN 978-85-334-2360-2 1. Atenção Básica. 2. Protocolos. 3. Saúde da Mulher. I. Título. II. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf). Acesso em 15 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. 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, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS – a Rede Cegonha. Brasília; Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32) ISBN 978-85-334-1936-0

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011.

CARROLI, Guillermo; VILLAR José; PIAGGIO Gilda; *et al.* **WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care.** *Lancet*. 2001; 357(9268):1565-1570. doi:10.1016/S0140-6736(00)04723-1

CARVALHO, Denise Siqueira de; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S220-S230, 2004 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800017)

&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Aug. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800017>.

CARVALHO, Mário Henrique Burlacchini de. Exames Laboratoriais de Rotina. ZUGAIB, Marcelo; BITTAR, Roberto Eduardo. **Protocolos assistenciais, clínica obstétrica**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2011. Parte I Avaliação Antenatal cap. 5 pp. 53-60.

CELESTINO, Lázaro Clarindo. INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL: revisão integrativa da literatura. **Revista Artigos. Com**, v. 19, p. e4064, 16 jul. 2020.

CIARI JR., Cyro *et al* . Avaliação qualitativa dos serviços de pré-natal: auditoria de fichas clínicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 203-212, June 1974 .

Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101974000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101974000200007)  
&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Aug. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101974000200007>.

CIARI JR., Cyro; SANTOS, Jair L. F.; ALMEIDA, Pedro Augusto Marcondes de. Avaliação quantitativa de serviços de pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 6, n. 4, p. 361-370, Dec. 1972 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101972000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101972000400005)  
&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Aug. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101972000400005>.

CODMAN, Ernest Amory. A Study in Hospital Efficiency: The First Five Years. Boston: Thomas *Todd*, 1916.

COSTA, Christina Souto Cavalcante; VILA, Vanessa da Silva Carvalho; RODRIGUES, Flávia Melo; MARTINS, Cleusa Alves; PINHO, Lícia Maria Oliveira. **Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):516-22. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635> doi: 10.5216/ree.v15i2.15635. Acesso 30 de agosto de 2019.

COSTA, Raquel A., et al. Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). **Psicol saúde doenças**. Portugal, v. 5, n. 2, pp. 159-187. 2004.

COUTINHO, Tadeu et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, Dec. 2003. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032003001000004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003001000004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 02 set. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032003001000004>.

CRONBACH, Lee J. Coeficiente alfa e a estrutura interna dos testes. *Psychometrika* **16**, 297-334 (1951). <https://doi.org/10.1007/BF02310555>  
DATASUS. Sistema de informação sobre nascidos vivos 2019 – SINASC. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em 01 setembro de 2021.

DATASUS - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [Acessado 30 de dezembro de 2020]. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

DELGADO-RODRÍGUEZ, M *et al.* “Comparación de dos índices de asistencia a la atención prenatal y riesgo de parto pretérmino” [Comparison of 2 indexes of prenatal care and risk of preterm delivery]. *Gaceta sanitaria* vol. 11,3 (1997): 136-42. doi:10.1016/s0213-9111(97)71289-5

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): Perguntas mais frequentes. 2012 b. Disponível em: Acesso em: 24 de out 2020.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, p. 425-437, Mar. 2012. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003&lng=en&nrm=iso) .access on 23 July 2020.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>

DONABEDIAN, Avedis. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), vol. I, p. 77-125, Ann Arbor Michigan: 1980. Health Administration Press.

DONABEDIAN Avedis. Evaluation de la calidad de la atención médica. In: White KL, editor. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington (USA): Organización Panamericana de la Salud: OPAS-Public; 1992. pp. 382-404.

DOWSWELL, Therese; *et al.* **Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No.: CD000934. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000934.pub2>

ELIAS, Eduarda Garcia; SILVA, Jean Carl. Patologias obstétricas. **RAGE Rotinas de atendimento à gestante especial.** Organizador: SILVA, Jean Carl. Joinville, SC: Editora: UNIVILLE, 2014. pp. 9-69.

ESPOSTI, Carolina Dutra Degli; *et al.* Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 5 [Acessado 2 Abril 2021], pp. 1735-1750. Disponível em: ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32852019>.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. Manual de orientação gestação de alto risco. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. FEBRASGO – Manual de Orientação Gestação de Alto Risco. Comissões Nacionais Especializadas

Ginecologia e Obstetrícia, 2011. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/88962406/Manual-Gestacao-Alto-Risco-2011> . Acesso em: 23 out 2019.

FLORES, Thaynã Ramos *et al.* Desigualdades na cobertura da assistência pré-natal no Brasil: um estudo de abrangência nacional. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 02 [Acessado 7 Junho 2021] , pp. 593-600. Disponível em: ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.26792019>

GOLDIM, José Roberto. *et al.* Bioética em obstetrícia. MARTINS-COSTA, Sérgio H. *et al.* organizadores. **Rotinas em obstetrícia**. 7. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017. Parte I cap 2 pp. 13-28.

GONÇALVES, Mônica Lopes; *et al.* **Fazendo pesquisa: do projeto à comunicação científica**. Joinville, SC: UNIVILLE, 2008.

GONCALVES, Roselane *et al.* Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista brasileira enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 349-353, June 2008. Available from <https://www.scielo.br/j/reben/a/RQm5J4Mfsn9NLvFQgQ5qqPN/?lang=pt> Access on 25 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000300012>

GOVERNO DO BRASIL. Data marca importância do cuidado com o prematuro. <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/11/data-marca-importancia-do-cuidado-com-o-prematuro>. Publicado em 17 de novembro de 2020. Acesso em 10 de agosto de 2021.

GUT, R; T LISTOS. Indeks Kessner ajako wykładnik opieki prenatalnej. Kessner index as an exponent of prenatal care. *Ginekologia polska* vol. 69,12 (1998): 1228-34.

HANDLER, Arden; ISSEL, Michele, TURNOCK Bernard. A conceptual framework to measure performance of public health system. *American Journal of Public Health*. 2001; 91(8): 1235- 1239.

HUANG, Aiqun et al. "Attendance at prenatal care and adverse birth outcomes in China: A follow-up study based on Maternal and Newborn's Health Monitoring System." *Midwifery* vol. 57 (2018): 26-31. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.018>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IDHM – Índice de desenvolvimento humano municipal: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/joinville.html>. Acesso em 26 de setembro de 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Registros de nascimentos caem pela primeira vez desde 2010. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/17933-registros-de-nascimentos-caem-pela-primeira-vez-desde-2010>. Acesso 6 de setembro de 2019.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. Causas e prevenção, como prevenir o câncer do colo do útero. <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/como-prevenir-o-cancer>. Acesso em 27 de setembro de 2021.

JOINVILLE. Disponível em: <https://www.joinville.sc.gov.br/> Acesso em 25 de maio de 2021.

JOINVILLE. Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville. Joinville em números 2011. Prefeitura Municipal de Joinville: 2011. Disponível em: <https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/01/joinville-cidade-em-dados-2010-2011.pdf>. Acesso em: 04 de abr 2020.

JOINVILLE. Joinville é a cidade mais rica de Santa Catarina, aponta pesquisa do IBGE. Disponível em: <http://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2015/12/joinville-e-cidade-mais-rica-de->

[santa-catarina-aponta-pesquisa-do-ibge.html](#). Atualizado em 18/12/2015. Acesso em 25 de setembro de 2020.

JOINVILLE. Joinville é a 2ª melhor cidade do Brasil para se viver, aponta pesquisa. <https://www.nsctotal.com.br/noticias/joinville-e-a-2a-melhor-cidade-do-brasil-para-se-viver-aponta-pesquisa>. Publicado em 04 de Julho de 2016. Acesso em 25 de maio de 2021.

JOINVILLE. Prefeitura de Joinville, 2020. Disponível em: <https://www.joinville.sc.gov.br/institucional/ses/dce/> Acesso em: 07 de julho de 2020.

JOINVILLE. Prefeitura Municipal. Plano municipal de saúde 2018-2019/Prefeitura Municipal de Joinville, Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

KESSNER, David M.; *et al.* **Infant death: an analysis by maternal risk and health care: contrasts in health status.** Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Science. 1973.

KLIEMANN, Amanda; BÖING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. **Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos.** Mudanças – Psicologia da Saúde, 25 (2), 69-76, Jul – Dez 2017. Acesso em 07 julho de 2020. <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/7512>

KOGAN, M D et al. "Racial differences in late prenatal care visits." *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association* vol. 13,1 (1993): 14-21.

KOTELCHUCK, Milton. An evaluation of Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. **American Journal of Public Health**, Prenatal Care Use, v. 84, n. 9, p. 1414-1420, September 1994. access on 26 Aug. 2019. file:///C:/Users/User/Desktop/qualidade/Kotelchuck.pdf doi: <https://doi.org/10.2105/ajph.84.9.1414> PMID: 8092364; PMCID: PMC1615177.

KRUEGER, PM; SCHOLL, TO. Adequacy of prenatal care and pregnancy outcome. *J Am Osteopath Assoc.* 2000 Aug;100(8):485-92. PMID: 10979253.

KURTZMAN, Jordan H et al. "Measuring adequacy of prenatal care: does missing visit information matter?." *Birth (Berkeley, Calif.)* vol. 41,3 (2014): 254-61. doi: <https://doi.org/10.1111/birt.12110>

LEAL, Maria do Carmo *et al.* "Determinants of infant mortality in the Jequitinhonha Valley and in the North and Northeast regions of Brazil." *Revista de saude publica* vol. 51,0 12. 2 Mar. 2017, doi <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006391>

LEAL, Maria do Carmo et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S63-S72, 2004 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000700007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700007&lng=en&nrm=iso)>. access on 29 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700007>.

LEAL, Maria do Carmo; *et al.* Prenatal care in the Brazilian public health services. *Revista de Saúde Pública* [online]. v. 54 [Acessado 2 Abril 2021] , 08. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>>. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>.

LENZ, Maria Lucia Medeiros; TAKIMI, Lúcia Naomi; WOLLMANN, Lucas. **Tratado de medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática.** GUSSO, Gustavo; LOPEES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019. 2 v. Capítulo 131 Pré-natal de baixo risco Páginas 1083 – 1095 Seção XI Gravidez, parto e planejamento familiar.

LIKERT, Rensis. **A technique for the measurement of attitudes.** *Archives in Psychology*, 140, p. 1- 55, 1932.

