

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

**ADEQUAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PELA
REDE BÁSICA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

JORGE ALBERTO BUCHABQUI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Porto Alegre

2004

JORGE ALBERTO BUCHABQUI

**ADEQUAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PELA
REDE BÁSICA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Jair Ferreira

Porto Alegre

2004

JORGE ALBERTO BUCHABQUI

Título da Dissertação: **ADEQUAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PELA REDE
BÁSICA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Aprovada em:

Nota:

APROVADO POR:

Prof. Dr. Jair Ferreira, Orientador.

Membros da Banca Examinadora:

Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein, Prof. Titular, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de
Porto Alegre

Prof. Dr. Fernando Monteiro de Freitas, Prof. Titular, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia,
Faculdade de Medicina, UFRGS

Prof. Ronaldo Bordin, Prof. Adjunto, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina,
UFRGS

Dedico a minha esposa Solange, maior incentivadora e companheira de todos momentos e à Mariana e ao Pedro Henrique, fruto dos nossos sonhos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Jair Ferreira, amigo e colega de turma médica, pela paciência, pelos ensinamentos compartilhados ao longo do tempo e pela orientação e incentivo para assumir e realizar este projeto.

Ao Prof. Dr. Edison Capp pelo senso de coleguismo, entusiasmo e generosidade, sustentáculos que dão significância ao seu amor pelo ensino e pela pesquisa e que se configurou em estímulo para prosseguir.

Aos colegas de equipe Waldemar Rivoire, Solange Garcia Accetta, Alberto Abeche e demais colegas do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina e do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo apoio.

Aos então acadêmicos Rodrigo Costa Castro Araújo, Eduardo Fernandes, Eduardo Granzotto, Desiree Bortolanza, Alessandra Abreu, Carina Troian, Dalvan Tadeu Brum e Paulo Ricardo Maciel Guterres que, em diferentes momentos, mantiveram viva a possibilidade de operacionalizar este estudo.

Às anônimas gestantes que perfilarão suas dúvidas, seus temores e suas

esperanças em seus filhos, nascidos com plena saúde e livres de angústias infundadas.

E em especial aos meus pais Elias e Filomena, por terem me ensinado os princípios fundamentais de uma vida digna e comprometida com a sociedade, através do modelo que foram e são de honestidade, perseverança, esperança e amor ao próximo.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das gestantes por faixa etária e adequação*	48
Tabela 2 – Distribuição das gestantes em relação à origem e adequação.....	49
Tabela 3 – Causas de encaminhamento, adequação com IC de 95%	50
Tabela 4 – Causas administrativas e causas não informadas de encaminhamento por origem geográfica.....	51

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 REVISÃO DA LITERATURA	13
1.1 Gestação de Alto Risco	13
1.1.1 Síndromes hipertensivas da gravidez	17
1.1.2 Síndromes hemorrágicas	17
1.1.3 Desvios do crescimento fetal	19
1.1.4 Alterações da duração da gravidez	19
1.1.5 Alterações do volume de líquido amniótico	20
1.1.6 Gestação múltipla	21
1.1.7 Isoimunização materno-fetal	22
1.1.8 Cesárea anterior	22
1.1.9 Intercorrências clínicas.....	23
1.1.9.1 Infecções	23
1.1.9.2 Anemias	28
1.1.9.3 Diabetes melito	29
1.1.9.4 Tireoidopatias (hipotireoidismo; hipertireoidismo)	30
1.1.9.5 Cardiopatias e pneumopatias (asma, pneumonias, tuberculose)..	30
1.1.9.6 Lupus eritematoso sistêmico (LES).....	31
1.1.9.7 Epilepsia.....	32
1.1.9.8 Malformações fetais	32
1.2 Sistema de Referência e Contra-Referência	33
1.3 Avaliação da Qualidade da Atenção Pré-Natal	36
2 PROBLEMA DA PESQUISA	40
3 OBJETIVOS	41
3.1 Geral	41
3.2 Específicos	41
4 PRESSUPOSTOS	42
5 MÉTODOS.....	43

5.1 Delineamento do Estudo	43
5.2 População e Amostra	43
5.3 Desfechos Possíveis	44
5.5 Aspectos Éticos	46
6 RESULTADOS	47
7 DISCUSSÃO	52
8 CONCLUSÕES	59
9 REFERÊNCIAS	60
10 ARTIGO - ADEQUAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PELA REDE BÁSICA DE ATENÇÃO À SAÚDE	67

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) consiste numa estratégia através da qual procura-se agilizar, garantir e facilitar o acesso de todos os cidadãos brasileiros (universalidade) aos mais diversos níveis de atenção à saúde (integralidade); está previsto na Constituição Federal de 1988 (artigo 196) e foi regulamentado pela lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8142/91). É uma rede hierarquizada, regionalizada e descentralizada sob o comando único dos governos federal, estadual e municipal. Esta atenção à saúde procura definir claramente instâncias resolutivas, para que a partir das quais aconteça uma integração que qualifique e torne adequado o atendimento (Donabedian, 1988).

A Atenção Básica compreende as ações que estão no primeiro nível do sistema de saúde e inclui promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Para as gestantes de baixo risco, um número mínimo de consultas (de 5 a 6 consultas) é suficiente para evitar o aumento na ocorrência de resultados negativos maternos e perinatais (Puccini, 2003; Villar *et al.*, 2001). A devida atenção à complexidade crescente deste atendimento deve ser observada, bem como a utilização correta das instâncias específicas e manutenção da qualidade do atendimento.

O sistema de referência e contra-referência é uma estratégia para otimização do sistema de atendimento, aproveitando ao máximo os recursos existentes, e serve para os gestores de saúde locais proporem ações mais efetivas e de melhor qualidade.

Cada Sistema Estadual de Referência conta com um número máximo de hospitais secundários e terciários definidos pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)/MS, em conjunto com a respectiva Secretaria Estadual da Saúde (SES) e de acordo com o teto de repasse financeiro do MS. Entre estes, o Hospital Fêmima de Porto Alegre se classifica como uma Unidade de Referência Secundária que está habilitada e capacitada para análise e identificação de casos de alto risco que necessitem de encaminhamento no nível terciário, bem como dos casos cujo atendimento deva ocorrer no nível secundário ou possa ser compartilhado com o nível básico.

O entendimento dos processos envolvidos nos encaminhamentos à atenção pré-natal de maior complexidade, permitirá o desenvolvimento de estratégias de otimização. A dinâmica de funcionamento desta articulação no nível do Sistema Único de Saúde ainda não foi adequadamente avaliada. Assim, há uma necessidade de compreensão dos efeitos que este tipo de avaliação, desvinculada do modelo assistencial vigente, possa ter na qualidade do atendimento e nos desfechos. Procura-se acrescentar ao que atualmente se aplica em grau crescente: conceitos e métodos epidemiológicos na avaliação de serviços, programas e tecnologias na tentativa de investigar a qualidade da atenção médica (Fosberg *et al.*, 1991; Black, 1994; Goldbaum, 1996), entendendo-se o estudo do processo como a melhor forma para se investigar o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de assistência (Donabedian, 1988).

Novos tipos de avaliação são necessários, ainda mais levando em consideração a situação precária de atenção pré-natal na rede básica. Há tendência de que se reproduza nas instâncias de maior complexidade esta mesma precariedade, não se atingindo a integralidade da atenção ao não se utilizar efetivamente às instâncias de resolutividade competentes. Identifica-se a ausência de uma visão coletiva no planejamento das ações de saúde do serviço, o que pode interferir na execução das normatizações. Por essa razão, este trabalho procura resgatar as avaliações de processo, afim de que se consiga refletir a essência e o conteúdo implícito dos atendimentos referenciados.

1 REVISÃO DA LITERATURA

Foi realizada pesquisa na base de dados PUBMED. Foram utilizadas as palavras-chave (*MESH terms*): referência (*referral*, 49550), gestação de alto risco (*high risk pregnancy*, 1617), cuidado pré-natal (*prenatal care*, 14206), custo-efetividade (*cost-effectiveness*, 36578). Foram consultados principalmente os artigos mais recentes (até 2002) e a legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde.

1.1 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem apresentar variações ou anormalidades (Ministério da Saúde-MS, 1986). Apesar disso, há uma parcela de gestantes que, por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores problemas de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe (MS, 1984; MS, 1986; MS, 2000). As necessidades de assistência à saúde do grupo de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas. Ainda que alguns casos

possam ser solucionados no nível primário de assistência, por meio de procedimentos simples, outros necessitarão de cuidados mais complexos nos níveis secundário e terciário, com equipes multidisciplinares constituídas por especialistas de outras áreas. Assim, o custo e o número de consultas adequado pode variar nos diferentes serviços (Carroli *et al.*, 2001).

Segundo Majoko *et al.* (2002), vinte por cento das gestantes desenvolvem complicações. Destas, 60% são identificadas na primeira avaliação como sendo de alto risco. As complicações de maior frequência são notadamente distúrbios hipertensivos, trabalho de parto prematuro e nascimento pré-termo em primigestas. Nas grandes múltiparas (≥ 6 gestações) a complicação mais freqüente é a hipertensão na gestação. Idade ≤ 16 anos é risco para recém-nascidos de baixo peso e mortalidade perinatal; idade > 35 anos não é fator de risco independente, mas é agravante para fatores de risco associados.

Gestações de alto risco estão associadas a um aumento da mortalidade fetal, particularmente no 3º trimestre. Enquanto as taxas de mortalidade fetal em gestações de baixo risco foram de 1,6/1000, nas gestações complicadas obteve-se riscos relativos ajustados (RRA) de 2,7/1000 para hipertensão crônica, 1,4/1000 para desordens hipertensivas gestacionais, 2,5/1000 para o diabetes, 7,0/1000 para fetos pequenos para a idade gestacional e 9,2/1000 para placenta prévia. Quase 2/3 das mortes foram atribuídas a complicações gestacionais identificadas em exames prévios no pré-natal (Smulian *et al.*, 2002). Segundo Incerpi (1998), a taxa média de mortalidade fetal é de aproximadamente 5/1000 nascidos vivos. Encontrou-se taxas nacionais oscilando de 7 a 17/1000 nascidos vivos (Abeche, 2001).

O Ministério da Saúde considera a Gestação de Alto Risco um dos itens fundamentais na atenção pré-natal e definiu claramente as doenças principais (MS, 1986). Essa lista é referência para trabalhos que classifiquem as gestantes em grupos de alto e baixo risco.

Os critérios adotados no presente estudo levam em consideração a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade da doença intercorrente. Como magnitude caracteriza-se a sua prevalência ou a sua incidência durante a gestação. Como transcendência, o seu potencial de provocar dano e como vulnerabilidade, a possibilidade de se reverter o quadro nosológico com as técnicas disponíveis.

A seguir listou-se as doenças definidas, segundo os critérios acima, e consideradas como de alto risco pelo MS, descrevendo-se com maior detalhe as mais freqüentes.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - 2000

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

1. SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ - classificação clínica das síndromes hipertensivas da gravidez (adotada pela OMS em 1987). HIPERTENSÃO E/OU PROTEINÚRIA GESTACIONAL; HIPERTENSÃO CRÔNICA E DOENÇA RENAL CRÔNICA; HIPERTENSÃO E/OU PROTEINÚRIA NÃO CLASSIFICADAS ; ECLÂMPSIA

2. SÍNDROMES HEMORRÁGICAS – Hemorragias da primeira metade da gravidez (Abortamento; Abortamento habitual ; Gravidez ectópica ;Mola hidatiforme; Descolamento cório-amniótico); Hemorragia da segunda metade da gravidez; Placenta prévia ;Descolamento prematuro de placenta; Rotura uterina

3. DESVIOS DO CRESCIMENTO FETAL - Retardo de crescimento intra-uterino; Macrossomia fetal

4. ALTERAÇÕES DA DURAÇÃO DA GRAVIDEZ - Incompetência istmo-cervical; Trabalho de parto prematuro (TPP);
Gestação prolongada

5. ALTERAÇÕES DO VOLUME DE LÍQUIDO AMNIÓTICO - Oligoâmnio e Polidrâmnio

6. GESTAÇÃO MÚLTIPLA

7. ISOIMUNIZAÇÃO MATERNO - FETAL

8. CESÁREA ANTERIOR

9. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS:

INFECÇÕES - Infecção urinária; Toxoplasmose ; Rubéola ; Citomegalia ; Sífilis; Hepatites B e C ; Infecção pelo HIV; Infecção pelo PapilomaVírus Humano – HPV; Herpes simples vírus (HSV); Vaginose bacteriana;

ANEMIAS - Anemia ferropriva; Anemia megaloblástica; Anemia megaloblástica;

ENDOCRINOPATIAS - Diabete melito; Tireoidopatias (Hipotireoidismo ; Hipertireoidismo);

CARDIOPATIAS e PNEUMOPATIA (Asma; Pneumonias; Tuberculose);

LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (L E S)

TROMBOEMBOLISMO; EPILEPSIA

1.1.1 Síndromes hipertensivas da gravidez

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) incide em cerca de 10% das gestações, sendo a principal causa de morbimortalidade materna e perinatal (Martins-Costa *et al.*, 2001a; Sibai, 2003; Ramos *et al.*, 2003; Livingston *et al.*, 2003). No estado do Rio Grande do Sul, a síndrome hipertensiva está entre as causas mais freqüentes de óbito materno. Em geral, a HAS é leve, não interferindo de modo significativo no curso da gestação. A pressão arterial normaliza-se nas primeiras semanas do puerpério, embora a HAS possa recorrer durante gestações subseqüentes. O início de uma hipertensão gestacional grave e/ou pré-eclâmpsia grave, antes das 35 semanas de gestação, está associado com significativas complicações, necessitando uma avaliação das condições materno-fetais quanto a duração da gestação e quais os casos que devem ser internados.

1.1.2 Síndromes hemorrágicas

Compreendem as hemorragias da primeira metade da gravidez, como as dos diversos tipos de abortamento, da gravidez ectópica, da mola hidatiforme e do descolamento cório-amniótico, e as hemorragias da segunda metade da gravidez, como as da placenta prévia; do descolamento prematuro de placenta e da rotura uterina (Ramos *et al.*, 2001). Constituem com maior freqüência motivo de consultas emergenciais, mas são observadas em consultas rotineiras do pré-natal, uma vez que entre 10 e 15% das gestações apresentam perdas de sangue anormais. Podem representar complicação gestacional ou agravos ginecológicos concomitantes com o período gravídico. Hemorragias da primeira metade da gravidez englobam o

abortamento, que é a morte ovular ocorrida antes da 22^a semana de gestação, a gravidez ectópica, que corresponde à nidação do ovo fora da cavidade uterina, e a mola hidatiforme, doença trofoblástica gestacional de forma benigna, cuja frequência é de 1 caso para cada 2.000 gestações.

