



Evaluación de la calidad de la atención prenatal prestada por el enfermeiro: investigación exploratoria

Rodrigo Ayres de Souza¹, Monique Silva dos Santos², Claudia Maria Messias³, Halene Cristina Dias de Armada e Silva⁴, Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas⁵, Maria Regina Bernardo da Silva⁶

1 Clínica da Família Deputado Pedro Fernandes Filho

2 Clínica Familiar Kelly Cristina de Sá Lacerda Silva

3 Universidad Federal Fluminense

4 Secretaria Municipal de Salud

5 Universidad Federal do Rio de Janeiro

6 Universidad Castelo Branco

RESUMEN

Objetivos: evaluar la atención prenatal por parte del enfermero; analizar la consulta de enfermería en la percepción de la mujer gestante. **Método:** investigación exploratoria, descriptiva y cualitativa desarrollada en una Clínica de Salud Familiar en el Municipio de Río de Janeiro. La población del estudio estuvo conformada por 15 mujeres gestantes y se utilizó el marco de evaluación propuesto por Avedis Donabedian. **Resultados:** el estudio indicó a mujeres gestantes, jóvenes y casadas, sin estímulo por parte del enfermero para la participación de la pareja, pero clasificando positivamente la consulta prenatal. La sala de prenatal cuenta con los equipos necesarios, pero el registro en la tarjeta de la gestante fue inadecuado. **Conclusión:** se requiere un mayor incentivo a la presencia paterna en las consultas y uniformidad en los registros de la tarjeta de la gestante, con la calificación del enfermero en la atención brindada.

Descriptores: Atención prenatal, Evaluación en Salud, Atención de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La atención materno-infantil es una estrategia del Ministerio de Salud que tiene como objetivo reducir los posibles daños al binomio madre-hijo. Una de las acciones de esta estrategia incluye la atención prenatal, con enfoque en la prevención de enfermedades, promoción de la salud y el tratamiento de problemas que puedan tener lugar durante el período gestacional, lo que hace vulnerable la salud de la mujer gestante y del neonato. Busca así reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal, principalmente por causas sensibles y evitables⁽¹⁾.

Entendida como un indicador de desarrollo social, la meta de reducción de la mortalidad materna forma parte de la agenda de Naciones Unidas, de la cual Brasil fue signatario en el 2000, y se considera el quinto objetivo del Desarrollo del Milenio, a lograrse en el 2015⁽²⁾. A pesar de los esfuerzos para reducir la tasa de mortalidad materna, Brasil aún está lejos de alcanzar la meta y ahora su objetivo hasta el 2030⁽³⁾ es lograr menos de 20 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

Un estudio, que analizó la prevención de la mortalidad materna en la atención prenatal, determinó que las enfermedades hipertensivas, las hemorragias y la sepsis eran las principales causas de muerte materna directa, y que una atención prenatal adecuada y calificada puede reducir las muertes por causas indirectas en hasta un 21%, modificando y favoreciendo la salud de la madre y del bebé⁽⁴⁾.

La atención prenatal de calidad, humanizada, integral y holística requiere esfuerzos en la organización y gestión de los servicios sanitarios, la formación permanente de los profesionales y el uso de tecnologías sanitarias para el desarrollo de un buen seguimiento durante el período gestacional y puerperio⁽⁵⁾.

En lo que respecta a la atención prenatal, y como integrante del equipo de salud, el enfermero cuenta con el respaldo legal para un seguimiento completo del prenatal de una mujer gestante de bajo riesgo, y le cumple encargarse de llevar a cabo la consulta de enfermería, la prescripción de la atención de enfermería y prescribir medicamentos, así como realizar actividades de educación sanitaria⁽⁶⁾. Campos et al. tratan de la importancia y efectividad del protagonismo de la consulta de enfermería en la atención prenatal, que asociada a los cuidados técnicos, acogida, comunicación y promoción de la salud, brindan una atención integral⁽⁷⁾.

Este estudio se llevó a cabo con la siguiente pregunta de investigación: ¿Ofrece el enfermero calidad en la atención prenatal con base en los parámetros recomendados por el Ministerio de Salud? Definiendo como objetivos: evaluar la atención en el prenatal de bajo riesgo a partir de los parámetros recomendados por el Ministerio de Salud y analizar, en la percepción de la mujer gestante, la consulta prenatal prestada por el enfermero.