LINK, Denise G. Cuidados de Enfermagem para a Família durante a Gravidez. LOWDERMILK, Deitra Leonard, *et al.*; tradução RITOMY, Maiza Ide, *et al.* **Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Unidade 3 Gravidez – cap. 15 pg. 325-364.

MAGRIPLES, Urania; *et al.* **Prenatal health care beyond the obstetrics service: Utilization and predictors of unscheduled care**. Am J Obstet Gynecol. Author manuscript; available in PMC 2009 Jan 1. Published in final edited form as: Am J Obstet Gynecol. 2008 Jan; 198(1): 75.e1–75.e7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.05.040> PMID: PMC2276882.

MAIA, Livia Teixeira de Souza; SOUZA, Wayner Vieira de; MENDES, Antônio da Cruz Gouveia . Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 36, n. 2, e00057519, Mar. 2019. <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/988/determinantes-individuais-e-contextuais-associados-a-mortalidade-infantil-nas-capitais-brasileiras-uma-abordagem-multinivel#:~:text=http%3A//dx.doi.org/10.1590/0102%2D311X00057519>. Acesso em 30 Ago. 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00057519>

MAIA, Livia Teixeira de Souza; SOUZA, Wayner Vieira de; MENDES, Antônio da Cruz Gouveia . Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2163–2176, nov. 2012.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez**. 17ª edição. São Paulo: Editora Saraiva. 2005.

MARIO, Débora Nunes *et al.* “Quality of Prenatal Care in Brazil: National Health Research 2013.” “Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013.” *Ciencia & saude coletiva* vol. 24,3 (2019): 1223-1232. doi: Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017> ISSN 1678-4561. Acessado 7 Junho 2021

MATERNIDADE DARCY VARGAS DE JOINVILLE COMPLETA 72 ANOS. Maternidade Darcy Vargas de Joinville. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/10605-maternidade-darcy-vargas-de-joinville-completa-72-anos-neste-terca-feira#:~:text=Fundada%20no%20dia%2016%20de,munic%C3%ADpios%20do%20norte%20do%20estado>. Acesso em 06 de julho de 2020.

MATERNIDADE DARCY VARGAS DE JOINVILLE RECEBE PRÊMIO NACIONAL HOSPITAL AMIGO DA MULHER. Maternidade Darcy Vargas de Joinville. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/noticias/temas/saude/maternidade-darcy-vargas-de-joinville-recebe-premio-nacional-hospital-amigo-da-mulher> Acesso em 13 de março de 2020.

MATERNIDADE DARCY VARGAS. Maternidade Darcy Vargas de Joinville. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/10341-maternidade-darcy-vargas>. Publicado em 20 de agosto de 2018. Acesso em 27 de junho de 2020.

MAVALANKAR, D V *et al.* "Maternal weight, height and risk of poor pregnancy outcome in Ahmedabad, India." *Indian pediatrics* vol. 31,10 (1994): 1205-12.

MELO, Emiliana Cristina *et al.* "Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento premature" [Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth]. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P* vol. 49,4 (2015): 540-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400002>

MENDES, Rosemar Barbosa; *et al.* Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 3 [Acessado 2 Abril 2021] , pp. 793-804. Disponível em: ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humanização do parto e do nascimento. Cadernos HumanizaSUS Vol 4. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília; Ministério da Saúde, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 570**. Brasília: MS; 2000. Acesso 30 de agosto de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Quatro de sete indicadores do Preveni têm foco na saúde das mulheres. Secretaria da atenção primária a saúde – SAPS. <https://aps.saude.gov.br/noticia/7557>. Data da publicação: 09/03/2020. Acesso em [30 agosto de 2021](#).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: MS, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Reimpressão. Brasília: MS, 2002.

MORAES, Vardeli Alves de; MORAES, Alexandre Vieira Santos. Aspectos da gravidez na clínica médica. PORTO, Celmo Celeno; co-editor PORTO, Arnaldo Lemos. **Semiologia médica**. 7.ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Parte 11 Seção 3 Pg. 971 – 975.

MORÓN-DUARTE, Lina Sofia; VARELA, Andrea Ramirez; SEGURA, Omar; FREITAS DA SILVEIRA, Mariângela. Quality assessment indicators in

antenatal care worldwide: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 31, Issue 7, August 2019, Pages 497–505, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz077> Acesso em 11 de agosto de 2021.

NUNES, Aryelly Dayane da Silva; *et al.* **Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde**

<https://periodicos.unifor.br/RBPS/issue/view/437> Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS) Acesso em 10 de junho de 2021. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 30, núm. 3, 2017. Universidade de Fortaleza. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6158>

OKUMURA, Maria. Ultrassonografia. ZUGAIB, Marcelo; BITTAR, Roberto Eduardo. **Protocolos assistenciais, clínica obstétrica.** 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2011. Parte I Avaliação Antenatal cap 6 p. 61-67.

OLIVEIRA, Renata Leite Alves de *et al.* “Process and outcome of prenatal care according to the primary care models: a cohort study.” “Processo e resultado do cuidado pré-natal segundo os modelos de atenção primária: estudo de coorte.” *Revista latino-americana de enfermagem* vol. 27 e 3058. 18 Jul. 2019, doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2806.3058> Acesso em 27 de set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Recomendações da OMS sobre cuidados de pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Geneva: OMS; 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Who: Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1977. 56: 247-53.

PARANÁ. RONQUI, Talita; OLIVEIRA, Sérgio Ricardo Lopes de; MARTINS, Andrea Janot (org.). **CADERNO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA RECÉM-NASCIDO**

**DE RISCO:** caderno de atenção à saúde da criança recém-nascido de risco. [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-07/pdf1.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf1.pdf). Acesso em 01 de junho de 2021.

PAREDES, I *et al.* “Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women.” *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* vol. 88,2 (2005): 168-72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2004.09.024>

PARIS, Gisele Ferreira *et al.* “Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados” [Quality of prenatal care in public and private services]. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia* vol. 35,10 (out. 2013): 447-452. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001000004> Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032013001000004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013001000004&lng=pt&nrm=iso) acessos em 27 set. 2020.

PAZ-ZULUETA, María *et al.* “Disparities in Access to Prenatal Care Services for African Immigrant Women in Spain.” *Journal of immigrant and minority health* vol. 17,5 (2015): 1355-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-014-0086-8>

PEDRAZA, Dixis Figueroa; ROCHA, Ana Carolina Dantas; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Assistência pré-natal e peso ao nascer: uma análise no contexto de unidades básicas de saúde da família. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 8, p. 349-356, Aug. 2013 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032013000800003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000800003&lng=en&nrm=iso). access on 02 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000800003>

PERLOFF, J D; JAFFEE, K D. “Prenatal care utilization in New York City: comparison of measures and assessment of their significance for urban health.” *Bulletin of the New York Academy of Medicine* vol. 74,1 (1997): 51-64.

POLGLIANE, Rúbia Bastos Soares; *et al.* 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 coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 7, p. 1999-2010, Julho 2014 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000701999&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000701999&lng=en&nrm=iso)>. acesso on 06 June 2019. <http://doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013>.

RIBEIRO, Valdinar S. *et al.* Infant mortality: comparison between two birth cohorts from Southeast and Northeast, Brazil. *Revista de saude publica* vol. 38,6 (2004): 773-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000600004>

RIDGEWAY, Jennifer L; LEBLANC, Annie; BRANDA, Megan; HARMS, Roger W; MORRIS, Megan A; NESBITT, Kate; *et al.* **Implementation of a new prenatal care model to reduce office visits and increase connectivity and continuity of care: protocol for a mixed-methods study.** *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15:323 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0762-2> Acesso: 12 de agosto de 2021.

RIOS-ZERTUCHE, Diego; ZÚÑIGA-BRENES, Paola; PALMISANO, Erin; HERNÁNDEZ, Bernardo; SCHAEFER, Alexandra; JOHANNIS, Casey K; GONZALEZ-MARMOL, Alvaro; MOKDAD, Ali H; IRIARTE, Emma. Methods to measure quality of care and quality indicators through health facility surveys in low- and middle-income countries. *International Journal for Quality in Health Care* , Volume 31, Issue 3, April 2019, Pages 183–190, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy136> . Acesso: 12 de agosto de 2021.

ROSEN, Mortimer G.; MERKATZ, Irwin R.; HILL, James G. Caring for our future: a report by the Expert Panel on the Content of Prenatal Care. *Obstet Gynecol*. 1991; 77:782-787.

RUSH, David. Infant Death: An Analysis by Maternal Risk and Health Care, vol 1 of *Contrasts in Health Status. Am J Dis Child*. 1974;127(6):914. doi: <https://doi.org/10.1001/ARCHPEDI.1974.02110250140032>

SAAVEDRA, Janaina Salomão; CESAR, Juraci A. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 5, p. 1003-1014, May 2015. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500012&lng=en&nrm=iso) access on 30 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0201-311X00085014>.

SAAVEDRA, Janaina S *et al.* "Prenatal care in Southern Brazil: coverage, trend and disparities." *Revista de saude publica* vol. 53 (2019): 40. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000968>

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos *et al.* "Access to prenatal care: assessment of the adequacy of different indices." *Cadernos de saude publica* vol. 29,8 (2013): 1664-74. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125612>

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - Governo do Estado de Goiás. **Pré-natal**. <https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7637-pr%C3%A9-natal>. Última atualização 22 de novembro de 2019. Acesso em 10 de agosto de 2021.

SEPUD - SECRETARIA DE PLANEJAMENTO URBANO E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL. Disponível em: <https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/01/Joinville-Cidade-em-Dados-2017.pdf>. SECRETARIA DE PLANEJAMENTO URBANO E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL - SEPUD Joinville Cidade em Dados 2017 Joinville: Prefeitura Municipal, 2017, 73p. Acesso em 28 de setembro de 2020.

SILVA, Cristiana Ferreira da; *et al.* . Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Nordeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis - 2000 a 2002. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 9, n. 1, p. 69-80, Mar. 2006 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2006000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100009&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Sept. 2019. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2006000100009>

SILVA, Esther Pereira da et al. “Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal” [Development and application of a new index for assessment of prenatal care]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health* vol. 33,5 (2013): 356-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000500007>

SILVA, Liela Rangel; SANTOS, Inês Maria Meneses dos. O corpo do pré-natal: cuidando da gestante. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. **Práticas de Enfermagem - Ensinado a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem. 2003 p. 91 – 152. Cap. 3

SIMÕES, Pascoal Martini; MORAES, Alexandre Vieira Santos; MACHADO, José Augusto. Noções de Anatomia e Fisiologia. PORTO, Celmo Celeno; co-editor PORTO, Arnaldo Lemos. **Semiologia médica**. 7.ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Parte 11 Seção 3 p. 949 – 952.

