

**ARTIGO ORIGINAL****QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO PRÉ-NATAL EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DO PARANÁ**

Quality of prenatal care in a municipality in northern Paraná

Sâmua Calyana Mascalhusk¹, Érica Mairene Bocate Teixeira², Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari³, Izabel Dayana de Lemos Santos⁴, Fabiana Fontana Medeiros⁵, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli⁶

RESUMO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal construída a partir de entrevistas e análise do cartão pré-natal, no período de junho a outubro de 2013. A qualidade da assistência pré-natal foi avaliada por meio do percentual de registros nos cartões de pré-natal, frequência dos procedimentos realizados e relatos das gestantes. Observou-se predominância de gestantes adultas jovens (78,8%); com companheiro (84,1%); média escolaridade (67,6%); renda entre três e mais salários-mínimos (48,8%); múltiparas (60,1%), que desejaram a gravidez (58,9%); e com parto a termo (97,5%). A maioria possuía cartão pré-natal (99,4%); início do seguimento anterior à 14ª semana de gestação (71,4%); realização de seis ou mais consultas (86%); com anotação da idade gestacional (99,7%); altura uterina (99,4%); pressão arterial (99,2%); peso materno (99,4%); edema (43,3%); batimento cardíaco fetal (99,4%); apresentação fetal (76,3). A qualidade da assistência pré-natal apresentou-se como intermediária (47,2%) e inadequada (26,8%). O estudo evidenciou que apesar dos indicadores de cobertura e atendimento clínico terem apresentado taxas relevantes, não se traduziram em diagnóstico de qualidade deste cuidado.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Qualidade da assistência à saúde; Avaliação em saúde; Enfermagem Obstétrica; Gravidez; Enfermagem Materno-Infantil.

ABSTRACT

This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study based on interviews and analysis of the prenatal card from June to October, 2013. The quality of prenatal care was assessed by the percentage of prenatal card recordings, frequency of procedures performed, and reports of pregnant women. There was a predominance of young adult pregnant women (78.8%); with partner (84.1%); average schooling (67.6%); income between three and more minimum wages (48.8%); multiparous women (60.1%), who wanted pregnancy (58.9%); and with term delivery (97.5%). Most had a prenatal card (99.4%); beginning of follow-up prior to the 14th week of pregnancy (71.4%); holding six or more consultations (86%); with annotation of gestational age (99.7%); uterine height (99.4%); blood pressure (99.2%); maternal weight (99.4%); edema (43.3%); fetal heartbeat (99.4%); fetal presentation (76.3). The quality of prenatal care was intermediate (47.2%) and inadequate (26.8%). The study showed that although the coverage and clinical care indicators presented relevant rates, they did not translate into a quality diagnosis of this care.

Key words: Prenatal care; Quality of health care; Health assessment; Obstetric Nursing; Pregnancy; Maternal and Child Nursing.

¹ Especialista em Saúde da Mulher, concentração Obstetrícia. Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, PR-Brasil.

² Doutoranda de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR.

³ Doutora, Adjunta do Departamento de Enfermagem. Área da Saúde da Criança e do Adolescente. UEL.

⁴ Doutoranda em Enfermagem e Especialista em Saúde da Mulher, concentração Obstetrícia. UEL.

⁵ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

⁶ Doutora, Associada do Departamento de Enfermagem. Área da Saúde da Mulher e Gênero. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) o pré-natal (PN) é toda assistência prestada à mulher desde o início da gestação até o parto, assegurando seu desenvolvimento, com intervenções precoces em situações de risco, tendo como resultado a diminuição da mortalidade materna e infantil¹.

Historicamente, no Brasil, a atenção materna e infantil tem sido prioridade nas políticas de saúde, focada principalmente na gestação, a partir dos anos 70². Em 1983, criou-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), política de assistência não focada apenas no ciclo grávido puerperal, mas buscando a integralidade das ações em saúde para a mulher³.

