

Artigo de Revisão

Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015

Quality of prenatal care in Brazil: review of published papers from 2005 to 2015

Juliana Teixeira Nunes¹, Keila Rejane Oliveira Gomes¹,
Malvina Thaís Pacheco Rodrigues¹, Márcio Denis Medeiros Mascarenhas¹

Resumo

Objetivou-se investigar a qualidade da atenção pré-natal no Brasil de 2005 a 2015 em relação ao acesso e à adequação da assistência prestada. Trata-se de uma revisão de literatura conduzida a partir de recomendações propostas pelo protocolo *PRISMA*. A busca extraiu estudos das bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE, mediante expressão de busca geral combinando descritores. Após aplicação de três filtros, com base em critérios preestabelecidos, selecionaram-se 12 estudos para análise final. A análise evidenciou estudos transversais, publicados em periódicos nacionais e internacionais, que concentraram a avaliação da atenção pré-natal de municípios e de um Estado de três grandes regiões brasileiras, além de um de amplitude nacional. Evidenciou-se elevação da cobertura da atenção pré-natal ao longo dos últimos dez anos em quase todo país, a despeito da qualidade. Foram encontrados baixos índices de adequação, variando entre 4,5 e 66,1% em várias regiões do país, por motivos que vão desde a não realização do número ideal de consultas e início precoce da assistência até, principalmente, a ausência de promoção do conteúdo quantitativo e qualitativo preconizado para essas consultas. Verificaram-se variações na adequação da assistência pré-natal, especialmente, quando comparadas à aplicação de diferentes indicadores de qualidade. Conclui-se que estudos de avaliação são ferramentas valiosas para subsidiar futuras pesquisas que busquem novas ações em atenção à saúde das gestantes.

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

Abstract

This study aimed to investigate the quality of prenatal care in Brazil from 2005 to 2015, regarding both access and appropriateness of care. This is a review conducted from recommendations proposed by the *PRISMA* protocol. The search extracted studies from databases: SciELO, LILACS and MEDLINE. Following the application of three filters based on pre-established criteria, 12 studies were selected for final analysis. The analysis showed cross-sectional studies, published nationally and internationally, focused on the evaluation of prenatal care in the cities and state from three major regions of Brazil and one nationwide. The findings show elevated prenatal care coverage over the past decade in almost all the country in spite of the quality which has been evaluated with low adequacy rates, ranging from 4.5% to 66.1% in several regions of the country, for reasons identified as non-realization of the ideal number of consultations and early assistance, and mainly lack of promotion of quantitative and qualitative contents set for such consultation. Variations are found in the adequacy of prenatal care, especially when compared to the application of different quality indicators. It is concluded that the evaluation studies are valuable tools to support future research seeking new actions in health care for pregnant women.

Keywords: prenatal care; quality of health care; health evaluation; Brazil; review.

¹Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade, Universidade Federal do Piauí (UFPI) - Teresina (PI), Brasil.

Trabalho realizado na Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil.

Endereço para correspondência: Juliana Teixeira Nunes – Quadra 123, 7 – Parque Piauí – CEP: 64025-100 – Teresina (PI), Brasil – Email: juliananunes@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

É evidente a importância dos fatores sociodemográficos e das características maternas para os resultados sobre a saúde materna e infantil¹. No entanto, a atenção pré-natal destaca-se como fator essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica, possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos²⁻⁴. Dessa forma, a não realização ou a realização inadequada dessa assistência na atenção à gestante tem sido relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e infantil⁵.

Pesquisa de âmbito nacional evidenciou boa cobertura da atenção pré-natal no Brasil, chegando a indicadores universais e quase equânimes entre as regiões⁶. No entanto, cabe ressaltar que a qualidade do acesso, no que diz respeito ao início do pré-natal, ao número de consultas realizadas e à realização de procedimentos básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, deixa a desejar nas várias regiões do país e, principalmente, em determinados grupos populacionais menos favorecidos econômica e socialmente^{6,7}. Consideram-se, além da disponibilidade organizacional e da distribuição geográfica dos serviços de saúde, características individuais como local de moradia, escolaridade, renda e nível socioeconômico como fatores importantes para o acesso das gestantes à assistência pré-natal⁸.

Nessa perspectiva, a adequação da assistência pré-natal tem sido avaliada há décadas por meio de indicadores com base no número de consultas realizadas e no mês de início do pré-natal⁹⁻¹¹. Todavia, não há um consenso quanto ao número ideal de consultas, visto que está comprovado que poucas consultas realizadas de forma qualificada podem ser tão eficazes quanto a realização delas em maior número^{7,12}.

O Ministério da Saúde recomenda o número mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, com o início do pré-natal no primeiro trimestre e a realização de alguns procedimentos básicos, que incluem exames clínico-obstétricos e laboratoriais, entre outros^{2,7}. De acordo com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), também são preconizadas algumas intervenções qualitativas para melhor adequação pré-natal, nas quais orientações sobre amamentação, alimentação suplementar, imunização, entre outras, voltadas às gestantes, são especialmente benéficas^{2,13}.

Em vista do exposto, objetiva-se investigar a qualidade da atenção pré-natal no Brasil por meio da produção científica dos últimos dez anos, em relação ao acesso e à adequação da assistência prestada. Para consecução desse objetivo, buscou-se responder à seguinte questão: Na última década, como se deu a adequação da assistência pré-natal no Brasil?