SINASC - Informações sobre Nascidos Vivos. Disponível em: <http://200.19.223.105/cgi-bin/tabnet?sinasc/def/sinasc.def> Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – 2020 a 2022. Acesso em 27 de julho de 2022.

SILVEIRA, Denise S.; SANTOS, Iná S. “Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática” [Adequacy of prenatal care and birthweight: a systematic review]. *Cadernos de saude publica* vol. 20,5 (2004): 1160-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500009>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. Diabetes gestacional. <https://diabetes.org.br/tipos-de-diabetes/#diabetes-gestacional>. Acesso em 28 de setembro de 2021.

STATIVA, Ecaterina et al. “Characteristics and prenatal care utilisation of Romanian pregnant women.” *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception* vol. 19,3 (2014): 220-6. doi: <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.907399>

STRINGER, M. "Issues in determining and measuring adequacy of prenatal care." *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association* vol. 18,1 (1998): 68-73.

TAKEDA, Sílvia Pasa. **Avaliação de unidade de atenção primária**: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção [dissertação] Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.

TAMIRAT, [Koku Sisay](#) ; SISAY, Malede Mequanent; TESEMA, Getayeneh Antehunegn; *et al.* Determinants of adverse birth outcome in Sub-Saharan Africa: analysis of recent demographic and health surveys. *BMC Public Health* 21, 1092 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11113-z>. Acesso em 11 de agosto de 2021.

TEIXEIRA, Gracimary Alves; *et al.* PERFIL DE MÃES E O DESFECHO DO NASCIMENTO PREMATURO OU A TERMO. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 23, n. 1, jan. 2018. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51409>. [PERFIL DE MÃES E O DESFECHO DO NASCIMENTO PREMATURO OU A TERMO | Teixeira | Cogitare Enfermagem \(ufpr.br\)](#). Acesso em: 23 July 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.51409>

TIERNEY-GUMAER, Rosalie; REIFSNIDER, Elizabeth. "Risk factors for low birth weight infants of Hispanic, African American, and White women in Bexar County, Texas." *Public health nursing (Boston, Mass.)* vol. 25,5 (2008): 390-400. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00723.x>

TITALEY, Christiana R. *et al.* Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. **BMC pregnancy and childbirth** vol. 10 61. 12 Oct. 2010, DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-61>

TITALEY CR, HUNTER CL, HEYWOOD P, DIBLEY MJ. Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010 Oct 12;10:61. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-61> PMID: 20937146

TOMASI, Yaná Tamara; *et al.* Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019\*\*Estudo financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Santa Catarina: Termo de Outorga nº 2017 TR1364. . *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 30, n. 1 [Acessado 2 Abril 2021] , e2020383. Disponível em: ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100014>.

VALE, Conceição Christina Rigo et al. "Association between Prenatal Care Adequacy Indexes and Low Birth Weight Outcome." "Associação entre índices de adequação de cuidado pré-natal e desfecho de baixo peso ao nascer." *Revista brasileira de ginecologia e obstetria : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria* vol. 43,4 (2021): 256-263. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1728779>

VANDERWEELE, Tyler J. *et al.* "A comparison of four prenatal care indices in birth outcome models: comparable results for predicting small-for-gestational-age outcome but different results for preterm birth or infant mortality." *Journal of clinical epidemiology* vol. 62,4 (2009): 438-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.08.001>

VEGA, J *et al.* "Factores de riesgo para bajo peso al nacer y retardo de crecimiento intrauterino en Santiago de Chile" [Risk factors for low birth weight and intrauterine growth retardation in Santiago, Chile]. *Revista medica de Chile* vol. 121,10 (1993): 1210-9.

VICTORA, Cesar G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2001; 4(1):3-69

VILLAR, José; *et al.* WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*, Elsevier Ltd, v. 357, n. 9268, p. 1551-1564, May 2001. access on 30 Aug. 2019. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04722-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04722-X).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. I. World Health Organization. 2016.

ZANINI, Roselaine Ruviano; MORAES, Anaelena Bragança de; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo; RIBOLDI, João. Determinantes contextuais da mortalidade neonatal no Rio Grande do Sul por dois modelos de análise. *Revista de Saúde Pública*, 2011, 45 (1), 79-89. Acesso em 30 de Agosto de 2021]. ISSN: 0034-8910. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240189009>

## APÊNDICE A

### ENTREVISTA APLICADA À PUÉRPERA

Data:     /     /     RA:                      Posto do Pré Natal:

Idade	0 – 10 a 20 anos Indefin	1 – 21 a 30 anos	2 – 31 a 35 anos	3 – 36 a 40 anos	4 – acima 40 anos	5 –
Raça Referida	0 – Branca    1 – Negra    2 – Parda    3 – Amarela    4 – Indígena    5 – Ignorada					
Escolaridade	0 – Analf    1 – Alfab    2 – Fund Inc    3 – Fund Com    4 – Méd Inc    5 – Méd Com    6 – Sup Inc    7 – Sup Com 8 – PosGrad					
Estado Civil	0 – Solteira    1 – Casada    2 – União Estável    3 – Separada    4 – Divorciada    5 – Viúva					
Tipo Família	0 – Heterossexual            1 – Monoparental Feminina            2 – Homossexual					
Profissão	0 – Remunerado            1 – Não remunerado					
Renda Familiar	0 – Sem renda    1 – 1 sal (até 936)    2 – 1-1.9 sal (937 a 1.873)    3 – 2-4.9 sal (1.874 a 4.684)    4 – >5 sal (+ 4.685)    5 – NI					
Qtas pessoas casa	0 – Não Informado <b>OU</b> número pessoas					

**ANTECEDENTES PESSOAIS – LEGENDAS: S – Sim    N – Não    I – Indeterminado                      QTO TEMPO(USO/PAROU)**

Tabagista	Parou	Qto tempo	/	Qtide (dia/sem)	Qual:
Álcool	Parou	Qto tempo	/	Qtide (dia/sem)	Qual:
Drogas	Parou	Qto tempo	/	Qtide (dia/sem)	Qual:
Med. Controlada	Parou	Qto tempo	/	Qtide (dia/sem)	Qual:
Atividade Física	Parou	Qto tempo	/	Qtide (dia/sem)	Qual:
Inf. Urinária	Diabetes	Hipertensão		Outra patologia:	

**ANTECEDENTES FAMILIARES (Mãe, Pai, Irmãos, Avós, Tios)**

Diabetes	Hipertensão - HAS	Gemelares	Obesidade	Câncer mama/útero
Anomalia genét	Infertilidade			

**ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS G: \_\_\_ P: \_\_\_ C: \_\_\_ A: \_\_\_**

Hipertensão DHEG	Diabetes DMG	Infec. urinária	Infertilidade	Cx Ginecol/ Mama			
Idade 1ª gest	PN Gest anteriores	1ªG -	2ªG -	3ªG -	4ªG -	5ªG -	6ªG -
Aleitamento Materno Exclusivo (duração em meses)		1ªG -	2ªG -	3ªG -	4ªG -	5ªG -	6ªG -

Motivo dos desmames:

Gemelares	Qtos	IG Nascim	Pré-Natal	Serviço Risco
Óbito Intraútero > 22 sem	Qtos	IG Ób Fetal	Pré-Natal	Serviço Risco
Óbit Perinatalduranteparto	Qtos	IG Ób Perin	Pré-Natal	Serviço Risco
Ób Neonatal até 28 dias	Qtos	Dias vida ób	Pré-Natal	Serviço Risco
Ób Infantil até 1 ano vida	Qtos	Mes vida ób	Pré-Natal	Serviço Risco

**GESTAÇÃO ATUAL**

Sabe a DUM	Gestação planejada	Contracepção	Qual método?
Parto desejado?	0 – vaginal    1 – vaginal c/ fórceps    2 – vaginal c/ analgesia    3 – cesárea    4 – cesárea c/ fórceps		
Parto realizado?	0 – vaginal    1 – vaginal c/ fórceps    2 – vaginal c/ analgesia    3 – cesárea    4 – cesárea c/ fórceps		
Caso tenha sido cesária, sabe indicação?		Qual?	

Intercorrências no Parto?									
Intercorrências com Bebê?									
PN ausente		Caso sim, pq?							
<b>RELATO SOBRE ORIENTAÇÕES RECEBIDAS NO PN - Caso PN ausente -&gt; Análise do Prontuário</b>									
PN assim que soube que estava grávida		Caso não, pq?				PN em Posto perto de casa		Caso não, pq?	
Facilidade 1ª consulta		Caso não, pq?				Recebeu cartão PN 1ª consulta		Retorno agendado após consulta	
Recursos adequados posto		Grupo Gestante ou Sala Espera		Preventivo nos últimos 3 anos		Preventivo pré gestação		Preventivo no PN	
US no PN		Qtas vezes?		Nº US SUS		Nº US particular		Exames mamas no PN	
Exames Odonto no PN		Exames 1º trimestre		Exames 2º trimestre		Exames 3º trimestre		Orientação exame HIV	
Exame HIV no 1º e 3º trimestre		Exame Sífilis Positivo		Caso sim, fez tratamento?		Caso não pq?			
Exame mensal controle cura		Parceiro tratou?		Caso não, pq?				Pré Natal do Parceiro Exames e Orientações	
Tratamento Anemia Sulfato Ferroso		Tratamento com Ácido Fólico		Vacinação (Tétano, Hep B,		Orientação sobre tipos de parto		Orientação sobre Plano de Parto	
Orientação sobre sinais anormais -		Orient Aleitamento Materno		Contracepção pós parto		Consulta revisão após 40 dias		Consulta bebê (T.Pezinho, vacina)	
Informações sobre direitos gest/puer		Transp público gratuito		Visita prévia para conhecer a MDV		Profissional que fez PN:		0 - Médico 1 - Enfermeiro 2 - Médico e Enfermeiro 3 - Não sabe	
Satisfação PN:      1      2      3      4      5      erações:									
<b>ANÁLISE DO PRONTUÁRIO      S - Sim      N - Não      I - Indeterminado</b>									
Tipo Parto		0 - vaginal    1 - vaginal c/ fórceps    2 - vaginal c/ analgesia    3 - cesárea    4 - cesárea c/ fórceps							
No caso de cesárea, consta indicação?				Qual a principal indicação?					
Capurro: ____ s ____ d		Peso RN: ____ g		APGAR 1º min		APGAR 5º min		APGAR 10º min	
Data Internação ____ / ____ / ____			Hora: ____ : ____ h		Data Nasc ____ / ____ / ____			Hora: ____ : ____ h	
Intercorrências parto?		Qual?							
Intercorrências RN?		Qual?							
Internação RN UTI?		Motivo?							
<b>AUDITORIA DOS REGISTROS DO CARTÃO PN      S - Sim      N - Não</b>									
<b>Retirar informações do cartão de PN, seguindo fielmente os registros</b>									
Cartão Ausente:		0 - perdeu cartão    1 - esqueceu cartão    2 - não recebeu cartão    3 - cartão em branco    4 - julgou irrelevante trazer o cartão à Maternidade    5 - Outra							
Legibilidade		SISPRENATA L		UBS do PN		Nome		Idade	

