



## Adequação do pré-natal de alto risco em um hospital de referência

### Adequacy of high-risk prenatal care at a referral hospital

Lediania Dalla Costa<sup>1</sup>, Alessandro Rodrigues Perondi<sup>1</sup>, Jolana Cristina Cavalheiri<sup>1</sup>, Andressa de Souza Ferreira<sup>1</sup>, Géssica Tuani Teixeira<sup>1</sup>, Durcelina Schiavoni Bortoloti<sup>1</sup>

**Objetivo:** descrever a adequação da assistência pré-natal de gestação de alto risco em um hospital de referência. **Métodos:** pesquisa descritiva, retrospectiva e documental. Amostra constituída por 73 gestantes que tiveram como desfecho o parto, no período da coleta. Foi utilizado para avaliação da qualidade da assistência o índice de Kessner, instrumento validado no Brasil. Para análise das informações, foi utilizada estatística descritiva e distribuição das frequências relativas. **Resultados:** dentre as 73 gestantes, 47,9% eram adultas jovens, 50,7% eram casadas e 52,0% tinham apenas o nível fundamental. De acordo com o Índice de Kessner prevaleceu à adequação intermediária. **Conclusão:** o principal achado deste estudo foi à adequação intermediária do pré-natal de alto risco. Verificou-se ainda que as gestantes iniciaram o pré-natal tardiamente no alto risco, o que ocasionou número reduzido de consultas, procedimentos clínicos obstétricos e exames laboratoriais.

**Descritores:** Cuidado Pré-natal; Gravidez de Alto Risco; Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação em Saúde.

**Objective:** to describe the adequacy of prenatal care for high-risk pregnancy in a referral hospital. **Methods:** descriptive, retrospective and documentary study. The sample was 73 pregnant women who had a childbirth, during the collection period. The Kessner index was used to assess the quality of care, validated instrument in Brazil. For analysis of the information, descriptive statistics and distribution of relative frequencies were used. **Results:** among the 73 pregnant women, 47.9% were young adults, 50.7% were married, and 52.0% had only primary level. According to the Kessner Index, the intermediate adjustment prevailed. **Conclusion:** the main finding of this study was the intermediate adequacy of prenatal high risk. It was also found that pregnant women initiated prenatal care late in high risk, leading to reduced number of consultations, clinical procedures, obstetric and laboratory tests.

**Descriptors:** Prenatal Care; Pregnancy, High-Risk; Quality of Health Care; Health Evaluation.

<sup>1</sup>Universidade Paranaense - Unidade de Francisco Beltrão. Francisco Beltrão, PR, Brasil.

Autor correspondente: Lediania Dalla Costa  
Rua São Francisco de Assis, 230 - CEP: 85604-180 - Cango. Francisco Beltrão, PR, Brasil. E-mail: lediana@unipar.br

## Introdução

Uma assistência pré-natal de qualidade é fundamental, pois tem como objetivo acolher a gestante desde o início da gravidez, realizar o rastreamento de indicadores de risco gestacional, intervenções terapêuticas obstétricas, imunizações e profilaxia, aconselhamento e educação em saúde<sup>(1)</sup>. A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública no Brasil, tendo causas variadas conforme o grau de desenvolvimento de cada região do país<sup>(2)</sup>.

Em todas as gestações, o acompanhamento pré-natal inicia-se na unidade básica de saúde de referência de cada bairro e respectivo município de residência da gestante. Na primeira consulta médica ou da enfermagem, a gestante é classificada como risco habitual, posteriormente o médico ou enfermeiro é responsável por verificar os antecedentes obstétricos, doenças ou agravos, condições individuais e sociodemográficas, condições clínicas pré-existentes ou alguma intercorrência clínica para continuar o acompanhamento no risco habitual ou possível seguimento para o risco intermediário ou alto risco<sup>(3)</sup>.

Dessa forma, a avaliação do pré-natal é essencial no planejamento da assistência, pois visa prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, no parto e nos cuidados com o recém-nascido<sup>(4)</sup>, além de permitir a reorganização dos serviços e as ações conforme as reais necessidades da clientela.