As hemorragias da segunda metade da gravidez (após a 22^a semana) compreendem fundamentalmente a placenta prévia (PP) e o descolamento prematuro de placenta (DPP). Por placenta prévia entendem-se as implantações da placenta, inteiras ou parcialmente, no segmento inferior do útero. Sua frequência tem aumentado, pela alta incidência de cicatrizes de cesáreas. O descolamento prematuro de placenta (DPP) é a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto, em gestações de 22 ou mais semanas. Ocorre em cerca de 0,5% - 1% de todas as gestações, sendo responsável por altos índices de mortalidade perinatal e materna. Não se conhece a causa dessa doença obstétrica, porém associa-se, em muitos casos, à hipertensão arterial, anemia, desnutrição, fatores mecânicos (traumatismos, brevidade do cordão, torção do útero gravídico) e a fatores placentários (placenta circunvalada, infartos). Atualmente constata-se associação entre DPP e uso de drogas ilícitas. A rotura completa ou incompleta da parede uterina, que ocorre sobretudo após a 28^a semana gestacional e durante o trabalho de parto, por ser uma situação de emergência, não constitui motivo de consulta rotineira de pré-natal (Ramos *et al.*, 2001).

1.1.3 Desvios do crescimento fetal

Considera-se retardo do crescimento intra-uterino (RCIU) quando o peso ao nascer estiver abaixo do percentil 10 (p10) da curva de peso neonatal para idade gestacional. Para o diagnóstico é *fundamental* o correto estabelecimento da idade gestacional. Utilizam-se parâmetros clínicos e ultra-sonográficos. Entre os clínicos citam-se o antecedente obstétrico de retardo de crescimento fetal em gestação anterior e a medida de altura uterina (curva de altura uterina para a idade gestacional (Magalhães *et al.*, 2001).

Conceitua-se macrossomia quando o peso fetal ao nascer for igual ou superior a 4 Kg. O diabete gestacional constitui a principal causa. Pode associar-se também à multiparidade, obesidade, gestações prolongadas, hidropisia fetal (imune e não imune). A macrossomia fetal poderá provocar complicações maternas (desproporção fetopélvica, sobredistensão uterina, edema suprapúbico, parto prolongado, dispnéia) e fetais (tocotraumatismos, distocia de ombro, hipoxia perinatal) (Magalhães *et al.*, 2001).

1.1.4 Alterações da duração da gravidez

Considera-se gestação a termo aquela cuja duração situa-se entre 37 e 40 semanas. Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 semanas (ou 154 dias) e 37 semanas (ou 259 dias). Define-se gestação prolongada, também referida como pós-datismo, aquela cuja idade encontra-se entre 40 e 42 semanas. Gravidez pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.

A duração da gravidez pode ser determinada pela intercorrência do trabalho de parto que é caracterizado pela presença de contrações freqüentes (uma a cada 5 a 8 minutos), acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas por dilatação maior que 2,0 cm e/ou esvaecimento maior que 50% (Ramos *et al.*, 2003).

A incidência de pós-datismo é ao redor de 5% e está associada a fatores fetais (anencefalia), placentários (atividade endócrina excessiva, deficiência de produção da sulfatase placentária), uterinos (atividade intrínseca do miométrio, alterações cervicais) e emocionais. A idade da mulher e a paridade não têm influência (Accetta *et al.*, 2001).

1.1.5 Alterações do volume de líquido amniótico

A redução patológica do volume do líquido amniótico, ou oligoâmnio, incide em 3 a 5% das gestações no terceiro trimestre e em cerca de 0,2% no segundo trimestre. São múltiplas as causas de oligoâmnio. Quando é diagnosticado precocemente, no segundo trimestre da gestação, geralmente está relacionado com malformação fetal, sendo as mais comuns as alterações renais fetais, principalmente as patologias obstrutivas. Outra importante causa de oligoâmnio é o retardo de crescimento intra-uterino (RCIU), decorrente de alterações da perfusão renal fetal secundárias às alterações placentárias. Contudo, a mais importante causa de oligoâmnio é representada pela rotura prematura de membranas (RPM), responsável por cerca de um quarto de todos os casos de oligoâmnio. Entretanto, em algumas situações, a etiologia não consegue ser bem esclarecida, sendo o oligoâmnio considerado idiopático.

O polidrâmnio é o aumento excessivo do volume do líquido amniótico, classicamente considerado quando for superior a 2.000 ml. Sua freqüência é ao redor de 1% e sua importância se deve ao aumento da morbidade e mortalidade perinatais. Mais freqüentemente, associa-se a alterações fetais como malformações, infecções, hidropisia imune e não imune, tumores, etc. (Ramos *et al.*, 2003).

1.1.6 Gestação múltipla

A prevalência mundial de gestação gemelar é, em média, de 10 casos a cada 1.000 partos. A mortalidade perinatal é maior que a habitual e aumenta em proporção direta ao número de fetos. Esta mortalidade é devida, principalmente, à prematuridade, pois 48% dos gêmeos nascem antes de 34 semanas, contra 9,7% de gestações únicas antes dessa idade gestacional (Martins Costa, 2001c). Também são causas associadas relatadas: o retardo de crescimento fetal, a presença de malformações fetais, alterações placentárias e de cordão, aumento de incidência de doenças como pré-eclâmpsia,. Está também aumentado o risco materno pelo aparecimento mais freqüente das síndromes hipertensivas, de anemia, de quadros hemorrágicos no parto, polidrâmnio, apresentações anômalas, etc. A gravidez múltipla relaciona-se com faixas etárias maternas maiores, com a raça negra, com o aumento da paridade, com história familiar (pelo lado materno), com freqüência maior de relações sexuais e, em dias atuais, com as técnicas de indução da ovulação ou de fertilização assistida. A atenção pré-natal está associada com menos nascimentos gemelares pré-termo (Vintzileos *et al.*, 2003).

1.1.7 Isoimunização materno-fetal

Cerca de 10% das gestações têm incompatibilidade materno-fetal para o fator Rh. Destas, 5% apresentam isoimunização materna, e nestas, cerca de 98% ocorre por antígenos eritrocitários (doença hemolítica perinatal - DHPN) devidos ao fator Rh; os restantes 2% a antígenos atípicos, como os fatores Kell, E ou C (Magalhães e Dias, 2001).

1.1.8 Cesárea anterior

Quanto à presença de antecedente de cesárea anterior, não há contra-indicação à realização de parto por via vaginal. O risco de complicações maternas (rotura uterina, deiscência de cicatriz, etc.), assim como de complicações fetais (sofrimento), é muito baixo, desde que haja adequada vigilância do trabalho de parto e da vitalidade fetal. Não existem limites de intervalo interpartal que contra-indiquem o parto por via baixa em uma gestante com cesárea anterior, desde que a incisão da primeira cesárea tenha sido segmentar. O índice de sucesso para parto vaginal nas mulheres submetidas a uma prova de trabalho de parto (PVAC - parto vaginal após cesárea) é de, no mínimo, 50%; alguns trabalhos mostram índices de 70 a 80%.

A realização da Prova de Trabalho e Parto (PTP) aumentou progressivamente ao longo dos últimos treze anos, sem aumento na morbidade materna e/ou neonatal. As indicações de cesariana devem obedecer a critérios médicos relacionados às condições clínicas maternas e/ou fetais desfavoráveis ao parto vaginal (Matias *et al.*, 2003). Os fatores preditivos anteparto relacionados à ocorrência de cesariana, com

concordância entre a probabilidade prevista e a resposta observada em 82,3% dos casos, mostrou maior risco para a adolescência (idade inferior a 20 anos), idade materna igual ou superior a 28 anos, antecedente de cesariana, má assistência pré-natal, apresentação pélvica, gemelaridade, hemorragia da segunda metade da prenhez, pré-eclampsia leve, pré-eclampsia grave, hipertensão arterial crônica, e outras intercorrências maternas (Martins-Costa, 2001b; Cunha *et al.*, 2002).

1.1.9 Intercorrências clínicas

1.1.9.1 Infecções

Infecção urinária

É o problema urinário mais comum durante a gestação. O quadro clínico varia de bacteriúria assintomática (mais de 100.000 colônias/ml de urina), que acomete de 2% a 10% das gestantes, até o quadro de pielonefrite. Em 80% dos casos de bacteriúria assintomática, a *Escherichia coli* é o agente etiológico identificado.

Infecção do trato urinário é uma das causas de parto prematuro, e a prematuridade é uma das causas de mortalidade perinatal. O cuidado racional para o diagnóstico e tratamento pode diminuir sensivelmente este risco (Cram *et al.*, 2002). Entre 20 e 40% das gestantes com infecção urinária são assintomáticas, mas, se não tratadas, evoluirão para uma infecção sintomática do trato urinário (Caputo e Ciardo, 2001).

Toxoplasmose

A toxoplasmose, causada pelo *Toxoplasma gondii* (TG), adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal. Entre os agravos anatômicos e funcionais decorrentes dessa afecção podem ser observados retardo de crescimento intra-uterino, morte fetal, prematuridade e/ou toxoplasmose congênita (microftalmia, microcefalia, com ou sem hidrocefalia, retardo mental, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e calcificações cerebrais).

É infecção freqüente em todo o mundo, mas na maioria dos casos não traz repercussões importantes para o paciente, exceto para indivíduos imunodeprimidos e para fetos, os quais podem apresentar graves seqüelas. O diagnóstico precoce durante a gravidez é altamente desejável, já que o tratamento da gestante reduz a freqüência e gravidade da infecção fetal (Vidigal *et al.*, 2002; Castro *et al.*, 2001).

Até a metade da gravidez, o teste de avidéz por IgG baixo significa infecção recente que necessita tratamento e o teste com alta avidéz (mais de 30%), significa infecção crônica pelo menos há mais de 20 semanas antes da execução do teste, situação em que não está indicado o tratamento (Miura, 2001).

Rubéola

O vírus da Rubéola apresenta elevada toxicidade para tecidos embrionários, notadamente no início da embriogênese, causando a síndrome da rubéola congênita (microftalmia, cardiopatia, alterações auditivas e retardo mental). Entretanto, existe a possibilidade tanto de acometimento isolado de órgãos (não configurando a

síndrome completa) como a síndrome de rubéola congênita ampliada (entre outras alterações, miocardite, hepatite, púrpura, alterações ósseas, retardo de crescimento intra-uterino).

Citomegalia

A Citomegalia, também chamada doença de inclusão citomegálica, é causada por um herpesvírus, cuja replicação se faz no interior do núcleo na forma de inclusão. Surge, como consequência, gigantismo do núcleo e citoplasma, originando-se daí o nome da doença. A prevalência é maior em países subdesenvolvidos. A citomegalia transmite-se a partir do contato com fluidos biológicos infectados. Abortamentos, partos prematuros e retardo de crescimento fetal são de ocorrência freqüente, e a mortalidade perinatal é alta, em torno de 50% (Naud *et al.*, 2001).

Sífilis

A Sífilis congênita é considerada verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal, pela simplicidade diagnóstica e fácil manejo clínico/terapêutico. Apesar da subnotificação, a taxa conhecida de mortalidade por sífilis congênita no Brasil variou de 70 a 100 por milhão de nascidos vivos, no período de 1979 a 1990, e estima-se em 40% a letalidade perinatal. A infecção do feto estaria na dependência do estado da doença na gestante, ou seja, quanto mais recente a infecção materna, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais grave será o comprometimento fetal. O risco de acometimento fetal varia de 70 a 100%, dependendo da fase de infecção na gestante e do trimestre da gestação. Essas considerações justificam a necessidade de testar, sistematicamente, no

mínimo duas vezes na gestação (no início do pré-natal e na 30ª semana), e no momento de sua internação hospitalar (seja para o parto ou para curetagem uterina por aborto). A realização do teste para sífilis (VDRL, RPR) no início do 3º trimestre (28ª-30ª semanas) permite o tratamento materno até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intra-útero (Martins-Costa *et al.*, 2001c; Naud *et al.*, 2001).

Hepatites B e C

Do ponto de vista epidemiológico, a transmissão sexual de agentes infecciosos causadores de hepatite, ocorre mais freqüentemente com os vírus das hepatites tipo A, B, C e Delta. Os tipos B (vírus da hepatite B - HBV) e C (vírus da hepatite C - HCV) podem evoluir para doença hepática crônica e associam-se com carcinoma hepatocelular primário. Embora os métodos empregados para prevenção de outras DST também sirvam para a infecção pelo HBV, a vacinação ainda é o método mais eficaz de prevenção dessa infecção. A gravidez e a lactação não são contra-indicação para a utilização de vacina. Não sendo possível pesquisa rotineira no pré-natal, a sorologia pode ser solicitada para as gestantes consideradas de risco. Gestantes com hepatite crônica não reativam clinicamente durante a gestação. As hepatites B e C podem causar aborto espontâneo ou prematuridade (Martins-Costa *et al.*, 2001c; Naud *et al.*, 2001).

Infecção pelo HIV

No Brasil, a soroprevalência da infecção pelo HIV, entre as gestantes testadas, foi de 0,9%, em outubro de 1998. Estima-se que sem qualquer intervenção 15 a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV adquirem o vírus

na gestação ou durante o trabalho de parto, ou no parto, ou através da amamentação. Há evidências de que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV ocorre mais tardiamente na gestação, durante o trabalho de parto e no parto (Martins-Costa et al., 2001d; Naud et al., 2001).

Infecção pelo Papilomavírus Humano – HPV

A Infecção pelo PapilomaVírus Humano – HPV, uma doença infecciosa, também conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou cavalo de crista, tem por agente causal um DNA-vírus. De transmissão freqüentemente sexual, são atualmente conhecidos mais de 70 tipos, 20 dos quais podem infectar o trato genital. Estão divididos em três grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros co-fatores, têm relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino (Martins-Costa et al., 2001d; Naud et al., 2001).

O principal risco da infecção pelo HPV no transcorrer da gestação é a possível contaminação do RN durante a sua passagem pelo canal do parto.

