

Adequação da assistência ao pré-natal para mulheres do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais - Brasil

Síntia Nascimento dos Reis*

Isabela Guedes Paiva**

Liliane da Consolação Campos Ribeiro*

Endi Lanza Galvão*

Helisamara Mota Guedes*

130

Resumo

A assistência pré-natal tem relação direta com os níveis de saúde das mães e seus filhos, uma vez que a ausência ou a baixa qualidade desta assistência está associada à taxa de mortalidade materna mais alta e aos resultados do nascimento. Ter dados da avaliação do pré-natal, em uma região, torna possível o planejamento, alocação de recursos e melhoria na assistência oferecida. Este trabalho teve o objetivo de avaliar a adequação da assistência ao pré-natal segundo dados do cartão da gestante e Índice de Kessner adaptado. Trata-se de estudo transversal baseado nos dados dos cartões de 309 parturientes atendidas de julho a setembro de 2018. A prevalência da realização do pré-natal adequado foi de 78,6%, 196 (63,4%) iniciaram o acompanhamento antes da 13ª semana de gravidez e (88,7%) realizaram mais de seis consultas. A qualidade desta assistência foi associada à escolaridade ($p=0,02$), ao estado civil ($p=0,01$), ao planejamento da gravidez ($p<0,001$) e à quantidade de filhos ($p=0,01$) da parturiente. Das puérperas, apenas nove (2,9%) relataram ter planejado a gestação atual. Os cartões de acompanhamento de 55 gestantes (17,8%) estavam incompletos para variáveis diversas. O pré-natal mostrou-se adequado pelo índice de Kessner sendo influenciado pela maior escolaridade, pela união estável do casal, pelo planejamento prévio da gravidez e pela experiência de um a dois filhos.

Palavras-chave: Saúde materna. Cuidado pré-natal. Gestantes. Humanização da assistência. Qualidade da assistência à saúde.

INTRODUÇÃO

A Atenção à Saúde da mulher tem sido um dos pontos chave para a melhoria dos indicadores de saúde nacionais. Dentre todas as ações preconizadas destaca-se a assistência ao pré-natal, que visa contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil. Sendo de qualidade, deve desenvolver ações resolutivas e acolhedoras para as gestantes nas redes de atenção à saúde, buscando garantir a oferta adequada de cuidados com a gestação e o parto^{1,2}.

Essa assistência tem relação com os níveis de

saúde das mães e seus filhos, uma vez que sua ausência ou a baixa qualidade está associada à alta taxa de mortalidade materna. Promover a saúde da população pode colaborar de forma positiva com o diagnóstico e com o tratamento adequado das afecções e a verificar fatores de risco que levam a complicações na saúde do bebê e da mulher¹.

Dentro da realidade brasileira e a fim de melhorar a qualidade da assistência ao pré-natal, uma das primeiras medidas do Ministério da Saúde (MS) do Brasil foi a instituição do

DOI: 10.15343/0104-7809.202145130139

*Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

**Faculdade de Medicina do Vale do Aço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: helisamaraguedes@gmail.com

Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), em junho de 2000. O PHPN tem como principal plano permitir melhoria no acesso, na cobertura, na qualidade do acompanhamento à gestante, na assistência ao parto, ao recém-nascido e à mulher no puerpério na perspectiva dos direitos de cidadania³.

O PHPN recomenda realizar a primeira consulta da mulher até o quarto mês de gestação e garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo e três no terceiro; uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; realizar os seguintes exames laboratoriais durante a gestação: ABO-Rh na primeira consulta; VDRL na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana; urina rotina na primeira consulta e próximo à trigésima semana; glicemia de jejum um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana; hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta e oferta de testagem anti-HIV na primeira consulta³.

Além destes critérios objetivos devem ser considerados o acolhimento, orientações de amamentação e parto, planejamento reprodutivo, dentre outros. Diante disto, em março de 2011, o MS lançou a Rede Cegonha composta por um conjunto de medidas para garantir a todas as brasileiras atendimento adequado e, neste contexto, surge como estratégia para solidificar e expandir as medidas iniciadas com o PHPN. Essa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, tendo como finalidade estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil de maneira gradual. O início de sua implantação conta com a observação do critério epidemiológico, da taxa de mortalidade infantil, da razão de mortalidade materna e da densidade populacional. Portanto,

a estratégia conta com a parceria de estados, do Distrito Federal e de municípios para a qualificação dos seus componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação)⁴.

