

## **Avaliação do acesso do pré-natal em pacientes atendidas na rede pública da cidade de Joinville – SC**

## **Evaluation of prenatal access in patientis seen in the public network of the city of Joinville - SC**

---

*Fernanda Diel  
Jean Carl Silva*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.78.25

## RESUMO

Avaliar o acesso ao pré-natal na rede básica de saúde oferecido na Maternidade Darcy Vargas, em Joinville, SC, utilizando diferentes autores e seus índices de acesso ao pré-natal. Utilizou-se um questionário que contemplou aspectos do processo em uma amostra observacional transversal descritivo-exploratório de puérperas que tiveram seus partos realizados na maternidade e seu atendimento realizado no Sistema Único de Saúde. A coleta foi realizada de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2019. Dentre os diversos fatores analisados podemos destacar o início do pré-natal, a idade gestacional, consultas realizadas, exames realizados e orientações recebidas. Foram entrevistadas 683 puérperas. A assistência pré-natal analisada isoladamente em início precoce e número de consultas mantém boa adequação, segundo Takeda (1993) encontramos 87,0%, e menor 6,3% foi obtida por Alexander e Cornely (1987). Quanto aos outros critérios, segundo ao Programa de humanização do pré-natal e nascimento, as melhores foram: classificação de risco 97,9%, exames do primeiro trimestre 94,2% e exame de HIV 93,5%, e piores adequações foram: os exames do terceiro trimestre 42,5%, a vacinação com 34,3% e conjunto de orientações 17,7%. Os critérios que apresentaram maior adequação foram os relacionados às consultas pré-natais.

**Palavras-chave:** cuidado pré-natal. avaliação do acesso e da qualidade da assistência à saúde. gravidez.

## ABSTRACT

Evaluate the prenatal access in the basic health network offered in the Darcy Vargas Maternity, in Joinville, SC, using distinct authors and their access indices to prenatal. A questionnaire was used to look up at the process aspects in a transverse observation sample descriptive-exploratory of puerperals that had their births accomplished in the maternity e their attendance in the Unique System Of Health. The collection was fulfilled from 2018, February to 2019, February. Among all of the sundry factors analyzed we can detach the beginning of prenatal, the gestacional age, consultations carried out, exams performed and the received guidance. Were 683 puerperal interviewed. The prenatal assistance isolated analyzed in the premature beginning and the queries numbers keep a good adequation, according Takeda (1993) was found 87,0%, and the least 6,3% was acquired by Alexander e Cornely (1987). As for the other criteria, according to Humanization program of prenatal and birth, the foremost were: risk rating 97,9%, first trimester exams 94,2% and HIV exams 93,5%, the worst adjustments were: third trimester exams 42,5%, the vaccination with 34,3%, and the set of guidelines 17,7%.The criteria that present the highest adequacy were those related to prenatal consultations.

**Keywords:** prenatal quality índices. pregnancy. basic health network.

## INTRODUÇÃO

A assistência do pré-natal envolve medidas preventivas obstétricas e curativas, englobando um conjunto de condutas assistenciais, os cuidados durante a gravidez iniciam na primeira consulta de pré-natal, sendo a primeira consulta mais longa e mais detalhada do que as consultas subsequentes. A assistência de pré-natal inclui: anamnese (história de saúde abrangente,

história obstétrica e do sistema reprodutor, história familiar), entrevista (perfil psicossocial, estado mental, avaliação de risco, sinais e sintomas), exame físico (sinais vitais e peso), solicitação de exames laboratoriais de rotina específica de pré-natal e preenchimento do cartão da gestante <sup>1</sup>.

A assistência do pré-natal é de suma importância para a gestante e para o feto, com o objetivo de minimizar a mortalidade e a morbidade perinatal e materna, essas medidas preventivas e curativas permite avaliar o acompanhamento de possíveis riscos materno-fetal, condições de bem-estar-físico, psíquico e social da gestante e sua família, alterações dos exames laboratoriais e além de orientar os cuidados que a gestante necessita <sup>2</sup>.