Herpes simples vírus (HSV)

A ocorrência de herpes, Herpes simples vírus (HSV), na gravidez é comum, sendo mais importante se for primo-infecção. O risco de contaminação fetal é pequeno, sendo maior no momento da passagem no canal de parto, mesmo na forma assintomática (Martins-Costa et al., 2001d; Naud et al., 2001).

Vaginose bacteriana

A *vaginose bacteriana* é caracterizada por desequilíbrio da flora vaginal normal pelo aumento exagerado de bactérias (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides sp*, *Mobiluncus sp*, micoplasmas, peptoestreptococos). Esse aumento é associado à ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos que, normalmente, são os agentes predominantes da flora vaginal normal. A vaginose bacteriana é causa freqüente de infecção vaginal (10 - 25%) e, mesmo assintomática tem sido associada a fenômenos adversos na gravidez e puerpério. Entre essas conseqüências, incluem-se a rotura prematura de membranas, o trabalho de parto prematuro, o parto prematuro e a infecção puerperal (Martins-Costa *et al.*, 2001d; Naud *et al.*, 2001).

1.1.9.2 Anemias

Considera-se anemia na gravidez quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que 11,0 g/dl (OMS, 1974). No entanto, os valores de hemoglobina, assim como os do hematócrito e do número total de glóbulos vermelhos, ficam na dependência do aumento da massa eritrocitária, ambos variáveis entre as gestantes. As anemias carenciais são, de longe, as mais freqüentes em nosso meio, principalmente as ferroprivas, caracterizando anemia microcítica. O diagnóstico é feito basicamente pela dosagem de hemoglobina (< 11mg/dl) e pelo valor do volume corpuscular médio (VCM) diminuído (Microcítica).

1.1.9.3 *Diabete melito*

O diabete melito associado à gravidez pode ser classificado como: diabete pré-gestacional (inclui o diabete prévio à gravidez: tipo 1, tipo 2 ou outros) e diabete gestacional (diagnosticado durante a gravidez). Diabete gestacional é definido como a "intolerância aos carboidratos, de graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto". A gestação provoca modificações metabólicas importantes que se somam aos diferentes graus de gravidade na intolerância à glicose, exigindo manejo individualizado. Quando se inicia ou é reconhecida pela primeira vez na gravidez é denominada diabete melito gestacional (DMG) (Oppermann, 2001).

Nas endocrinopatias, o diabete melito é doença metabólica crônica, caracterizada por hiperglicemia. É responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrossomia fetal e malformações fetais. A incidência de malformações no diabete tipo 1 é de 6 a 7 vezes maior que a população geral, especialmente até a 7^a. semana pós-concepcional. Com o uso da insulina exógena a mortalidade perinatal caiu de 68% para os atuais 2 a 4%.

A prevalência de diabete gestacional varia de acordo com a população estudada, com a etnia, com a área geográfica, com a frequência do rastreamento e com os critérios diagnósticos utilizados. Em geral, situa-se ao redor de 1 a 5%.

No Brasil, a prevalência do DMG em mulheres com mais de 20 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6% (IC95% 6,9-8,4, critério da Organização Mundial da Saúde), 94 % dos casos apresentando apenas tolerância diminuída à glicose e 6%, hiperglicemia em nível de diabetes fora da gravidez.

Sempre que possível o rastreamento do DMG deve iniciar no 1º trimestre de gravidez ou na 1ª consulta de pré-natal, especialmente em mulheres que apresentam fatores de risco para o diabetes. Mulheres sem fator de risco não precisam ser rastreadas. Nas demais, o rastreamento é realizado entre a 24 e 28ª semana, 1 hora após sobrecarga oral de 75g de glicose com ponto de corte = 140mg.

1.1.9.4 Tireoidopatias (hipotireoidismo; hipertireoidismo)

A gestação produz alterações na função tireoidiana e no decorrer das doenças da tireóide, ainda mais considerando a alta prevalência de tireopatias em mulheres férteis (Bertoluci, 2001). As tireopatias têm ocorrência na gravidez de aproximadamente 0,2%. O hipotireoidismo na gravidez associa-se aos casos leves ou aos casos graves tratados, pois os casos graves não tratados relacionam-se à anovulação e conseqüente diminuição da fecundidade. O hipotireoidismo não tratado pode associar-se à hipertensão gestacional, abortamento, anemia, baixo peso ao nascer e óbito fetal. No hipertireoidismo descompensado observa-se um aumento na incidência de abortamento (15%), parto prematuro (70%), CIUR, anomalias congênitas (10-15%), DHEG e mortalidade perinatal (3-15%).

1.1.9.5 Cardiopatias e pneumopatias (asma, pneumonias, tuberculose)

As cardiopatias estão associadas ainda com considerável taxa de morbidade e mortalidade materna, sendo que a estratificação precoce do risco é fundamental

para o prognóstico (Ávila *et al.*, 2003).

Ocorrem em aproximadamente 1% das gestações, das quais 90% são conseqüências de lesões reumáticas. Outras etiologias são as cardiopatias congênitas e hipertensivas, além das arritmias, prolapso da válvula mitral, endocardites e miocardiopatia periparto.

As pneumopatias na gestação associam-se a mudanças mecânicas e bioquímicas que podem afetar a função respiratória. Desse modo, a dispnéia na gravidez pode resultar dessas alterações, mesmo sem pneumopatia, estando presente em 60 a 70% das gestantes. A asma é a forma mais comum de doença pulmonar encontrada na gravidez. Em geral, não existem efeitos previsíveis da gravidez sobre a asma. O controle adequado da asma grave tem reduzido a mortalidade perinatal, embora exista uma correlação positiva entre a gravidade da doença e a prematuridade e o baixo peso ao nascer.

As Pneumonias na gestação variam entre 1 para 400 e 1 para 1200 casos. Os fatores de risco mais significativos são: infecção por HIV, uso da cocaína e doenças clínicas provocadas por fumo. Quanto à Tuberculose, o tratamento adequado da tuberculose ativa em gestantes confirma o mesmo bom prognóstico que o realizado em mulheres não-grávidas. Entretanto, estudos indicam maior ocorrência de aborto, complicações gestacionais (pré-eclâmpsia) e trabalho de parto difícil.

1.1.9.6 *Lupus eritematoso sistêmico (LES)*

O LES é uma doença auto-imune que pode acometer vários órgãos e, por isso, tem as mais variadas manifestações clínicas. É a mais comum das doenças

do colágeno, associada à gestação, por sua predominância em mulheres na idade reprodutiva. O LES pode passar por fase de agudização e remissão e a sua repercussão sobre a gravidez provavelmente está relacionada com o estado imunológico da mulher no período periconcepcional. Ocorre com muita frequência em mulheres férteis, havendo possibilidade de exacerbação da doença na gestação, com possível comprometimento fetal (Brenol, 2001).

1.1.9.7 Epilepsia

A Epilepsia é a afecção neurológica mais freqüente na gestação, calculando-se a prevalência entre 0,3 a 0,5% das grávidas. As repercussões da gravidez sobre a epilepsia são contraditórias: alguns admitem aumento e outros, diminuição da freqüência das crises. A epilepsia, em si mesma, não tem efeito prejudicial à gravidez. Prefere-se atribuir a possível repercussão negativa aos efeitos dos medicamentos anticonvulsivantes, estes, sim, capazes de provocar malformações, retardo de crescimento intra-uterino e partos pré-termo.

1.1.9.8 Malformações fetais

As cardiopatias congênitas são as malformações congênitas graves mais comuns nos seres humanos. Afetam 8 a 9 de cada 1.000 nascidos vivos e são responsáveis por mais de 20% das mortes perinatais secundárias a malformações letais (Hoffman, 1978).

O reconhecimento do feto humano normal tornou-se comum na atenção pré-natal. A ultra-sonografia como método diagnóstico isolado identifica 70 a 80% das

malformações estruturais do feto e apresenta bom desempenho na detecção de gestantes de risco para cromossomopatias (Barini, 2002).

As malformações podem ou não estar associadas à doença cromossômica e, como tal, representam o principal fator prognóstico quanto à prematuridade e baixo peso (Magalhães, 2001). Dentre elas, as onfalocelas com diagnóstico pré-natal têm uma sobrevida geral e pós-correção cirúrgica de 25 e 81%, respectivamente (Mustafá, 2001), nas quais a presença de uma alteração ultra-sonográfica isolada se associa a risco relativo 7,82 vezes maior de cromossomopatia, ao passo que a associação de alterações morfológicas tem risco 33,8 vezes maior de cromossomopatia. Ocorre uma elevada mortalidade entre recém-nascidos com gastrosquise que pode ser explicada por fatores como ausência de pré-natal prematuridade, baixo peso, parto fora dos centros terciários, longos intervalos entre parto e cirurgia e necessidade de ventilação mecânica (Vilela, 2002).

1.2 SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Na 12^a Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca – CNSSA (2003) sob o tema: “Saúde: um direito de todos e dever do estado – a saúde que temos e o SUS que queremos”, identificou-se que o SUS convive com a falta de informações sobre elementos básicos para a tomada de decisão: quem é a sua clientela, onde e como é atendida e qual o resultado dessa atenção. Da mesma forma, os indicadores que expressam sua operacionalização e respectivas metas devem adequar-se à realidade de cada nível de atenção à saúde.

Os 15 anos de história do SUS (Lei 8080, 1990) têm sido marcados por muitos avanços político-institucionais e por significativas conquistas no campo do direito à saúde, como um comprovado espaço de desenvolvimento dos valores e práticas dos direitos sociais, através da realização da Universalidade, Eqüidade, e Integralidade. Consolidaram-se importantes redes assistenciais e se melhorou o acesso aos serviços com a expansão da atenção básica na maioria dos municípios. Porém, são muitos os desafios a enfrentar no campo da gestão do sistema.

O controle social efetuado pela seqüência de Conferências Nacionais de Saúde (CNS) (CICT, 2003; Sirena, 2003) prioriza a defesa sanitária das nossas populações, e dá prioridade a programas que beneficiem ao maior número de pessoas a custos mais reduzidos.

Em 1980 o conceito de atenção primária à saúde surge como a resposta mais promissora. Em 1986 surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS), identificando as diferenças entre a gestão das medidas de ordem preventiva e as ações da medicina curativa, com o início do processo de regionalização dos serviços de saúde que futuramente se faria através de cobertura universal dos serviços de saúde, de municipalização, de referência dos pacientes necessitados de atendimento em níveis secundário e terciário.

O reconhecimento desta estratégia, contudo, pela amplitude da atenção em que se insere, tem encontrado nos críticos notadamente quando se predispõe a agilizar e facilitar o acesso do paciente aos mais diversos níveis de atenção à saúde. O maior acesso dos usuários ao sistema, na dimensão social, é considerado como categoria fundamental, independente das justificativas que possam ser dadas para a sua não-efetivação (custos excessivos, habilidade técnica, características da

organização, etc.). O acesso orienta todas as políticas, causa um impacto positivo na gestão e nas diferentes modalidades de atenção.

A transferência de recursos e autoridade às diferentes instâncias do sistema de saúde, dá oportunidade para que os processos de reforma permitam a geração e o desenho de novos modelos de atenção, papéis, funções e modalidades de capacitação. Tem a ver, claramente, com instâncias resolutivas, a partir das quais acontece uma integração proporcionada pelo sistema de referência e contra-referência. A atenção básica à saúde como porta de entrada do sistema, num modelo orientado pela demanda, é um fator de redução de custos e de integralidade de ações de saúde.

Segundo Duggar et al (1994), pessoas apresentam maior probabilidade de precisar hospitalizações mais curtas, se forem usuárias habituais da atenção básica, sendo que os custos desta atenção contínua é 25% menor do que nos casos em que não há esta fonte de atenção habitual Butler (1985).

Outro desafio que se apresenta ao debate na gestão do SUS refere-se ao tema da regionalização e do fluxo de pacientes no sistema. O equacionamento dos problemas associados ao atendimento aos cidadãos que buscam atenção fora dos limites territoriais em que residem, município ou o Estado, continua sem solução adequada. Temos que enfrentar as razões que levam a migrações injustificadas e avançar na organização regionalizada do sistema.

Deve-se levar em conta, também, o quadro de riscos e de morbi-mortalidade, a atenção a grupos populacionais mais vulneráveis, a atenção aos portadores de doenças crônicas, os custos crescentes das ações de saúde, a importância da incorporação tecnológica, a metodologia e tecnologias de educação e a promoção de hábitos saudáveis, entre outros.

Comparando-se gestantes referenciadas e não referenciadas, naquelas há alto risco de complicações. Elas necessitam mais de intervenções obstétricas, para evitar que ocorra uma elevação no risco da mortalidade pré-natal quando o atendimento for precoce. A admissão tardia ao sistema está associada à duplicação do risco. Gestantes de risco não referenciadas implicam a utilização posterior de considerável quantidade de tempo e recursos de emergência que deveriam ter sido dedicados às pessoas com situações mais vulneráveis, aquelas que teriam mais chance de resolução. Tem-se que tratar eqüitativamente mesmo gestantes com fatores de risco de diferentes valores preditivos para não correr o risco de não encaminhamento e para tornar o referenciamento materno uma prioridade (Mugisho, 2003).

1.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

O Sistema Único de Saúde convive com a falta de informação sobre elementos básicos para a tomada de decisão, como já foi citado anteriormente: quem é sua clientela, onde e como é atendida e qual o resultado dessa atenção. Da mesma forma os indicadores que expressam sua operacionalização e respectivas metas devem adequar-se à realidade de cada nível (12ª CNSSA).

Atualmente se aplica, em grau crescente, conceitos e métodos epidemiológicos na avaliação de serviços, programas e tecnologias na tentativa de investigar a qualidade da atenção médica (Fosberg *et al.*, 1991; Black, 1994; Goldbaum, 1996), entendendo-se o estudo do processo como a melhor forma para investigar-se o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de assistência

(Donabedian, 1988).

Há uma tendência de fazerem-se levantamentos de indicadores de cobertura, número de consultas pré-natais e tipo de parto (Tanaka *et al.*, 1989; Gomes *et al.*, 1990; Scochi, 1991) e constata-se que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades (Hansell, 1991; Peoples-Sheps *et al.*, 1991; Petitti *et al.*, 1991; Kogan *et al.*, 1994; Sikosana, 1994).