Raça		Escolaridade		Endereço		Telefone		Mat Referência	
Altura		Peso inicial		Preventiv o		DUM		DPP	
IG 1ª cons		IG Parto		Nº gesta		Nº parto vag		Nº parto cesár	
Nº aborto		Ex mamas		Ex odonto		Sulf Ferroso		Ácido Fólico	
Anteced familiares		Antec Pessoais		Anteced Obstétricos		PN Parceiro		Vacina dTpa (a partir 20 s)	
Vac Tétano 1º dose		Vac Tétano 2º dose		Vac Tétano 3º dose		Vac Tétano reforço		Vac Influenza	
Vac Hep B 1º dose		Vac Hep B 2º dose		Vac Hep B 3º dose		Imune Anti Hbs			

**AUDITORIA DOS REGISTROS DO CARTÃO PN – COMPLETEZ DOS REGISTROS: S – Sim N – Não P – Parcial**

CONSULTAS	IDADE GESTAC	VARIÁVEIS ANALISADAS	IDEAL/REAL	COMPLETU DE
1ª cons: __/__/__	IG: __ s __ d	DATA CONSULTA – nº de consultas	/	
2ª cons: __/__/__	IG: __ s __ d	IDADE GESTACIONAL – nº de consultas	/	
3ª cons: __/__/__	IG: __ s __ d	PESO – nº de consultas	/	
4ª cons: __/__/__	IG: __ s __ d	PA – nº de consultas	/	
5ª cons: __/__/__	IG: __ s __ d	EDEMA – nº de consultas	/	
6ª cons: __/__/__	IG: __ s __ d	Altura Uterina (AU) – a partir 12 semanas	/	
7ª cons: __/__/__	IG: __ s __ d	Bat. Cardíofetal (BCF) – a partir 12 semanas	/	
8ª cons: __/__/__	IG: __ s __ d	Movimentação Fetal (MF) – a partir 12 sem	/	
9ª cons: __/__/__	IG: __ s __ d	Teste Estímulo Sonoro (TESS) – a partir 12 s	/	
10ª cons: __/__/__	IG: __ s __ d	IMC – 1º, 2º e 3º trimestre	/	
11ª cons: __/__/__	IG: __ s __ d	US – 18 a 22 semanas	/	
12ª cons: __/__/__	IG: __ s __ d			

**EXAMES ANOTADOS NO CARTÃO**

**RESULTADO: 1 – 1º TRIM (01 A 16 SEM) 2 – 2º TRIM (17 A 32 SEM) 3 – 3º TRIM (33 A 40 SEM) NI – NÃO  
INFORMADO**

**COMPLETEZ: S – SIM N – NÃO P – PARCIAL IT – INADEQUAÇÃO TEMPORAL**

EXAME	RESULTADO	COMPLETUDE
ABO/Rh (1ª consulta ou 1º tri)		
Rh Negativo? (considerar S/N/NI)		
Se Rh NEG -> Coombs Indireto (a cada 4 semanas a partir da 24ª sem gestação)	Analisar dados do cartão considerando intervalo de 4 semanas a partir da 24ª semanas gestação	
Hemograma Hb Ht (1º e 3º trimestre)		
Glicemia de Jejum (1º e 3º trimestre)		
Teste Tolerância Glicose TTG/GPD/ Dextrosol/ 75g 2h (entre 24 e 28 semanas)		
Sífilis VDRL/Lues/ Teste Rápido (1º e 3º trimestre)		
Se VDRL POSITIVO Controle de Cura Mensal	Analisar dados do cartão considerando intervalo de 4 semanas a partir do exame positivo	
Anti-HIV/Teste Rápido (1º e 3º trimestre)		
Sorologia Hepatite B HbsAg (1º e 3º trimestre)		
Toxoplasmose IgG (1º tri)		
Toxoplasmose IgM (1º tri)		
IgG NEGATIVO (considerar S/N/NI)		
Se IgG NEGATIVO->Toxo IgG 3º trim		
Se IgG NEGATIVO ->Toxo IgM 3º trim		
Urina Tipo 1 (EAS, Tipo 1) (1º e 3º trimestre)		
Urocultura, TSA (1º e 3º trimestre)		
Secreção Vaginal - 3º trimestr		

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada “Avaliação da Assistência Pré-Natal em Saúde Pública na Cidade de Joinville”, coordenada pelo Dr. Jean Carl Silva. Este projeto de pesquisa se justifica na carência de dados nesta área e da importância do conhecimento do perfil das gestantes com transtorno de uso de substâncias atendidas na Maternidade supracitada. Objetivos do estudo: analisar a qualidade do pré-natal em saúde pública na cidade de Joinville-SC, ressaltando as qualidades e lacunas do atendimento. Procedimentos com os voluntários: a senhora será submetida a uma entrevista e terá seu prontuário consultado. Possíveis riscos: classifica-se essa pesquisa com riscos mínimos aos pacientes, posto que não haverá intervenção ou manipulação das voluntárias. Benefícios ou compensações: Os benefícios almejados neste projeto visam a análise do atendimento pré-natal em Joinville-SC. Busca-se, também, propor melhorias ao serviço com base nos resultados obtidos. Resultados da pesquisa: o presente estudo será apresentado como tese de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente da Univille, e originará um artigo para ser publicado em periódicos indexados na área publicação. Garantia de sigilo e privacidade: Os registros que possam lhe identificar serão mantidos em sigilo, sendo a divulgação da presente pesquisa, restrita aos dados dela coletados, e conclusões, mantendo a privacidade, ética e sigilo quando a identidade dos participantes. Pesquisador responsável pela pesquisa: Carla Vaichulonis (47) 3461 5700 ou (47) 99977-2913 contato horário comercial. **ATENÇÃO:** A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE. Endereço –Rua Paulo Malschitzki, 10 -Bairro Zona Industrial -Campus Universitário –CEP 89219-710 Joinville –SC ou pelo telefone (47) 3461-9235.

Eu declaro que li cuidadosamente todo este documento denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após, tive nova oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo e sobre o estudo recebendo explicações que responderam por completo minhas dúvidas e reafirmo estar livre e espontaneamente decidida a participar do Estudo. Ao assinar este Termo de Consentimento eu também estou certificando que toda informação que eu prestei, incluindo minha história médica, é verdadeira e correta até onde é de meu conhecimento. O presente documento é assinado em duas vias ficando uma com o paciente e outra arquivada com o pesquisador responsável pela pesquisa. Ao assinar este Termo de Consentimento estou autorizando o acesso às minhas informações, conforme explicitado anteriormente. Ao assinar este Termo de Consentimento eu não renunciei qualquer direito legal que eu venha a ter participando deste Estudo.

O abaixo assinado, \_\_\_\_\_ anos,  
portador do RG nº \_\_\_\_\_ declara que é de livre e espontânea  
vontade que está participando como voluntário nesta pesquisa, de responsabilidade  
de Carla Gisele Vaichulonis.

Assinatura Participante: \_\_\_\_\_  
Assinatura Pesquisador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**APÊNDICE C**  
**AVALIAÇÃO EM SAÚDE AO PRÉ-NATAL SEGUNDO OS DIFERENTES CRITÉRIOS**

Critérios	Fonte
Uma consulta no 1º trimestre Consultas esperadas igual a cinco, com razão esperadas superior a 0,80	Ciari <i>et al.</i> (1972)
Uma consulta até o 3º mês de gestação Mínimo de nove consultas	Kessner <i>et al.</i> (1973)
Uma consulta antes do 4º mês 9 consultas até 36ª semana Uma consulta semanal após 36ª semana até o parto	Alexander e Cornely (1987)
Uma consulta até a 8ª semana gestacional Primíparas – 9 consultas Multíparas - 7 consultas	Rosen <i>et al.</i> (1991)
Uma consulta até a 20ª semana Mínimo de seis consultas ou mais	Takeda (1993)
Uma consulta até o 4º mês Mínimo de 80 para a razão entre consultas realizadas e esperadas	Kotelchuck (1994)
Uma consulta antes da 12ª semana Uma consulta na 25ª, 26ª ou 27ª semana Uma consulta na 31ª, 32ª ou 33ª semana Uma consulta na 37ª, 38ª ou 39ª semana	Villar <i>et al.</i> (2001)
Início até 12 semanas de gestação Uma consulta no 1º trimestre Duas consultas no 2º trimestre Três consultas no 3º trimestre	PHPN - Ministério da Saúde (2002)
Uma consulta até a 14ª semana Seis ou mais consultas	Coutinho <i>et al.</i> (2002)
Uma consulta no 1º trimestre Duas consultas no 2º trimestre Quatro consultas no 3º trimestre	Carvalho e Novaes (2004)
Início antes de 12 semanas Consultas na 20ª, 26ª, 30ª, 34ª, 36ª, 38ª e 40ª semanas	OMS (2016)

## ANEXO A

### DECLARAÇÃO DE EXEQUIBILIDADE DE PROJETO DE PESQUISA

#### DECLARAÇÃO DE EXEQUIBILIDADE DE PROJETO DE PESQUISA

Declaramos para os devidos fins que à análise do projeto intitulado "Avaliação da assistência pré-natal em saúde pública na cidade de Joinville - SC", de responsabilidade da pesquisadora **Carla Gisele Vaichulonis e Jean Carl Silva** e observamos que há condições de execução do mesmo no ambiente da Maternidade Darcy Vargas, não estando o mesmo associado a qualquer ônus ou prejuízo à instituição, pelo que recomendamos seja o mesmo aprovado para execução nos seus termos.