A literatura dispõe atualmente de vários índices que avaliam a qualidade do pré-natal, dentre eles, o Índice de Kessner criado em 1973, adaptado e validado por Takeda, no Brasil, no ano de 1993<sup>(5)</sup>, desenvolvido para avaliar a qualidade do pré-natal, segundo o número de consultas realizadas, idade gestacional, número de vezes dos procedimentos clínico-obstétricos realizados e o registro dos exames laboratoriais nos prontuários<sup>(5-6)</sup>.

Partindo dessa premissa, o objetivo deste trabalho foi descrever a adequação da assistência pré-natal de gestação de alto risco em um hospital de

referência.

## Métodos

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, retrospectiva e documental, desenvolvido no ambulatório de gestação de alto risco de um hospital público de referência com intuito de verificação da adequação da assistência ao pré-natal, de acordo com um instrumento de qualidade, validado<sup>(5)</sup> no Brasil.

O grupo de participantes do presente estudo foi constituído por prontuários de gestantes que atenderam aos critérios de inclusão: terem sido encaminhadas ao serviço de pré-natal de alto risco no hospital estudado, localizado no município de Francisco Beltrão, PR, Brasil e terem realizado parto no período de março a agosto de 2015.

Atribuiu-se numeração aleatória a cada prontuário, a fim de preservar o sigilo de identificação das gestantes. Foram coletados os seguintes dados: idade atual, situação conjugal, escolaridade e idade gestacional que iniciou o pré-natal na atenção básica. Com base nos registros em prontuários, também foram analisados os quatro níveis de qualidade, de acordo com índice de Kessner, modificado por Takeda, em 1993.

Nível 1 – qualidade do pré-natal avaliada pelo número de consultas e início do pré-natal. Neste nível, o serviço de pré-natal é classificado em três categorias: adequado (possuir registro de seis ou mais consultas e o início de pré-natal antes de 20 semanas), inadequado (início do pré-natal após 28 semanas ou menos de três consultas) e intermediário (nas demais situações).

Nível 2 – qualidade do pré-natal avaliado pelo número de consultas, início do pré-natal e procedimentos clínico/obstétricos, conforme manual técnico<sup>(1)</sup>: adequada (possuir registro de seis ou mais consultas, início de pré-natal antes de 20 semanas, cinco ou mais registros de cada um dos seguintes procedimentos: pressão arterial, peso, idade gestacional, altu-

ra uterina e quatro ou mais registros dos batimentos cardíacos e movimentos fetais), inadequada (início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas, até dois registros da pressão arterial, peso, idade gestacional, altura uterina, batimentos cardíacos e movimentos fetais) e intermediária (nas demais situações).

Nível 3 – qualidade do pré-natal avaliada pelo número de consultas, início do pré-natal e exames laboratoriais preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: adequada (registro de seis ou mais consultas, início de pré-natal antes de 20 semanas, e um registro dos exames: tipagem sanguínea e fator Rh (ABO/RH), hemoglobina e hematócrito, exame de sífilis, exame qualitativo de urina, glicemia de jejum, teste para detecção de anticorpos do vírus da imunodeficiência humana (anti-HIV) e toxoplasmose na primeira consulta, e nova realização dos exames próximo à 30ª semana de gestação: sífilis, exame qualitativo de urina, glicemia de jejum, teste anti-HIV, além do exame para detecção do antígeno de superfície do vírus Hepatite B (HBsAg), inadequada (início do pré-natal após 28 semanas, menos de três consultas e nenhum registro dos exames) e intermediária (nas demais situações).

Nível 4 – qualidade do pré-natal avaliada pelo número de consultas, início do pré-natal, procedimentos clínicos/obstétricos e exames laboratoriais: adequada (possuir registro de seis ou mais consultas, início de pré-natal antes de 20 semanas, cinco ou mais registros dos procedimentos de pressão arterial, peso, idade gestacional, altura uterina e quatro ou mais registros dos batimentos cardíacos e movimentos fetais e pelo menos um dos exames: ABO/Rh, Hematócrito/Hemoglobina, sífilis, exame qualitativo de urina, glicemia de jejum, teste anti-HIV e toxoplasmose na primeira consulta, e nova realização dos exames próximo à 30ª semana de gestação: sífilis, exame qualitativo de urina, glicemia de jejum, teste anti-HIV e um exame HBsAg), inadequada (início do pré-natal após

28 semanas, menos de três consultas, até dois registros da pressão arterial, peso, idade gestacional, altura uterina, batimentos cardíacos, movimentos fetais e nenhum registro dos exames) e intermediária (nas demais situações).