Apenas um estudo (Takeda, 1993) investigou a qualidade desse cuidado empregando alguns indicadores de adequação. Entre eles, foi verificado o conteúdo das consultas e o índice de Kessner (Kotelchuck, 1994) que é a combinação do número de consultas com a época do início do pré-natal, onde se tem: como ADEQUADO, seis ou mais consultas e o início do pré-natal antes de vinte semanas; INADEQUADO, início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas; INTERMEDIÁRIO, demais situações.

No Rio Grande do Sul, estudos transversais descritivos e auditoria de registros médicos de atenção pré-natal na rede básica de Pelotas/RS, cidade onde a cobertura pré-natal é de cerca de 95%, revelaram que, de um modo geral, a qualidade do cuidado pré-natal oferecido foi precária (Dias da Costa *et al.*, 1996a; Dias da Costa *et al.*, 1996b; Dias da Costa e Facchini, 1997; Dias da Costa *et al.*, 2000; Silveira *et al.*, 2001; Santos *et al.*, 2001).

A cobertura em Pelotas (Halpern *et al.*, 1998) é superior às observadas em outras cidades brasileiras (Tanaka *et al.*, 1989; Scochi, 1994). Mesmo assim, observou-se que as gestantes de maior risco gestacional apresentaram maior proporção de pré-natal classificado como inadequado ou intermediário (25%), quando comparadas com as de menor risco (10%). Nesses trabalhos de avaliação

da estrutura e do processo, os principais problemas encontrados foram: falta de medicamentos impossibilitando o tratamento adequado de intercorrências comuns da gravidez e carência de uma visão coletiva no planejamento das ações de saúde do serviço, o que pode interferir na execução das normatizações.

Os modelos que analisam os sistemas de saúde mais conhecidos não se adaptam ao conceito de modelo de análise. Eles têm uma preocupação com a estrutura interna, colocando em segundo plano as relações com o meio, os interesses da população atendida e as dinâmicas complexas da população. Um sistema bem adaptado deve incluir a identificação dos principais grupos de agentes que intervêm nesse sistema; as relações que existem entre eles; apreciação das principais motivações desses agentes e a apresentação de uma forte estrutura integradora. A complementaridade do desempenho das várias organizações de saúde está bem integrada enquanto está bem preservada a especificidade de cada uma dessas perspectivas (Hortale *et al.*, 2001).

Entende-se que qualidade no sentido amplo do termo reflete não a qualidade da atenção, mas também a satisfação do usuário com os serviços, os custos com a atenção, a qualificação do pessoal dos serviços, a segurança e aparência agradável das unidades de saúde. Como os recursos financeiros disponíveis para os serviços de saúde não são ilimitados, o dinheiro gasto com serviços menos efetivos ou para populações menos necessitadas, deixa menos dinheiro disponível para serviços mais efetivos. Como os custos da atenção estão fortemente relacionados às iniquidades na distribuição da efetividade dos serviços de acordo com a "lei de atenção inversa", há um risco daqueles que menos necessitam receberem mais serviços (Hart, 1971).

Conclui-se que, no Brasil, estudos que visem avaliar a qualidade dos serviços que atendam gestantes são escassos. A maior parte deles, referem-se ao não-cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não-preenchimento de registros e se detém a descrever características da atenção médica. Os indicadores usuais, numéricos, isolados, em total dissonância com a filosofia do sistema, que preconiza avaliações de processo, não conseguem refletir a essência e o conteúdo implícito dos atendimentos referenciados. Há uma necessidade de compreensão dos efeitos que deste tipo de avaliação desvinculada do modelo assistencial vigente possam ter na qualidade do atendimento e nos desfechos. Novos tipos de avaliação são necessárias, ainda mais levando em consideração a situação precária de atenção pré-natal na rede básica. Há tendência de que se reproduza nas instâncias de maior complexidade esta mesma precariedade, não se atingindo a integralidade da atenção ao não se utilizar efetivamente as instâncias de resolutividade competentes.

2 PROBLEMA DA PESQUISA

O Hospital Fêmeina do Grupo Hospitalar Conceição é uma instituição pública de referência, com 36 anos de existência, de atenção específica à saúde da mulher, para as áreas da ginecologia, obstetrícia e perinatologia, atendendo exclusivamente pelo SUS, possui 164 leitos, faz em torno de 400 partos mensais. Cerca de 30% das 800 consultas pré-natais mensais da instituição, decorrem do encaminhamento da rede básica de saúde.

A triagem das gestantes com risco pré-natal é realizada na origem, isto é, nas unidades de atenção básica.

A adequação desses encaminhamentos ainda não foi avaliada. A impressão que existe entre os que atendem os casos referenciados é de que há uma alta proporção de encaminhamentos inadequados de gestantes não oriundas da área metropolitana de Porto Alegre, de gestantes jovens e de gestantes com diagnóstico ou suspeita de diabetes e de toxoplasmose.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Descrever a adequação dos encaminhamentos - referência - de pacientes gestantes para uma unidade de atenção secundária.

3.2 ESPECIFICOS

- a) Identificar as causas de encaminhamento mais freqüentes.
- b) Sistematizar a adequação dos encaminhamentos conforme local de origem, a idade da gestante e as causas de referenciamento.

4 PRESSUPOSTOS

São pressuposições que orientam este estudo:

1. 30% dos encaminhamentos realizados não são adequados;
2. as causas mais comuns de encaminhamento de gestantes é a hipertensão arterial e o diabetes;
3. a inadequação é mais freqüente em gestantes não oriundas da capital, em gestantes pertencentes a faixas mais jovens (adolescentes) e enviadas com suspeita de diabete e toxoplasmose.

5 MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Embora registrem-se dados coletados ao longo de três anos e como esses dados se referem apenas ao momento da consulta no serviço de referência (adequação e inadequação, situações previstas, demais fatores), se tem as características de um estudo transversal.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram revisados os boletins de encaminhamentos de 821 pacientes referidas e atendidas no Ambulatório de Gestação de Alto Risco do Hospital Fêmina do Grupo Hospitalar Conceição, no período de julho de 1997 a julho de 2000. Os critérios de inclusão foram ser gestante oriunda de Posto de Atenção Básica, no período de julho de 1997 a julho de 2000, acompanhado de Boletim de Encaminhamento (BE). O critério de exclusão foi ausência do BE.

5.3 DESFECHOS POSSÍVEIS

Utilizaram-se inicialmente Variáveis de Desfecho, denominadas Derivadas, como situações possíveis e componentes dos Desfechos Principais, Adequação ou Inadequação. Ao relacionar a causa do encaminhamento e a avaliação da referência, os casos foram enquadrados em uma das seguintes situações:

Confirmada (1): se o motivo do encaminhamento da gestante se enquadrava na definição de alto risco e o diagnóstico foi confirmado. Exemplo: encaminhada por ser gestante diabética e foi confirmada a diabetes.

Acrescida (2): se o motivo do encaminhamento da gestante se enquadrava na definição de alto risco, o diagnóstico foi confirmado, mas havia outra causa para a referência, além daquela citada. Exemplo: encaminhada por ser gestante diabética, foi confirmada a diabetes, mas era também hipertensa.

Modificado (3): se o motivo do encaminhamento da gestante se enquadrava na definição de alto risco, mas não foi confirmado pelo serviço de maior complexidade; entretanto, havia outra situação de alto risco não detectado pela atenção básica. Exemplo: encaminhada por ser gestante diabética, mas era hipertensa; ou encaminhada sem causa informada e era hipertensa; ou, se o motivo do encaminhamento da gestante não se enquadrava na definição de alto risco, e havia uma situação de alto risco não detectada pela atenção básica. Exemplo: encaminhada por ter cesárea prévia e era diabética; ou, ainda, nos casos de causas administrativas (a pedido da gestante) e era hipertensa.

Inconclusiva (4): se o motivo do encaminhamento da gestante se enquadrava na definição de alto risco e a avaliação do serviço de maior complexidade foi inconclusiva. Exemplo: encaminhada por ser gestante diabética e a avaliação não conseguiu definir, naquele momento, a situação.

Não confirmado (5): se o motivo do encaminhamento da gestante se enquadrava na definição de alto risco, porém, não foi confirmado pelo serviço de maior complexidade e a gestante era sadia. Exemplo: encaminhada por ser gestante diabética, mas era saudável; ou se o motivo do encaminhamento da gestante não se enquadrava na definição de alto risco e a gestante era saudável. Exemplo: encaminhada por ter uma cesária prévia e era saudável.

Foram considerados *adequados* os encaminhamentos previstos nas situações definidas como: confirmadas(1), acrescidas(2) e inconclusivas(4).

Foram considerados *inadequados* os encaminhamentos previstos nas situações definidas como: modificadas(3) e não confirmadas(5).

Variáveis

- Encaminhamentos adequados ou inadequados, segundo as situações previstas;
- idade das pacientes;
- local de origem dos encaminhamentos: a) Capital (Porto Alegre); b) Anel Metropolitano composto por 19 municípios localizados em torno da capital (Alvorada, Canoas, Dois Irmãos, Estância Velha, Esteio, Gravataí, Guaíba, Ivoti, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Parobé, Rolante,

Santo Antônio da Patrulha, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Taquara, Viamão); c) Interior do Rio Grande do Sul.

- Motivo de encaminhamento.

Protocolo de análise

Foi utilizada estatística descritiva onde as variáveis contínuas apresentadas foram a média e o desvio-padrão (DP). Para as variáveis categóricas foi apresentada distribuição de frequência. Os dados não-paramétricos foram analisados pelo teste do qui-quadrado. Considerando uma frequência de inadequação no encaminhamento de 30%, com um intervalo de confiança de 95%, o tamanho da amostra foi estimado em 896 casos. Para avaliar a concordância entre os dois observadores (serviço básico e serviço de referência), utilizou-se o Índice Kappa.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição em reunião ordinária em 13/11/2002. Como são dados secundários, não foi necessário termo de consentimento informado das pacientes. Estas não são identificadas e as informações dos boletins de encaminhamento somente foram utilizados para o fim proposto no estudo. Os autores da presente pesquisa se comprometeram a manter sigilo dos dados coletados e bases de dados referentes a pacientes. Todos os resultados do estudo serão divulgados ou publicados, com ênfase nas Unidades de Atenção Primária da Saúde e no Hospital Fêmina.

6 RESULTADOS

O banco de dados conteve 821 registros, correspondentes às gestantes referenciadas e atendidas no Ambulatório de Alto Risco do Hospital Fêmima no período de estudo. Esse número corresponde a 91,6% da amostra inicialmente calculada. Esse tamanho final de amostra permite detectar diferenças em torno de 10 pontos percentuais, ou razões de prevalência de cerca de 1,4 entre expostos e não-expostos, com um poder de 80%, aceitando-se um erro alfa de 5%, em situações em que a relação entre o número de não-expostos e o número de expostos é de até 2:1.

A média de idade das gestantes foi $28,85 \pm 7,93$ anos. De acordo com a faixa etária as gestantes foram separadas em três grupos: (1) até 19 anos (14,4%); (2) de 20 a 29 anos (37,3%); (3) 30 anos ou mais (44,7%). Trinta pacientes não tinham idade informada (3,7%).

Dos encaminhamentos 468 (57%) eram originários de Porto Alegre, 285 (34,7%) tiveram origem nas cidades que compõem o anel metropolitano e 68 (8,3%) eram oriundos do interior do Estado do Rio Grande do Sul (RS).

As causas mais freqüentes de encaminhamentos de gestantes foram: hipertensão arterial (24,7%), diabetes (10,1%), causas fetais (8,4%), hemorragias (7,8%) e antecedentes obstétricos (7,6%). Os casos de hipertensão incluíram hipertensão arterial sistêmica prévia e as variações de doença hipertensiva específica da gestação.

Entre as outras doenças intercorrentes destacaram-se a toxoplasmose (4,1%), tumores (2,2%) e soro-positividade para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (1,9%).

Os encaminhamentos foram divididos em adequado e inadequado conforme descrito no método. Dos 821 encaminhamentos 201 (24,5%) foram considerados inadequados (IC95%: 18,7 - 30,3%), sendo que 172 incluíam-se no critério 5 (não confirmados) e 29 no critério 3 (modificados). Dos 620 encaminhamentos considerados como adequados, 512 incluíam-se no critério 1 (confirmados), 66 no critério 2 (acrescidos) e 42 no critério 4 (inconclusivos).

Em relação às faixas etárias a maior freqüência (34,7%) de encaminhamentos inadequados foi verificada em gestantes com menos de 20 anos (tabela 1), com uma diferença estatisticamente significativa em relação às demais faixas ($p=0,018$).

Tabela 1 – Distribuição das gestantes por faixa etária e adequação*

Faixa etária	Avaliação				Total	
	adequado		inadequado		n	%
	n	%	n	%		
< 20	77	65,3	41	34,7	118	14,4
20 a 29	231	75,5	75	24,5	306	37,3
≥ 30	287	78,2	80	21,8	367	44,7
Não informada	25	83,3	5	16,7	30	3,6
Total	620	75,5	201	24,5	821	100,0

Qui-quadrado (2 gl)= 8,05 (*), $p = 0,018$
 (*) excluído a categoria “não informada”

Quanto à origem, as gestantes vindas do interior do estado tiveram maior proporção de encaminhamentos inadequados (35,3%) do que as oriundas de Porto Alegre (24,4%) ou do Anel Metropolitano (22,1%), (tabela 2). A diferença, entretanto, não foi significativa ($p = 0,075$). Porém, se se agregar em uma única categoria a capital e o anel metropolitano, os encaminhamentos inadequados oriundos do interior são significativamente mais freqüentes ($p = 0,044$), ressalvado o risco de realização desse tipo de procedimento estatístico *a posteriori*.

Tabela 2 - Distribuição das gestantes em relação à origem e adequação

Origem	Adequado		Inadequado		Total
	N	%	N	%	
Porto Alegre	354	75,6	114	24,4	468
Anel	222	77,9	63	22,1	285
Interior	44	64,7	24	35,3	68
Total	620	75,5	201	24,5	821

Qui-quadrado (2 gl) = 5,17, $p = 0,075$.

Na tabela 3 são apresentadas as causas e avaliação dos encaminhamentos. As causas de encaminhamento com maiores inadequações foram: toxoplasmose (19,5%), hemorragias (18,8%), antecedentes obstétricos (16,1%), causas fetais (14,5%) e diabetes (14,5%). Os 166 encaminhamentos caracterizados como outras doenças intercorrentes (correspondentes a casos de diversas doenças de baixa freqüência) tiveram 51 casos inadequados (30,7%).