MÉTODO

Se trata de una investigación de campo descriptiva, con enfoque cualitativo. La investigación se desarrolló en una Clínica de Salud Familiar ubicada en la zona oeste de la ciudad de Río de Janeiro en los meses de abril y mayo de 2015. La unidad cuenta con 8 (ocho) equipos de Estrategia de Salud Familiar, con la participación de médicos, enfermeros, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud (ACS).

Formaron parte del estudio 15 (quince) mujeres gestantes, inscritas en la unidad de salud y con los siguientes criterios de inclusión: mujeres gestantes a partir de la 35ª. semana de gestación; mayores de 18 años; con tarjeta de gestante y haber realizado al menos 6 (seis) consultas prenatales. Y como criterio de exclusión: mujeres gestantes menores de 18 (dieciocho) años. Se efectuaron cuatro (4) visitas a la unidad de salud, dos en cada turno, en las que, de manera aleatoria, se invitó a las mujeres gestantes a participar en el estudio, explicándoles sus objetivos.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado basado en el marco evaluativo propuesto por Donabedian y para la identificación de los equipos de salud familiar de la unidad se emplearon las letras A, B, C, D, E, F, G, H. El modelo propuesto para la evaluación de la salud se basó en el análisis de la estructura, del proceso y del resultado⁽⁸⁾. Donabedian describe que el estudio de la satisfacción del paciente es el objetivo más importante en los estudios sobre la práctica del cuidado, aunque no puede ser

un indicador directo o indirecto, sino solo aproximado, de la calidad de la atención sanitaria.

El cuestionario diseñado para el estudio se estructuró en dos bloques. El primero tenía como objetivo obtener información sobre la "ESTRUCTURA", señalando los elementos que deben incluirse en las instalaciones de la unidad. El segundo bloque se destinó a la evaluación de la etapa "PROCESO", en la que se incluyeron datos registrados en la tarjeta de la gestante, tales como identificación, historial obstétrico, exámenes de laboratorio por imágenes, clínicos, uso de medicamentos y enfermedades intercurrentes.

Para cada elemento del cuestionario relativo a la etapa de "Estructura", se atribuyó a cada respuesta SI = 2 puntos y NO = 1 punto, y para el cuestionario del "Proceso" para cada respuesta SI = 3 puntos, PARCIALMENTE = 2 puntos y NO = 1 punto, siendo la puntuación mínima en la dimensión Estructura y Proceso 36 y la máxima 92. Para la clasificación de los datos, para cada dimensión se utilizó la Tabla de Categorías y Puntajes propuesta en el documento denominado Instrumento de Evaluación para Centros y Puestos de Salud, que se muestra en la siguiente tabla:

Cuadro 1. Puntaje de clasificación de la calidad de la consulta de enfermería por Dimensión Donabedian. Río de Janeiro, RJ, Brasil, 2015.

PUNTUACIÓN	PORCENTUAL	CLASIFICACIÓN
36 a 45,8	00 a 49,9	Insuficiente
45,9 a 68,8	50 a 74,9	Precario
68,9 a 82,7	75 a 89,9	Satisfactorio
82,8 a 92	90 a 100	Óptimo

Fuente: Adaptado de Vituri et al. (2013).

Para la recolección de datos con las mujeres gestantes, buscando su percepción sobre la consulta prenatal y sobre la consulta de enfermería, se aplicó un cuestionario semiestructurado, con 05 (cinco) preguntas abiertas. Minayo defiende la investigación de campo y las entrevistas semiestructuradas, un fenómeno que permite aproximar los hechos ocurridos en la realidad a la teoría existente sobre el tema examinado⁽⁹⁾. El análisis de los datos tuvo lugar después de la transcripción de las grabaciones de las entrevistas con las mujeres gestantes y con lo encontrado en el cuestionario.

Se solicitó firmar el Término de Consentimiento Libre e Informado, de acuerdo con la Resolución núm. 466, del 12 de diciembre de 2012. Esta investigación fue autorizada por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Castelo Branco (UCB) con el número 005/2015.