Tendo em vista a importância da assistência pré-natal, torna-se fundamental avaliar a qualidade do pré-natal, mensurado por meio das consultas, através dos diversos índices propostos, além dos exames, vacinas, atividade educativa que possibilitem fornecer informações a gestante, segundo o PHPN (Programa de humanização pré-natal e nascimento).

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo-exploratório com foco na qualidade de pré-natal realizados em puérperas. Os critérios de inclusão foram: puérperas acima de 18 anos que realizaram o pré-natal em Unidades de Saúde do SUS da Cidade de Joinville – SC, cujo parto tenha ocorrido na MDV e que voluntariamente quiseram participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas as gestantes que desistiram de participar da pesquisa após início do questionário.

O uso dos dados para realização desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional da Região de Joinville - UNIVILLE (parecer número 4.145.006, CAAE 29323920.1.0000.5366).

Os dados para a avaliação da qualidade do pré-natal foram obtidos através de um questionário que contemplou aspectos de todo processo do pré-natal em uma amostra aleatória estratificada, e consulta à Caderneta da Gestante (cartão de consultas, exames e vacinas), ao Plano de Parto e ao Prontuário Eletrônico.

Foram analisados dados como: perfil socioeconômico, relatos sobre orientações recebidas no pré-natal, grupo de gestante, preventivo, exames durante o período gestacional, suplementação na gestação, orientações sobre sinais anormais, informações sobre direitos gestacional/puérpera), registros do cartão pré-natal. Os dados foram planilhados e analisados com base nos seguintes indicadores de acesso de assistência pré-natal: <sup>3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13</sup>.

A classificação do acesso do pré-natal segundo o índice Adequacy of Prenatal Care Utilization - APNCU, proposto por Kotelchuck (1994), considera somente o vínculo de consulta precoce iniciado, ótimo (1º - 2º mês), adequado (3º - 4º mês), intermediário (5º - 6º mês) e inadequado (7º mês). A medida da adequação dos cuidados recebidos corresponde à razão entre o número de consultas recebidas e o número esperado de consultas <sup>8</sup>.

A classificação do acesso do pré-natal conforme o Índice de Kessner modificado por Takeda categoriza o pré-natal como adequado, intermediário e inadequado, com base no trimestre de início do acompanhamento e o número de consultas de nove, <sup>5</sup> acrescenta uma consulta

semanal após 36ª semana até o parto <sup>14; 15; 16</sup>.

<sup>12, 11</sup> e <sup>13</sup> consideram um total de seis ou mais consultas durante o período gestacional, 3 defendem que o número total de consultas esperadas em gestações deve ser igual a cinco, sendo uma consulta no 1º trimestre.

<sup>6</sup> consideram realizar uma consulta até a 8ª semana gestacional, considerando as gestantes primíparas completando nove consultas gestacionais e para as múltíparas um total de sete consultas de pré-natal, os autores <sup>10</sup> estabelecem uma consulta antes de completar a 12ª semana gestacional, distribuindo as demais consultas considerando a idade gestacional, sendo uma consulta entre a 25ª e a 27ª semana, uma consulta entre a 31ª e a 33ª semana e uma consulta durante a 37ª à 39ª semana gestacional.

A classificação do acesso ao pré-natal conforme o Programa Nacional de Humanização ao Parto e Nascimento se dá pela observação dos seguintes dados no cartão pré-natal da puérpera: primeira consulta até 12ª semanas, número de 6 consultas ou mais durante a gestação, realização de consulta no puerpério, e realização de exames laboratoriais conforme idade gestacional, vacinas recomendadas, ações de educação em saúde (grupo de gestantes, orientações recebidas durante o período pré-natal, importância do exame HIV, sinais anormais da gestação, importância do aleitamento materno, importância da consulta de revisão ginecológica 40 dias após o parto e consulta do bebê na primeira semana de vida, tipos de partos e plano de parto) e classificação de risco. A avaliação da completude dos dados anotados no cartão ocorreu mediante análise das informações consideradas essenciais na consulta pré-natal, de acordo com os critérios preconizados pelo <sup>9</sup>.