Tabela 3 - Causas de encaminhamento, adequação com IC de 95%

Causas	Adequado		Inadequado		Total
	N	%	N	%	
HAS	186	91,6	17	8,4	203
Diabete	71	85,5	12	14,5	83
Hemorragias	52	81,3	12	18,8	64
Causas fetais	59	85,5	10	14,5	69
Gemelaridade	27	100,0	0	0,0	27
Tumores	18	94,7	1	5,3	19
Causas Obstétricas	52	83,9	10	16,1	62
Toxoplasmose	24	70,5	10	19,5	34
HIV	16	100,0	0	0,0	16
Outras Doenças Intercorrentes	115	69,3	51	30,7	166
Administrativas	0	0,0	31	96,8	31
Não informado	0	0,0	47	100,0	47
Total	620	75,5	201	24,5	821

As gestantes encaminhadas por causas administrativas (n=31) e sem causa informada (n=47), obviamente estavam enquadradas como inadequadas em 100% dos casos. A proporção desses dois tipos de encaminhamento foi nitidamente maior nas gestantes oriundas do interior do que nas oriundas da capital ou do anel metropolitano (tabela 4). Entre as 31 gestantes encaminhadas por causa administrativa foi descoberto um caso (3,2%) que se enquadrava no critério de risco convencionalizado.

Tabela 4 – Causas administrativas e causas não informadas de encaminhamento por origem geográfica

	Porto Alegre		Anel metropolitano		Interior		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ADM	18	3,8	8	2,8	5	7,3	31	3,8
Não informado	28	6,0	11	3,9	8	11,8	47	5,7
Causas clínicas	422	90,2	266	93,3	55	80,9	743	90,5
Total	468	100,0	285	100,0	68	100,0	821	100,0

7 DISCUSSÃO

No presente estudo, dos 821 encaminhamentos atendidos, 201 (24,5%) foram considerados inadequados (IC 95%: 18,7-30,3%), o que está conforme com a hipótese inicial do trabalho.

Em relação às causas de encaminhamento e a sua freqüência, considerando a caracterização de gestante de alto risco que o método do estudo se propôs a utilizar (Ministério da Saúde-MS, 1986), a hipertensão (24,7%) e o diabetes (10,1%) foram as causas isoladas mais freqüentes, com uma proporcionalidade esperada entre ambas. A hipertensão, confirmando a literatura (Martins-Costa, 2001), é a maior complicação identificada no pré-natal, com suas variantes gestacionais ou não. O diabetes teve índice de inadequação superior à hipertensão, possivelmente devido às constantes mudanças nos critérios de rastreamento laboratorial (Oppermann, 2001).

A toxoplasmose e as hemorragias foram as causas com maiores índices de inadequação. Os encaminhamentos por hemorragias, entendidas como toda e qualquer perda que sugira uma ameaça de abortamento ou de parto prematuro,

foram responsáveis por 18,8% de encaminhamentos inadequados. Como refere Ramos (2001), as perdas sanguíneas são observadas em consultas rotineiras do pré-natal, uma vez que entre 10% a 15% das gestantes apresentam perdas de sangue anormais, contudo, a grande maioria dessas perdas não tem maior significado, justificando-se o alto índice de inadequação pela baixa capacidade da rede básica de diferenciar as perdas banais das perdas importantes.

O principal motivo do encaminhamento inadequado por toxoplasmose decorre do fato de que as unidades básicas não atenderam aos critérios laboratoriais atuais que identificam doença ativa, isto é, consideraram como doença a presença de apenas IGG positivo, o que é meramente indicativo de cicatriz sorológica. Ressalva-se a preocupação com o diagnóstico precoce durante a gravidez, o que é altamente desejável, já que o tratamento da gestante reduz a frequência e gravidade da infecção fetal (Spalding *et al.*, 2003; Vidigal *et al.*, 2002; Castro *et al.*, 2001).

No estudo presente, as gestantes encaminhadas com até 19 anos apresentaram maior taxa de inadequação (34,7%), o que foi significativo ($p = 0,018$), excluindo os casos em que a idade não foi informada. Parte dessa alta frequência de inadequação foi devido a uma proporção maior de encaminhamentos administrativos entre as adolescentes (9,6%) do que entre as da faixa de 20 a 29 (3,9%) e as da faixa de 30 e mais anos (1,4%). Um dado positivo observado foi o de que o grupo etário com menor proporção de encaminhamentos inadequados foi o de 30 e mais anos (21,8% dos casos). Concorde-se com Majoko (2002), quando cita que a idade elevada isolada não constitui motivo para encaminhamento, pois resultaria em um grupo de risco grande demais para referenciar.

Quanto à origem dos encaminhamentos, como se verifica na tabela 2, a diferença não foi significativa (qui-quadrado de 8,05 com $p= 0,075$) entre as três origens. Deve-se, entretanto, levar em consideração o fato de que o número de gestantes oriundas do interior era relativamente pequeno ($n=68$) e, em função disso, o poder do estudo nesse aspecto ficou inferior a 45%. Contudo, apesar do baixo poder, ao agregarmos as gestantes da capital e do anel metropolitano e compará-las com as oriundas do interior, observamos diferença significativa ($p= 0,044$). O número real de encaminhamentos do interior pode, na verdade, ser mais alto: há a possibilidade de que muitas gestantes referenciadas não tenham comparecido ao serviço mais complexo. Isto pode ser devido a situações onde grandes distâncias têm que ser percorridas (Aaraas, 1998), a fatores como período de espera e descrença na necessidade de referenciamento (Wu *et al.*, 1996), ou a fatores de ordem geográfica, cultural, sócio-econômica e médico-administrativa (Gupta, 2000). Segundo Takeda (1993), uma precariedade na atenção à saúde (índice de Kessner, número de consultas, data da primeira consulta) se reflete em altas porcentagens de inadequação da referência para instâncias de atenção de maior complexidade. Este problema, ressalvadas as restrições em relação à significância das diferenças observadas, não se mostrou independente das origens dos encaminhamentos neste estudo.

Os encaminhamentos administrativos e os de causas não informadas são, obviamente, sempre inadequados. Nos primeiros, a escolha do tipo de serviço de saúde pela gestante parece depender mais de fatores ligados à classe social do que de variáveis associadas à gravidade dos problemas de saúde (Dias da Costa e Facchini, 1997). Essas situações, que são semelhantes a um auto-encaminhamento (há pouca interferência do referenciador), tendem a ter mais intervenções

desnecessárias que podem conduzir a desfechos indesejados (Ross, 1979). As justificativas nesses casos foram, por exemplo: “paciente pediu para ser atendida no pré-natal do hospital”, ou, então, “gestante com duas cesáreas e com 37 semanas para agendar o parto”, “mãe da gestante mora perto do hospital”. Nos outros casos, com causas não nominalmente explicitadas, apareceu, eventualmente, apenas a citação “ao pré-natal de alto risco” ou “gestante de alto risco”, ou simplesmente o espaço foi deixado em branco, sem outros comentários.

Paradoxalmente, nesses dois tipos de encaminhamento se identificam situações em que a referência a local de maior complexidade era pertinente, mas não fora explicitada pelo referenciador. Essa falta ou postergação de encaminhamento ao serviço de maior resolutividade, associada a uma competição pelo atendimento nesses serviços, tem implicações nos programas deixando de beneficiar um maior número de pessoas. Quanto mais precocemente se atuar nessas situações, maior o benefício, já que 2/3 das complicações gestacionais são identificadas em exames prévios (Smulian *et al.*, 2002).

Neste estudo, um (3,2%) dos 31 casos referenciados como causa administrativa, tinha motivo que se enquadrava nos critérios de gestação de alto risco pela avaliação do setor de maior complexidade. Este fator não fora identificado na origem, permitindo supor que haveria uma determinada proporção de gestantes que deveriam ter sido encaminhadas e não o foram. Justificar-se-ia, portanto, um novo estudo direcionado às gestantes não encaminhadas para verificar que proporção destas apresentaria realmente fatores de risco que determinariam um encaminhamento para serviço de referência.

Merece atenção o alto grau de inadequação (31,3%) quando se trata de gestantes referenciadas pelo conjunto de outras doenças de baixa frequência, intercorrentes à gestação. Nesse grupo encontramos as endocrinopatias, cardiopatias, pneumopatias, neuropatias, psicopatias e ginecopatias com repercussão obstétrica (Freitas, 2001). Essas gestantes, em sua maioria, comparecem ao serviço de referência com seus diagnósticos já formulados há bastante tempo e com orientações já definidas por um especialista. A conduta com essas gestantes, em inúmeras situações, não será alterada pelo serviço mais complexo, sendo desnecessário o encaminhamento. Em alguns casos, entretanto, há necessidade de encaminhamento das gestantes para instâncias maiores, o que está previsto na integralidade da atenção (Lei 8080, 1990). Contudo, deve ser tomado cuidado para que o encaminhamento seja para locais onde existam especialistas capacitados para tratar a intercorrência. De acordo com Tabenkin *et al.* (1998), dependendo da especialidade, encontram-se diferenças estatisticamente significativas nas taxas de adequação. O encaminhamento só é, na prática, adequado quando o serviço de referência possuir o especialista do qual a gestante tem real necessidade. Do contrário, o encaminhamento servirá apenas como um passo intermediário protelando o atendimento mais resolutivo.

Os encaminhamentos por causas fetais corresponderam a 8,4% do total, porém, 14,5% desses encaminhamentos eram inadequados. O reconhecimento do feto humano normal tornou-se comum na atenção pré-natal. A ultra-sonografia, como método diagnóstico isolado, identifica 70 a 80% das malformações estruturais do feto e apresenta bom desempenho na detecção de gestantes de risco para cromossomopatias (Barini, 2002). A adequação do encaminhamento de gestantes nessa situação, possibilita organizar a atenção através de uma programação

definida caso-a-caso. Dentre as causas fetais as onfaloceles, com diagnóstico pré-natal, têm uma sobrevida geral e pós-correção cirúrgica de 25 e 81%, respectivamente (Mustafá et al., 2001). As causas fetais se associam à suspeita de alterações dos batimentos cardíacos fetais, às alterações de volume do líquido amniótico, às alterações da duração da gravidez e aos desvios de crescimento fetal (Magalhães et al., 2001).

As gestantes referenciadas apresentam alto risco de complicações e necessitam mais intervenções obstétricas para que não ocorra uma elevação da mortalidade perinatal. O atendimento precoce propicia referência precoce. A admissão tardia ao sistema está associada à duplicação do risco. Gestantes de risco não referenciadas implicam a utilização posterior de considerável quantidade de tempo e recursos de emergência que deveriam ter sido dedicados às pessoas com situações mais vulneráveis, aquelas que teriam mais chance de resolução, mais preveníveis (Mugisho, 2003).

Quando se avalia indicadores de cobertura, número de consultas pré-natais e tipo de parto (Tanaka et al., 1989; Gomes et al., 1990; Scochi, 1991), se constata que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades (Hansell, 1991; Peoples-Sheps et al., 1991; Petitti et al., 1991; Kogan et al., 1994; Sikosana, 1994). Gestantes de maior risco gestacional apresentaram maior proporção de pré-natal classificado como inadequado ou intermediário (25%), quando comparadas com as de menor risco (10%) (Dias da Costa et al., 1996; Dias da Costa et al., 1996a; Dias da Costa e Facchini, 1997; Dias da Costa et al., 2000; Silveira et al., 2001; Santos et al., 2001).

Como há uma tendência de que se reproduza nas instâncias de maior complexidade esta mesma precariedade, há chance de não se conseguir a integralidade da atenção ao não se utilizar efetivamente as instâncias de resolutividade competentes. Uma grande deficiência na comunicação entre os níveis primário e secundário de cuidados no Sistema de Saúde, necessitando a criação de um patamar interno de comunicação e a unificação de critérios entre si, é ressaltado por Sainz Saenz-Torre (1989). Nesse sentido, Bourget (1998) e Wu CH (1996) verificam que os médicos de cuidados primários podem influenciar a probabilidade de recebimento de retorno do especialista iniciando pela comunicação com o mesmo. A escassa comunicação entre eles, sem as justificativas para encaminhar, determina uma alta discrepância quanto às razões para a referência inapropriada (Abdel Kader *et al.*, 1994).

8 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos permitem estimar que 20 a 30% dos encaminhamentos realizados não são adequados. As causas mais comuns de encaminhamento de gestantes são hipertensão arterial e diabetes. A inadequação é mais freqüente em gestantes não oriundas da capital e em gestantes pertencentes a faixas mais jovens (adolescentes). Há também, uma alta proporção de encaminhamentos inadequados por causas administrativas e por causas não informadas.

Há necessidade de capacitação dos serviços da rede básica para realização de pré-natal com qualidade. Uma ênfase especial deve ser dada às unidades básicas situadas fora da área metropolitana de Porto Alegre e à interpretação de determinados exames de rastreamento, como, por exemplo, os que se referem ao rastreamento da toxoplasmose. O motivo médico é o dominante da decisão de referenciar pacientes. Assim, investir no generalista e na educação médica permanente reduzirá a necessidade de referenciamento, pois resultará em médicos generalistas com experiência profissional. Estes terão conhecimento e habilidade para diagnosticar e tratar uma ampla gama de problemas e providenciar, somente quando realmente necessário, o encaminhamento para o nível de cuidado adequado.