Saliente-se que o(s) investigador(es) ficam informados que:

- a) a apresentação de aprovação do projeto através Parecer Consubstanciado de Comitê de Ética em Pesquisa credenciado ao CONEP, se aplicável, é condição para o início do processo de pesquisa nesta Instituição;
- b) a execução da pesquisa deverá respeitar os limites definidos pelo projeto aprovado;
- c) que qualquer alteração do processo de pesquisa, bem como a extensão do seu prazo de execução deverá ser formalmente comunicado a este Departamento;
- d) este Departamento poderá, a qualquer momento, solicitar informações complementares acerca do processo de pesquisa ou de sua execução.
- e) que todo o processo de coleta de dados será realizado pela pesquisadora, limitando-se a Instituição a facilitar o acesso da pesquisadora aos registros disponíveis em seu ambiente.

Este Departamento fica à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários pelo fone (47) 3461-5763.

Joinville, 09 de Janeiro de 2018.

  
Dra. Deli Grace de Barros Araújo  
Relatora

  
Pesquisador(a) Responsável

PARECER DA DIREÇÃO:  
 Execução autorizada  
 Execução não autorizada

  
Direção da MDV

## ANEXO B

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL EM PACIENTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DARCY VARGAS, NA CIDADE DE JOINVILLE - SC

**Pesquisador:** FERNANDA DIEL

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 29323920.1.0000.5366

**Instituição Proponente:** FUNDACAO EDUCACIONAL DA REGIAO DE JOINVILLE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.145.006

## Apresentação do Projeto:

O desenvolvimento inicial do ser humano possui vários estágios, aos quais possuem diferentes denominações. Para a Igreja Católica e pela Constituição Federal Brasileira, condição moral se estabelece no momento da fecundação, de forma que após a fecundação, existe uma vida, uma pessoa merecendo ser reconhecida (GOLDIM et al, 2017), portanto, com direito à assistência.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016) o número de nascimentos registrados no Brasil foi de 2,79 milhões em 2016, indicando uma queda de 5,1% em relação a 2015, quando houve 2,95 milhões de registros. Essa é a primeira queda observada desde 2010, com um contingente de nascimentos inferior ao de 2011 (2,80 milhões). Paralelamente, Costa et al. (2013), descrevem que os números dos sistemas de informações brasileiro revelam um declínio nos registros de mortalidade materna, no período entre janeiro e setembro do ano de 2011. As informações registradas para 2011 foram de 1.038 óbitos, contra 1.317 no ano anterior, implicando numa redução de 21%. Embora expressem uma redução significativa, essas informações ficam aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de 35 óbitos maternos por cada grupo de 100 mil nascidos vivos.

No Brasil, estudos mencionam que 75% das gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) iniciam as consultas de pré-natal tardiamente, após o primeiro trimestre de gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A assistência e os cuidados durante a gravidez iniciam na primeira consulta de pré-natal, sendo a

**Endereço:** Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 119. campus Bom Retiro  
**Bairro:** Zona Industrial **CEP:** 89.219-710  
**UF:** SC **Município:** JOINVILLE  
**Telefone:** (47)3461-9235 **E-mail:** comitetica@univille.br



UNIVERSIDADE DA REGIÃO  
DE JOINVILLE UNIVILLE



Continuação do Parecer: 4.145.006

primeira consulta a mais longa e mais detalhada do que as consultas subsequentes. A assistência de pré-natal inclui: anamnese (história de saúde abrangente, história obstétrica e do sistema reprodutor, história familiar), entrevista (perfil psicossocial, estado mental, avaliação de risco, sinais e sintomas), exame físico (sinais vitais e peso), solicitação de exames laboratoriais de rotina específica de pré-natal e preenchimento do cartão da gestante (LINK, 2012). Sendo assim, a assistência do pré-natal é de suma importância para a gestante e para o feto, pois permite avaliar a saúde da gestante e do feto, possíveis riscos gestacionais, alterações dos exames laboratoriais, altura uterina, pressão arterial sistêmica, peso, além de fornecer os cuidados que a gestante necessita.

O Ministério da Saúde (2012), Costa et al. (2013) e Saavedra; Cesar (2015) apontam que, apesar de que existam evidências de melhorias na assistência de pré-natal no Brasil, existem dificuldades de acesso, baixa qualidade da atenção a assistência ao pré-natal, déficits em relação ao vínculo entre a gestação e o parto e deficiência nas orientações às gestantes nos aspectos relacionados ao parto, importância da amamentação e aos cuidados com o bebê. Ofertar uma assistência apropriada requer aspectos como a prevenção, tratamento e diagnóstico das ocorrências indesejáveis na gestação, assistência nos cuidados no puerpério e do lactente. Os autores apontam que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde oferecidos em nosso país ainda é incipiente.

Vários são os critérios que podem ser utilizados para avaliar a qualidade do pré-natal, que diferem entre si basicamente pelo número e ocasião das consultas. Com base nisto, diversos autores propuseram índices de qualidade do pré-natal, sendo os principais: Ciari et al. (1972), Kessner et al. (1973), Alexander; Cornely (1987), Rosen et al. (1991), Takeda (1993), Kotelchuck (1994), Villar et al. (2001), Coutinho et al. (2002), Carvalho; Novaes (2004) e as normas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

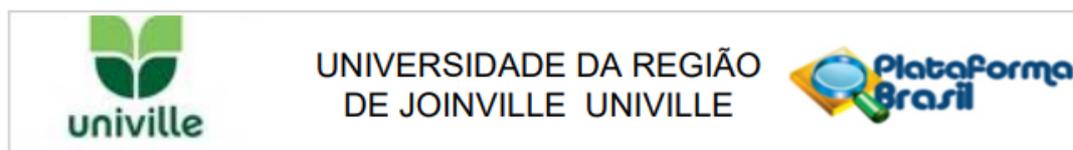
Tendo em vista a importância da assistência pré-natal, torna-se fundamental avaliar a relação entre a qualidade do pré-natal, mensurado por meio dos diversos índices propostos para avaliar a qualidade deste atendimento, e o desfecho gestacional, possibilitando fornecer informações e subsídios para os profissionais da área da saúde para a melhoria do atendimento, garantindo a qualidade do pré-natal como um todo, englobando o parto e puerpério.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da assistência do pré-natal prestada as gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde na Maternidade Darcy Vargas na cidade de Joinville, por meio da análise das variáveis dos

**Endereço:** Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 119. campus Bom Retiro  
**Bairro:** Zona Industrial **CEP:** 89.219-710  
**UF:** SC **Município:** JOINVILLE  
**Telefone:** (47)3461-9235 **E-mail:** comitetica@univille.br



Continuação do Parecer: 4.145.006

Índices de qualidade de pré-natal.

#### Objetivos Específicos

Avaliar a completude de informações sobre assistência pré-natal nos cartões de gestantes, segundo o tipo do serviço de saúde pública: Estratégia em Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS); Classificar as informações conforme os diferentes índices de avaliação de acesso à assistência de pré-natal a qualidade conforme os índices de Ciari et al.; Kessner et al. modificado por Takeda; Alexander; Cornely, Rosen et al.; Takeda; Adequacy of Prenatal Care Utilization (APNCU) de Kotelchuck, Villar et al., Coutinho et al.; Carvalho; Novaes e os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde; Comparar os diferentes índices de qualidade de pré-natal na assistência de pré-natal.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer consubstanciado nº 3.971.449.

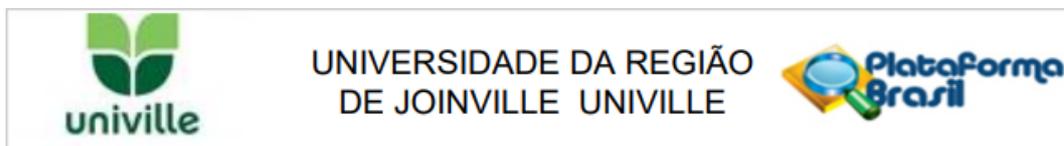
#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Essa pesquisa trata-se de um estudo observacional transversal descritivo-exploratório randomizado simples e conta com 1000 participantes.

A pesquisadora cita literalmente que os critérios de inclusão foram: "puérperas que realizaram o pré-natal em Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde da Cidade de Joinville – SC, cujo parto tenha ocorrido na Maternidade Darcy Vargas (MDV) e que voluntariamente quiseram participar desta pesquisa, mediante assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido".

Em relação aos critérios de exclusão a pesquisadora aponta literalmente na página 17 do projeto: "Gestantes escolhidas de forma aleatória, puérperas de 48 horas pós-parto, de acordo com os critérios de exclusão: pacientes de outras cidades, menores de 18 anos, dificuldade de compreensão da língua (estrangeiros e deficiente auditiva) e pré-natal no serviço de alto risco". Já no documento Informações Básicas da Plataforma Brasil a pesquisadora inseriu literalmente o seguinte texto: "Puérperas menores de 18 anos que tiveram seus partos realizados na Maternidade Darcy Vargas e com todo seu atendimento pré-natal realizado no Sistema Único de Saúde (SUS) da Cidade de Joinville – SC".

**Endereço:** Rua Paulo Malschitzki, nº 10. Bloco B, Sala 119. campus Bom Retiro  
**Bairro:** Zona Industrial **CEP:** 89.219-710  
**UF:** SC **Município:** JOINVILLE  
**Telefone:** (47)3461-9235 **E-mail:** comitetica@univille.br



Continuação do Parecer: 4.145.006

A pesquisadora não deixa clara a estratégia para coleta de dados junto às participantes, ora indica o uso de "questionário que contemplou aspectos de todo processo do pré-natal em uma amostra estratificada de aproximadamente 1000 puérperas", e o instrumento apresentado no ANEXO 1 do projeto é denominado de "ENTREVISTA APLICADA À PUÉRPERA". Decorre daí que também não está clara como se dará a análise dos dados. É mencionado que os dados oriundos da pesquisa ficarão sob a posse e guarda do pesquisador por cinco anos, mas não menciona a forma de descarte.

A pesquisadora apresenta no formulário de Informações Básicas do Projeto um item relativo às cópias dos questionários, sem mencionar outras despesas. No projeto não foi apresentado o item Orçamento. Aponta ainda que a forma de custeio é financiamento próprio.