Em 2000 o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) modelo que normatizou a assistência às gestantes, com discussão das práticas, inserção de exames laboratoriais e ações de educação em saúde, além do número de consultas e início precoce do pré-natal, avançando em 2006 para a proposição da Estratégia Saúde da Família (ESF) como novo modelo de atenção primária a essas mulheres⁴.

Atualmente, de acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) ocorreu um aumento da cobertura PN no país, com valores elevados em todas as regiões⁵. Entretanto as taxas de mortalidade continuam insatisfatórias⁽⁶⁻⁷⁾. Pesquisas mostram que apesar da cobertura, a adequação do PN ainda é baixa, com início tardio e realização de exames e orientações insuficientes⁸. O contexto acima sugere que a qualidade da assistência PN não acompanhou o incremento de sua cobertura.

O programa de assistência PN do município em estudo passou por mudanças desde a sua implantação, com ampliação das ações em saúde, da atenção médica, da cobertura e maior participação das gestantes⁹. Segundo o relatório municipal de 2017, o município contava com 53 Unidades Básicas de Saúde, cobertura de 99,8% de suas gestantes, sendo que 85,7% realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, atingindo a meta proposta pelo MS⁵.

A assistência PN adequada é um dos principais indicadores de saúde municipais, contribuindo para diminuição das taxas de óbitos maternos e neonatais. Vários índices são sugeridos para tal avaliação, destacando-se o que classifica a assistência em adequada, inadequada ou intermediária, por meio da análise de fatores como: início e número de consultas realizadas, exames laboratoriais solicitados, procedimentos clínico-obstétricos e preenchimento do cartão da gestante¹⁰. Foram agregados neste estudo, outros indicadores como, relato da mulher sobre problemas detectados na gestação atual, visita à maternidade durante a gestação, orientações sobre o parto e serviços de referência.

Sendo assim, objetivou-se neste estudo, analisar a assistência pré-natal ofertada na atenção primária em um município do sul do Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal aninhado a uma coorte prospectiva de puérperas internadas em uma maternidade municipal. Os critérios de inclusão foram residir na zona urbana, ter diagnóstico de risco habitual ou intermediário e ser capaz de compreender e consentir sua participação no estudo por meio do

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Para o cálculo amostral, foi considerada margem de erro de 5%, nível de confiança de 95% em uma população de 3.415 partos ocorridos na instituição em 2013, resultando em um N de 358 mulheres¹¹. Os dados foram coletados no período de julho a outubro de 2013, diariamente, por meio de entrevistas e transcrição de dados do cartão de pré-natal.

As variáveis do estudo foram: idade, situação conjugal, escolaridade, renda, paridade, gravidez planejada, idade gestacional no parto, cartão de pré-natal (CPN), início do pré-natal, número de consultas, anotação do número mínimo de procedimentos clínicos obrigatórios (idade gestacional (IG), altura uterina (AU), pressão arterial (PA), peso materno (PM), batimento cardio-fetal (BCF), apresentação fetal (AF), tipagem ABO, exames Hb/Htc, glicemia, VDRL, Urina I), gráficos de controle de peso, avaliação de edema, vacinação anti-tetânica e hepatite B, problemas detectados na gestação atual e anotados pelo profissional de saúde, relato da mulher sobre os cuidados clínicos recebidos (PA, AU, BCF, exame das mamas, problemas relatados pela mulher, patologia prévia a gestação), visita à maternidade durante a gestação, orientações sinais e sintomas do trabalho de parto, tipo de parto, serviço de referência para intercorrências e para o parto.