Para análise das informações, foi utilizada estatística descritiva para caracterização da amostra e distribuição das frequências relativas com intervalo de confiança (IC) de 95,0%, quando número do evento maior que cinco. Para tanto utilizou-se *software* específico *Statistical Package for the Social Science* version 20.0 e o programa BioEstat versão 5.4.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

## Resultados

No período da coleta de dados, ocorreram 73 partos de gestantes que realizaram o pré-natal de alto risco no ambulatório do hospital estudado. A idade média das gestantes foi de  $27,6 \pm 7,1$  anos.

Quanto ao perfil epidemiológico das gestantes, observou-se predominância de gestantes com idade entre 26 e 35 anos (47,9%), seguida de gestantes com idade entre 16 e 25 anos (41,0%) e 36 e 43 anos (11,0%). Quanto ao estado civil, houve predomínio de mulheres casadas (50,7%), seguidas de mulheres com união estável e solteiras, respectivamente 28,8% e 20,5%. Em relação à escolaridade constatou-se nível fundamental completo (52,0%), seguido de nível médio (37,0%) e nível superior (11,0%).

Na tabela 1, estão descritos o início do pré-natal na Atenção Básica de Saúde e o início do pré-natal no alto risco. Notou-se que grande parte das gestantes iniciaram o pré-natal na Atenção Básica de Saúde antes de 20 semanas (87,7%), entretanto, o pré-natal no alto risco foi iniciado após as 28 semanas de gestação (58,9%). Em relação ao número de consultas no ambulatório de alto risco, 50,7% das gestantes realizaram entre cinco e três consultas durante o pré-natal.

**Tabela 1** - Caracterização do pré-natal na atenção básica de saúde e no alto risco, e número de consultas realizadas em um hospital de referência

Variável	%	IC (95%)
Início do pré-natal na atenção básica (em semanas)		
< 20	87,7	80,1 - 95,2
21 - 27	8,2	1,9 - 14,5
> 28	4,1	-
Início do pré-natal de alto risco (em semanas)		
< 20	11,0	3,8 - 18,1
21 - 27	30,1	19,6 - 40,7
> 28	58,9	47,6 - 70,2
Consultas realizadas no alto risco		
Adequada ( $\geq 6$ )	19,2	10,1 - 28,2
Intermediária (5 - 3)	50,7	39,2 - 62,2
Inadequada ( $\leq 2$ )	30,1	19,6 - 40,7
Total	100,0	-

De acordo com os registros dos procedimentos clínico/obstétricos, a partir da mensuração da pressão arterial, peso, idade gestacional, altura uterina e batimentos cardíofetais ou movimentos fetais, considerou-se como intermediária (39,7%) a avaliação do serviço de pré-natal (Tabela 2).

**Tabela 2** - Caracterização da adequação do pré-natal, segundo procedimentos clínico/obstétricos, realizado em um hospital de referência

Variável	%	IC (95%)
Pressão arterial (registros)		
$\geq 5$	32,9	22,1 - 43,7
3 - 4	37,0	25,9 - 48,1
$\leq 2$	30,1	19,6 - 40,7
Peso (registros)		
$\geq 5$	34,3	23,4 - 45,1
3 - 4	35,6	24,6 - 46,6
$\leq 2$	30,1	19,6 - 40,7
Idade gestacional (registros)		
$\geq 5$	31,5	20,9 - 42,2
3 - 4	35,6	24,6 - 46,6
$\leq 2$	32,9	22,1 - 43,7
Altura uterina (registros)		
$\geq 5$	23,3	13,6 - 33,0
3 - 4	34,2	23,4 - 45,1
$\leq 2$	42,5	31,1 - 53,8
Batimentos cardíofetais ou movimentos fetais (registros)		
$\geq 5$	24,6	14,8 - 34,5
3 - 4	32,9	22,1 - 43,7
$\leq 2$	42,5	31,1 - 53,8
Adequada	31,5	20,9 - 42,2
Intermediária	39,7	28,5 - 51,0
Inadequada	28,8	18,4 - 39,2
Total	100,0	-

A adequação do pré-natal de acordo com os exames laboratoriais apresentou predomínio da categoria intermediária (91,8%). Possivelmente, esse resultado seja devido ao baixo registro nos prontuários dos exames de tipagem sanguínea, fator Rh, glicemia e toxoplasmose (Tabela 3).