Utilizar índices de adequação do pré-natal têm sido amplamente adotados para pesquisas em saúde pública, planejamento e alocação de recursos. O presente estudo pode contribuir para avaliação do acompanhamento gestacional, pois os resultados permitem refletir sobre o atendimento que está sendo oferecido à mulher no pré-natal, para que se possa aproximar de uma prática humanizada e de qualidade por meio de um processo de cuidar sistemático, individual e contextualizado.

Considera-se uma atenção pré-natal de qualidade aquela com início precoce, periódica, completa e com ampla cobertura^{4,5}. O início do acompanhamento no primeiro trimestre da gestação permite a realização oportuna de ações preventivas, de diagnósticos mais precoces e de ações de promoção à saúde. Além disso, possibilita a identificação, no momento oportuno, de situações de alto risco que envolvem encaminhamentos para outros pontos da atenção para melhor planejamento do cuidado⁶. Alguns estudos já foram publicados avaliando-se a adequação ao pré-natal em diferentes regiões do Brasil^{2,5,6}. Porém, nenhum estudo investigou as variáveis relacionadas ao acompanhamento em parturientes do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais (MG).

Assim, este estudo utilizou o índice de Kessner para verificar a adequação do pré-natal e por considerar que a sua qualidade vai além do início precoce e número de consultas. Tornou-se primordial complementar as informações com os dados disponíveis no cartão das gestantes. Desta forma o objetivo deste estudo foi avaliar a adequação da assistência ao pré-natal segundo dados do cartão da gestante e Índice de Kessner adaptado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado com parturientes atendidas no período de julho a setembro de 2018 em um hospital referência para as especialidades de ginecologia e obstetrícia para toda a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha de Minas Gerais.

O referido hospital está sediado no município de Diamantina (MG), localizado no Vale do Jequitinhonha, possui 15 leitos de maternidade em alojamento conjunto, três pré-parto, parto e pós-parto (PPP), um bloco cirúrgico e 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), particular e possui convênio com alguns planos. Além do atendimento de baixa complexidade, o hospital é referência na atenção à saúde de gestações de alto risco para 31 municípios da macrorregião de saúde, abrangendo uma população de 407.645 mil habitantes⁷.

O cálculo amostral seguiu a fórmula de Barbetta⁸ que utiliza o tamanho da população e erro tolerável fixado em 2%. O tamanho da população baseou-se na média de partos realizados neste hospital (130 partos/mês). Obteve-se um total de 309 gestantes atendidas para os procedimentos do parto e que portavam o Cartão da Gestante⁹, esse é um documento de registro primário, fornecido na primeira consulta, em que são registrados dados sociodemográficos, histórico prévio e atual.

A amostra foi aleatória, simples, casual, em que as mulheres foram identificadas na lista de parturientes registradas diariamente na maternidade. Foram consideradas elegíveis todas as puérperas com parto hospitalar (vaginal ou cesárea), tendo como desfecho um nascido vivo, independente de peso ou idade gestacional, ou um nascido morto, com peso maior que 500 g ou idade gestacional maior que 22 semanas. Foram excluídas puérperas que não apresentaram o cartão de pré-natal durante a internação.

Os dados foram extraídos dos cartões de acompanhamento pré-natal por meio do scan e posteriormente foi feita a digitação dos dados em um formulário padronizado.

As variáveis coletadas foram: idade, idade gestacional, número de consultas de acompanhamento pré-natal, convênio, vacinação, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, quantidade de filhos, orientações recebidas para o parto e aleitamento materno, exame físico, exames laboratoriais realizados no período gestacional, ocorrência de planejamento prévio da gravidez e estratificação do risco da gestação.

O índice de Kessner (IK) foi o indicador considerado para avaliação da qualidade do pré-natal. Trata-se de um algoritmo baseado no trimestre em que o cuidado pré-natal se inicia, bem como no número de consultas realizadas, ajustado para a idade gestacional, sendo definido por três categorias de utilização: pré-natal adequado, intermediário e inadequado. O índice de Kessner original considera a categoria intermediária as gestantes que iniciaram o pré-natal no segundo trimestre e como inadequado o pré-natal iniciado no terceiro trimestre (ou não realizado)¹⁰. Neste estudo, o referido índice foi adaptado para duas categorias, após a fusão da categoria intermediária com inadequada. Assim, foi considerado adequado o pré-natal com início até a 13^a semana de gestação e a realização de pelo menos seis consultas em gestações maiores ou iguais a 36 semanas e inadequado os pré-natais iniciados após a 14^a semana de gestação e/ou com número de consultas inferior a seis em gestações maiores ou iguais a 37 semanas.