RESULTADOS

La muestra total del estudio consistió en 15 (quince) mujeres gestantes. Respecto a la situación matrimonial, se observó que 9 (60%) de las mujeres gestantes estaban casadas, mientras que 6 (40%) indicaron estar solteras. Sobre el estímulo del enfermero en la participación del padre durante la consulta prenatal, 13 (80%) dijeron que no hubo y 2 (20%) que sí existió tal incentivo. Entre las ocupaciones, 6 (40%) informaron ser del hogar y 9 (60%) tenían otras actividades, sin especificarlas.

La evaluación de los materiales y equipos se basó en el Manual Técnico de Atención al Prenatal de Bajo Riesgo 2012⁽¹⁰⁾, y se observó que ninguno de los equipos contaba con pinzas Cheron y Ficha Perinatal. Otro punto observado fue que no existía mesa de ginecología dentro de las salas de atención, por lo que la mujer gestante debería, si necesario, ser enviada a una sala denominada "Salud de la Mujer".

En cuanto a los procedimientos, la tarjeta de la gestante es una fuente de registro durante las consultas prenatales y una base de estudio para evaluar la calidad prenatal. En esta etapa se observó la información contenida en la tarjeta:

1) Datos sociodemográficos registrados - 10 (66,66%) presentaron todas las informaciones anotadas, como nombre, dirección, registro en el SISPRENATAL, teléfono, estado civil, escolaridad y 5 (33,33%) solo parcialmente.

2) Inicio de la atención prenatal y programación - todas las entrevistadas tenían más de 6 consultas registradas en la tarjeta prenatal, según lo recomendado por el Ministerio de Salud.

3) Antecedentes obstétricos registrados - Datos como embarazos anteriores, abortos, número de partos, lactancia, fecha de la última gestación, RN < 2.500 g y RN con mayor peso estaban registrados en 13 (86,66%) y parcialmente en 2 (13,33%).

4) Situación de vacunación registrada - los resultados revelaron que en 10 (66,66%) estaban registrados y en 5 (33,33%) no lo estaban. Esto indica una

falta de conocimiento sobre la importancia de la inmunización y de la prevención del tétano neonatal⁽¹⁰⁾.

5) Datos del embarazo actual rellenados - El 100% de las tarjetas evaluadas tenían debidamente registrados los datos de peso, estatura, IMC, presión arterial, edema, altura uterina, presentación fetal, latidos cardiorfetales (LCF), fecha de última menstruación (FUM), fecha probable de parto (FPP), examen clínico de las mamas, examen clínico, dudas y firma del profesional.

Durante la entrevista a la mujer gestante se le hizo la siguiente pregunta: "¿Puede usted aclarar sus dudas durante la consulta prenatal realizada por el enfermero?". En total 13 (86%) respondieron afirmativamente y parcialmente 2 (13,33%), destacándose las siguientes afirmaciones:

Puedo, perfectamente. (E 08)

Más o menos, el que me da más atención es el médico, la enfermera no. (E 06)

No siempre, no siempre puedo. (E 10)

Depende del día, hay días en que la consulta se acelera, otros días te dan más atención. (E 04).

Otra pregunta evaluada fue: "¿Existe algún tipo de orientación sobre la gestación y la salud de la mujer en la consulta prenatal realizada por el enfermero?", donde 14 (93,33%) indicaron que sí y 2 (13,33%) que no.

6) Gráfico de acompañamiento nutricional completo - el modelo recomendado está en el cuaderno de atención primaria núm. 32⁽¹⁰⁾. Observamos que el 100% de las tarjetas de las mujeres gestantes no tenían el gráfico de acompañamiento nutricional en el modelo de tarjeta utilizado por el municipio de Río de Janeiro.

7) Gráfico de curva uterina/edad gestacional completo - En total, 14 (93,33%) no indicaban ese registro y sólo 1 (6,66%) lo incluía. Cabe señalar que en todas las tarjetas constaba el valor de la altura uterina.

8) Antecedentes personales y familiares completos: en todas las tarjetas se registró información, como embarazos gemelares, diabetes, hipertensión arterial y malformaciones, entre otros.

En cuanto a los datos obtenidos en el área de pruebas de laboratorio, 12 (80%) los tenían anotados y en 3 (20%) no constaba el registro de tipificación ABO-Rh. No había registro de hemograma y glicemia en ayunas en 4 (26,66%) de las entrevistadas.