Os exames recomendados pelo PHPN que determina o tipo sanguíneo da gestante devem ser realizados na primeira consulta de pré-natal ou durante o primeiro trimestre, exames de hemoglobina e hematócrito (hb e ht), exame para diagnóstico de sífilis, exame de urina tipo I e urocultura, na primeira consulta de pré-natal e durante o terceiro trimestre <sup>9</sup>.

Todas as variáveis foram agrupadas, tabuladas utilizando-se a planilha Excel® (Microsoft, versão 2010) e analisadas descritivamente, bem como as variáveis contínuas (quantitativas) avaliadas através de análise quantitativa dicotômica e os resultados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos assim, facilitando a compreensão dos dados.

## RESULTADOS

Foram selecionadas 683 puérperas, com o seguinte perfil socioeconômico: a faixa etária variou entre 18 e 41 anos, com média de 26,2 anos, a maioria de raça autorreferida branca, com escolaridade entre 8-11 anos, com renda familiar predominante entre 2 a 4,9 salários-mínimos e casadas. A tabela 1 apresenta os demais dados agrupados das características das gestantes entrevistadas.

Quanto ao início do pré-natal estabelecido pelos autores, obtiveram melhor percentagem: <sup>3, 7, 11, 9, 12, 4, 5, 8, 10</sup> e <sup>13</sup> em relação a menor adequação, apenas <sup>6</sup>. Dentre as puérperas, o número de consultas de pré-natal, os índices de qualidade que obtiveram melhor percentagem foram: <sup>3, 7, 11, 9</sup> e <sup>12</sup> em relação a menor adequação, <sup>4, 5, 6, 8, 10</sup> e <sup>13</sup>. Esse número oscilou entre 6,3% 5, e 87,0% 7. Os números estão agrupados na tabela 2.

**Tabela 1 – Dados socioeconômico e história reprodutiva prévia e atual das gestantes entrevistadas**

Características das gestantes	%	Características das gestantes	%
<b>Idade</b>		<b>Escolaridade</b>	
Média	26,2	Média	4,4
≤ 20 anos	17,4	≤ 7 anos	9,9
21-25 anos	33,4	8 – 11 anos	76,5
26-30 anos	26,4	≥ 12 anos	13,6
31-40 anos	22,0	<b>Fumantes</b>	5,1
≤ 41 anos	0,8	<b>Atividade física</b>	10,3
<b>Cor branca</b>	63,9	<b>História reprodutiva prévia</b>	
<b>Sem companheiro</b>	10,8	Cesariana	38,9
<b>Profissão</b>		1° gestação ≤ 18 anos	35,8
Remunerada	54,7	Aborto	16,7
Não remunerada	45,3	Infertilidade	9,4
<b>Renda familiar (Salários Mínimos - SM)</b>		Cirurgia ginecológica	4,8
Sem renda/Não informado	6,1	Óbito fetal > 22 semanas	3,4
≤ 1 SM	6,2	Óbito perinatal	0,8

**Tabela 1 – Dados socioeconômico e história reprodutiva prévia e atual das gestantes entrevistadas (continuação)**

Características das gestantes	%	Características das gestantes	%
1,1 - 1,9 SM	27,9	<b>História reprodutiva atual</b>	
2 - 4,9 SM	51,5	Gestação não planejada	63,1
≥ 5 SM	8,3	Infeção do trato urinário - ITU	35,8
<b>Número pessoas vivem com renda</b>		DHEG sem tratamento	10,1
Média	4	DMG sem tratamento	4,1
≤ 3 pessoas	37,8	<b>Quanto ao início do pré-natal</b>	
4 – 6 pessoas	57,7	Assim que descobriram	93,9
7 – 9 pessoas	4,5	Tardamente	6,1

**Total da amostra: 683 gestantes**

Os resultados que qualificam o acesso ao pré-natal adequado obtiveram variações muito significativas, sendo que a maioria dos índices apresentou uma prevalência de acesso adequado ao pré-natal, nas consultas realizadas durante cada trimestre do período gestacional, no primeiro trimestre 88,3%, segundo trimestre 38,7% e elevando esses dados para 93,9% no terceiro trimestre.