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, conduzida a partir de recomendações propostas no protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), tendo como foco a análise da produção científica sobre a avaliação da qualidade da atenção pré-natal no país.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio da busca manual, com pesquisadores independentes, nas seguintes bases de dados: SciELO (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Os descritores utilizados para a busca foram: “Prenatal Care”, “Quality of Health Care”, “Health Evaluation” e “Brazil”, todos disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A expressão geral de busca utilizando os descritores combinados foi: “Prenatal Care” and “Quality of Health Care” and “Health Evaluation”. Utilizou-se ainda uma segunda expressão de busca mais ampla: “Prenatal Care” and “Brazil”.

Após a busca manual das publicações, a seleção e a classificação da qualidade dos estudos também se deram por dois pesquisadores independentes. Assim, a seleção criteriosa dos artigos foi feita com base em três filtros: o primeiro foi para a seleção inicial dos estudos por meio da aplicação de critérios de inclusão e de exclusão preestabelecidos; o segundo filtro se deu por intermédio da leitura dos títulos e dos resumos dos artigos previamente selecionados, excluindo-se as duplicações; o terceiro filtro foi realizado mediante a leitura crítica dos artigos selecionados na etapa anterior, refinando segundo critérios de qualidade e permanecendo somente aquelas publicações cujos dados apresentaram relevância para a presente pesquisa, sendo assim incluídos para a análise final.

A seleção dos estudos para compor a amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: publicações de 2005 até o primeiro semestre de 2015 (últimos dez anos), nos idiomas português, inglês e espanhol, realizados no Brasil, cujo desenho do estudo compreendesse pesquisa de campo (estudos de caso-controle, coorte e estudos transversais) e que estivessem disponíveis na íntegra. Foram excluídos da seleção os artigos que, após leitura dos títulos e dos resumos, não se enquadraram no foco deste trabalho e aqueles que avaliaram a qualidade da assistência ao pré-natal em grupos populacionais restritos a um único serviço de atendimento ou somente com base em dados secundários.

A qualidade dos estudos selecionados foi mensurada conforme o *Cheklis for Measuring Quality* proposto por Downs e Black¹⁴. Os critérios que avaliaram a qualidade da informação foram: a validade interna, a validade externa e o poder de detecção de efeito significativo do estudo. Originalmente, o instrumento compreende 31 itens, no entanto o presente artigo utilizou a versão composta por 27 itens, excluindo-se aqueles referentes a estudos experimentais. Ao final foram avaliados 19 itens,

com possibilidade de resposta em sim ou não, pontuando-se de 0 a 2 uma das questões e de 0 a 1 nas demais, de forma que a pontuação máxima fosse de 20 pontos. Aqueles que apresentaram classificação acima de 70% (acima de 14 pontos) foram incluídos nesta revisão por serem considerados de maior rigor metodológico, conforme critérios semelhantes utilizados por outros autores em artigos de revisão nacionais^{15,16}.

Os artigos foram avaliados com base nos seguintes aspectos: (1) hipótese e objetivo; (2) descrição dos desfechos a serem medidos; (3) características dos participantes incluídos; (4) descrição dos principais fatores de confusão em cada grupo a ser comparado; (5) descrição dos principais achados; (6) estimativas da variabilidade aleatória dos dados dos principais achados; (7) descrição dos participantes perdidos; (8) descrição dos valores probabilísticos para os principais desfechos; (9) representatividade dos indivíduos convidados a participar do estudo; (10) representatividade dos participantes do estudo; (11) clareza quanto aos critérios de análise antes da obtenção dos resultados; (12) se houve ajuste de tempo de acompanhamento em estudos de coorte e se o tempo entre intervenção e desfecho foi o mesmo para os estudos de caso-controle; (13) adequação dos testes estatísticos utilizados para avaliação dos principais desfechos; (14) acurácia das medidas utilizadas para os principais desfechos; (15) recrutamento dos participantes dos estudos feito na mesma população; (16) recrutamento dos participantes dos estudos feito no mesmo período de tempo; (17) ajuste adequado de fatores de confusão nas análises; (18) se foram consideradas as perdas dos participantes; (19) se o estudo tem poder suficiente para detectar efeito clinicamente importante, considerando valor de p inferior a 5%.

RESULTADOS

A Figura 1 mostra os resultados numéricos obtidos desde a busca inicial, que resultou na localização de 17 estudos no banco de dados SciELO, 79 no LILACS e 73 no MEDLINE, totalizando 169 estudos, até a busca final, após a qual obtiveram-se 157 artigos no SCIELO, 171 no LILACS e 147 no MEDLINE, resultando em 475 estudos para análise geral. A aplicação dos três filtros possibilitou refinamento que resultou em seleção final de 12 publicações, com base na relevância e na qualidade dos dados para o presente estudo (Figura 1).

Como apresentado na Tabela 1, dos artigos selecionados para análise final de conteúdo, todos foram referentes a estudos transversais, com foco na avaliação da qualidade da assistência pré-natal de localidades brasileiras, publicados em periódicos nacionais (nove) e internacionais (três): quatro estudos em municípios nordestinos; um sobre um Estado da região Nordeste; quatro em municípios da região Sul; dois em municípios da região Sudeste; um em todas as regiões, tendo amplitude nacional.