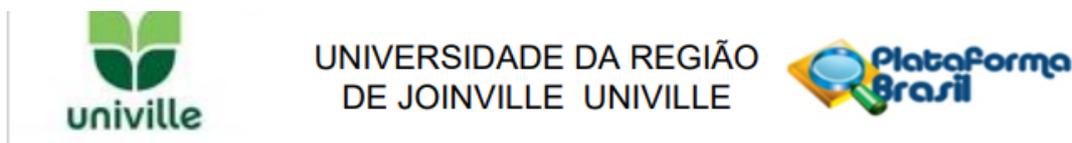
Quanto ao cronograma, é informado no projeto de pesquisa que a coleta de dados ocorreu de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2019, portanto, não caberia a análise e aprovação do projeto no corrente ano.

Com relação ao resultado a pesquisadora aponta que este trabalho fornecerá subsídios para melhor compreender o processo existente na atenção à gestante, desde as consultas de pré-natal até o momento de assistência ao parto. Espera-se com esta pesquisa que seja plausível classificar a qualidade da assistência do pré-natal prestada às gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde na Maternidade Darcy Vargas na Cidade de Joinville, por meio da análise de diferentes índices de qualidade de pré-natal, o impacto do número de consultas realizadas durante o período gestacional sobre a qualidade da assistência de pré-natal, suas implicações sobre o período gestacional, puerperal e sobre o recém-nascido, colaborando para identificar progressos e dificuldades na assistência gestacional e para o gerenciamento e formulação de políticas públicas, atendendo os princípios e diretrizes preconizados na Política Nacional de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento. Os dados obtidos nessa pesquisa permitirão auxiliar em ações de promoção e prevenção em saúde englobando às gestantes e puérperas, subsidiando propostas para redução na morbimortalidade materna e infantil, conseqüentemente, uma pequena contribuição para melhor compreender o processo existente na atenção à gestante, desde as consultas de pré-natal até o momento de assistência ao parto.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Na página 15 do projeto encontra-se o seguinte texto: "Os dados foram obtidos de um questionário que contemplou aspectos de todo processo do pré-natal em uma amostra aleatória

<b>Endereço:</b> Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 119. campus Bom Retiro
<b>Bairro:</b> Zona Industrial <b>CEP:</b> 89.219-710
<b>UF:</b> SC <b>Município:</b> JOINVILLE
<b>Telefone:</b> (47)3461-9235 <b>E-mail:</b> comitetica@univille.br



Continuação do Parecer: 4.145.006

estratificada de aproximadamente 1000 puérperas maiores de 18 anos que tiveram seus partos realizados na Maternidade Darcy Vargas e com todo seu atendimento pré-natal realizado no Sistema Único de Saúde (SUS) da Cidade de Joinville – SC. Essa coleta foi realizada num período de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2019, com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt/SES/SC, número do parecer: 2.480.567, CAAE 82366218.1.0000.5363, realizada pela Carla Vaichulonis, não havendo participação da análise dos dados desse projeto, sendo realizado por Fernanda Diel, havendo a necessidade de um parecer e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Univille. Foram analisados dados como: momento do início do pré-natal, a idade gestacional e os meses em que as consultas foram realizadas, bem como informações referentes às condições socioeconômicas, dados demográficos, antecedentes obstétricos, suplementação na gestação e realização de procedimentos clínicos conforme o Anexo 1”.

A Folha de Rosto apresentada está completa.

O TCLE formulado está de acordo com a Res. CNS 466/12.

A Carta de anuência foi apresentada no processo de submissão para avaliação deste Comitê de Ética em Pesquisa, ou seja, “Para o consentimento da utilização dos prontuários e das informações solicitadas nas Unidades Básicas de Saúde foram encaminhadas cartas de anuência para a diretoria da instituição hospitalar e para Secretaria Municipal de Saúde de Joinville – SC”.

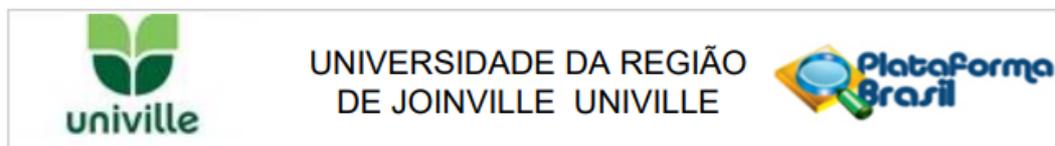
O instrumento de pesquisa pertinente ao estudo foi apresentado e denominado no ANEXO 1 como “ENTREVISTA APLICADA À PUÉRPERA”.

#### **Recomendações:**

Ao finalizar a pesquisa, o (a) pesquisador (a) responsável deve enviar ao Comitê de Ética, por meio do sistema Plataforma Brasil, o Relatório Final (modelo de documento na página do CEP no sítio da Univille Universidade).

Segundo a Resolução 466/12, no item

<b>Endereço:</b> Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 119. campus Bom Retiro	
<b>Bairro:</b> Zona Industrial	<b>CEP:</b> 89.219-710
<b>UF:</b> SC	<b>Município:</b> JOINVILLE
<b>Telefone:</b> (47)3461-9235	<b>E-mail:</b> comitetica@univille.br



Continuação do Parecer: 4.145.006

#### XI- DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

d) Elaborar e apresentar o relatório final;

Modelo de relatório para download na página do CEP no site da Univille Universidade.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto "AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL EM PACIENTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DARCY VARGAS, NA CIDADE DE JOINVILLE - SC", sob CAAE "29323920.1.0000.5366" teve suas pendências esclarecidas pelo (a) pesquisador(a) "FERNANDA DIEL", de acordo com a Resolução CNS 466/12 e complementares, portanto, encontra-se APROVADO.

Informamos que após leitura deste parecer, é imprescindível a leitura do item "O Parecer do CEP" na página do Comitê no site da Univille, pois os procedimentos seguintes, no que se refere ao enquadramento do protocolo, estão disponíveis na página. Segue o link de acesso [https://www.univille.edu.br/pt\\_br/institucional/proreitorias/prppg/setores/coordenacao\\_pesquisa/comite\\_etica\\_pesquisa/status-parecer/645062](https://www.univille.edu.br/pt_br/institucional/proreitorias/prppg/setores/coordenacao_pesquisa/comite_etica_pesquisa/status-parecer/645062).

A pesquisadora apresentou recurso, esclareceu todas as inconsistências e apresentou carta de anuência da instituição co-participante assinada pelo diretor geral.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Região de Joinville - Univille, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	25/06/2020 16:19:09		Aceito

**Endereço:** Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 119. campus Bom Retiro  
**Bairro:** Zona Industrial **CEP:** 89.219-710  
**UF:** SC **Município:** JOINVILLE  
**Telefone:** (47)3461-9235 **E-mail:** comitetica@univille.br



UNIVERSIDADE DA REGIÃO  
DE JOINVILLE UNIVILLE



Continuação do Parecer: 4.145.006

Declaração de Instituição e Infraestrutura	comite_tes.pdf	25/06/2020 16:18:04	FERNANDA DIEL	Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	14/05/2020 21:56:54		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Resposta às recomendações do CEP.docx	14/05/2020 21:56:15	FERNANDA DIEL	Aceito
Brochura Pesquisa	texto_proj.docx	14/05/2020 21:55:03	FERNANDA DIEL	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_1449243.pdf	21/02/2020 09:06:15		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	21/02/2020 09:04:52	FERNANDA DIEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	proj.docx	20/02/2020 14:19:07	FERNANDA DIEL	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	20/02/2020 14:15:42	FERNANDA DIEL	Aceito
Brochura Pesquisa	Texto.docx	20/02/2020 14:13:44	FERNANDA DIEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	consentimento.docx	20/02/2020 14:05:15	FERNANDA DIEL	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOINVILLE, 14 de Julho de 2020

---

**Assinado por:**  
**Marcia Luciane Lange Silveira**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 119. campus Bom Retiro  
**Bairro:** Zona Industrial **CEP:** 89.219-710  
**UF:** SC **Município:** JOINVILLE  
**Telefone:** (47)3461-9235 **E-mail:** comitetica@univille.br

## ANEXO C

## ARTIGO PUBLICADO NA LINHA DE PESQUISA



Brazilian Journal of Development | 7047  
ISSN: 2525-8761

**Avaliação da qualidade pré-natal – revisão****Evaluation of quality in the prenatal care - review**

DOI:10.34117/bjdv8n1-476

Recebimento dos originais: 07/12/2021

Aceitação para publicação: 25/01/2022

**Fernanda Diel**

Doutoranda em Saúde e Meio Ambiente pela Universidade da Região de Joinville –  
UNIVILLE

Endereço: R. Paulo Malschitzki, 10, Zona Industrial Norte, Joinville – SC, CEP 89219-  
710.

E-mail: fernadadieldiel47@gmail.com

**Jean Carl Silva**

PhD em Ciências Médicas (UNIFESP/SP)  
UNIVILLE

Endereço: R. Paulo Malschitzki, 10, Zona Industrial Norte, Joinville – SC, CEP 89219-  
710.

E-mail: jeancarsilva@gmail.com

**Regina Maria Miranda Gern**

Doutora em Engenharia Química pela Universidade Federal de Santa Catarina  
UNIVILLE

Endereço: R. Paulo Malschitzki, 10, Zona Industrial Norte, Joinville – SC, CEP 89219-  
710.