Considerou-se como adequado o atendimento pré-natal que preencheu todos os seguintes critérios: início anterior há 14 semanas gestacional; seis ou mais consultas; número mínimo de

procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios AU, IG, PA e PM: cinco ou mais registros; BCF: quatro ou mais registros; AF: dois ou mais registros; exames laboratoriais (ABO-Rh e Hb/Htc): um registro; glicemia, VDRL e Urina tipo I: dois registros. A inadequação foi definida pela ocorrência de, pelo menos, uma das seguintes condições: início após 27 semanas de gestação; duas ou menos consultas; duas ou menos anotações de AU, IG, PA, PM e BCF ou nenhum registro da AF; nenhuma anotação de exame laboratorial, nenhum relato da mulher sobre problemas detectados na gestação atual, visita à maternidade durante a gestação, orientações sobre o parto e serviços de referência. As demais possibilidades de registro definiram a adequação do processo de atendimento como intermediária¹⁰.

Os dados obtidos foram tabulados e analisados no programa SPSS 20.012. Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL) (CAAE: 02299412.6.000.5231).

RESULTADOS

Verificou-se que as mulheres do estudo se caracterizaram, como adultas jovens (78,8%), sendo que 21,2% eram adolescentes. A maioria (84,1%) tinha companheiro, média escolaridade (67,6%), renda de três e mais salários mínimos (48,8%), múltiparas (60,1%) e desejavam a gravidez (58,9%) e tiveram parto a termo (97,5%). (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com as características socioeconômicas e reprodutivas, Londrina-PR, 2017. (N=358)

Variável	N	%
Idade		
Até 19 anos	76	21,2
20 – 29 anos	193	53,9
30 – 43 anos	89	24,9

Situação conjugal		
Com companheiro	301	84,1
Sem co-mpanheiro	57	15,9
Escolaridade		
Baixa	89	24,9
Média	242	67,6
Alta	27	7,5
Renda		
> 1 SM	30	8,6
1- 2 SM	142	39,5
3 + SM	175	48,8
Não sabe	11	3,1
Paridade		
Primíparas	143	39,9
Múltiparas	215	60,1
Gravidez planejada		
O casal queria	211	58,9
Só a mulher queria	15	4,2
Só o homem queria	3	0,8
O casal não queria	129	36,0
Idade gestacional no parto		
Gestação pré-termo (<37 sem)	9	2,5
Gestação a termo (37-41sem 6dias)	348	97,5

Quase a totalidade (99,4%) das mulheres possuía cartão de pré-natal. Na análise deste, identificou-se que 71,4 % das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 14ª semana de gestação e 86,0% realizam 6 ou mais consultas. A maioria possuía anotação da IG (99,7%), AU (99,4%), PA (99,2%), PM (99,4%), BCF (99,4%) e AF (76,3%), tipagem ABO

(99,2%), exame Hb/Htc (97,5%), glicemia (96,4%), VDRL (98,0%) e Unina I (89,9%). De acordo com as variáveis acima, a adequação do processo de atendimento PN, resultou em 26,8% de inadequação; 47,2% de atendimento intermediário; e apenas 25,4% de adequação deste cuidado. (Tabela 2).

Tabela 2: Procedimentos registrados na carteira de pré-natal, segundo adequação, Londrina-PR, 2017. (N=356)

Variável	N	%
Cartão Pré-Natal		
Sim	356	99,4
Não	2	0,6
Início do Pré-Natal		
<14º semanas	255	71,4
15º- 27º semanas	87	24,1
> 27ª semana	14	3,9
Sem registro	2	0,6
Número de consultas*		
6 e mais	306	86,0
6,03 a 5	45	12,6
0 a 2	5	1,4
Anotação idade gestacional (IG)*		
1 ou 4 registros	1	0,3