Os dados obtidos foram digitados e analisados utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) IBM® versão 22.0. Inicialmente foram aplicados os procedimentos da estatística descritiva. Para as análises de associações

entre variáveis categóricas foi utilizado o teste de qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. Para verificar associação entre variáveis contínuas e categóricas, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, uma vez que se identificou que os dados eram não paramétricos. Foi

considerado estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (CEP/UFVJM), por meio do parecer n. 2.800.312.

RESULTADOS

A média de idade das 309 parturientes provenientes dos 31 municípios que compõem a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha foi de 27 anos ($\pm 6,67$), sendo a idade mínima de 13 e máxima de 43 anos. Em relação à raça e cor da pele 50 (16,2%) se consideraram pardas, 42 (13,6%) pretas, 32 (10,4%) brancas e quatro (1,3%) indígenas. Ao todo, 251 (81,2%) parturientes foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 117 (37,9%) eram primigestas.

A prevalência de realização de pré-natal adequado foi de 78,6%. Em relação ao início do acompanhamento pré-natal 196 (63,4%) iniciaram antes da 13ª semana de gravidez, 58 (18,8%) de 13 a 27 semanas, e cinco (1,8%) acima de 28 semanas de gestação.

Em relação ao número de consultas realizadas no pré-natal, 32 (10,4%) mulheres tiveram até seis consultas, enquanto 274 (88,7%) realizaram mais de seis consultas.

Das puérperas incluídas neste estudo apenas 41 (13,2%) relataram ter planejado a gestação atual.

Testes de associação demonstraram que a qualidade do pré-natal foi estatisticamente associada às seguintes características sociodemográficas: estado civil, escolaridade, planejamento da gravidez e quantidade de filhos (Tabela 1).

Em relação às orientações nove (2,97%) mulheres foram informadas sobre as atividades para facilitar o parto, sendo que 298 (97,1%) das parturientes não tiveram o cartão preenchido em relação à esta variável.

Para o tema amamentação 10 (3,2%) foram orientadas durante o pré-natal (Tabela 2).

Em relação ao preenchimento dos gráficos, no cartão da gestante, 93,9% das parturientes não tiveram o gráfico Avaliação Nutricional (AN) preenchido e em 95,5% dos casos o gráfico Avaliação Uterina (AU) também não estava preenchido. Ao considerar-se as taxas de vacinação foi possível identificar que 56 (18,2%) das gestantes tinham o esquema completo de imunização dT + dTpa. Apenas 57 (18,4%) puérperas vacinaram contra influenza e 97 (31,4%) contra Hepatite B.

Observou-se elevada prevalência de realização da maioria dos exames laboratoriais no primeiro trimestre, sendo que apenas o teste de COOMBS apresentou menor taxa de realização. Os exames mais realizados no primeiro trimestre foram: VDRL, Anti-HIV, ABO- Rh e Hb/Ht. No terceiro trimestre, os exames mais realizados foram: anti-HIV e VDRL, conforme descrito na Tabela 3.

A tabela 4 apresenta a prevalência de ações relacionadas ao exame físico registrada nos cartões da gestante. Constatou-se que 253 (81,9%) das mulheres não tiveram o índice de massa corporal (IMC) medido nas consultas, enquanto quatro (1,3%) mulheres não tiveram a pressão arterial aferida. Em relação à realização de exames de ultrassonografia para acompanhamento do feto, 100 (32,3%) realizaram quatro ou mais exames. Apenas três mulheres não realizaram exames de ultrassonografia durante o pré-natal.

Tabela 1 – Prevalência de adequação do pré-natal segundo características sociodemográficas das parturientes atendidas em uma maternidade do Vale do Jequitinhonha/Minas Gerais, 2018 (n=309).