E-mail: regina.maria@univille.br

**Carla Gisele Vaichulonis**

Mestre em Saúde e Meio Ambiente pela Universidade da Região de Joinville –  
UNIVILLE

Endereço: R. Paulo Malschitzki, 10, Zona Industrial Norte, Joinville – SC, CEP 89219-  
710

E-mail: carlinhanurse@yahoo.com.br

**Rodrigo Ribeiro e Silva**

Acadêmico de Medicina pela Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE

Endereço: R. Paulo Malschitzki, 10, Zona Industrial Norte, Joinville – SC, CEP 89219-  
710

E-mail: rodrigoribeiroesilva@gmail.com

**Guilherme Schroder Stepic**

Acadêmico de Medicina pela Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE

Endereço: R. Paulo Malschitzki, 10, Zona Industrial Norte, Joinville – SC, CEP 89219-  
710

E-mail: guilhermestepic@hotmail.com

## **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PRÉ-NATAL – REVISÃO EVALUATION OF QUALITY IN THE PRENATAL CARE - REVIEW**

### **RESUMO**

**Objetivo:** Verificar a avaliação da qualidade pré-natal. **Métodos:** Levantar referencial teórico sobre os artigos nas bases de dados Medline (Pubmed), LILACS, SciELO e BIREME sem restrição de localização e idiomas em português, inglês e espanhol, publicados no período de 2016 até 2021. A pesquisa foi realizada na base de dados com os descritores "Avaliação da qualidade pré-natal" AND ( db:("LILACS") AND mj:("Cuidado Pré-Natal" OR "Qualidade da Assistência à Saúde")) AND (year\_cluster:[2016 TO 2021]). **Resultados:** Foram encontrados 6 estudos que responderam à pergunta norteadora. Seis dos cento e onze estudos selecionados encontrou associação na avaliação da qualidade pré-natal. **Conclusão:** Houve desigualdade na qualidade pré-natal, quando comparadas nas regiões e locais analisadas isoladamente, houve maior percentual quanto ao número de consultas em contrapartida, menor índice englobando todos os critérios preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

**Descritores:** Qualidade pré-natal. Gestante. Assistência. Cuidado pré-natal.

### **ABSTRACT**

**Objective:** Verify the quality of prenatal. **Method:** Get a theoretical benchmark about the articles based in the Medline (Pubmed), LILACS, SciELO and BIREME facts with no location and language restrictions in portuguese, english and spanish, published in the period from 2016 to 2021. The research was realized based on data with the descriptors “Evaluation of quality in the prenatal care” and ( db:("LILACS") AND mj:("PRENATAL CARE") OR "Quality of HealthCare") AND (year\_cluster:[2016 TO 2021]). **Findings:** Was founded 6 studies that satisfied the guide question. Six of the one hundred and eleven selected studies discover an association of evaluation on prenatal attributes. **Conclusion:** There was an inequality in the prenatal quality, when compared to regions and locals analyzed separately, had a higher percentage as the number of enquiries in counterpart, a lower indices covered all the requirements advocated by the Prenatal and Birth Humanization Program.

**Descriptors:** Prenatal quality. Pregnant. Assistance. Prenatal care.

## INTRODUÇÃO

A assistência e os cuidados durante a gravidez iniciam na primeira consulta de pré-natal, sendo a primeira consulta mais longa e mais detalhada do que as consultas subsequentes. A assistência de pré-natal inclui: anamnese (história de saúde abrangente, história obstétrica e do sistema reprodutor, história familiar), entrevista (perfil psicossocial, estado mental, avaliação de risco, sinais e sintomas), exame físico (sinais vitais e peso), solicitação de exames laboratoriais de rotina específica de pré-natal e preenchimento do cartão da gestante<sup>1</sup>. Sendo assim, a assistência do pré-natal é de suma importância para a gestante e para o feto, pois permite avaliar a saúde de ambos detectando possíveis riscos gestacionais, alterações dos exames laboratoriais, altura uterina, pressão arterial sistêmica, peso, além de orientar os cuidados que a gestante necessita.

No Brasil, das gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) um total de 2.849.146, considerando adequado, apenas 79 gestantes iniciaram o pré-natal com menos de 22 semanas, 1.388 entre 22 a 27 semanas e com 28 a 31 semanas 3.866. Conforme informações considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal<sup>2</sup>. Apontam que, apesar de existirem evidências de melhorias na assistência de pré-natal no Brasil, existem dificuldades de acesso, baixa qualidade da assistência ofertada, déficits em relação ao vínculo entre a gestação e o parto e deficiência nas orientações às gestantes nos aspectos relacionados ao parto, à importância da amamentação e aos cuidados com o bebê<sup>3,4</sup>.

Ofertar uma assistência apropriada requer aspectos como a prevenção, tratamento e diagnóstico das ocorrências indesejáveis na gestação e assistência nos cuidados no puerpério e do lactente.

## MÉTODOS

As buscas por artigos científicos foram conduzidas nas bases de dados eletrônicas MEDLINE (Pubmed), LILACS, SciELO e BIREME, referente ao período de 2016 até 2021, quando foi verificada a importância da avaliação da qualidade pré-natal. Foram propostas para

as buscas as seguintes palavras-chave e operadores avaliação da qualidade pré-natal "Avaliação da qualidade pré-natal" AND ( db:("LILACS") AND mj:("Cuidado Pré-Natal" OR "Qualidade da Assistência à Saúde")) AND (year\_cluster:[2016 TO 2021]). Os artigos foram identificados por meio da busca eletrônica, organizados e revisados para verificação de duplicidade. Posteriormente, foram analisados os títulos dos artigos de maneira isolada. Os artigos que não atendiam algum critério de inclusão foram excluídos. Foram excluídos estudos publicados no formato de resumos e que não estava no período da pesquisa proposto ou ainda indisponível na íntegra.

## **RESULTADOS**

O resultado de interesse foi verificar a avaliação da qualidade pré-natal. Aqueles que apresentaram um título dentro do âmbito, mas os resumos não estavam disponíveis, também foram obtidos e analisados na íntegra. Foram excluídos estudos fora do âmbito, resumos e artigos que não se enquadravam nos descritores. Aqueles que não utilizaram a abordagem não fizeram parte da amostra da revisão de literatura. A partir dos descritores eleitos, os bancos de dados foram consultados e foram obtidos os resultados. Um total de 111 artigos foi identificado nas buscas primárias. No entanto, ao realizar a exclusão por repetição restaram 16 artigos, exclusão por título e abstracts restaram 6 artigos. Assim, seis artigos foram selecionados para a avaliação em conformidade com o título e seus resumos revisados. Ao avaliar os artigos na totalidade, 6 preencheram todos os critérios de inclusão propostos os quais atenderam a pergunta norteadora. Os 6 artigos incluídos contemplaram a ocorrência dos indicadores da avaliação da qualidade pré-natal. Os demais dos estudos não encontraram associação entre avaliação da qualidade pré-natal. No entanto, os 6 artigos apresentaram a associação e subsequentemente analisados.

## **DISCUSSÃO**

Percebeu-se que a qualidade pré-natal demonstra uma assistência com a cobertura de número de consultas e exames básicos com diferença significativa ao mensurar os indicadores de qualidade pré-natal ao incluir todos os critérios recomendados pelo Ministério da Saúde.

No âmbito preventivo, a assistência do pré-natal, pode ser esquematizada na primeira consulta a partir da coleta de informações essenciais por meio da anamnese geral e obstétrica,

exame físico geral e obstétrico, informação sobre a data da última menstruação (importante para calcular a data provável do parto e idade gestacional), aferição do peso da gestante e da pressão arterial sistêmica, determinação da altura uterina (para avaliar o crescimento fetal), ausculta dos batimentos cardíacos do concepto, solicitação de exames (exame para diagnóstico de sífilis - VDRL, sorologia para HIV, sorologia para toxoplasmose, hemograma, exame simples de urina, grupo sanguíneo e fator Rh, glicemia em jejum e, em gestantes de risco, sorologia para hepatites)<sup>5</sup>.

Ressaltando o Ministério da Saúde (MS) ao qual recomenda o número mínimo de seis consultas de pré-natal para uma gestação a termo, com o início no primeiro trimestre até 12 semanas de gestação e a realização de alguns procedimentos básicos que incluem exames clínicos-obstétricos, laboratoriais e orientações acerca da gestação, parto e puerpério<sup>6,7</sup>.

Descrevem em seu artigo que a cobertura da assistência pré-natal em Sergipe foi de quase 100%, e mais da metade das gestantes realizaram o acompanhante antes da 16ª semana gestacional. O número de consultas de pré-natal conforme recomendada pelo Ministério da Saúde, ou seja, de seis consultas foi de 74,7%<sup>8</sup>.

Embora a cobertura elevada, a porcentagem das gestantes sem qualquer assistência pré-natal foi 60% maior no Norte que a média nacional. Em relação com início precoce do pré-natal tiveram maior prevalência nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste<sup>9</sup>.

Notou-se uma cobertura da assistência pré-natal em todos os municípios do estado de Sergipe, ao qual foi praticamente universal, com valores elevados, independente das características demográficas, sociais e reprodutivas das mulheres. Entretanto, a adequação dessa assistência é ainda baixa às recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), pois 43% das gestantes iniciaram o pré-natal após a 16ª semana gestacional e 22,1% não tiveram o número mínimo de consultas previstas para a idade gestacional, o que indica procura tardia da assistência, bem como número insuficiente de atendimentos<sup>8</sup>.

A média de consultas satisfatórias realizadas durante o pré-natal, variando entre cinco e sete consultas mais da metade das gestantes com início do acompanhamento no período preconizado. Conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, houve elevadas taxas de inadequação da assistência pré-natal, evidenciando somente a maior quantidade de consultas gestacional e de frequência de realização dos procedimentos bem como os exames básicos, não garante a adequação da assistência prestada. Em contrapartida, ao considerar somente os critérios de qualidade o maior número de consultas e o início do pré-natal, as taxas de inadequação são diminuídas<sup>10</sup>.

Destacando no município do Rio de Janeiro que todas as gestantes possuíam mais de seis consultas de pré-natal registradas no cartão pré-natal, assim como dados de peso, estatura, IMC, pressão arterial, edema, altura uterina, apresentação fetal, batimentos cardíacos (BCF), data da última menstruação (DUM), data provável do parto (DPP), exame clínico das mamas, exame clínico, dúvidas, bem como a assinatura do profissional devidamente registrado<sup>11</sup>.

Evidenciou elevada cobertura em todas as localidades, tendo algumas delas atingido níveis praticamente universal, o que não constituiu elevada qualidade. A qualidade da atenção pré-natal em geral foi inadequada nas regiões brasileiras investigadas. Constatou-se grande variação da adequação da assistência de acordo com os indicadores utilizados, destacando que os índices propostos por Kessner e Kotelchuck et al. preconizam um número mais elevado de consultas de pré-natal do que o recomendado como adequado pelo Ministério da Saúde<sup>10</sup>.

Descrevem em seu artigo que a maioria das gestantes realizou seis ou mais consultas de pré-natal, com início com menos de 20 semanas de gestação<sup>12</sup>.