9 REFERÊNCIAS

1. Aaraas I, Fylkesnes K, Forde OH GP's motives for referrals to general hospitals does access to GP hospital beds make any difference? *Fam. Pract*, 1998 Jun 15 (3):252-8.
2. Abdel Kader HZ, Shehata AI, Guirguis WW, Abdel Fattah M el-A, Saleh HS, Schacke G. Study of referral process between general practitioners and specialists in health insurance clinics in Alexandria. *J Egypt Public Health Assoc.* 1994;69(1-2):89-113.
3. Abeche AM, Rohde LAP, Capp E, Marc CS. Morte Fetal. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetria*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. Cap.6, 48-59.
4. Accetta SG, Jimenez MF, Wender MCO. Gestação Prolongada. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetria*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. Cap.6, 81-5.
5. Avila WS, Rossi EG, Ramires JA, Grinberg M, Bortolotto MR, Zugaib M, da Luz PL. Pregnancy in patients with heart disease: experience with 1,000 cases. *Clin Cardiol*, 2003, 6(3):135-42.
6. Barini R, Stella, JH, Ribeiro, ST *et al.* Desempenho da Ultra-sonografia Pré-natal no Diagnóstico de Cromossomopatias Fetais em Serviço Terciário. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2002,24(2):121-7.
7. Bertoluci MC. *Tireóide e Gravidez*. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetria*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 41, 516-30.
8. Black N. Why we need qualitative research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994, 48: 425-6.
9. Bourguet C, Gilchrist V, McCord G. The consultation and referral process. A

- report from NEON. Northeastern Ohio Network Research Group. *J Fam Pract.* 1998 Jan;46(1):47-53.
10. Brenol JCT, Brenol CV. *Lupus e Gestação*. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al.* *Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 42, 531-9.
 11. Butler J. *et al.* Medical care use and expenditure among U.s. children and youth: Analysis of a natural probability sample. *Pediatrics*, n.76,p.495-507, 1985.
 12. Caputo S, Ciardo A. Asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Clin Ter*, 2001, 52(5):315-8.
 14. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M, Lumbiganon P, Farnot U, Bersgjo P; WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet*, 2001, 19;357(9268):1565-70.
 15. Castro FC, Castro MJBV, Cabral ACV *et al.* Comparação dos Métodos para Diagnóstico da Toxoplasmose Congênita. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2001, 23(5) 277-82.
 16. CICT, Centro de Informação Científica Tecnológica da Casa de Oswaldo Cruz-COC e da Escola Nacional de Saúde Pública-RADIS/ENSP e DATASUS, <http://www.fiocruz.br/cict/>, acessado em 14/10/2003.
 17. Cram LF, Zapata MI, Toy EC, Baker B. Genitourinary infections and their association with preterm labor. *Am Fam Physician.* 2002, 65(2):241-8.
 18. Cunha AA, Portela MC, Amed AM *et al.* Modelo Preditivo para Cesariana com Uso de Fatores de Risco. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2002, 24(1): 21-8.
 19. Dias da Costa JS *et al.* Avaliação do Programa de Pré-natal do Posto de Saúde da Vila Municipal, Pelotas, RS. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1996; 18:469-76.
 20. Dias da Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência *Rev Saúde Pública*, 1997, 31(4):360-9.
 21. Dias-da-Costa JS, Madeira ACC, Luz RM, *et al.* Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2000; 34(4), 329-36.
 22. Dias-da-Costa JS, Victora CG, Barros FC *et al.* Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Pública*, 1996a, 12 (Supl 1):59-66.
 23. Donabedian, A. The quality of care: how can it be assessment? *JAMA*, 1988, 26:1743-8.
 24. Duggar B *et al.* *Health Services Utilization and Costs do Medicaid of Afdc recipients in New York and California Served and not Served by Select*

- Community Health Centers: Final Report*, MD: Center for Health Policy Studies, 1994.
25. Forsberg BC, Barros FC, Victora CG. Developing countries need more quality assurance: How health facility surveys can contribute. *Health Policy and Planning*, 1991, 7:193-6.
 26. Goldbaum M., Epidemiologia e serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*, 1996, 12(Sup. 2): 95-8.
 27. Gomes UA, Bettiol H, Silva AAM, Almeida LEA, Barros AA, Barbieri MA. Saúde perinatal em Ribeirão Preto, SP, Brasil: Apresentação de algumas características demógrafa-sociais e da atenção médica da população estudada. *Cad Saúde Pública*, 1990, 6:5-17.
 28. Halpern R, Barros FC, Victora CG; Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Pública*, 1998, 14:487-92.
 29. Hansell MJ. Sociodemographic factors and the quality of prenatal care. *American Journal of Public Health*, 1991, 81:1023-8.
 30. Hart JT The inverse care law. *Lancet*, v.1n.696.p.405-12,1971.
 31. Hoffman JIE, Christianson R. Congenital heart disease in a cohort of 19,502 births with long-term follow-up. *The American Journal of Cardiology*. V.42,p.641,1978.
 32. Hortale V, Pedroza A, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
 33. Incerpi,M et al. Stillbirth evaluation: ? What tests are needed? *Am.J. Obstet. Gynec.*,vol178, p1121-1125,1998.
 34. Kogan MD, Alexander GR, Mor, JM, Kieffer EC. Ethnic-specific predictors of prenatal care utilisation in Hawaii. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998;12(Suppl 1):152-62.
 35. Kotelchuk M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal care Index and a proposed Adequacy of Prenatal care utilization Index. *Am J Public Health*, 1994, 84: 1414-20.
 36. LEI ORGÂNICA DA SAÚDE. BRASIL, 1990a. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 128, n.182, pp. 18055-9, 20 set. Seção I, pt. 1.
 37. Livingston JC, Maxwell BD, Sibai BM. Chronic hypertension in pregnancy. *Minerva Ginecol.* 2003, 55(1):1-13.

38. Magalhães JAA , Dias RSP. Doença Hemolítica Perinatal. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 23, 267-86.
39. Magalhães JAA, Lemos NA, Cavalheiro JÁ. Crescimento Intra-uterino Retardado. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 9, 105-19.
40. Majoko F, Nystrom L, Munjanja S, Lindmark G. Usefulness of risk scoring at booking for antenatal care in predicting adverse pregnancy outcome in a rural African setting. *J Obstet Gynaecol*, 2002, 22(6):604-9.
41. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Barros E, Stuckzinski JV, Hammes LS. Doença Hipertensiva da Gestação. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001a, cap. 33, 377-96.
42. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Reis R, Hammes LS. Cesareana. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001b, cap. 8, 95-104.
43. Martins-Costa SH, Souza CAB, Ramos JGL. Gemelaridade. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001c, cap. 8, 95-104.
44. Martins-Costa SH, Valiati B, Ramos JGL. Infecções Pré-natais. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001d, cap. 13, 161-70.
45. Matias JP, Parpinelli MA, Cecatti JG *et al.* A prova de trabalho de parto aumenta a morbidade materna e neonatal em primíparas com uma cesárea anterior?. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2003, 25, (4): 255-60.
46. Miura E. Infecções congênitas e perinatais. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001b, cap. 30, 338-346.
47. MS-Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos básicos de saúde, 6).
48. MS-Ministério da Saúde. Pré-natal de baixo risco: normas e manuais. Brasília; 1986.
49. Ministério da Saúde (BR). Assessoria de Comunicação Social. Lei Orgânica da Saúde. 2ª ed. Brasília (DF); 1991.
50. Ministério da Saúde (BR). 12ª Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca: "Saúde: um direito de todos e dever do estado – a saúde que temos, o SUS que queremos". Brasília, 2003.

51. MS-Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher, GESTAÇÃO DE ALTO RISCO, Manual Técnico, 3ª edição, Brasília 2000.
52. Mugisho E, Dramaix M, Porignon D, Mahangaiko E, Hennart P, Buekens P. Referral and delivery outcomes in Kivu, Democratic Republic of Congo. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2003, 51(2):237-44.
53. Mustafá SA, Brizot ML, Carvalho MH *et al.* Onfalocele: Prognóstico Fetal em 51 Casos com Diagnóstico Pré-Natal. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2001, 23(1): 31-7.
54. Naud PV, Chaves EM, Matos JC, Rosa AIV, Hammes LS. Gestação e HIV. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al.* *Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 37, 448-55.
55. Oppermann MLR, Reichelt AJ. Diabete Mellito e Gestação. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al.* *Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 35, 407-28.
56. Peoples-Sheps MD, Kalsbeek WD, Siegel E, Dewees C, Rogers M, Schwartz R. Prenatal records: A national survey of content. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1991, 164:514-21.
57. Petitti DB, Hiatt RA, Croughan-Minihane C. An outcome evaluation of the content and quality of prenatal care. *Birth*, 1991, 18:21-25.
58. Puccini RF, Pedroso GC, da Silva EM, de Araujo NS, da Silva NN. Prenatal and childbirth care equity in an area in Greater Metropolitan Sao Paulo. *Cad Saude Publica*. 2003, 19 (1):35-45.
59. Ramos JGL, Martins-Costa S, Vettorazzi-Stuczynski J *et al.* Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul-Brasil: um estudo de 20 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2003, 25(6): 431-6.
60. Ramos JGL, Martins-Costa SH, Gonçalves MAG. Hemorragias Ante-Parto. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al.* *Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 44, 551-60.
61. Ross, N Who should to the surgery? Tonsillectomy and adenoidectomy in one Canadian province. *Inquiry*, 1979; 16:73-83.
62. Sainz Saenz-Torre N, Salido Cano A, Rodriguez Gonzalez B, Sainz Jimenez J, Valero Alonso R. [Structure and interrelations between different levels of care] *Aten Primaria*. 1989 Mar;6(3):170-3.
63. Santos IS *et al.* Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2001, 17(1).
64. Scochi MJ. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá (Estado do Paraná, Brasil), 1991: Um exercício de avaliação. *Cad*

- Saúde Pública*, 1994, 10: 356-67.
65. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol*, 2003, 102(1):181-92.
 66. Sikosana PLN. An evaluation of the quantity of antenatal care at rural health centres in Metebeleland North Province. *Central African Journal of Medicine*, 1994, 40:268-72.
 67. Silveira DS, Santos IS; Dias da Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública*, 2001, 17(1): 131-9.
 68. Sirena MG. História das Conferências Nacionais de Saúde, Centro de Informação Científica Tecnológica-CICT, da Casa de Oswaldo Cruz-COC e da Escola Nacional de Saúde Pública-RADIS/ENSP e DATASUS. <http://www.fiocruz.br/cict/>, acessado 14/10/2003.
 69. Smulian JC, Ananth CV, Vintzileos AM, Scorza WE, Knuppel RA. Fetal deaths in the United States. Influence of high-risk conditions and implications for management. *Obstet Gynecol*. 2002, 100 (6): 1183-9.
 70. Spalding, SM, Amendoeira, MR, Ribeiro, LC *et al*. Estudo prospectivo de gestantes e seus bebês com risco de transmissão de toxoplasmose congênita em município do Rio Grande do Sul. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, jul./ago. 2003, 36(4):483-91.
 71. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994 Oct 22;344(8930):1129-33.
 72. Tabenkin H, Oren B, Steinmetz D, Tamir A, Kitai E. Referrals of patients by family physicians to consultants: a survey of the Israeli Family Practice Research Network. *Fam Pract*. 1998 Apr;15(2):158-64.
 73. Takeda SMP. *Avaliação de Unidade de Atenção Primária: Modificação dos Indicadores de Saúde e Qualidade da Atenção*. Dissertação de Mestrado, Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1993.
 75. Tanaka AC, Siqueira AAF, Bafile PN. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 1989, 23:67-75.
 76. Vidigal PVT, Santos DVV, Castro, FC *et al*. Diagnóstico pré-natal da toxoplasmose no líquido amniótico através da técnica de PCR. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*, 2002, 35, (1),1-6.
 77. Vilela PC, A morim MMR, Falbo N, Gilliatt H *et al*. Fatores prognósticos para óbito em recém-nascidos com gastrosquise. *Acta Cir. Bras.*, 2002, 17(supl.1):17-20.
 78. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001 (4).

-
79. Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, Scorza WE. The impact of prenatal care on preterm births among twin gestations in the United States, 1989-2000. *Am J Obstet Gynecol.* 2003, 189(3):818-23.
 80. Wu CH, Kao JC, Chang CJ. Analysis of outpatient referral failures J Fam Pract. 1996 May;42(5):498-502.

**10 ARTIGO - ADEQUAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS
REALIZADOS PELA REDE BÁSICA DE
ATENÇÃO À SAÚDE**

ADEQUAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PELA REDE BÁSICA DE
ATENÇÃO À SAÚDE

The Adequacy of the Referral Process for the primary health care

Jorge Alberto Buchabqui⁽¹⁾

Jair Ferreira⁽²⁾

(1) Buchabqui, J.A. *Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

(2) Ferreira, J. *Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2350, 4º andar, Porto Alegre, RS, 90003-035, Brasil.*

RESUMO

O pré-natal de atenção básica é realizado nos postos de saúde os quais constituem o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) - sistema público de atenção universal à saúde no Brasil. Quando se identifica uma intercorrência que exige atendimento de maior complexidade a paciente é encaminhada para um centro de maior complexidade, contudo, não há uma análise que verifique a qualidade desse referenciamento. O presente trabalho objetivou verificar as causas mais prevalentes e a adequação dos encaminhamentos das pacientes de pré-natal oriundas de Porto Alegre, do anel metropolitano e de cidades do interior. Foram revisados 821 encaminhamentos no período de julho de 1997 a julho de 2000. Desses, 201 (24,5%) foram considerados inadequados. Os resultados obtidos permitem estimar que entre 20 e 30 % dos encaminhamentos realizados não são adequados.

As causas mais comuns de encaminhamento de gestantes foram hipertensão arterial e diabetes. A inadequação foi mais freqüente em gestantes não oriundas da área metropolitana e em gestantes pertencentes a faixas mais jovens (adolescentes). Houve uma alta proporção de encaminhamentos inadequados entre as gestantes referenciadas por apresentarem hemorragia e as com suspeita de toxoplasmose.

A causa mais freqüente de inadequação (78 casos – 9,5% dos encaminhamentos) correspondeu a encaminhamentos por causas administrativas e por causas não informadas. Os índices kappa, calculados para medir o grau de concordância entre os diagnósticos feitos pelo serviço básico e pelo serviço de referência, foram de 0,28 e 0,41, respectivamente, excluindo-se ou incluindo-se nos cálculos os casos encaminhados sem informação de diagnóstico, revelando, em qualquer das situações, um grau baixo de concordância.

Os desdobramentos advindos desses resultados podem ter repercussão sobre os custos, além do aspecto humano e social decorrentes e atendimentos desnecessários. Indicam ainda uma necessidade de treinamento para dar maior resolutividade aos serviços de atenção básica, especialmente para os médicos de fora da área metropolitana e para melhorar a qualidade desses profissionais, no que se refere ao reconhecimento das reais situações que necessitam encaminhamentos, com ênfase na interpretação dos exames diagnósticos para toxoplasmose, na discriminação das hemorragias graves e no correto prognóstico de diversas intercorrências clínicas de baixa freqüência.

Palavras-chave: Organização dos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Cuidado Pré-Natal; Gestação de Alto Risco.