Al analizar el indicador sobre *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), este fue inscrito en 14 (93,33%) y en solo 1 (6,66%) no. La comprobación del resultado de orina tipo 1 y urocultivo registró 11 (73,33%) sí y 4 (26,66%) no. Respecto al examen de citología oncológica, solo 2 (13,3%) de las mujeres entrevistadas se ajustaban a las directrices para efectuar el examen y estos estaban actualizados.

El análisis de los cuestionarios sobre la observación de la estructura de la sala de atención prenatal examinó 16 elementos, indicando que en este aspecto todos los equipos obtuvieron 28 puntos de un total de 30.

El resultado de la evaluación del registro de procedimientos en la tarjeta de la gestante evaluó 20 elementos y mostró al equipo H con 39,4 puntos y al equipo E con 51 puntos, de un máximo de 60 puntos posibles para esta variable. La clasificación final, que busca evaluar la calidad de la consulta de enfermería en el prenatal, muestra que los equipos de salud familiar A, D y H son precarios para el servicio de atención prenatal y los equipos B, C, E, F y G tienen un servicio satisfactorio, según las recomendaciones indicadas. Así, el 37,5% de la oferta prenatal de los enfermeros en la unidad se consideró precaria y el 62,5% satisfactoria.

Durante la entrevista con la mujer gestante se investigó la duración de la consulta prenatal, obteniéndose un promedio de 15 a 30 minutos.

Las gestantes, al ser consultadas sobre cómo evaluaban la consulta prenatal realizada por el enfermero, resaltaron la consideración que se les brindó como un punto alto en sus discursos, además de la excelencia en la atención sanitaria. Se destaca el siguiente comentario:

“La evaluó como una buena consulta, muy esclarecedora, la enfermera es excelente” ... (E 8)

Otras gestantes señalaron la preferencia por la consulta médica sobre la de enfermería, lanzando dudas sobre la capacidad técnica del enfermero. Entre las respuestas se destaca la siguiente explicación:

“No me parece bien no, porque lo cierto es que sea el médico, lo correcto son ellos ¿no? porque el médico te orienta sobre todo, el enfermero no lo sabe. (E 11)

En resumen, la mayoría de las mujeres entrevistadas evaluaron positivamente la consulta prenatal prestada por el enfermero. Cabe resaltar la importancia de los enfermeros para ofrecer información clara y dar respuesta a las demandas, con el fin de satisfacer las necesidades de las mujeres gestantes en su singularidad.

DISCUSIONES

Los estudios muestran que la participación del compañero durante la consulta prenatal puede ser más favorable para la atención de la salud materna; además del inicio temprano, más consultas y exámenes. El acto de gestar es de la pareja y la aproximación en el prenatal permite crear sentimientos afectivos y vínculos⁽¹¹⁾.

Un estudio realizado con mujeres primíparas para evaluar la influencia de la participación de la pareja en la atención prenatal demostró que la experiencia de estar con el compañero durante el proceso

de parto fue considerada positiva por casi todas las puérperas, lo que refuerza la importancia de este acompañante en la mencionada ocasión, pues favorece el fortalecimiento del vínculo entre la pareja y el recién nacido ⁽¹²⁾.

De esta manera, la falta de incentivo por parte del profesional de enfermería en la participación de la pareja, como se ha demostrado en este estudio, se convierte en un factor preocupante, ya que puede aumentar la vulnerabilidad de la mujer gestante.

Otro aspecto observado por el estudio fue la falta del registro de vacunas. En los estudios de Mayor et al.⁽¹³⁾, aproximadamente el 68% de las tarjetas de las mujeres gestantes encuestadas no tenían ningún registro del estado de vacunación, lo que refuerza que la ausencia de este registro denota desconocimiento sobre la importancia de la inmunización y prevención del tétano neonatal.

A fin de prevenir enfermedades inmunoprevenibles, es de suma importancia acompañar el estado de vacunación de la mujer gestante. Esa acción tiene un impacto, no solo en la salud de la mujer, sino principalmente en la salud fetal y posteriormente neonatal, ya que la vacuna DTPa se administra a mujeres gestantes con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por tos ferina en recién nacidos. Esta enfermedad se manifiesta cada vez más en niños mayores, adolescentes y adultos, y es la fuente de transmisión más frecuente para los niños, especialmente para los menores de un año, que pueden presentar cuadros atípicos de la

enfermedad. Esto dificulta el diagnóstico y permite la transmisión para lactantes, con mayor riesgo de desarrollar complicaciones que deriven en fallecimiento⁽¹⁴⁾.