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

A realização de Ultrassonografia obstétrica obteve maior adequação em relação ao exame citopatológico e mamas examinadas. A vacinação Dtpa e Hepatite B apresentaram percentual de 34,3% e tratamento com sulfato ferroso e ácido fólico obteve menor adequação (24,2%).

As atividades educativas e orientações apresentaram menor adequação quando analisadas em conjunto. Quanto às orientações recebidas com maior adequação foram quanto à importância do exame HIV, sinais anormais da gestação, importância do aleitamento materno, importância da consulta de revisão ginecológica 40 dias após o parto e consulta do bebê na primeira semana de vida e menor adequação foram acerca dos tipos de partos, plano de parto, métodos de contracepção pós-parto, direitos da gestante e visita na maternidade de referência.

Foram classificadas 97,9% das puérperas quanto à classificação de risco, e estavam classificadas de baixo risco, sendo o atendimento realizado em UBS ou Unidade Básica de Saúde próximo de sua residência. Completude dos dados anotados no cartão de acordo com os critérios PHPN, anotação data da consulta 96,8%, idade gestacional 91,2%, peso 84,4%, pressão arterial 80,4%, altura uterina a partir de 12 semanas de gestação 46,3%, batimentos cardíacos fetais a partir de 12 semanas de gestação 43,9%, movimentação fetal a partir de 12 semanas de gestação 28,3%, edema 25,8%, índice de massa corporal 1º, 2º e 3º trimestre 10,5%. Os números estão agrupados na tabela 3.

**Tabela 2 - Prevalência de adequação do acesso à assistência gestacional as consultas segundo os diferentes índices de avaliação do pré-natal.**

Índice de Pré-Natal Ordem cronológica	Início (%)	Número de consultas	Número de consultas e sua distribuição (%)	Adequação (%)
Ciari et al. (1972)	88,3	5	94,4	85,4
Kessner et al. (1973)	88,3	9	47,4	46,0
Alexander e Cornely (1987)	91,8	9 + 1 consulta semanal após 36 <sup>a</sup>	20,7	6,3
Rosen et al. (1991) (primíparas) (multíparas)	56,8	9	13,6	9,2
	56,8	7	58,1	35,7
Takeda (1993)	96,5	6 ou +	87,1	87,0
Kotelchuck (1994)	99,1	2 + 1 consulta semanal após 36 <sup>a</sup>	63,9	67,9
Villar et al. (2001)	79,4	3	63,3	24,0
Coutinho et al. (2002)	91,1	6 ou +	87,1	86,8
PHPN (2002)	84,9	6 ou +	86,3	67,9
Carvalho e Novaes (2004)	88,3	6	76,1	58,6
OMS (2016)	84,9	7	27,8	58,9

**Total da amostra: 683 gestantes**

**Tabela 3 – Indicadores de qualidade da assistência pré-natal conforme PHPN**

Indicadores	(%)
Exames 1º trimestre	94,2
Exames 2º trimestre	93,2
Exames 3º trimestre	42,5
Citopatológico	21,1
Ultrassom	55,7
Exame mamas	11,4
Sulfato Ferroso e Ácido Fólico	24,2
Vacinação	
Dtpa e Hepatite B	34,3
Atividade educativa e orientações	
Exame HIV	93,5
Tipos de parto	49,9
Plano de parto	25,5
Sinais anormais da gestação	81,8
Aleitamento materno	65
Métodos contraceptivos	36,6
Consulta revisão	51,2
Consulta bebê	57,9
Direitos da gestante	48,2
Visita maternidade	20,3
Classificação de risco	97,9

**Total da amostra: 683 gestantes**

## DISCUSSÃO

A avaliação da qualidade do pré-natal, da adequação da utilização das informações do início do pré-natal e, conseqüentemente, as consultas realizadas é fortemente influenciada pelos critérios estabelecidos por cada autor. Na maioria dos autores encontramos ótima adequação quanto ao início do pré-natal e ao número de consultas. Porém encontramos uma baixa adequação nos exames realizados no período do terceiro trimestre, imunização pela gestante e recebimento do conjunto de orientações.