Variáveis de exposição/categoria	Sem informação	Total (100%)	Adequação do pré-natal		p-valor
			Inadequado (%)	Adequado (%)	
Idade (média±DP) anos	17	292	25,60 (8,69)	27,36 (5,97)	0,063
Cor da pele	193	116			
Branca			5 (16,7)	25 (83,3)	0,077
Preta ou parda			29 (33,7)	57 (66,3)	
Estado civil	105	204			
Casada/ união estável			36 (23,5)	117 (76,5)	0,015*
Solteira			21 (41,2)	30 (58,8)	
Escolaridade	111	198			
Até ensino fundamental			8 (24,2)	25 (75,8)	0,020*
Ensino médio			37 (33,3)	74 (66,7)	
Ensino superior			7 (13,0)	47 (87,0)	
Assistência à saúde	56	253			
Particular			6 (14,6)	35 (85,4)	0,068
Público (SUS)			60 (28,3)	152 (71,7)	
Gravidez Planejada	230	79			
Sim			5 (12,2)	36 (87,8)	<0,001*
Não			19 (50,0)	19 (50,0)	
Quantidade de filhos	84	225			
Nenhum			27 (28,1)	69 (71,9)	0,018*
Um ou dois			22 (0,2)	87 (79,8)	
Três ou mais			10 (50,0)	10 (50,0)	
Estratificação de risco	265	44			
Risco habitual			14 (41,2)	20 (58,8)	0,221
Alto risco			2 (20,0)	8 (80,0)	

Tabela 2 – Ações de orientação e imunização realizadas na consulta de pré-natal de puérperas atendidas em uma maternidade do Vale do Jequitinhonha/Minas Gerais, 2018 (n = 309).

	n	%		n	%
Orientações do parto					
Sim	9	2,9	Imunização com uma dose – dTpa	18	5,8
Não preenchido	298	97,1	Imunização com duas doses – dTpa + dT	16	5,2
Orientações de amamentação			Imunização com 3 doses – 2dT + dtpa	56	18,2
Sim	10	3,2	Sem registro	217	70,2
Não preenchido	297	96,1	Influenza		
Gráfico AN preenchido			Sim	57	18,4
Sim	17	5,5	Sem registro	248	80,3
Não	290	93,9	Hepatite B		
Gráfico AU preenchido			Sim	97	31,4
Sim	12	3,9	Não	9	2,9
Não	295	95,5	Sem Registro	195	63,1
Vacinação dT+ Dtpa					

Tabela 3 – Prevalência de exames laboratoriais realizados no pré-natal de puérperas atendidas em uma maternidade no Vale do Jequitinhonha/ Minas Gerais, 2018 (n = 309).

Exame laboratorial	1º Trimestre		3º Trimestre	
	n	%	n	%
ABO-Rh	282	91,3		
Hb/Ht	279	90,3	111	35,9
Glicemia jejum	279	90,3	84	27,2
Toxoplasmose	274	88,7	85	27,5
Urocultura	248	80,3	106	34,3
Anti-HIV	283	91,6	278	90,0
VDRL	285	92,2	266	86,1
HBsAg	270	87,4	84	27,2
COOMBS	96	31,3	34	11,0

Tabela 4 – Prevalência de ações relacionadas ao exame físico realizadas no pré-natal de puérperas atendidas em uma maternidade, no Vale do Jequitinhonha/ Minas Gerais, 2018 (n = 309).

	n	%
IMC		
Sim	56	18,1
Não	253	81,9
Pressão Arterial		
Sim	305	98,7
Não	4	1,3
Altura Uterina		
Sim	299	96,8
Não	10	2,2
Batimento cardíaco fetal		
Sim	298	96,4
Não	11	3,6
Quantidade de Ultrassonografia		
0	3	1,0
1	49	15,9
2	88	28,5
3	61	19,7
≥4	100	32,3

DISCUSSÃO

A gravidez é um período que necessita de maior atenção à saúde para evitar complicações à mulher e ao recém-nascido. A consulta de pré-natal é uma medida de avaliação da saúde da mulher e do feto, garantindo o bem-estar, identificando fatores de risco e encaminhando a gestante para níveis de referência de maior complexidade que assegurem tratamento precoce de condições anormais. Apesar da ampliação na cobertura do pré-natal estimulada por programas do governo federal, os resultados deste estudo demonstram pontos que devem ser trabalhados por gestores e profissionais de saúde para melhorar a adequação da assistência a gestante.