Además de esta vacuna, según el calendario del Ministerio de Salud, se recomiendan las vacunas contra la influenza y la hepatitis. Por ello, las mujeres gestantes tienen asegurado su derecho de recibirlas en una unidad de atención primaria.

El Manual de Atención Prenatal de Bajo Riesgo⁽¹⁰⁾ también orienta, como uno de los exámenes que deben solicitarse en la primera consulta prenatal, la prueba rápida de anti-VIH. Sin embargo, se encontró que solo 12 (80%) lo efectuaron. Un estudio realizado en el estado brasileño de Pará demostró que el 95,15% de las mujeres gestantes se sometieron a la prueba anti-VIH en el primer trimestre y solo el 31,71% repitió el examen en el tercer trimestre, con prevalencia de infección por el virus en un 2,44% de la muestra estudiada. Estos datos demuestran la necesidad de dar una mayor atención a este examen, a fin de prevenir la transmisión vertical, y garantizar la salud neonatal, ya que las mujeres gestantes pueden recibir intervenciones tempranas con la administración de antirretrovirales (ARV) para prevenir dicha transmisión y/o la administración de ARV al neonato ⁽¹⁵⁾.

Se registraron pruebas serológicas para toxoplasmosis en solo 3 (20%) de las mujeres gestantes y 12 (80%) no tenían ningún registro, a diferencia de lo encontrado por Balsells et al.⁽¹⁶⁾, cuando comprobaron que el 76,6% tenía las pruebas solicitadas en sus consultas. El

examen para detectar la toxoplasmosis forma parte del componente 'Rede Cegonha', el cual es de extrema importancia, y, si es positivo, la mujer gestante debe ser enviada a la atención prenatal de alto riesgo⁽¹⁷⁾. La falta de diagnóstico repercute en la salud de la mujer y del niño, que puede nacer con toxoplasmosis congénita.

Otro punto analizado en el estudio fue el tiempo promedio de la consulta de enfermería, ya que este puede estar relacionado con la calidad de la consulta. El usuario del servicio de salud utiliza la duración de la consulta como uno de los parámetros de satisfacción⁽¹⁸⁾. En este estudio, el promedio fue de entre 15 y 30 minutos. Es fundamental que el enfermero desarrolle no solo procedimientos en las consultas prenatales, sino también pautas educativas, como estrategia para reducir los factores de riesgo y vulnerabilidades⁽¹⁰⁾. Esta acción, de manera clara y dialogada con temas relevantes como lactancia materna, cuidado en la gestación, prevención de las ITS, reducción de factores de riesgo para prevención de comorbilidades, como hipertensión y diabetes entre otros, puede fortalecer el vínculo entre la mujer gestante y el enfermero, además de permitir un mayor protagonismo y autonomía de esta mujer en el autocuidado.

Los resultados de este estudio, que en su gran mayoría muestra como satisfactoria la consulta de enfermería, son similares a los encontrados en otros, pero se nota la necesidad de una mayor atención a las cuestiones de educación sanitaria,

además de un mayor incentivo de la pareja en las consultas, y no sólo intervenciones técnicas con el fin de mejorar la salud de las mujeres gestantes^(19,20).

CONCLUSIÓN

El proceso de evaluación de la calidad de la atención tiene por objetivo evaluar la salud del feto, además de prestar atención a las quejas, temores y dudas de la mujer gestante y su acompañante, tratando de contemplar toda la dimensión biopsicosocioespiritual. Se deben realizar adecuaciones en el sentido de fomentar la presencia del padre durante la consulta, lo que permite promover el vínculo y una visión globalizada de la familia.

En vista de los objetivos de este estudio, se observó que exámenes importantes para la salud de la mujer gestante fueron subregistrados, lo que puede generar procesos intercurrentes en su salud. En la evaluación de nuestro estudio, si bien la mayoría de los enfermeros tienen un servicio satisfactorio para los criterios establecidos, considerados mínimos para una atención de baja complejidad, se observó la necesidad de llenar algunos vacíos, especialmente en cuanto a la uniformidad y adecuación del registro de la tarjeta de la mujer gestante. Esta circunstancia, que puede generar repercusiones éticas y legales, debe ser mejor valorada por los profesionales.