A avaliação ao início do pré-natal obteve excelente percentual nos autores, <sup>3, 4, 5,7,8, 9, 10, 11, 12 e 13</sup>, o que indica busca breve desta assistência, apenas 6 obteve um resultado ruim, devido ao início do pré-natal ser precoce recomendado pelos autores.

Em um estudo sobre a qualidade pré-natal em mulheres sergipanas, observou um percentual maior com início tardio da assistência <sup>17</sup>. O início do pré-natal no tempo oportuno, bem como sua condução de forma adequada, oferece identificar gestação de risco, garantir a saúde e minimizar a morbidade e mortalidade da mãe e do bebê <sup>18, 19, 20 e 21</sup>.

É necessário destacar não haver um consenso sobre a quantidade ideal de consultas de pré-natal, entretanto a maioria dos índices de acesso considerou adequada a assistência pré-natal as gestantes que realizaram entre quatro e nove consultas durante o período gestacional. Quanto ao número de consultas realizadas durante o período gestacional, observou-se bom percentual <sup>3, 7, 11, 8, 10, 12 e 9</sup>. Os índices que apresentaram as menores taxas ao número de consultas, foram <sup>4, 5, 6 e 13</sup>.

Em seis províncias da China, utilizando o índice de Kessner, destacou o momento apropriado e o número de consultas pré-natal, representa extrema importância na prevenção precoce de patologias maternas e fetais, diminui a ocorrência de parto prematuro ou baixo peso ao nas-

cer, possibilitando um desenvolvimento saudável ao bebê e minimizando riscos a gestante <sup>20, 22</sup>.

Estudos conduzidos em países desenvolvidos revelam que a realização de muitas ou poucas consultas não influencia nos desfechos gestacionais. Em países de médio e baixo desenvolvimento, locais com recursos limitados, em que o número de consultas é baixo, estão associados a um aumento na mortalidade perinatal em comparação com o tratamento padrão e desfechos desfavoráveis são mais encontrados entre mulheres que realizaram poucas consultas pré-natais <sup>23</sup>.

Existe uma tendência de alterações nos percentuais estabelecidos em cada critério conforme cada autor. Essas alterações diminuem a prevalência quando os critérios de acesso à qualidade consideram muitas consultas de pré-natal vinculadas à semana gestacional. Esse elemento permite questionar qual índice de qualidade seria mais eficaz para a saúde da mulher e da criança no período gestacional: a realização de elevado número de consultas ou a realização de poucas consultas em períodos específicos do período gestacional.

A proporção de comparecimento das gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal aumentou no Brasil, embora ainda existam desigualdades <sup>16, 24</sup>.

O PHPN estabelece um mínimo de procedimentos e exames oferecidos durante a atenção pré-natal; início da assistência, mínimo de seis consultas, exames laboratoriais e vacinas, orientações acerca da gestação, parto e puerpério e consulta puerperal <sup>25</sup>.

Durante a gestação é necessário realizar o exame que determina o tipo sanguíneo na primeira consulta de pré-natal ou durante o primeiro trimestre gestacional e este procedimento apresentou-se adequado segundo o PHPN <sup>9</sup> dos cartões de gestantes analisados.