Neste estudo, prevaleceu maior proporção de gestantes com número de consultas durante o pré-natal maior do que seis. Ainda assim, aproximadamente 10% da população estudada apresentaram seis ou menos consultas, o que evidencia uma lacuna na assistência à saúde equânime, integral e universal. Quando comparados os resultados as gestantes da zona leste de São Paulo que apresentaram um mínimo de três consultas e de apenas uma rotina de exames para 56,9% das mulheres¹¹, os resultados do presente estudo mostraram-se satisfatórios. Um número maior de consultas pode significar mais oportunidade de receber cuidados preventivos e de promoção da saúde. Entretanto a discussão mais importante reside na qualidade dessas consultas e desses contatos com os serviços de saúde para garantir os indicadores preconizados pelo PHPN¹².

Identificamos adequação da assistência ao pré-natal, baseado no índice de Kessner (número de consultas e idade gestacional de início do acompanhamento pré-natal) de 79,6%. Este dado é superior ao encontrado em estudo realizado em Montes Claros, município situado no norte de MG, em que o acompanhamento das gestantes foi considerado adequado para 68,5% das gestantes¹³.

A proporção de gestantes com início precoce do pré-natal e com número suficiente de consultas (índice de Kessner) foi melhor nas mulheres casadas, com ensino superior, com gravidez planejada, com um a dois filhos. Dado semelhante foi encontrado na pesquisa “Nascer no Brasil” de abrangência nacional e com delineamento metodológico semelhante ao deste estudo¹⁴. Este mesmo estudo corrobora no dado de que mais da metade das mulheres entrevistadas não desejava engravidar naquele momento, reforçando à necessidade de discutir o planejamento reprodutivo ainda no pré-natal.

Na tentativa de ampliar a avaliação do pré-natal buscando outros indicadores diferentes do índice de Kessner encontramos como impasses a cobertura insatisfatória dos exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde. Além disso, a ausência do preenchimento do cartão da gestante (principalmente para as informações de gravidez planejada, orientações para facilitar o parto e amamentação, estratificação de risco, vacinas, gráfico de antecedentes nutricionais (AN), altura uterina (AU), vacinação, IMC, assistência ineficaz dos exames de glicemia, toxoplasmose, HBsA e COOMBS, principalmente para o terceiro trimestre gestacional, merecem maior atenção por parte dos profissionais de saúde. Esta é uma situação semelhante à encontrada no estudo “Nascer no Brasil”¹⁴.

As variáveis dos exames laboratoriais e avaliações clínicas realizadas nas parturientes incluídas neste estudo, basearam-se no PHPN do MS, sendo solicitados os exames

laboratoriais como ABO-Rh no primeiro trimestre, Hb/Ht, VDRL, glicemia de jejum, toxoplasmose, urocultura, HBsAg, COOMBS, solicitados na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação. Para o teste para detecção do HIV, foi avaliada a solicitação do exame na primeira consulta e a do terceiro trimestre da gestação. Sabe-se que a solicitação e interpretação adequada do resultado de exames durante o pré-natal é uma importante forma de monitoramento da mulher para classificação do seu risco gestacional¹⁵.

Em relação à realização de exames laboratoriais, foi identificada elevada cobertura no primeiro trimestre com índices acima de 80%. Um dos pontos críticos para assegurar a qualidade da assistência pré-natal é a realização de exames laboratoriais obrigatórios. Neste estudo, identificamos redução na prevalência de realização destes exames no terceiro trimestre, sobretudo para os exames hemograma, urocultura, sorologia para toxoplasmose (se IgG não reagente). Outros estudos retrataram cobertura maior dos exames do primeiro trimestre em comparação com o terceiro trimestre em Sergipe¹⁵ e Rio Grande do Norte¹⁶.

Estudo realizado por Parada¹⁷, avaliou a assistência pré-natal e puerperal nos municípios de São Paulo, e observou que as mulheres iniciaram o atendimento antes de completar 120 dias de idade gestacional e 75% delas tiveram pelo menos seis consultas durante a gestação. Além disso, destacou a dificuldade de registro da história clínica das gestantes e melhores coberturas de exames no primeiro trimestre da gestação (acima de 75%) e com baixa cobertura no final da gravidez (13,9%). Sabe-se que a solicitação e interpretação adequada do resultado de exames durante o pré-natal é fator primordial para o monitoramento da mulher e para classificação do seu risco gestacional. Por isso, esta prática deve ser adotada satisfatoriamente em todos os acompanhamentos realizados nos serviços públicos e privados do país¹⁸.