5 ou mais registros	355	99,7
Anotação altura uterina (AU)*		
1 ou 4 registros	2	0,6
5 ou mais registros	354	99,4
Anotação da pressão arterial (PA)*		
1 ou 4 registros	3	0,8
5 ou mais registros	353	99,2
Anotação do peso materno*		
1 ou 4 registros	2	0,6
5 ou mais registros	354	99,4
Anotação batimento cardíaco fetal (BCF)*		
1 a 3 registros	2	0,6
4 ou mais registros	354	99,4
Anotação apresentação fetal*		
1 registro	85	23,7
2 ou mais registros	271	76,3
Tipagem ABO*		
1 registro	353	99,2
Não	3	0,8
Exame Hb/Htc*		
1 registro	347	97,5
Não	9	2,5
Exame glicemia*		
2 ou mais registros	343	96,4
1 registro	13	3,6
Exame VDRL*		
2 ou mais registros	349	98,0
1 registro	7	2,0
Exame Urina I*		
2 ou mais registros	320	89,9
1 registro	36	10,1
Gráfico controle de peso		
Sim	38	10,6
Não	318	89,4
Avaliação de edema		
Sim	155	43,3
Não	201	56,7
Vacinação anti-tetânica		
Com registro	283	79,6
Sem registro	73	20,4
Vacinação hepatite B		
Com registro	168	47,5
Sem registro	188	52,5
Problemas detectados na gestação atual e anotados pelo profissional		
Sim	163	45,5
Não	193	54,5
Patologia prévia à gestação anotada na Carteira Pré-natal		

Sim	30	8,4
Não	326	91,6
Adequação do processo de atendimento do pré-natal		
Adequado	91	25,4
Intermediário	169	47,2
Inadequado	96	26,8
Sem cartão	2	0,6

Conforme relato das mulheres, 99,7% obtiveram a aferição da PA, verificação da AU e ausculta do BCF;

apenas 34,6% relataram exames das mamas; e 42,7% referiram problemas na gestação. (Tabela3).

Tabela 3 Realização de procedimentos referidos pelas gestantes na consulta pré-natal, Londrina-PR, 2017. (N=358)

Variável	N	%
Aferição da PA		
Sim	357	99,7
Não	1	0,3
Verificação altura uterina		
Sim	357	99,7
Não	1	0,3
Ausculta BCF		
Sim	357	99,7
Não	1	0,3
Exame das mamas		
Sim	124	34,6
Não	234	65,4
Problemas relatados pela mulher		
Sim	153	42,7
Não	205	57,3

Em relação a algumas orientações sobre intercorrências durante a gestação e o momento do parto, apenas 28,2% das mulheres foram esclarecidas sobre sinais e sintomas de trabalho de

parto; 21,8% sobre os tipos de partos; 15,1% sobre a possibilidade de visita à maternidade durante a gestação; e 2,5% foram orientadas sobre o serviço de referência para o parto. (Tabela 4).

Tabela 4 Orientações recebidas durante o pré-natal sobre intercorrências e o parto, Londrina-PR, 2017. (N=358)

Variável	N	%
Sinais e sintomas do Trabalho de parto		
Sim	101	28,2
Não	257	71,8
Tipo de parto		
Sim	78	21,8
Não	280	78,2
Visita à maternidade durante a gestação		

Sim	54	15,1
Não	304	84,9
Serviço de referência para intercorrências e o parto*		
Sim	9	2,5
Não	349	97,5

DISCUSSÃO

A população do estudo foi composta por adultas jovens e adolescentes, com companheiro, média escolaridade, múltiparas que desejaram a gravidez e tiveram parto a termo e com renda de até dois salários-mínimos (SM). Essas características correspondem com as encontradas em estudo epidemiológico, realizado com 258 gestantes em Porto Alegre¹³. A gestação na adolescência é considerada em muitos países como um problema de saúde pública, associado à dificuldade do reconhecimento e aceitação da gravidez nesse período. O índice encontrado neste estudo está acima da média nacional^{5, 14-15}.

O contexto pessoal e social no qual estão inseridas as mulheres é de grande importância e reflete diretamente no bem-estar destas, da criança e da própria família. Nesta perspectiva, é preciso realizar uma adequada avaliação dos riscos que podem comprometer a formação dos envolvidos no processo da gestação e assim, promover a saúde sexual, reprodutiva, bem como tratar a mulher e família. Toda essa construção do cuidado deve ser apropriada pela assistência PN¹⁶.