Recomenda a solicitação da tipagem sanguínea, hemoglobina e hematócrito (ABO-Rh) na primeira consulta de pré-natal, com o objetivo de prevenir a doença hemolítica perinatal caracterizada por um tipo de anemia hemolítica causada por incompatibilidade sanguínea materno-fetal <sup>26</sup>. Em um estudo em Moçambique, a assistência pré-natal não atende ao recomendado na realização de alguns exames e com ausência nos registros, hemograma, exame de glicemia, hepatite B, tipagem sanguínea e fator Rh e destaca a má qualidade dos cuidados públicos <sup>27, 16</sup>.

A realização dos exames para diagnóstico de diabetes gestacional permite seu tratamento. Esta patologia pode trazer riscos a gestante e ao bebê, como: prematuridade, infecção urinária, indução ao parto, partos traumáticos, eclampsia, hipoglicemia neonatal, ao bebê exposto crescimento excessivo, obesidade e diabetes na vida adulta <sup>28, 29</sup>. Em nossa população menos da metade das gestantes realizaram o rastreamento do DMG de forma adequada.

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

Destacando a importância da coleta citopatológico de colo uterino, conforme a <sup>30</sup>, o câncer de colo uterino é o terceiro tipo de câncer mais prevalente nas mulheres, foram 570 mil novos casos e mortalidade aproximadamente de 311 mil, cerca de 90% em países de baixa e média renda. Obteve um percentual desfavorável. Enfatizando que as gestantes têm o mesmo risco que as mulheres não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero. A descoberta destas lesões durante o período gestacional reflete a oportunidade do rastreio e o tratamento. A coleta

de espécime endocervical não apresenta risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada. Com o objetivo da prevenção primária, impedindo o desenvolvimento do câncer e a prevenção secundária é detectar e realizar o tratamento as doenças pré-malignas <sup>31</sup>.

A cobertura ao início da assistência pré-natal na cidade de Joinville é praticamente universal, com atendimento pelo SUS, sendo pré-natal realizado em unidades básicas de saúde e atendimento pela estratégia saúde da família, em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas, quando analisada através dos critérios e indicadores preconizados pelo PHPN, porém mantém baixa adequação na grande maioria dos critérios.

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

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados constantes desta pesquisa mostram que o pré-natal realizado pelas gestantes atendidas pelo SUS na MDV foi adequado ao número de consultas e início do pré-natal conforme a maioria dos autores, ao relacionar ao PHPN o qual avalia outros critérios, que estão relacionados à qualidade do pré-natal, exames preconizados, vacinas e orientação educativas mantêm níveis baixos de adequação.

## REFERÊNCIAS

1. LINK, D. G. Cuidados de Enfermagem para a Família durante a Gravidez. LOWDERMILK, D. L. *et al.* tradução RITOMY, M, *et al.* Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Unidade 3 Gravidez – cap. 15 pg. 325-364.
2. SILVA, L. R.; SANTOS, I. M. M. dos. O corpo do pré-natal: cuidando da gestante. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. Práticas de Enfermagem - Ensinado a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem. 2003 pg. 91 – 152. Cap. 3
3. CIARI JR., C; SANTOS, J. L. F.; ALMEIDA, P. A. M. de. Avaliação quantitativa de serviços de pré-natal. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 361-370, Dec. 1972. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101972000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101972000400005&lng=en&nrm=iso) access on 29 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101972000400005>.
4. KESSNER, D. M. *et al.* Infant death: an analysis by maternal risk and health care: contrasts in health status. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Science. 1973.
5. ALEXANDER G. R., CORNELLY D. A.: Prenatal care utilization: its measurement and relationship to pregnancy outcome. American journal of preventive medicine vol. 3,5 - 1987; 3: 243-253.
6. ROSEN, M. G.; MERKATZ, I. R.; HILL, J. G. Caring for our future: a report by the Expert Panel on the Content of Prenatal Care. ObstetGynecol. 1991; 77:782-787.
7. TAKEDA, S. P. Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção [dissertação] Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.