A realização do teste para a infecção pelo HIV (90%) foi superior ao estudo de base nacional que verificou cobertura de 81% entre as gestantes avaliadas, porém, ainda com possibilidades de melhoria¹⁹.

Este estudo apresentou um total de 161 puérperas que realizaram três ou mais exames ultrassonográficos durante o pré-natal. A realização desse exame tem cobertura praticamente universal, embora não seja obrigatório nem critério de avaliação da qualidade de um cuidado pré-natal. Este resultado se repete em vários estudos nacionais, evidenciando uma inversão de valores, pois exames e procedimentos obrigatórios do pré-natal não têm apresentado a mesma eficácia^{14,20,21}.

Entre os critérios de qualidade do pré-natal de acordo com as recomendações do PHPN está a consulta puerperal, no entanto esta não foi objeto deste estudo. É notória a sua importância para avaliar a recuperação da mulher no pós-parto, instituir o uso de métodos de planejamento reprodutivo, acompanhar a amamentação e a saúde materna e neonatal. Sugere-se outros estudos abordando esta temática.

A elevada taxa de falta de registros de

informações no cartão das gestantes é um ponto importante a se destacar. As causas para a falha destes registros podem envolver a falta de solicitação de exames pela dificuldade na realização ou na obtenção dos resultados ou por falhas na execução destes exames; a falta de insumos específicos, equipamentos danificados, extravio das amostras e demora no retorno dos resultados¹⁶. Desta forma, é fundamental que haja investimento em infraestrutura de forma descentralizada nas unidades básicas de saúde para garantia de condições de acesso à avaliação completa do atendimento à gestante. Uma outra esfera que envolve a falta de preenchimento dos resultados da avaliação pelos profissionais envolvidos pode estar relacionada à sobrecarga de atividades no setor de trabalho e à falta de instrução quanto a relevância dos registros de saúde. Neste sentido, é importante que haja investimento em capacitações continuadas com os profissionais de saúde que realizam o pré-natal para minimizar a subnotificação de dados relevantes. Apesar dos dados faltantes representarem uma limitação para este estudo, acreditamos que representam também um importante resultado para direcionamento de ações de saúde no Vale do Jequitinhonha Minas Gerais.

CONCLUSÃO

Os dados mostraram uma adequação da assistência pré-natal de acordo com o índice de Kessner adaptado. Porém, analisando outros dados do cartão da gestante percebe-se necessidade de estruturação da vacinação, orientações, planejamento reprodutivo, baixa cobertura nos exames do terceiro trimestre, como toxoplasmose, hemograma, urina/ urocultura conforme recomendado pelo MS.

Ademais, nota-se a necessidade de melhorias na condução da assistência pré-natal por parte dos profissionais de saúde, que devem oferecer uma consulta de qualidade, atendendo todos os requisitos propostos e

preconizados pela PHPN. Torna-se primordial o preenchimento adequado dos cartões das gestantes, uma vez que ele é o documento principal delas.

Além disto, cada região ampliada de saúde deve seguir o mesmo protocolo de atendimento ao pré-natal. Desta forma, todos os níveis de atenção terão condutas similares.

Assim, os resultados deste trabalho poderão contribuir para direcionar a formulação de estratégias que melhorem a qualidade do pré-natal na macrorregião de saúde, traduzindo-se em uma potente ferramenta para os órgãos de gestão municipal e estadual. Sugere-se

sensibilização e capacitação dos profissionais para melhorar os registros nos cartões, implantar e estimular a adesão aos protocolos, realizar avaliações e monitoramentos sistemáticos dos