**Tabela 3** - Caracterização da adequação do pré-natal, segundo exames laboratoriais realizado em um hospital de referência

Variável	%	IC (95%)
ABO Rh (registros)		
0	71,2	60,8 - 81,6
1	28,8	18,4 - 39,2
$\geq 2$	-	-
Hemoglobina/Hematócrito (registros)		
0	31,5	20,9 - 42,2
1	28,8	18,4 - 39,2
$\geq 2$	39,7	28,5 - 51,0
VDRL (registros)		
0	6,8	-
1	61,7	50,5 - 72,8
$\geq 2$	31,5	20,9 - 42,2
Urina (registros)		
0	37,0	25,9 - 48,1
1	30,1	19,6 - 40,7
$\geq 2$	32,9	22,1 - 43,7
Glicemia (registros)		
0	58,9	47,6 - 70,2
1	26,0	16,0 - 36,1
$\geq 2$	15,1	6,9 - 23,3
HIV (registros)		
0	6,8	-
1	67,2	56,3 - 77,9
$\geq 2$	26,0	16,0 - 36,1
Toxoplasmose (registros)		
0	67,2	56,3 - 77,9
1	16,4	7,9 - 24,9
$\geq 2$	16,4	7,9 - 24,9
HBsAg (registros)		
0	5,5	-
1	65,7	54,9 - 76,6
$\geq 2$	28,8	18,4 - 39,2
Adequada	5,5	-
Intermediária	91,8	85,5 - 98,1
Inadequada	2,7	-
Total	100,0	-

ABO=Tipagem sanguínea e fator Rh; VDRL=Venereal Disease Research Laboratory (Detecção de sífilis); HIV= Vírus da imunodeficiência humana (Anticorpos anti-HIV); HBsAg= Antígeno de superfície do vírus hepatite B

Com base nos níveis de qualidade (Tabela 4), observou-se que a assistência pré-natal foi classificada predominantemente como intermediária nos quatro níveis do instrumento utilizado.

**Tabela 4** - Adequação do pré-natal de alto risco realizado em um hospital de referência

Nível (n=73)	Adequado(%)	Intermediário(%)	Inadequado(%)
1	4,1	68,5	27,4
2	4,1	68,5	27,4
3	-	95,9	4,1
4	-	98,6	1,4

## Discussão

O presente estudo empregou criteriosa análise documental, de caráter quantitativo em prontuários, que permitiu analisar a adequação do pré-natal de alto risco, de acordo com o índice de Kessner. Como principal achado, destaca-se o nível de adequação classificado como categoria “intermediária” para o pré-natal de um município de médio porte do estado do Paraná.

Todavia, este estudo apresenta limitações que não devem ser desprezadas, como a utilização de dados secundários; a qualidade do preenchimento dos prontuários associada à falta de registro de todos os profissionais envolvidos na assistência à gestante (da atenção básica à assistência de alto risco); o recorte temporal de coleta; o tamanho amostral, visto que a amostra foi constituída de apenas 73 prontuários de gestantes que evoluíram para o parto; e a singularidade do serviço de referência como as dificuldades na classificação de risco na atenção básica e o encaminhamento tardio para o serviço de referência.

Contudo, deve-se salientar que o encaminhamento tardio pode ser em decorrência do número diminuído de vagas ofertadas no serviço especializado do hospital estudado, que atende os 27 municípios da 8ª Regional de Saúde.

Diante dos diferentes fatores que podem interferir na assistência pré-natal, sabe-se que a idade, a situação conjugal insegura e a baixa escolaridade são fatores de risco gestacionais que interferem diretamente neste processo<sup>(1)</sup>. Os dados deste estudo apresentaram predomínio de gestantes adultas jovens, com baixa escolaridade, casadas ou em união estável.