Todos os estudos utilizaram índices validados para a avaliação da qualidade do pré-natal, com relação ao componente de processos segundo Donabedian²⁹. Entre esses indicadores, encontraram-se os índices de Kessner^{17,21,24,25,28}, de Kotelchuck (*Adequacy Prenatal Care Utilization Index – APNCUI*)¹⁸⁻²⁰ e índices baseados nas recomendações do Ministério da Saúde^{2,13,17,18,20,21,25-27,30}. Dois estudos utilizaram índices elaborados pelos próprios autores^{22,26}, e um estudo, índices adaptados por outros pesquisadores²³.

Observou-se elevada cobertura da atenção pré-natal em cinco localidades brasileiras com níveis de 80 a 99%^{17,19-22}. Quanto à adequação dessa assistência, a maioria dos estudos encontrou baixa qualidade do pré-natal, com níveis variando em geral de 4,5 a 66,1%^{17-22,24-28,30}. O pior nível de adequação foi encontrado por Coutinho et al.²¹, que, ao considerarem análise mais completa do início do acompanhamento, do número de consultas realizadas e da realização dos procedimentos e exames laboratoriais de rotina, observaram adequação de apenas 4,5%.

Resultados semelhantes foram encontrados por Carvalho e Araújo¹⁷. Os autores demonstraram que, para o alto nível de inadequação, foram importantes a baixa média de consultas, o início tardio e a baixa realização de procedimentos técnicos e exames de rotina do pré-natal. Considerável queda na adequação da assistência também foi observada em cinco estudos ao se inserirem componentes qualitativos e quantitativos envolvendo orientações técnicas e de prescrições^{18,23,26-28}.

Quando a atenção pré-natal foi analisada somente em termos de início e número de consultas, o nível de adequação teve valor significativamente mais elevado, em média de 45% de adequação^{18-20,23,24,26,28}.

Os resultados mais satisfatórios foram encontrados em três estudos^{19,23,24} com nível de adequação superior a 60%, média de consultas superior a seis, e início precoce em cerca de 70%. No entanto, os dois últimos estudos, ao incluírem análises mais completas acerca da atenção pré-natal, incluindo procedimentos e exames de rotina, observaram queda significativa no nível de adequação anteriormente encontrado^{23,24}.

DISCUSSÃO

Este estudo de revisão demonstrou elevada cobertura em todas as localidades estudadas, tendo algumas delas atingido níveis praticamente universais¹⁹⁻²², o que não significou elevada qualidade. Em geral, a qualidade da atenção pré-natal nas regiões brasileiras investigadas foi inadequada^{17-22,24-28,30}.

Constatou-se grande variação da adequação da assistência de acordo com os indicadores utilizados^{17,19}, visto que os índices propostos por Kessner⁹ e Kotelchuck et al.¹⁰ preconizam um número bem maior de consultas do que o recomendado como adequado pelo Ministério da Saúde².