Ao analisar a qualidade do PN, de acordo com os registros presentes no CPN e o relato das mulheres, foi possível verificar que nem todas as ações estavam condizentes com o que propõe o Ministério da Saúde¹. Procedimentos como o registro da IG, AU, PA, PM, BCF, ocorreram adequadamente. Em estudo conduzido no município do Rio

de Janeiro, o PM e a PA foram os mais registrados no CPN e anotações da AU, BCF e IG ocorreram entre 50 e 89%¹⁷.

Muitas vezes os profissionais de saúde não conseguem efetivar o cuidado em sua integralidade, devido à demanda e ao fato do atendimento ainda estar centrado no profissional médico¹⁸.

O início do PN foi precoce, na população em estudo e alcançou a cobertura de número de consultas^(1,4,9,16). Em estudo em João Pessoa 83,6% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e 89,9% realizaram seis consultas de PN¹⁹. Em Ponta Grossa, comparando-se o número de consultas realizadas no cenário público (70,2%) e privado (91,9%) apesar de diferenças, atingiu-se a cobertura de seis ou mais consultas de PN²⁰.

A avaliação da adequação do PN no presente estudo evidenciou uma taxa preocupante de atendimentos classificados como inadequados. Este resultado também foi encontrado em um município do Sudeste Brasileiro, no qual persistiu a baixa adequação, apesar de uma boa cobertura de PN¹⁰.

A maioria das mulheres estudadas possuía o registro da vacina antitetânica e vacina contra hepatite B. Em estudo no Rio de Janeiro, verificou-se a partir de uma amostra de 2353 gestantes que 54% foram imunizadas contra o tétano, à medida que a idade gestacional avançava¹⁷.

Cabe ressaltar a importância da imunização das gestantes em tempo hábil, conferindo a prevenção do desenvolvimento de doenças como o Tétano e a Hepatite B no recém-nascido e na própria mulher¹⁶.

O acompanhamento adequado por meio da assistência PN é o principal indicador prognóstico para o nascimento seguro. Contudo, no cenário brasileiro ainda há lacunas nesse processo, em concordância com o presente estudo⁴.

Foram verificadas falhas no registro de procedimentos no CPN, tais como controle de peso, avaliação de edema, problemas detectados e anotados pelo profissional de saúde, sendo estes: anemia, infecção do trato urinário (ITU), sífilis, corrimento vaginal, além do registro de patologia prévia à gestação. Esse déficit de informações também foi verificado em estudo na Grande Vitória²¹.

A não realização do exame clínico das mamas mostra a perda de oportunidade para avaliação e orientações quanto aos cuidados e a futura amamentação, corroborando com estudo realizado em Botucatu, em que 53,1% das mulheres não foram avaliadas²².

Documento de uso obrigatório nos serviços de saúde, o CPN é um instrumento que permite o fornecimento de informações e o adequado acompanhamento da assistência à gestação. Seu preenchimento de forma correta, possibilita a facilidade de integração entre os serviços de saúde e entre os profissionais de saúde, principalmente na referência e contra-referência²¹.

Além dos registros necessários durante a gestação, se faz fundamental a comunicação entre os profissionais de saúde e a gestante, incluindo a família. Verificou-se ausência dessa comunicação no presente estudo, pois, na maioria dos casos, não ocorreram orientações sobre o parto e local do parto, sinais e sintomas de trabalho de parto, tipo de parto, serviço de referência e não visitaram a maternidade de referência ao parto de baixo risco. Este diagnóstico está em desacordo com o previsto pela rede cegonha²³.

CONCLUSÃO

A análise da assistência PN ofertada na atenção primária, no município em estudo, evidenciou que apesar dos indicadores de cobertura e atendimento clínico terem apresentado taxas relevantes, não se traduziram em diagnóstico de qualidade deste cuidado. A realização de ações preconizadas em protocolos específicos de saúde não deve ser tomada como único indicador de qualidade de um serviço, sob uma ótica mecanicista.