Aunque el enfermero es un profesional calificado, se hizo evidente que algunas mujeres gestantes aún se mostraban desconfiadas e inseguras porque

eran atendidas por enfermeros. Por otro lado, otras gestantes se sintieron cómodas, sin quejas con respecto a la atención.

La satisfacción de la mujer gestante es fundamental en la evaluación de la calidad, y es imprescindible reconocer las áreas de debilidad, buscando nuevas dimensiones en el proceso de cuidar, a fin de garantizar un estándar de calidad y excelencia en la atención ofrecida.

1. REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
2. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2015 [cited 2020 Julho 26]; 37(12):549-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf>
3. Fernandes BB, Nunes FBBF, Prudêncio PS, Mamede FV. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2015 [cited 2020 Julho 26]; 36(esp.): 192-199. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500192&tlng=pt Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56792>
4. Carvalho ML, Almeida CAL, Marques AKL, Lima FF, Amorim LMM, Souza JML. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. Rev Interd [Internet]. 2015 [cited 2020 Julho 26]; 36(8): 178-184. Available from: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/733>
5. Barros MEO, Lima LHO, Oliveira EKB. Prenatal care in the city of quixadá: a descriptive study. Online Braz J Nurs [Internet]. 2012 Aug [cited 2020 Julho 26]; 11(2):319-30. Available from: <http://www.obinursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3782/html>
6. Crislaine SS, Kleyde VS, Valdecyr HA, Bruno Augusto CC, Leila SS. Nurse's performance in prenatal consultation: limits and capabilities. Rev Pesq Cuidado Fundam Online [Internet]. 2016 [cited 2020 Julho 26];8(2),4087-4098. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505754104031>
7. Campos ML, Veleda AA, Coelho DF, Telo SV. Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. J Nurs Health [Internet]. 2016 Dez [cited 2020 Julho 26];6(3): 379-390. Doi: <https://dx.doi.org/10.15210/jonah.v6i3.7949>
8. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2003.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
11. Cardoso VEPS, Silva Junior AJ, Bonatti AF, Santos GWS, Ribeiro TAN. A participação do parceiro na rotina pré-natal sob a perspectiva da mulher gestante. Rev Pesq Cuidado Fundam online [Internet]. 2018 [cited 2020 Julho 26];10(3):856-862. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-906762>
12. Holanda SM, Castro RCMB, Aquin PS, Pinheiro AKB, Lopes L, Martins ES. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2018 [cited 2020 Agosto 04]; 27(2). Doi:

- <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003800016>
13. Mayor MSS, Herrera SDSC, Araujo MQ, Santos FM, Arantes RV, Oliveira NA. Avaliação dos indicadores da assistência pré-natal em Unidade de Saúde da Família, em um município da Amazônia Legal. Rev Cereus [Internet]. 2018 [cited 2020 Agosto 04];10(1):91-100. Available from: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2079/636>
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto - dTpa. Brasília, 2014.
 15. Araújo EC, MONTE PCB, HABER ANCA. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude [Internet]. 2018 [cited 2020 Agosto 02];(1): 33-39. Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232018000100033&lng=pt&nrm=iso
Doi.org/10.5123/s2176-62232018000100005
 16. Balsells MMD, et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. Acta Paul Enferm [Internet]. 2018 [citado 2020 Agosto 02]; 31(3): 247-254. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000300247&lng=pt&tlng=pt
Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800036>.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_toxoplasmose_gestacional.pdf
 18. Livramento DVP, Backes MTS, Damiani PR, Castillo LDR, Backes DS, Simão AMS. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019 [cited 2020 Agosto 02];40. available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100420&tlng=pt
Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>
 19. Oliveira IG, Castro LLS, Massena AM, Santos LVF, Sousa LB, Anjos SJSB. Qualidade da consulta de enfermagem na assistência ao pré-natal de risco habitual. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2017 [cited 2020 Agosto 02]; 19. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/40374>
Doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.40374>
 20. Martins QPM, Ferreira GSM, Araújo AEA, Amancio FMG, Araújo LM, Ferreira FIS. Conhecimentos de gestantes no pré-natal: evidências para o cuidado de enfermagem. Rev Políticas Publ [Internet]. 2015 [cited 2020 Agosto 02]; 14(2): 65-71. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/827>

Recibido: 01/04/2020
Revisado: 05/08/2020
Aprobado: 09/10/2020