Estes dados apresentam-se inferiores ao estudo prévio, no qual 64,0% das gestantes eram adultas jovens, 57,0% tinham até oito anos de estudo e 86,0% moravam com o companheiro<sup>(6)</sup>.

No que se refere à faixa etária, sugere-se que gestantes com menor idade possuam maior dificuldade na adesão às medidas de cuidado no pré-natal e entendimento da sua situação de saúde, juntamente com a baixa escolaridade que pode contribuir para o desconhecimento dos riscos e não acompanhamento adequado do pré-natal. A situação conjugal instável pode interferir diretamente no fator psicológico, pois as mães podem sentir-se sozinhas e inseguras<sup>(1)</sup>.

O início precoce do pré-natal, bem como a constante avaliação de sua qualidade, é fundamental para a prevenção de complicações durante a gestação<sup>(7)</sup>. Foi encontrado percentual satisfatório (87,7%) de início de pré-natal anterior a 20 semanas de gestação na atenção básica de saúde, contudo o ingresso acima de 28 semanas no pré-natal de alto risco apresentou dados preocupantes (58,9%).

Em contrapartida, estudo realizado em um grande centro urbano do Brasil demonstrou que as gestantes adentraram no acompanhamento do pré-natal em média com 11,7 semanas de gestação e foram referenciadas ao serviço especializado de baixo risco, em média com 24,2 semanas de gestação<sup>(8)</sup>. Não foi possível comparar dados em relação ao início do pré-natal no ambulatório de alto risco, tendo em vista que este é um processo recente e ainda carente de estudos científicos. Logo, o resultado do presente estudo sugere que há demora no encaminhamento destas gestantes ao serviço especializado de referência, o que pode ocasionar atraso no início do tratamento correto e, conseqüentemente, maiores complicações.

Na guia de referência ao pré-natal de alto risco, observou-se data da solicitação de encaminhamento distante da primeira consulta no ambulatório do referido hospital. Portanto, aparentemente o fato da gestante ser classificada como alto risco, não garante seu fácil e rápido acesso ao serviço terciário. Por outro lado, encaminhamentos tardios podem ocorrer devi-

do ao surgimento de algum fator de risco à gestante durante o segundo ou terceiro trimestre da gestação.

Outro fator que pode interferir na qualidade da assistência pré-natal é o número de consultas realizadas no período gestacional. O presente estudo demonstrou que 50,7% das gestantes realizaram entre cinco e três consultas no ambulatório de alto risco e apenas 19,2% realizaram seis ou mais consultas. Estes dados contrapõem os resultados de um estudo prévio<sup>(9)</sup>, em que 52,7% das gestantes compareceram a seis ou mais consultas. Acredita-se que esta diferença pode ocorrer devido ao início tardio no pré-natal de alto risco, à distância percorrida pelas gestantes que vêm de outros municípios a Francisco Beltrão, a baixa escolaridade materna e a ausência de registros da atenção básica na carteirinha das gestantes em acompanhamento.

O número de consultas pode influenciar ainda na qualidade dos procedimentos clínicos e obstétricos. No presente estudo, estes procedimentos foram realizados adequadamente apenas em 31,5% dos serviços, em contrapartida encontrou-se classificação de adequação intermediária em 39,7% destes procedimentos. Dados inferiores relatados em um recente estudo<sup>(10)</sup> verificou que pelo menos um quarto das gestantes realizou pré-natal inadequado, o índice de inadequação do pré-natal para o município, em 2010, foi de 28,0%. Contudo, o referido estudo aponta que a simples medida do número de consultas de pré-natal, bem como da idade gestacional em que esta consulta é realizada possa, de fato, significar que os cuidados mínimos a um pré-natal adequado estejam garantidos<sup>(10)</sup>.

Os exames laboratoriais são imprescindíveis para o diagnóstico de doenças que podem ser prejudiciais e até letais durante a gestação. O estudo aponta uma adequação intermediária em 91,8% dos pré-natais e apenas 5,5% dos exames foram classificados como adequados. Entretanto, relato da literatura demonstra que 60,9% dos pré-natais podem apresentar exames laboratoriais registrados<sup>(9)</sup>. Por outro lado, ainda pode ser escassa a repetição dos exames, princi-

palmente glicemia, sífilis e urina<sup>(11)</sup>.