No entanto ao serem incluídas informações sobre esquema vacinal, prescrição de sulfato ferroso, procedimentos de exame físico, orientações fornecidas e exames complementares realizados, a frequência de pré-natal adequado diminuiu para 15%. Embora o número de consultas durante o pré-natal ser adequado, sua qualidade estaria muito abaixo do ideal, considerando os procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde. Nas regiões mais pobres do Brasil foi observada uma baixa qualidade da atenção à gestante, conforme preconizado pelo Programa de Humanização no Pré-Natal<sup>12</sup>.

Com relação à adequação do pré-natal, que avaliou o início precoce bem como o número mínimo de consultas, as regiões Sudeste e Sul apresentaram as maiores prevalências<sup>9</sup>.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde foi implementado em 2002, amparado pelas necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, com objetivos de diminuir as taxas de morbimortalidade materno-infantil, garantir a acessibilidade aos serviços de saúde e o acolhimento pela equipe de saúde, assim como aumentar a cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério<sup>13</sup>.

Houve uma variação no quesito da dimensão gerencial, o registro regular do SISPRENATAL, para a região Sul variando entre 75% à 82,2% e com 90,9% na região Nordeste, apresentando melhores porcentagem de adequação. Dificuldades na realização de exames laboratoriais, ou baixa aplicação de testes para HIV e sífilis existentes<sup>14</sup>.

Reportam que a cobertura no país de pelo menos um exame VDRL e HIV na gestação foi de 88% e 79%, respectivamente, apresentando as regiões Norte e Nordeste as menores prevalências. A cobertura dos exames laboratoriais de glicemia e urina tipo 1 foi próxima a 85%, tendo a região Sul a maior prevalência. O exame de ultrassonografia apresentou maior déficit na região Norte, com cobertura menor que 70%. Foi observada maior prevalência de assistência pré-natal e realização de seis ou mais consultas de pré-natal em primíparas, assim como a cobertura de exames laboratoriais VDRL e HIV também foram superiores<sup>9</sup>.

Os exames laboratoriais realizados durante o período pré-natal, 80% realizaram e 20% não constavam o registro de tipagem ABO-Rh, e não constou o registro de hemograma, glicemia de jejum, urina tipo 1 e urocultura 26,6%. A maioria não tinha o registro da curva uterina/idade gestacional preenchido<sup>11</sup>.

Outro aspecto observado foi que a maioria dos cartões analisados apresentou registro do resultado da primeira glicemia, mesmo sendo elevado, não atingiu 100% em nenhum do município do estado, primeira ultrassonografia, sendo o resultado da segunda glicemia diminuiu 53,6%<sup>8</sup>.

Aferição da pressão arterial e verificação do peso em todas as consultas obtiveram porcentagem elevada, bem como exames laboratoriais e ultrassonografia. Sugerem uma frequência elevada de cobertura de pré-natal no Brasil. Entretanto, quando se inclui nos critérios de qualidade a aferição da pressão arterial e do peso em todas as consultas de pré-natal, realização de exame de sangue e de urina, realização de ao menos uma ultrassonografia durante o período gestacional, essa frequência diminui. Embora da elevada cobertura, os achados apontam para a existência de iniquidades no atendimento pré-natal relacionadas principalmente à cor da pele e também com a região do país<sup>12</sup>.

O exame de ultrassonografia obteve cobertura elevada. A pesquisa permitiu afirmar que Sergipe alcançou uma boa cobertura da assistência pré-natal, atingindo praticamente a totalidade das gestantes do estado. No entanto, há diversos dados que indicam ser de qualidade e adequação insuficientes ao PHPN<sup>8</sup>.

Os exames laboratoriais precisam ser solicitados durante a primeira consulta de pré-natal, sendo que alguns exames laboratoriais serão repetidos durante a evolução gestacional. Os exames laboratoriais têm como objetivo identificar as condições de riscos materno/fetal, considerando um rastreamento a prevenção e identificação precoce de estados mórbidos e porventura preexistentes, ou que podem se desenvolver durante a gravidez<sup>15, 16, 17</sup>.

Especificamente ao município do Rio de Janeiro referente à taxa ao cadastro no SISPRENATAL obteve 66,66% ao qual apresentaram o registro, bem como o esquema vacinal<sup>11</sup>.

No âmbito Brasil, cobrindo quase a totalidade das mulheres quanto ao recebimento do cartão da gestante. Maria do Carmo Leal. O recebimento do cartão de pré-natal foi elevado, mencionado pela maioria das gestantes, diminuindo essa porcentagem na admissão hospitalar para o parto<sup>8</sup>.

No Brasil a cobertura do pré-natal foi reforçada por programas governamentais entre eles o programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN), estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2000, o qual teve como principal objetivo melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, o parto assistido, o cuidado ao pós-parto e ao recém-nascido. Conforme esse programa, um pré-natal adequado precisa ser iniciado até o quarto mês de gestação, ser composto por, no mínimo, seis consultas de acompanhamento e incluir exames laboratoriais (sangue e urina)<sup>18, 19</sup>.

Destaca que, em relação aos aspectos relacionados com a atenção pré-natal e puerpéra, que podem auxiliar as práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, no âmbito nacional vão além do número de consultas gestacional<sup>14</sup>.

Enfatizam que foram identificados os principais problemas como destaque o início tardio do pré-natal; número insuficiente de consultas; poucas orientações, inclusive sobre a maternidade de referência para o parto; falta de priorização das gestantes de maior risco e problemas na articulação com outros serviços de saúde materno-infantil<sup>8</sup>.

Desta forma, tornar-se evidente a existência de desigualdade regional quanto ao acesso no atendimento pré-natal de qualidade, impossibilitando avaliar os resultados dos programas do Ministério da Saúde, como o PHPN, no Brasil como um todo, mas em cada macrorregião isoladamente.

## **CONCLUSÃO**

Por meio desta revisão literária foi possível constatar, que a qualidade da assistência pré-natal é determinante para uma gestação com qualidade, tendo em vista, realizar o pré-natal com número de consultas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e recomendado pelo PHPN.

A cobertura da assistência pré-natal ao considerar outros parâmetros como número mínimo de consultas pré-natal, exames realizados, esquema vacinal, vinculação à maternidade para o parto, orientações, registro cartão pré-natal a adequação reduz. Os indicadores para mensurar a qualidade pré-natal difere quando o preconizado pelo Ministério da Saúde, observou uma desigualdade nas variações entre as diferentes regiões e estados.

Sugere-se uma reflexão crítica sobre os achados da presente pesquisa, ao considerar que existem diferenças entre o número de consultas e procedimentos realizados insuficiente em termos quantitativos em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Link DG. Cuidados de Enfermagem para a Família durante a Gravidez. Lowdermilk DL, et al.; tradução Ritomy MI, et al. **Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Unidade 3 Gravidez – cap. 15 p. 325-364.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.: il.
3. Costa CSC, Vila VSC, Rodrigues FM, Martins CA, Pinho LMO. **Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):516-22. Acesso em 07 de julho de 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635> doi: 10.5216/ree.v15i2.15635.
4. Saavedra JS, Cesar JA. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1003-1014, May 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500012&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 July. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0201-311X00085014>.
5. Moraes VA, Moraes AVS. Aspectos da gravidez na clínica médica. In: PORTO, Celmo Celeno; co-editor PORTO, Arnaldo Lemos. **Semiologia médica**. 7.ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Parte 11 Seção 3 p. 971 – 975.

6. Teixeira GA, et al. PERFIL DE MÃES E O DESFECHO DO NASCIMENTO PREMATURO OU A TERMO. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 23, n. 1, jan. 2018. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51409>>. Acesso em: 11 July 2021. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.51409>.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: MS, 2005.
8. Mendes RB, Santos MJM, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations Prenatal and Birth Humanization Program. *Cien Saude Colet*. 2020 Mar;25(3):793-804. Portuguese, English. access on 10 July. 2021. doi: 10.1590/1413-81232020253.13182018. Epub 2018 Jul 20. PMID: 32159650.
9. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2020;54:8. [Acessado 7 Julho 2021]. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>
10. Nunes J, Gomes K, Rodrigues M, Mascarenhas M. (2016). Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cadernos Saúde Coletiva*. 24. 252-261. 10.1590/1414-462X201600020171.
11. Souza RA, Santos MS, Messias CM, Silva HCDA, Rosas AMMTF, Silva MRB. Avaliação de qualidade da assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro: pesquisa exploratória. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2020 Mês [cited year month day];19(3):xx-xx. Acessado 8 Julho 2021. Available from: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206377>.
12. Mario DN, et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 3 [Acessado 7 Julho 2021] , pp. 1223-1232. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017>
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília; Ministério da Saúde; 2002.
14. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe2 [Acessado 5 Julho 2021] , pp. 111-126. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S208>>. ISSN

- 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S208>. Acesso em 05 de julho de 2021
15. BELFORT P. Medicina Preventiva. Assistência pré-natal. *In*: REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 8ªed. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2000. Capítulo: 10 p. 260-276.
  16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)
  17. LENZ MLM, TAKIMI LN, WOLLMANN L. Pré-natal de baixo risco. *In*: GUSSO G, LOPEES JMC, DIAS LC. **Tratado de medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática**. 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019. 2 v. Seção XI Gravidez, parto e planejamento familiar. Capítulo 131 p. 1083 – 1095
  18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p. ISBN: 85-334-0138-8
  19. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Manual técnico: pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS; 2006. Caderno n° 5.

### Termo de Autorização para Publicação de Teses e Dissertações

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) a disponibilizar em ambiente digital institucional, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/IBICT) e/ou outras bases de dados científicas, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra abaixo citada, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data 28/10/2022.

- Identificação do material bibliográfico:  Tese  Dissertação  Trabalho de Conclusão

- Identificação da Tese ou Dissertação:

Autor: Fernanda Diel

Orientador: Dr. Jean Carl Silva

Data de Defesa: 29 de agosto de 2022

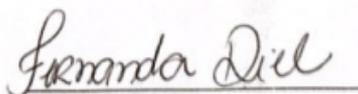
Título: AVALIAÇÃO ENTRE DIFERENTES ÍNDICES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL EM GESTANTES ATENDIDAS NA REDE PÚBLICA NA CIDADE DE JOINVILLE - SC

Instituição de Defesa: Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE

#### 3. Informação de acesso ao documento:

Pode ser liberado para publicação integral  Sim  Não

Havendo concordância com a publicação eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese, dissertação ou relatório técnico.



Assinatura do autor

Joinville, 28 de outubro de 2022

Local/Data