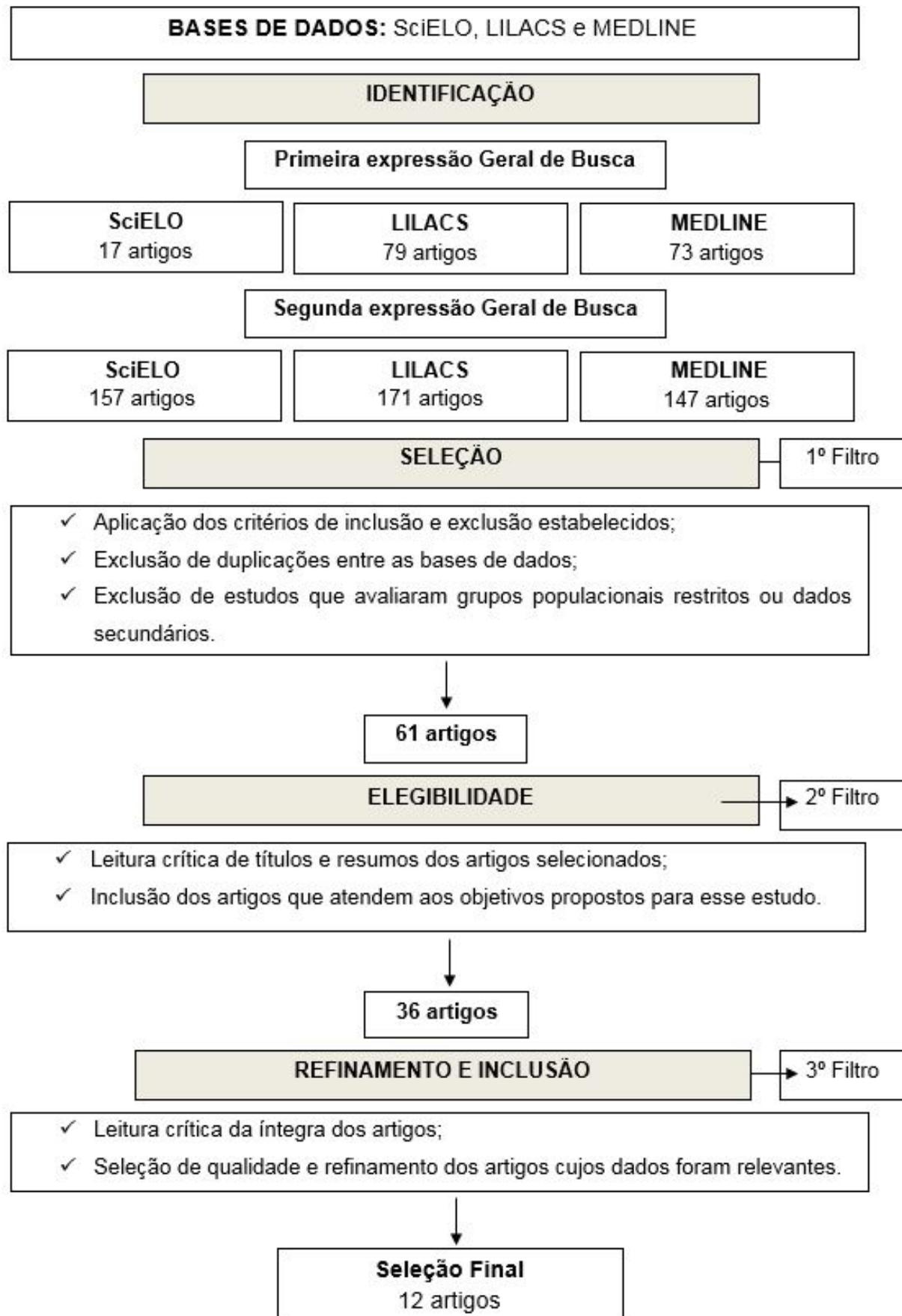


Figura 1. Fluxograma de seleção e de inclusão dos artigos na revisão. Fonte: Elaborado pelo autor (2015)

Tabela 1. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil. Revisão de artigos publicados entre 2005-2015

Nº	Autoria e ano	Local	População e método	Indicadores	Resultados da avaliação/ pontuação da avaliação qualitativa
1	Carvalho e Araújo (2007) ¹⁷	Recife (PE)	Estudo transversal. Puérperas com PN de alto risco realizado em serviços do SUS e partos em duas maternidades de referência em 2004 (n=612).	- Índice de Kessner (número de consultas e início do PN); - Ministério da Saúde (procedimentos técnicos e exames clínicos e laboratoriais).	Elevada cobertura da atenção PN entre as participantes, tendo apenas 17,8% delas com PN considerado adequado. A média de consultas foi 5,3 e menos de um terço das mulheres iniciou PN no primeiro trimestre da gestação. Apenas 31% das mulheres tiveram acesso a todos os procedimentos clínico-obstétricos em todas as consultas. 15 pontos*
2	Coimbra et al. (2007) ¹⁸	São Luís (MA) e Ribeirão Preto (SP)	Estudo comparativo de coorte transversal. Puérperas com partos ocorridos em dez hospitais de São Luís (MA) em 1994 (n=2,443) e puérperas de todos os partos ocorridos por quatro meses consecutivos em Ribeirão Preto (SP) de 1997 a 1998 (n=2,846).	- Índice de Kotelchuck (APNCUI). - Recomendações do Ministério da Saúde na época do estudo.	O PN foi considerado adequado em 47,3% da coorte de São Luís (MA) e em 57,1% da coorte de Ribeirão Preto (SP), e inadequado em 34,6 e 16,9% dos casos, respectivamente. A ausência de realização da assistência PN foi maior em São Luís (MA) com 8,2%. 14 pontos*
3	Ribeiro et al. (2009) ¹⁹	Aracaju (SE)	Estudo transversal. Mães que tiveram filhos em quatro maternidades da região metropolitana de Aracaju (SE) de 1998 a 2001 (n=4,510).	- Índice de Kotelchuck (APNCUI) modificado (número de consultas e mês de início).	A cobertura da assistência PN foi de 98,3% considerada adequada em 66,1% dos casos e inadequada em 33,9%. 17 pontos*
4	Costa et al. (2010) ²⁰	Maranhão (MA)	Estudo transversal. Mulheres em idade reprodutiva e com gravidez prévia de 2008 a 2009 (n=2,075).	- Índice de Kotelchuck (APNCUI); - Recomendações do Ministério da Saúde (número de visitas, mês e idade gestacional da primeira visita).	O PN apresentou cobertura de 85,6%, com 64,6% das mulheres tendo iniciado o PN no primeiro trimestre gestacional e 46,8% realizaram seis ou mais consultas. Apenas 43,4% dos casos de assistência PN estudados foram considerados adequados e 14% da amostra não fez PN. 15 pontos*
5	Coutinho et al. (2010) ²¹	Juiz de Fora (MG)	Estudo transversal. Usuárias do SUS com partos ocorridos no primeiro semestre de 2002 e 2004, nas maternidades conveniadas ao SUS (n=320/1,200).	- Índice de Kessner (início e número de consultas); - Ministério da Saúde (exames complementares básicos e procedimentos clínico-obstétricos recomendados);	A adequação do PN foi baixa quando avaliada somente pelo índice Kessner, com 27,6 e 44,8% em 2002 e 2004, respectivamente. A adequação caiu para 1,1 e 4,5%, respectivamente, quando foram incluídos os indicadores baseados nas recomendações do Ministério da Saúde na avaliação da atenção PN. O nível de inadequação foi de 78,9 e 71% quando avaliados todos os indicadores do PN listados. 14 pontos*