8. KOTELCHUCK, M. An evaluation of Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *American Journal of Public Health, Prenatal Care Use*, v. 84, n. 9, p. 1414-1420, September 1994. access on 26 Aug. 2019. file:///C:/Users/User/Desktop/qualidade/Kotelchuck.pdf
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Reimpressão. Brasília: MS, 2002.
10. VILLAR, J. *et al.* WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*, Elsevier Ltd, v. 357, n. 9268, p. 1551-1564, May 2001. access on 30 Aug. 2019 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04722-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04722-X).
11. COUTINHO, T. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, Dec. 2003. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032003001000004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003001000004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 02 set. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032003001000004>
12. CARVALHO, D. S. de; NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S220-S230, 2004. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800017&lng=en&nrm=iso) access on 29 Aug. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800017>
13. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. (2016). *Recomendações da OMS sobre cuidados de pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*.
14. CODMAN, E. A. *A Study in Hospital Efficiency: The First Five Years*. Boston: Thomas Todd, 1916.
15. DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* (A. Donabedian), vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor Michigan: 1980. Health Administration Press.
16. PARIS, G. F.; PELLOSO, S. M.; MARTINS, P. M. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, p. 447-452, out. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032013001000004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013001000004&lng=pt&nrm=iso) acessos em 27 set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013001000004>.
17. MENDES, R. B. *et al.* Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 3 [Acessado 2 Abril 2021], pp. 793-804. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>.
18. BERNARDES, A. C. F; SILVA R. A; COIMBRA, L. C. *et al.* Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014, 14:266.
19. VICTORA, C.G.; MATIJASEVICH, A.; SILVEIRA, M.; SANTOS, I.; BARROS, A. J.; BARROS, F. C. Iniquidades socioeconômicas e de grupos étnicos na qualidade da assistência pré-natal no setor público e privado no Brasil. *Plano de política de saúde*. 2010, 25: 253-261.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da*

- Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p. : il. ISBN 978-85-334-2360-2 1. Atenção Básica. 2. Protocolos. 3. Saúde da Mulher. I. Título. II. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf). Acesso em 15 de agosto de 2020.
21. LENZ, M. L. M.; TAKIMI, L. N.; WOLLMANN, L.. Tratado de medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. GUSSO, Gustavo; LOPEES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019. 2 v. Capítulo 131 Pré-natal de baixo risco Páginas 1083 – 1095 Seção XI Gravidez, parto e planejamento familiar.
22. HUANG, A. *et al.* “Attendance at prenatal care and adverse birth outcomes in China: A follow-up study based on Maternal and Newborn’s Health Monitoring System.” *Midwifery* vol. 57 (2018): 26-31. doi:10.1016/j.midw.2017.10.018
23. DOWSWELL, T. *et al.* Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD000934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000934.pub2>
24. MALLMANN, M. B. *et al.* Evolution of socioeconomic inequalities in conducting prenatal consultations among Brazilian parturient women: analysis of the period 2000-2015. “Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015.” *Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Único de Saúde do Brasil* vol. 27,4 e 2018022. 29 Nov. 2018, doi: 10.5123 / S1679-49742018000400014
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: MS, 2005.
26. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento. Brasília: MS; 2000.
27. MULEVA, B. R. Qualidade da assistência pré-natal em Nampula, Moçambique. Dissertação Mestrado em enfermagem em saúde Coletiva – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2020.  
Acesso em 24 nove 2021.
28. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. Diabetes gestacional. <https://diabetes.org.br/tipos-de-diabetes/#diabetes-gestacional>. Acesso em 28 de setembro de 2021.
29. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. Manual de orientação gestação de alto risco. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. FEBRASGO – Manual de Orientação Gestação de Alto Risco. Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia, 2011. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/88962406/Manual-Gestacao-Alto-Risco-2011>>. Acesso em: 23 out 2019.
30. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. HPV e câncer do colo do útero. <https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 23 nov 2021.
31. INCA, Instituto Nacional de Câncer. Causas e prevenção, como prevenir o câncer do colo do útero. <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/como-prevenir-o-cancer>. Acesso em 27 de setembro de 2021.