ABSTRACT

Basic pre-natal care is performed in local healthcare clinics, which provide access to Health System One (SUS), the universal healthcare system in Brazil. When an incident occurs that demands more complex attention, the patient is referred to a more complex healthcare center. However, there is no analysis that verifies the quality of this referral process. The objective of this report was to verify the adequacy and the most prevalent causes of the referrals of pre-natal patients native to Porto Alegre, its surrounding metropolitan area and to rural towns and cities. 821 referrals were examined between July 1997 and July 2000. Of these, 201 (24.5%) were considered inadequate. The obtained results allow us to estimate that between 20% and 30% of referrals are not adequate.

The most common causes for referring pre-natal patients were arterial hypertension and diabetes. The inadequacies were more frequent in patients not from the surrounding metropolitan area and patients belonging to younger age groups (adolescents). There was also a high proportion of inadequate referrals among patients suspected of having toxoplasmosis and hemorrhage.

The most frequent causes of inadequate referrals (78 cases cases- 9,5% of all referalls) are related to a lack of information or faults in the administrative process. The Kappa Index, calculated to measure the concordance degree between the diagnosis made from the primary health care and from the reference service were 0,28 and 0,41, respectively, excluding or including the cases referrals without diagnosis information, with low concordance degree.

The effects of these results could have repercussions over healthcare costs, not to mention the social and human aspects of unnecessary referrals. The results indicate a necessity for better training to improve quality and give greater resolutivity to basic healthcare services, specially for doctors outside the metropolitan area, with regards to recognizing situations that really necessitate a referral, with emphasis on the interpretation of diagnostics examination for toxoplasmosis, on the recognizing of several hemorrhage and in the correct diagnosis of several frequency clinical cases

Key words: Health Service Organization; Primary Health Care; Prenatal Care; High-Risk Pregnancy.

INTRODUÇÃO

A identificação de indivíduos de alto e baixo risco faz com que a equipe de saúde disponha de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados à saúde de maneira diferenciada. As necessidades de saúde dos grupos de baixo risco são resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples no nível primário de assistência. As dos grupos de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas. Ainda que alguns casos possam ser solucionados no nível primário de assistência, outros necessitarão do nível secundário e terciário, com equipe de saúde e tecnologia sofisticadas. No seguimento das gestações de risco na sua transcendência, onde até mesmo o rótulo de risco é fator estressante, identificam-se repercussões mútuas entre a doença e a gravidez (MS,2000; Starfield, 1994; Starfield, 2002).

Entre as causas identificadas de gestação de alto risco, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) incide em cerca de 10% das gestações, sendo um dos principais motivos de morbimortalidade materna e perinatal. No Estado do Rio Grande do Sul a síndrome hipertensiva está entre as causas mais frequentes de óbito materno. Quanto ao diabetes gestacional (critério OMS, 1999) a prevalência observada em 5.015 gestantes brasileiras com mais de 20 anos, acompanhadas em serviço de pré-natal do SUS, foi de 7.6% (Martins-Costa, 2001). Já as hemorragias no terceiro trimestre atingem cerca de 3% das gestantes (Ramos, 2001).

A atenção pré-natal resente-se de instrumentos que possibilitem avaliações dos processos, em especial do processo de referência e contra-referência, evitando a duplicidade de meios para fins idênticos. A melhor forma para investigar-se o

conteúdo da atenção oferecida em todos os níveis de assistência e suas inter-relações, se tem pela aplicação de conceitos e métodos epidemiológicos na avaliação de serviços, programas e tecnologias (Fosberg et al., 1991; Black, 1994; Goldbaum, 1996; Donabedian (1988)).

Quanto à qualidade da atenção dedicada ao pré-natal se verifica o não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, o não-preenchimento de registros e que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades, com carência de uma visão coletiva no planejamento das ações de saúde do serviço, o que interfere na execução das normatizações (Hansell, 1991; Peoples-Sheps et al., 1991; Petitti et al., 1991; Kogan et al., 1994; Sikosana, 1994; Silveira et al., 2001; Tanaka et al., 1989; Scochi, 1994; Halpern et al., 1998).

O Hospital Fêmeina, instituição pública do Grupo Hospitalar Conceição é hospital de referência, recebendo encaminhamentos de gestantes de Porto Alegre, do anel metropolitano (que inclui 19 cidades da região metropolitana de Porto Alegre) e do interior. A triagem das gestantes com risco pré-natal é realizada na origem, isto é, na unidade básica onde foi inicialmente atendida. A adequação desses encaminhamentos ainda não foi avaliada. A impressão que existe entre os que atendem os casos referenciados é de que há uma alta proporção de encaminhamentos inadequados de gestantes não oriundas da área metropolitana de Porto Alegre, de gestantes jovens e de gestantes com diagnóstico ou suspeita de diabetes e de toxoplasmose.

Nesse sentido, é objetivo deste estudo descrever a adequação dos encaminhamentos - referência - das pacientes gestantes que compareceram para atendimento na unidade de atenção secundária.

MÉTODOS

O presente trabalho consistiu em estudo transversal que analisou os boletins de encaminhamentos de 821 pacientes referidas e que vieram ao Ambulatório de Gestação de Alto Risco do Hospital Fêmeina do Grupo Hospitalar Conceição, no período de julho de 1997 a julho de 2000. Não foram consideradas as gestantes que, embora tenham sido encaminhadas, não vieram às consulta. Portanto, não constam dessa avaliação os dados referentes a todos os encaminhamentos feitos, o que pode ser considerado como um fator limitante do estudo. Os critérios de inclusão foram: ser gestante oriunda de Posto de Atenção Básica no período, acompanhada de Boletim de Encaminhamento (BE). O critério de exclusão foi ausência do boletim. Os motivos dos encaminhamentos das gestantes foram classificados como adequados ou inadequados com base na classificação padrão para gestante de alto risco, adotado pela FEBRASGO - Federação das Associações de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia - e pelo Ministério da Saúde do Brasil.

As variações de desfechos constituíram desdobramentos considerados como variáveis derivadas como: confirmado, acrescido, modificado, inconclusivo ou não confirmado.

Entende-se como *Confirmada* (1): se o motivo do encaminhamento da gestante se enquadrava na definição de alto risco e o diagnóstico foi confirmado. Exemplo: encaminhada por ser gestante diabética e foi confirmada diabete. Como *Acrescida* (2): se o motivo do encaminhamento da gestante se enquadrava na definição de alto risco e o diagnóstico foi confirmado, mas havia outra causa para a referência além daquela citada. Exemplo: encaminhada por ser gestante diabética,

foi confirmada a diabete, mas era também hipertensa. Como *Modificado* (3): se o motivo do encaminhamento da gestante se enquadrava na definição de alto risco, mas não foi confirmado pelo serviço de maior complexidade, entretanto, havia outra situação de alto risco não detectado pela atenção básica. Exemplo: encaminhada por ser gestante diabética, mas era hipertensa; ou, encaminhada sem causa informada e era hipertensa; ou, se o motivo do encaminhamento da gestante não se enquadrava na definição de alto risco e havia uma situação de alto risco não detectada pela atenção básica. Exemplo: encaminhada por ter cesária prévia e era diabética; ou ainda, nos casos de causas administrativas (a pedido da gestante) e era hipertensa. Como *Inconclusiva* (4): se o motivo do encaminhamento da gestante se enquadrava na definição de alto risco e a avaliação do serviço de maior complexidade não conseguiu definir, naquele momento, a situação. Exemplo: encaminhada por ser gestante diabética, mas que precisa ser melhor caracterizada como diabete. E como *Não confirmado* (5): se o motivo do encaminhamento da gestante se enquadrava na definição de alto risco, porém não foi confirmado pelo serviço de maior complexidade e a gestante era sadia. Exemplo: encaminhada por ser gestante diabética, mas era saudável; ou, se o motivo do encaminhamento da gestante não se enquadrava na definição de alto risco e a gestante era saudável. Exemplo: encaminhada por ter uma cesárea prévia e era saudável.

Foram considerados *adequados* os encaminhamentos previstos nas situações definidas como: confirmadas (1), acrescidas (2) e inconclusivas (4). As situações inconclusivas foram consideradas como encaminhamentos corretos, pois tratavam-se de casos atípicos, cujo diagnóstico preciso foi difícil de estabelecer, mesmo dispondo dos recursos mais sofisticados de um serviço de referência. Essa dificuldade, por si só, justificaria o encaminhamento da paciente.

Foram considerados *inadequados* os encaminhamentos previstos nas situações definidas como: modificadas (3) e não confirmadas (5).

As demais variáveis avaliadas foram a idade das pacientes, o local de origem dos encaminhamentos e o motivo de encaminhamento.

Foi utilizada estatística descritiva onde as variáveis contínuas foram apresentadas por meio da média e do desvio-padrão (DP). Para as variáveis categóricas foi apresentada distribuição de frequência. Considerando uma frequência de inadequação no encaminhamento de 30%, com um intervalo de confiança 95% de 27-33%, o tamanho da amostra necessária foi estabelecido em 896 casos. Para avaliar a concordância entre os dois observadores (serviço básico e serviço de referência), utilizou-se o Índice Kappa.

RESULTADOS

A amostra final constou de 821 registros, correspondentes às gestantes referenciadas e que compareceram ao Ambulatório de Alto Risco do Hospital Fêmina (91,6% da amostra inicialmente prevista). Esse tamanho final de amostra permite detectar diferenças em torno de 10 pontos percentuais ou razões de prevalência de cerca de 1,4 entre expostos e não-expostos com um poder de 80%, aceitando um erro alfa de 5%, em situações em que a relação entre o número de não-expostos e o número de expostos é de até 2:1.

A média de idade das gestantes foi $28,85 \pm 7,93$ anos. De acordo com a faixa etária as gestantes foram separadas em três grupos: (1) até 19 anos, (14,4%); (2) de

20 a 29 anos, (37,3%); (3) 30 anos ou mais (44,7%). Trinta pacientes não tinham idade informada (3,7%).

Dos encaminhamentos, 468 (57%) eram originários de Porto Alegre, 285 (34,7 %) das 19 cidades que compõem o anel metropolitano e 68 (8,3 %) eram oriundos do interior do Rio Grande do Sul.

As causas mais freqüentes de encaminhamento de gestantes foram: hipertensão arterial (24,7%), diabete (10,1%), causas fetais (8,4%), hemorragias (7,8%) e antecedentes obstétricos (7,6%). Os casos de hipertensão incluíram hipertensão arterial sistêmica prévia e as variações de doença hipertensiva específica da gestação.

Entre as outras doenças intercorrentes destacaram-se a toxoplasmose (4,1%), tumores (2,2%) e soro-positividade para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (1,9%). Outras intercorrências, com menor número de casos, somaram, no conjunto, 166 encaminhamentos (20,2%).

Os encaminhamentos foram divididos em adequado e inadequado conforme descrito em material e método. Dos 821 encaminhamentos 201 (24,5%) foram considerados inadequados (IC95%: 18,7-30,3%). Desses 201 classificados como inadequados, 172 incluíam-se no critério 5 (não confirmados) e 29 incluíam-se no critério 3 (modificados). Dos 620 encaminhamentos considerados como adequados, 512 incluíam-se no critério 1 (confirmados), 66 no critério 2 (acrescidos) e 42 no critério 4 (inconclusivos).

Em relação às faixas etárias a maior freqüência (34,7%) de encaminhamentos inadequados foi verificada em gestantes com menos de 20 anos (tabela 1), com uma

diferença estatisticamente significativa em relação às demais faixas ($p=0,018$).

Em relação à origem as gestantes vindas do interior do estado tiveram maior proporção de encaminhamentos inadequados (35,3%) do que as oriundas de Porto Alegre (24,4%) ou do Anel Metropolitano (22,1%), (tabela 2). A diferença, entretanto, não foi significativa ($p= 0,075$). Porém, se agregarmos em uma única categoria a capital e o anel metropolitano, os encaminhamentos inadequados oriundos do interior são significativamente mais freqüentes ($p= 0,044$), ressalvado o risco de realização desse tipo de procedimento estatístico *a posteriori*.

Na tabela 3 são apresentadas as causas e avaliação dos encaminhamentos. As causas de encaminhamento com maiores inadequações foram: toxoplasmose (19,5%), hemorragias (18,8%), antecedentes obstétricos (16,1%), causas fetais (14,5%), e diabetes (14,5%). Os 166 encaminhamentos caracterizados como outras doenças intercorrentes de baixa freqüência tiveram 51 casos inadequados (30,7%).

Os índices de concordância entre os diagnósticos formulados pela rede básica ao encaminhar os casos e os diagnósticos do serviço de referência de maior complexidade, foi medido através do índice kappa que leva em consideração a proporção de observações em que os dois observadores concordam, além do que seria esperado tão somente pelo acaso.

No presente estudo, numa abordagem que excluiu os casos com diagnóstico não informado pela origem, o Índice Kappa, calculado foi de 0,28 (tabela 5). Noutra abordagem, incluindo os casos não informados e considerando como concordantes os casos dessa categoria que não tiveram diagnóstico de alto risco no serviço de referência e como discordantes os que tiveram diagnóstico de alto risco, o valor do Índice Kappa foi de 0,41 (tabela 6).

DISCUSSÃO

Dos 821 encaminhamentos 201 (24,5%) foram considerados inadequados (IC 95%: 18,7-30,3%), o que está conforme com a hipótese inicial do trabalho, uma vez que o intervalo abrange a proporção de 30% estimada.

Utilizando o cálculo do índice de concordância entre os diagnósticos registrados pelos postos da rede básica e os diagnósticos efetuados pelo serviço de referenciamento de maior complexidade, verificou-se que os Índices Kappa foram baixos, revelando uma baixa concordância, mesmo quando se incluem nessa análise os casos encaminhados sem uma causa informada. Nesses casos não informados supõe-se que haja tanto encaminhamentos sem motivo justificado (“para passar adiante”) como encaminhamentos onde havia um diagnóstico que não foi registrado pela rede básica. Para o cálculo do índice Kappa considerou-se que todos os não informados não tinham motivo justificado, o que se confirmou (isto é, houve concordância) em 35 dos 47 casos dessa categoria. Ressalte-se que concordância não significa adequação no encaminhamento e o índice kappa mede, mais propriamente, o potencial da rede básica em estabelecer diagnósticos clínicos corretos.