(PB) = Paraíba; (PE) = Pernambuco; (MA) = Maranhão; (MG) = Minas Gerais; (RJ) = Rio de Janeiro; (RS) = Rio Grande do Sul; (SE) = Sergipe; (SP) = São Paulo; APNCUI = Adequacy Prenatal Care Utilization Index; IPR = Infraestrutura, processo e resultados; PN = Pré-Natal; UBS = Unidades Básicas de Saúde; ESF = Estratégia Saúde da Família; PHPN = Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; SUS = Sistema Único de Saúde

*Escala utilizada para avaliação da qualidade dos estudos: *Checklist for Measuring Quality de Downs e Black*¹⁴

Fonte: Elaborado pelo autor (2015)

Tabela 1. Continuação...

Nº	Autoria e ano	Local	População e método	Indicadores	Resultados da avaliação/ pontuação da avaliação qualitativa
6	Victora et al. (2010) ²²	Pelotas (RS)	Estudo transversal. Puérperas que deram a luz a um nascido vivo em uma das cinco maternidades do município selecionadas em 2004 (n=4,244).	- Índice próprio (11 procedimentos técnicos investigados, incluindo exames e aconselhamentos, medições e prescrições).	A cobertura para os cuidados PN foi de 98%. O escore de qualidade do atendimento variou de 0 a 11, com média geral de 8,3. Os escores médios de qualidade foram melhores no serviço privado (9,3) do que no público (8,1). 18 pontos*
7	César et al. (2011) ²³	Rio Grande (RS)	Estudo transversal. Puérperas com partos ocorridos nas duas maternidades do município, uma de referência e a outra em hospital universitário em 2007 (n=2,557).	- Índice Kessner modificado por Takeda (número total de consultas e início do PN); - Índice Kessner modificado por Silveira et al. (inclui exames laboratoriais).	O PN teve diferenças de adequação nos índices utilizados, com maior inadequação entre as adolescentes (30% pelo índice de Takeda e 25% pelo índice de Silveira et al.). Cerca de 68% das mulheres realizaram seis ou mais consultas, com mediana de início do PN no terceiro mês e realização de exames laboratoriais satisfatória (cerca de 90%). 19 pontos*
8	Anversa et al. (2012) ²⁴	Santa Maria (RS)	Estudo transversal. Puérperas com PN de baixo risco realizado em UBS e ESF do município e partos em duas maternidades de referência de 2009 a 2010 (n=513).	- Índice de Kessner modificado (número de consultas e início do PN); - Ministério da Saúde (número de consultas, início do PN, procedimentos técnicos e exames laboratoriais).	Qualidade da assistência PN insatisfatória nas UBS e nas ESF, tendo esta melhores resultados. O PN foi adequado para 59% das gestantes, com média de consultas de 6,8 e início precoce baixo. Ao incluir os indicadores de processo, procedimentos clínico-obstétricos e exames laboratoriais, a qualidade avaliada caiu para 46 e 9%, respectivamente. 19 pontos*
9	Domingues et al. (2012) ²⁵	Rio de Janeiro (RJ)	Estudo transversal. Gestantes usuárias do SUS de 2007 a 2008 (n=2,417).	- Índice PHPN/2000 (pacote mínimo de procedimentos e exames a serem realizados no PN de baixo risco, segundo o PHPN); - Índice PHPN ampliado (procedimentos clínico-obstétricos recomendados pelo Ministério da Saúde).	Encontrou-se adequação da assistência PN de 38,5% para o índice PHPN e de 33,3% para o PHPN ampliado, demonstrando elevada inadequação quanto ao número de consultas e início da assistência preconizado e baixa realização dos exames e procedimentos avaliados para um PN adequado. 16 pontos*
10	Silva et al. (2013) ²⁶	João Pessoa (PB)	Estudo transversal. Gestantes com PN de baixo risco usuárias das UBS selecionadas por conglomerados do município de 2010 a 2011 (n=238).	- Índice IPR/ PN (avalia infraestrutura, processo e resultados; inclui cobertura do serviço, multidisciplinaridade nas consultas, realização de procedimentos clínico-obstétricos, exames de rotina e acesso a atividades de educação em saúde); - Índice de Kessner; - Índice Kotelchuck (APNCUI).	A adequação da assistência ao PN, segundo índice APNCUI, foi a mais baixa, apontando apenas 26,05%, seguido por 42,44% de adequação pelo índice de Kessner. O índice proposto IPR/ PN avaliou que 34,54% dos casos de PN estavam adequados. 19 pontos*

(PB) = Paraíba; (PE) = Pernambuco; (MA) = Maranhão; (MG) = Minas Gerais; (RJ) = Rio de Janeiro; (RS) = Rio Grande do Sul; (SE) = Sergipe; (SP) = São Paulo; APNCUI = Adequacy Prenatal Care Utilization Index; IPR = Infraestrutura, processo e resultados; PN = Pré-Natal; UBS = Unidades Básicas de Saúde; ESF = Estratégia Saúde da Família; PHPN = Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; SUS = Sistema Único de Saúde

*Escala utilizada para avaliação da qualidade dos estudos: *Checklist for Measuring Quality de Downs e Black*¹⁴

Fonte: Elaborado pelo autor (2015)

Tabela 1. Continuação...