É importante destacar que o acesso da unidade de saúde é o ponto-chave para o acolhimento na atenção primária, onde a gestante deve receber um atendimento humanizado<sup>(12)</sup>. Neste sentido, o enfermeiro é o profissional que está à frente da coordenação e é responsável por gerenciar todo e qualquer atendimento. No entanto, estudo prévio demonstra que os enfermeiros realizam atendimentos eventuais e clínicos nas consultas de enfermagem<sup>(13)</sup>. Além disso, o registro pelos profissionais nos prontuários das pacientes deve ser cuidadosamente gerenciado, visto que este indica as ações realizadas e permite uma sequência na continuidade da assistência ofertada, comprovando o atendimento prestado<sup>(14)</sup>, assim a ausência de informações dos exames solicitados e registro dos resultados podem ser avaliados como imprudência, negligência ou imperícia<sup>(15)</sup>.

Ressalta-se que apesar das discussões em saúde pública para se criar uma linha horizontal de atendimento, tendo cada serviço seu papel específico, suas características próprias e sua função bem definida, não havendo hierarquia entre os serviços, no intuito de promover a integralidade do Sistema Único de Saúde<sup>(16)</sup>, aparentemente ainda verificam-se fragilidades no atendimento ofertado a gestantes, bem como na capacitação contínua dos profissionais envolvidos neste processo. Assim, esse estudo pode auxiliar pesquisas futuras que avaliem e identifiquem as dificuldades encontradas no serviço e proponham melhorias na qualidade da assistência.

## Conclusão

Os resultados deste estudo indicaram adequação intermediária do pré-natal de alto risco, conforme o índice de Kessner, adaptado por Takeda. Verificou-se ainda que as gestantes iniciaram o pré-natal tardiamente no alto risco, o que ocasionou número reduzido de consultas, procedimentos clínicos e obstétricos e exames laboratoriais. Adicionalmente, identificaram-se inconsistências no preenchimento dos prontuá-

rios associada à falta de registro durante a assistência a gestante.

Assim, apesar dos novos esforços da saúde pública em criar linhas para estratificar a gestante e acolhê-la, recomenda-se a elaboração de pesquisas a fim de acompanhar e verificar a qualidade da assistência prestada nos serviços públicos de saúde. Além disso, sugere-se que os profissionais de saúde sejam rotineiramente capacitados quanto ao atendimento à gestante.

## Colaborações

Costa LD e Ferreira AS contribuíram para concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Perondi AR, Cavalheiri JC, Teixeira GT e Bortoloti DS contribuíram para redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Gestação de alto risco: Manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(4):623-8.
3. Huçulak MC, Peterlini OLG. Rede Mãe Paranaense – Relato de experiência. *Esp Saúde*. 2014; 15(1):77-86.
4. Fonsêca LAC, Pádua LB, Valadares Neto JD. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do sistema único de saúde. *Rev Interdisciplinar NOVAPAFI*. 2011; 4(2):40-45.
5. Takeda SMP. Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualificação da atenção [dissertação]. Pelotas (RG): Universidade Federal de Pelotas; 1993.
6. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(4):789-800.
7. Bassani DCH, Derlan CB, Chaves J, Kanitz L, Dipp T, Ghignatti B, Koepp J, Possuelo LG. Avaliação de pré-natal por indicador de qualidade. *Rev Saúde Cienc Biol*. 2015; 3(2):67-72.
8. Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunechiro MA. Normative prenatal evaluation at a philanthropic maternity hospital in São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(6):1293-300.
9. 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 [citado 2016 fev 21]; 15(2):516-22. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf>
10. 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*. 2015; 31(5):1003-14.
11. Santos Neto ET, Oliveira EM, Zandonade E, Gama SGN, Leal MC. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(9):1650-62.
12. Silva MZN, Andrade AB, Bosi MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014; 38(103):805-16.
13. Matumoto S, Vieira KCS, Pereira MJB, Santos CB, Fortuna CM, Mishima SM. Production of nursing care in primary health care services. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(4):710-7.
14. Silva JN, Grossi ACM, Haddad MCL, Marcon SM. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(3):576-81.
15. Winck DR, Brüggemann OM. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(3):464-9.
16. Tanaka OY. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. *Saúde Soc*. 2011; 20(4):927-34.