serviços pelos próprios profissionais e buscar alternativas para promover, junto às gestantes, ao companheiro e a família, a implementação do pré-natal de forma adequada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [citado 2020 jan 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
2. Tomasi E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2017. [citado 2019 ago 24]; 3(33):e00195815. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000305001&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/0102-311X00195815
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Dispõe sobre a criação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2000 jun 1; [citado 2019 ago 25]; Seção 1:4. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
4. Ministério da Saúde (BR). Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Atenção à saúde da gestante em APS [Internet]. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011 jan 24; [citado 2020 jan 28]. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/manual_atencao_saude_da_gestante_2011.pdf
5. Silva LA, Alves VH, Rodrigues DP, Padoin SMM, Branco MBLR, Souza RMP. A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal. *R de Pesq: cuidado é fundamental Online* [Internet]. 2015. [citado 2019 ago 20]; 7(2):2298-2309. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750946010.pdf>. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2298-2309
6. Maia VKV, Lima EFA, Leite FMC, Sousa AI, Primo CC. Avaliação dos indicadores de processo do programa de humanização no pré-natal e nascimento e da rede ceconha. *Rev. Pesqui.* [Internet]. 2017; [citado 2019 ago 20]; 9(4):1055-1060. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-908511>. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1055-1060
7. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (Minas Gerais). Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MG); 2010; [citado 2020 jan 28]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>
8. Barbeta PA. Técnicas de amostragem. Em: Estatística aplicada às ciências sociais. [Internet]. Florianópolis: Editora da UFSC; 2010. [citado 2019 ago 20]. 340p. Disponível em: https://www.academia.edu/32231809/BARBERETA_Estatistica_Aplicada_As_Ciencias_Sociais
9. Polglioni RBS, Neto ETS, Zandonade E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2014; [citado 2019 ago 20]; 36(6): 269-275. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n6/0100-7203-rbgo-36-06-00269.pdf>. doi: 10.1590/S0100-720320140004907
10. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health*. [Internet]; 1994; [cited 2019 ago 20]; 84(9):1414-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8092364>. doi: 10.2105/AJPH.84.9.1414
11. Souza IA, Serinollí MI, Novaretti MCZ. Assistência pré-natal e puerperal e indicadores de gravidade no parto: um estudo sobre as informações disponíveis no cartão da gestante. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [Internet]. 2019; [citado 2019 ago 20]; 19(4):991-997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292019000400983&script=sci_arttext&tlng=pt. doi: 10.1590/1806-93042019000400014
12. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2011; [citado 2019 ago 20]; 27:1053-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000600003&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2011000600003
13. Dias CL, Silva Junior RF, Barros SM. Análise da qualidade da assistência pré-natal no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. enferm. UFPE on line*. [Internet]. 2017. [citado 2019 ago 20]; 2279-87. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23388/19038>. doi: 10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201704
14. Viellas EF et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014; [citado 2019 ago 19]; 30:S85-100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016. doi: 10.1590/0102-311X00126013
15. Dantas DD, Mendes RB, Santos JM, Valença TD, Mahl C, Barreiro MD. Qualidade da assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde. *Rev. enferm. UFPE on line*. [Internet]. 2018; [citado 2019 ago 19]; 1365-1371. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/ac56/97af02eeb999fe3556db147e3da3b1123352.pdf>. doi: 10.5205/1981-8963-v12i5a230531p1365-1371-2018
16. Queiroz DJM, Soares BD, Oliveira KCAN. Avaliação da assistência pré-natal: relevância dos exames laboratoriais. *Rev Bras Promoç Saúde*. [Internet]. 2015; [citado 2019 ago 19]; 28 (4): 504-512. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305870283_Avaliacao_da_assistencia_pre-natal_relevancia_dos_exames_laboratoriais. doi: 10.5020/18061230.2015.p504
17. Parada CM. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2008; [citado 2019 ago 19]; 8(1):113-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292008000100013&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/S1519-38292008000100013
18. Cosendey MA, Hartz ZM, Bermudez JA. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2003; [citado 2019 ago 19]; 19:395-406. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000200006. doi: 10.1590/S0102-311X2003000200006
19. Domingues RMSM et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2015; [citado 2019 ago 19]; 37:140-7. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/v37n3a03.pdf>.

20. Oliveira RL, da Fonseca CR, Carvalhaes MA, de Lima Parada CM. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2013; [citado 2019 ago 19]; 21(2):546-53. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0546.pdf. doi: 10.1590/S0104-11692013000200011
21. Vettore MV, Dias M, Vettore MV, Leal MD. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*[Internet]. 2013; [citado 2019 ago 19]; 13(2):89-100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292013000200002&script=sci_abstract&lng=pt. doi: 10.1590/S1519-38292013000200002