Nº	Autoria e ano	Local	População e método	Indicadores	Resultados da avaliação/ pontuação da avaliação qualitativa
11	Domingues et al. (2015) ²⁷	Todo o Brasil	Estudo transversal. Puérperas com parto hospitalar em todas as macrorregiões do país de 2011 a 2012 (n=23,894).	- Recomendações da Rede Cegonha, Ministério da Saúde (início do PN, número mínimo de consultas, exames de rotina realizados e orientações fornecidas na maternidade na ocasião do parto).	Apenas 1/5 das mulheres recebeu o atendimento PN adequado, conforme recomendações preconizadas. O início precoce do PN foi o componente com menor adequação (53,9%). A adequação global mínima, que inclui todas as recomendações, correspondeu a 21,6% dos casos. 20 pontos*
12	Saavedra e César. (2015) ²⁸	Rio Grande (RS)	Estudo transversal. Puérperas residentes em Rio Grande (RS), com partos ocorridos em uma das maternidades do município em 2010 (n=2,309).	- Índice de Kessner modificado por Takeda; - Índice de Kessner modificado por Coimbra et al. (número de consultas e início do PN); - Índice de Kessner modificado por Silveira et al. (inclui também exames laboratoriais).	O nível de inadequação avaliado pelo índice de Takeda foi 28% e pelo índice de Coimbra et al. foi de 27%. Quando avaliada segundo o índice de Silveira et al., que inclui na análise a realização de exames laboratoriais recomendados durante o PN, a inadequação aumentou para 58%. 19 pontos*

(PB) = Paraíba; (PE) = Pernambuco; (MA) = Maranhão; (MG) = Minas Gerais; (RJ) = Rio de Janeiro; (RS) = Rio Grande do Sul; (SE) = Sergipe; (SP) = São Paulo; APNCUI = Adequacy Prenatal Care Utilization Index; IPR = Infraestrutura, processo e resultados; PN = Pré-Natal; UBS = Unidades Básicas de Saúde; ESF = Estratégia Saúde da Família; PHPN = Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; SUS = Sistema Único de Saúde

*Escala utilizada para avaliação da qualidade dos estudos: *Checklist for Measuring Quality de Downs e Black*¹⁴

Fonte: Elaborado pelo autor (2015)

Notou-se adequação satisfatória quando os estudos analisaram somente os componentes quantitativos^{18-20,23,24,26,28}. Nos países desenvolvidos, os modelos seguem os critérios propostos por esses índices internacionais, baseados em uma quantidade de consultas que varia de 7 a 14 visitas²⁶. No Brasil, diferentemente, os protocolos preconizam o número mínimo de seis consultas para gestações a termo, o início precoce da assistência variando da 12ª a 20ª semana de gestação e a realização de condutas básicas durante as consultas^{2,7,13,30}. Foi frequente, na literatura analisada, média de realização de consultas satisfatória durante a atenção pré-natal, com variações de cinco a sete visitas e cerca de 50 a 75% das mulheres com início do acompanhamento no período recomendado^{17,20,21,23-25,27}. O início precoce da assistência pré-natal permite o acesso aos métodos diagnósticos e terapêuticos, enquanto a realização do número adequado de consultas possibilita o acompanhamento adequado e a realização de intervenções oportunas sempre que for necessário, evitando eventuais complicações à saúde materna e fetal³¹⁻³³.

Em contrapartida, elevadas taxas de inadequação da assistência pré-natal, segundo os padrões do Ministério da Saúde, foram identificadas, demonstrando que somente a maior quantidade de consultas e de frequência de realização dos procedimentos e exames básicos não assegura a adequação da assistência prestada^{17,18,20,24-27}. Observa-se que, ao considerar como critérios de qualidade somente o maior número de

consultas e o mês de início do pré-natal, os estudos levam a crer que as taxas de inadequação são reduzidas. Dessa forma, é significativa a diminuição na adequação da assistência pré-natal quando os estudos comparam a qualidade da assistência com base não somente nas variáveis quantitativas como também qualitativas, tais como a realização de exames complementares, os procedimentos básicos e as orientações técnicas durante as consultas de pré-natal^{21,24,28}.

Houve redução da qualidade da atenção pré-natal na maioria dos estudos, com elevação dos níveis de inadequação, que variaram de 34 a 96%^{18-28,30}, ao incluírem em sua análise o conteúdo qualitativo das consultas. Com isso, pode-se inferir que os indicadores qualitativos são fundamentais no escopo das ações mínimas e têm sido inseridos como componentes essenciais nos debates atuais sobre a humanização da assistência à gestante para uma atenção ao pré-natal qualificada^{34,35}.

A baixa realização dos exames e dos procedimentos técnicos preconizados foi fator importante para a inadequação da assistência pré-natal, como apontado na maioria dos estudos analisados^{17,21,22,24,25,27,28}. Obtiveram-se índices de inadequação elevados quando incluída a realização dos exames de rotina e de procedimentos básicos durante as consultas de pré-natal, com adequação variando de apenas 4,5 a 66,1% em boa parte dos municípios analisados e de 21,6% em pesquisa de âmbito nacional.