A inadequação do pré-natal foi evidenciada quando a voz da mulher teve espaço e indicadores que concretizam a humanização do cuidado foram verificados, como a possibilidade de visita à maternidade antes do parto e orientações específicas para este momento.

A relação estabelecida entre demanda e recursos humanos podem determinar dificuldades para profissionais de saúde, na execução de uma assistência adequada à mulher, porém, são estes cuidados que conduzem a melhorias no processo de nascimento, portanto é imprescindível que ações de aprimoramento e conscientização desses profissionais sejam desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde [Internet] 2013. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/recursos/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_

- basica_-_volume_ii.pdf [acesso: 15-de julho de 2016]
- gi.exe?sinasc/cnv/nvPR.def [acesso: 15-de julho de 2019].
2. Polgliane RB, Leal Mdo C, Amorim MH, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. Cienc Saude Colet. [Internet] 2014; 19(7) Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf> [acesso: 15-de julho de 2016]
 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres - SPM, Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) [Internet] 2016 Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/85337/mod_page/content/1/pnaism_pnpm-versaoweb2015.pdf [acesso: 15-de julho de 2017]
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Brasília [Internet] 2006 Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf [acesso: 15-de julho de 2016]
 5. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Sistema de Informação de Nascidos Vivos. [Internet] 2017 Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tab>
 6. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, Leal MC. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev Panam Salud Publica . 2015; 37(3):97.
 7. ONU – Organização das Nações Unidas. PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Objetivos do Milênio. ODM5 [Internet] 2016. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/ODM5.aspx> [acesso: 15-de julho de 2016]
 8. Nunes ADS, Amador AE, Dantas APQM, Azevedo UN, Barbosa IR. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Rev Bras Promoç Saúde 2017; 30(3): 1-10.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sirio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres- Brasília 2016; 230.
 10. 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; 32:563-9.
 11. Barbeto, PA. Fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra. Estatística aplicada às ciências sociais. 8. ed. Florianópolis: UFSC, 2012. 320 p.
 12. Field, A. Descobrimto a

- estatística usando SPSS; tradução Lorí Viali. 2ª edição, Artmed: Porto Alegre, 2009.
13. Gomes RMT, César JA. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(27):80-9.
 14. Bulhoes RB, Alves JB, Moreno CA, Silva TB, Dutra LP. Prevalência de Recém-Nascidos Pré-Termo de Mães Adolescentes. *Rev. Mult. Psic*. 2017; 11(39): 96-84.
 15. Parcero SMJ, Coelho EAC, Almeida MS, Almeida MS, Nascimento ER. Características do relacionamento entre a mulher e seu parceiro na ocorrência de gravidez não planejada. *Rev. baiana enferm*. 2017; 31(2).
 16. Londrina. Secretária Municipal de Saúde. Autarquia Municipal de Saúde. Manual do cuidado no pré-natal e puerpério na atenção primária em saúde. Protocolo. Londrina. 2016 232p.
 17. Vettore MV, Dias M, Vettore MV, Leal MC. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern. Infant*. 2013; 13(2):89-100.
 18. Junges JR, Barbiani R, Fernandes RBP, Prudente J, Schaefer R, Kolling V. O Discurso dos Profissionais Sobre a Demanda e a Humanização, *Saúde Soc*. 2012; 21(3):686-697.
 19. Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2013; v.13(1) 29:37p.
 20. Paris GF; Peloso SM; Martins PM. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2013; 35(10):447-452.
 21. Santos Neto ET, Oliveira AE, 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.
 22. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, et al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(2).
 23. Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011.

Correspondência:

Izabel Dayana de Lemos Santos
 Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. Av. Robert Koch, 60 – Operária, Londrina – PR, 86038-440. Londrina, PR-Brasil.
 Email: izabellemos87@hotmail.com.

Recebido: 19/01/2021

Aceito: 06/07/2022