A realização dos exames laboratoriais, clínico-obstétricos e dos procedimentos técnicos (afecção da pressão arterial, peso e estatura da gestante, medida da altura uterina, entre outros) durante o pré-natal é medida essencial para prevenir, identificar e corrigir de maneira oportuna quaisquer anormalidades ou riscos que possam causar prejuízos à saúde materna ou fetal^{17,13,30}. Além disso, o acesso a orientações com os profissionais ou grupos de discussão antes do momento da consulta é de extrema importância durante o pré-natal, pois é um momento singular e conveniente para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, visando à promoção e à prevenção primária à saúde, em que as mães têm a oportunidade de compartilhar dúvidas, angústias e experiências com outras gestantes, além de receberem aconselhamentos quanto a questões oportunas para a gestação atual e futura, além do importante estabelecimento do vínculo com os profissionais³⁶.

Avaliar a adequação de serviços de saúde demonstrou não ser tarefa fácil. Entretanto, é necessário ir além dos valores numéricos exigidos para boa assistência (maior número de consultas realizadas). Devem-se levar em consideração os aspectos relativos ao conteúdo dessas consultas, incluindo a atenção e o tempo dispendidos e as orientações prestadas à gestante, além da subjetividade de cada paciente, como a satisfação, o acolhimento e a manutenção do vínculo. Tudo isso é primordial para avaliar com maior eficácia a qualidade da assistência prestada⁶.

Torna-se evidente a baixa adequação da atenção pré-natal nos municípios brasileiros no decorrer da última década, diante das falhas assistenciais apresentadas nesta revisão, seja em termos quantitativos do número de consultas e procedimentos realizados de forma insuficiente, seja em termos qualitativos, incluindo incipiência no conteúdo das consultas de pré-natal, visto que há bastante divergência em relação ao que é preconizado pelos órgãos de saúde nacionais.

São necessárias políticas de saúde de incentivo para maior qualificação quanto ao conteúdo das consultas de pré-natal realizadas, que envolvam maior vínculo entre profissionais e gestantes, com atenção não somente aos procedimentos técnicos preconizados no pré-natal, mas também às necessidades subjetivas de cada mulher. É essencial o desenvolvimento de atividades elementares durante as consultas, que vão além dos procedimentos técnicos recomendados, como a escuta e a orientação sobre os diversos temas geradores de dúvidas e incertezas que permeiam a gravidez, incluindo orientações sobre o parto e o pós-parto, como também orientações quanto ao serviço de referência e contrarreferência, evitando a peregrinação dessas mulheres, e, por fim, a promoção da saúde em geral às gestantes²⁷.

Destacam-se como limitações a possibilidade de se encontrarem vieses quando se analisam estudos que avaliam a qualidade da assistência baseada em critérios restritos, como indicadores cujas variáveis investigadas são apenas numéricas ou de referência

para os países desenvolvidos. Outro ponto a se considerar é a escolha dos indicadores de avaliação para a população-alvo a ser estudada, visto que, por exemplo, gestantes de alto risco demandam diferentes intensidades de cuidados e não podem ser avaliadas com base nos mesmos parâmetros de gestantes com risco habitual ou baixo risco, pois as primeiras necessitam de repetição de exames de rotina e exames clínico-obstétricos devido à maior exposição a fatores de risco do que as últimas^{17,24}. Além disso, a realização do mínimo de quatro consultas para o pré-natal de baixo risco, se realizadas de forma qualificada, não aumenta o risco de morbimortalidade em relação àquelas que realizam seis ou mais consultas^{37,38}.

Em última análise, destaca-se que o uso de informações secundárias de forma complementar ao relato das mulheres, o número de informações ignoradas nos documentos (prontuários e cartão da gestante), além das informações fornecidas pelas participantes, suscetíveis ao viés de memória, são fatores que podem influenciar a confiabilidade dos resultados alcançados pelos estudos, uma vez que diminui a acurácia das informações para o que se deseja realmente mensurar³⁹⁻⁴¹.

CONCLUSÃO

A análise das produções científicas possibilitou reunir estudos que avaliaram a atenção pré-natal de municípios e de um Estado de três grandes regiões brasileiras, Sul, Sudeste e Nordeste. As variações quanto à adequação ocorrem devido às diferentes regiões, aos tipos de serviços utilizados para a assistência, às diferenças na população-alvo analisada, bem como à aplicação de diferentes indicadores para mensurar a qualidade do pré-natal.

Os achados deste estudo mostram o aumento da cobertura da atenção pré-natal ao longo dos últimos dez anos em quase todo o país, a despeito da qualidade, com elevado nível de inadequação. Destacaram-se como fatores que contribuem para a baixa qualidade da atenção pré-natal a não realização dos exames laboratoriais de rotina, os procedimentos básicos recomendados, as prescrições e orientações durante as consultas. Quando essas variáveis foram somadas aos fatores investigados para qualificação do pré-natal, apontaram para uma queda significativa dos índices de adequação à assistência pré-natal. Diante disso, foi evidenciado que a atenção pré-natal do Brasil da última década não pode ser considerada adequada, carecendo melhorar significativamente em vários aspectos da assistência, principalmente de forma qualitativa.

Conclui-se que os estudos de avaliação dos serviços de saúde revelam ser excelentes ferramentas para a análise de condições relacionadas à qualidade da assistência pré-natal. Assim, contribuem como instrumento para estudos futuros relacionados à implementação de novas ações, políticas e estratégias que promovam a melhoria dos serviços de assistência à gestante.

REFERÊNCIAS

- Bassani DG, Surkan PJ, Olinto MTA. Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2009;35(1):15-20. <http://dx.doi.org/10.1363/3501509>. PMID:19465344.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: MS; 2006.
- Fonseca SC, Monteiro DDSA, Pereira CMSC, Scoralick ACD, Jorge MG, Rozario SD. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2013;19(7):1991-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.04212013>. PMID:25014279.
- Basso CG, Neves ET, Silveira A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(2):269-76. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07022012000200003>.
- Lansky S, Friche AADL, Silva AAMD, Campos D, Bittencourt SDDA, Carvalho MLD, et al. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl 1):S192-207. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>.
- Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGND, Theme Fa MM, Costa JVD, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl 1):S85-100. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. PMID:25167194.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: MS; 2013.
- Domingues RMSM, Leal MC, Hartz ZMA, Dias MAB, Vettore MV. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(4):953-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400015>. PMID:24896600.
- Kessner DM. Infant death: an analysis by maternal risk and health care. Washington, D.C.: Institute of Medicine/National Academy of Sciences; 1973. vol. 1.
- Kotelchuck M, Schwartz JB, Anderka M, Finison KS. WIC participation and pregnancy outcomes: Massachusetts Statewide Evaluation Project. *Am J Public Health*. 1984;74(10):1086-92. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.74.10.1086>. PMID:6476164.
- Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saude Publica*. 1998;14(3):487-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000300004>. PMID:9761601.
- Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Belizán JM, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*. 2001;357(9268):1551-64. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04722-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04722-X). PMID:11377642.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
- Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and nonrandomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52(6):377-84. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.52.6.377>. PMID:9764259.
- Thiengo DL, Fonseca D, Lovisi GM. Satisfação dos familiares com os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Cad Saude Colet*. 2014;22(3):233-40. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400030003>.
- Araújo DMR, Vilarim MM, Sabroza AR, Nardi AE. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: um revisão sistemática da literatura. *Cad Saude Publica*. 2010;26(2):219-27. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200002>. PMID:20396838.
- Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2007;7(3):309-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000300010>.
- Coimbra LC, Figueiredo FP, Silva AAM, Barbieri MA, Bettiol H, Caldas AJM, et al. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. *Braz J Med Biol Res*. 2007;40(9):1195-202. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X2006005000116>. PMID:17713666.
- Ribeiro ERO, Guimarães AMDN, Bettiol H, Lima DDF, Almeida MLD, Souza L, et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju. Northeast Brazil. *BMC Pregnancy Childb*. 2009;9(31):1471-2393. PMID:19622174.
- Costa GRC, Chein MBC, Gama MEA, Coelho LSC, Costa ASV, Cunha CLF, et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no estado do Maranhão, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(6):1005-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600021>. PMID:21308236.
- Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(11):563-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010001100008>. PMID:21271168.
- Victora CG, Matijasevich A, Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan*. 2010;25(4):253-61. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czp065>. PMID:20123940.
- César JA, Mendonza-Sassi RA, Gonzalez-Chica DA, Mano PS, Goulart-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(5):985-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500016>. PMID:21655849.
- Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TDS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(4):789-800. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>. PMID:22488324.
- Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):425-37. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>. PMID:22415175.
- Silva EP, Lima RT, Costa MJC, Filho MB. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. *Rev. Panam Salud. Públ*. 2013;33(5):356-62.
- Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(3):140-7. PMID:25988250.
- 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 Saude Publica*. 2015;31(5):1003-14. <http://dx.doi.org/10.1590/0201-311X00085014>. PMID:26083175.

29. Donabedian A. The quality of care. *JAMA*. 1988;260(12):1743-8. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>. PMID:3045356.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.459/2011 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, 24 de junho de 2011 [citado 2015 June 1]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. HTML
31. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: part I. general prenatal care and counseling issues. *Am Fam Physician*. 2005;71(7):1307-16. PMID:15832534.
32. Moreira KDAP, Braga LDO, Vieira ÂMLDM, Queiroz MVO. Conhecimento de gestantes sobre o exame anti-hiv no pré-natal. *Rev. Rene*. 2006; 7(3):63-9.
33. Domingues RMS, Szwarcwald CL, Souza Jr PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):766-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005114>. PMID:25372167.
34. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl 2):3139-47. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000800018>.
35. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos No ETS. 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*. 2014;19(7):1999-2010. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013>.
36. Rios CTE, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):477-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>.
37. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. 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 Saude Publica*. 2004;20(Supl 1):S63-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700007>. PMID:16636736.
38. Munjanja SP, Lindmark G, Nystrom L. Randomised controlled of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet*. 1996;348(9024):364-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)01250-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(96)01250-0). PMID:8709734.
39. Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1160-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500009>. PMID:15486658.
40. Succu RCM, Figueiredo EM, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Viana LAC. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. *Rev Latinoam enferm*. 2008; 16(6):986-92.
41. Correa ACP, Arantes RB, Lima AP, Nakawaga JTTL. Analysis of prenatal care in Cuiabá-Mato Grosso according to sisprenatal data. *Rev.Pesq.: Cuid Fundam*. Online. 2013;5(2):3740-8.

Recebido em: Jul. 20, 2015
Aprovado em: Jun. 20, 2016