A hipertensão (24,7%) e o diabetes (10,1%) foram as causas isoladas mais freqüentes, com a proporcionalidade esperada entre ambas. A hipertensão, confirmando a literatura (Martins-Costa, 2001), é a maior complicação identificada no pré-natal, com suas variantes gestacionais ou não. O diabetes teve índice de inadequação superior à hipertensão, possivelmente devido às constantes mudanças nos critérios de rastreamento laboratorial (Oppermann, 2001). Apesar disso, não se

confirmou a hipótese de que a suspeita equivocada de diabetes seria (juntamente com a suspeita de toxoplasmose), uma das duas causas mais frequentes de inadequação.

Entre as intercorrências com mais de 15 referenciamentos na amostra estudada as hemorragias, juntamente com a toxoplasmose, foram as causas de encaminhamento com maiores índices de inadequação. Em 10% a 15% das gestantes com consultas rotineiras de pré-natal, observam-se perdas de sangue anormais (Ramos *et al.*, 2001), porém, a grande maioria não tem maior significado, justificando-se o alto índice de inadequação pela baixa capacidade da rede básica de diferenciar as perdas banais das perdas importantes. Quanto aos encaminhamentos inadequados por toxoplasmose houve uma preocupação com o diagnóstico precoce durante a gravidez, o que é altamente desejável, já que o tratamento da gestante reduz a frequência e gravidade da infecção fetal (Vidigal *et al.*, 2002; Castro *et al.*, 2001). Contudo, identificou-se que o principal motivo de inadequação dos encaminhamentos com esse diagnóstico deveu-se ao fato de que as unidades básicas não atenderam aos critérios laboratoriais que identificam doença ativa, isto é, consideraram como doença a presença apenas de IGG positivo, o que é meramente indicativo de cicatriz sorológica (Martins-Costa, 2001b).

No estudo presente as gestantes encaminhadas com até 19 anos apresentaram maior taxa de inadequação (34,7%), o que foi significativo ($p= 0,018$), excluindo da análise as que não tinham idade informada. Parte dessa alta frequência de inadequação foi devido a uma proporção mais alta de encaminhamentos administrativos (9,6%) entre as adolescentes do que entre as da faixa de 20 a 29 (3,9%) e as da faixa de 30 anos e mais (1,4%). Um dado positivo observado foi o de que o grupo etário com menor proporção de encaminhamentos inadequados foi o de

30 anos e mais (21,8% dos casos), o que está de acordo com Majoko (2002) quando afirma que a idade elevada isolada não constitui motivo para encaminhamento, pois resultaria em um grupo de risco grande demais para referenciar

Quanto à origem dos encaminhamentos, como se verifica na tabela 2, a diferença não foi significativa (qui-quadrado de 8,05 com $p= 0,075$) entre as três origens. Deve-se, entretanto, levar em consideração o fato de que o número de gestantes oriundas do interior era relativamente pequeno ($n=68$) e, em função disso, o poder do estudo nesse aspecto ficou inferior a 45%. Contudo, apesar do baixo poder, ao agregarmos as gestantes da capital e do anel metropolitano e compará-las com as oriundas do interior, observamos diferença significativa ($p= 0,044$). O número real de encaminhamentos do interior pode, na verdade, ser mais alto: há a possibilidade de que muitas gestantes referenciadas não tenham comparecido ao serviço mais complexo. Isto pode ser devido a situações onde grandes distâncias têm que ser percorridas (Aaraas, 1998), a fatores como período de espera e descrença na necessidade de referenciamento (Wu *et al.*, 1996), ou a fatores de ordem geográfica, cultural, sócio-econômica e médico-administrativa (Gupta, 2000). Segundo Takeda (1993) uma precariedade na atenção à saúde (índice de Kessner, número de consultas, data da primeira consulta) se reflete em altas porcentagens de inadequação da referência para instâncias de atenção de maior complexidade. Este problema, ressalvadas as restrições em relação à significância das diferenças observadas, não se mostrou neste estudo, independente da origem geográfica dos encaminhamentos.

Os encaminhamentos administrativos e os de causas não informadas são, obviamente, sempre inadequados. Nos primeiros a escolha do tipo de serviço de saúde pela gestante parecer depender mais de fatores ligados à classe social do

que de variáveis associadas à gravidade dos problemas de saúde (Dias da Costa e Facchini, 1997). Essas situações, que são semelhantes a um auto-encaminhamento (há pouca interferência do referenciador), tendem a ter mais intervenções desnecessárias que podem conduzir a desfechos indesejados (Ross, 1979).

Paradoxalmente, nesses dois tipos de encaminhamento, se identificam situações em que a referência a local de maior complexidade era pertinente, mas não explicitada pelo referenciador. Por exemplo, entre as 31 gestantes encaminhadas por razões administrativas encontrou-se um caso (3,2%) com fator de risco que justificaria o encaminhamento. Este fator de risco que não foi identificado na origem permite supor que haja uma determinada proporção de gestantes que deveriam ter sido encaminhadas e não o foram. Justificar-se-ia, portanto, um novo estudo direcionado às gestantes não encaminhadas para verificar que proporção destas apresentaria realmente fatores de risco que determinariam um encaminhamento para serviço de referência.

No presente estudo, os 201 casos considerados inadequados quanto ao encaminhamento pela rede básica (24,5% , n=821) permite-nos diferenciar os casos inadequados por apresentarem diagnósticos não confirmados, que correspondem a 172 (20,1%) casos, dos 29 casos (3,5%) que corresponderam às inadequações devidas as situações cujos diagnósticos foram modificados. Merece atenção o alto grau de inadequação (31,3%) quando se trata de gestantes referenciadas por doenças intercorrentes à gestação, de baixa frequência (15 casos ou menos na amostra estudada), como endocrinopatias não diabéticas, cardiopatias, pneumopatias, neuropatias, psicopatias, ginecopatias com repercussão obstétrica (Freitas, 2001). Conforme Tabenkin (1998), dependendo da especialidade, podem ser encontrados altos índices de inadequação nesses encaminhamentos, o que os

achados do presente estudo corroboraram. Com diagnósticos já formulados há bastante tempo e com orientações já definidas por um especialista, a conduta nessas gestantes geralmente não será alterada pelo serviço mais complexo, sendo desnecessário o encaminhamento. Quando houver real necessidade, esses encaminhamentos devem ser feitos para locais onde existam especialistas capacitados para tratar a intercorrência específica, do contrário o encaminhamento servirá apenas como um passo intermediário, protelando o atendimento mais resolutivo.

Nos encaminhamentos por causas fetais (8,4% do total, 14,5% inadequados) as inadequações se devem a suspeitas infundadas de alterações dos batimentos cardíacos fetais, de alterações de volume do líquido amniótico, de alterações da duração da gravidez e de desvios de crescimento fetal (Magalhães *et al.*, 2001). A essas se somam as solicitações de avaliação de fetos, em princípio, normais por meio de ultra-sonografia. O prestígio da ultra-sonografia se deve ao fato de que, como método diagnóstico isolado, identifica 70 a 80% das malformações estruturais do feto e apresenta bom desempenho na detecção de gestantes de risco para cromossomopatias (Barini, 2002).

Segundo Smulian (2002), exames pré-natais precoces identificam 2/3 das complicações gestacionais. Como há competição pelo atendimento em locais de maior complexidade e se deseja que um maior número de pessoas se beneficie de uma ação resolutiva, todo encaminhamento desnecessário implica perda ou postergação de atendimentos necessários com sérias conseqüência para os desfechos.

Quando se avalia indicador de cobertura, número de consultas pré-natais e

tipo de parto (Tanaka *et al.*, 1989; Gomes *et al.*, 1990; Scochi, 1991), constata-se que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades (Hansell, 1991; Peoples-Sheps *et al.*, 1991; Petitti *et al.*, 1991; Kogan *et al.*, 1994; Sikosana, 1994). Gestantes de maior risco gestacional apresentaram maior proporção de pré-natal classificado como inadequado ou intermediário (25%), quando comparadas com as de menor risco (10%) (Dias da Costa *et al.*, 1996; Dias da Costa e Facchini, 1997; Dias da Costa *et al.*, 2000; Silveira *et al.*, 2001; Santos *et al.*, 2001).

Esta mesma precariedade tende a ser reproduzida nas instâncias de maior complexidade, que não utiliza efetivamente a sua competente resolutividade, comprometendo a integralidade da atenção. Sainz Saenz-Torre (1989), Bourget (1998) e Wu CH (1996), ressaltam a necessidade da criação de um patamar interno de comunicação e a unificação de critérios entre os níveis primário e secundário de cuidados no Sistema de Saúde. A escassa comunicação entre esses níveis é fator determinante para a alta proporção de encaminhamentos inadequados (Abdel Kader *et al.*, 1994).

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos evidenciam que 20 a 30% dos encaminhamentos realizados não são adequados. As causas mais comuns de encaminhamento de gestantes são hipertensão arterial e diabete. A inadequação é mais freqüente em gestantes encaminhadas por apresentarem hemorragias ou suspeita de toxoplasmose, em gestantes não oriundas da área metropolitana, em gestantes pertencentes a faixas mais jovens (adolescentes) e há uma alta proporção de

encaminhamentos inadequados por causas administrativas e por causas não informadas. O Índice Kappa calculado revelou uma baixa concordância diagnóstica entre os observadores.

Há necessidade de capacitação dos serviços da rede básica para realização de pré-natal com qualidade. Uma ênfase especial deve ser dada às unidades básicas situadas fora da área metropolitana de Porto Alegre e à interpretação de determinados exames de rastreamento, como, por exemplo, os que se referem ao rastreamento da toxoplasmose.

Assim, investir no generalista e na educação médica permanente, reduzirá a necessidade de referenciamento, pois resultará em médicos generalistas com experiência profissional. Estes terão conhecimento e habilidade para diagnosticar e tratar uma ampla gama de problemas e providenciar, somente quando realmente necessário, o encaminhamento ao nível de cuidado adequado.

BIBLIOGRAFIA

1. Aaraas I, Fylkesnes K, Forde OH GP's motives for referrals to general hospitals does access to GP hospital beds make any difference? *Fam. Pract*, 1998 Jun15(3):252-8.
2. Abdel Kader HZ, Shehata AI, Guirguis WW, Abdel Fattah M el-A, Saleh HS, Schacke G. Study of referral process between general practitioners and specialists in health insurance clinics in Alexandria. *J Egypt Public Health Assoc*. 1994;69(1-2):89-113.
3. Barini R, Stella, JH, Ribeiro, ST *et al*. Desempenho da Ultra-sonografia Pré-natal no Diagnóstico de Cromossomopatias Fetais em Serviço Terciário. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2002 mar, 24(2):121-7.
4. Black N. Why we need qualitative research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994, 48: 425-6.
5. Bourguet C, Gilchrist V, McCord G. The consultation and referral process. A report from NEON. Northeastern Ohio Network Research Group. *J Fam Pract*. 1998 Jan;46(1):47-53.
6. Castro FC, Castro MJBV, Cabral ACV *et al*. Comparação dos Métodos para Diagnóstico da Toxoplasmose Congênita. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2001, 23(5):277-82.
7. Dias da Costa JS *et al*. Avaliação do Programa de Pré-natal do Posto de Saúde da Vila Municipal, Pelotas, RS. *Rev Bras Ginecol Obste*, 1996; 18:469-76.
8. Dias da Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que freqüência *Rev Saúde Pública*, 1997, 31(4):360-9.
9. Dias-da-Costa JS, Madeira ACC, Luz RM, *et al*. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2000, 34(4):329-36.
10. Donabedian, A. The quality of care: how can it be assessment? *JAMA*, 1988, 26:1743-8.
11. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JAA. *Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001
12. Forsberg BC, Barros FC, Victora CG. Developing countries need more quality assurance: How health facility surveys can contribute. *Health Policy and Planning*, 1991, 7:193-6.
13. Gupta J, Gupta H. Perceptions of and constraints upon pregnancy-related referrals in rural Rajasthan, India. *Health Serv Manage Res*. 2000 Feb;13(1):6-15.

14. Goldbaum M., Epidemiologia e serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*, 1996, 12(Sup. 2):95-8.
15. Gomes UA, Bettioli H, Silva AAM, Almeida LEA, Barros AA, Barbieri MA. Saúde perinatal em Ribeirão Preto, SP, Brasil: Apresentação de algumas características demográfico-sociais e da atenção médica da população estudada. *Cad Saúde Pública*, 1990, 6:5-17.
16. Halpern R, Barros FC, Victora CG; Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Pública*, 1998, 14:487-92.
17. Hansell MJ. Sociodemographic factors and the quality of prenatal care. *American Journal of Public Health*, 1991, 81:1023-8.
18. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*, .1, n.696, p.405-12, 1971.
19. Kogan MD, Alexander GR, Mor, JM, Kieffer EC. Ethnic-specific predictors of prenatal care utilisation in Hawaii. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998;12(Suppl 1):152-62.
20. Magalhães JAA, Lemos NA, Cavalheiro JÁ. Crescimento Intra-uterino Retardado. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 9, 105-19.
21. Majoko F, Nystrom L, Munjanja S, Lindmark G. Usefulness of risk scoring at booking for antenatal care in predicting adverse pregnancy outcome in a rural African setting. *J Obstet Gynaecol*, 2002, 22(6):604-9.
22. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Barros E, Stuckzinski JV, Hammes LS. Doença Hipertensiva da Gestação. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001a, cap. 33, 377-96.
23. Martins-Costa SH, Souza CAB, Ramos JGL, Gemelaridade. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001b, cap. 10, 120-26.
24. Martins-Costa SH, Valiati B, Ramos JGL. Infecções Pré-natais. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001b, cap. 13, 161-70.
25. MS-Ministério da Saúde. Pré-natal de baixo risco: normas e manuais. Brasília; 1986.
26. MS-Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher, GESTAÇÃO DE ALTO RISCO, Manual Técnico, 3ª edição, Brasília 2000.
27. Oppermann MLR, Reichelt AJ. Diabetes Mellito e Gestação. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 35, 407-28.

28. Peoples-Sheps MD, Kalsbeek WD Siegel E, Dewees C, Rogers M, Schwartz R. Prenatal records: A national survey of content. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1991, 164:514-21.
29. Petitti DB, Hiatt RA, Chin V, Croughan-Minihane C. An outcome evaluation of the content and quality of prenatal care. *Birth*, 1991, 18:21-5.
30. Ramos JGL, Martins-Costa SH, Gonçalves MAG. Hemorragias Ante-Parto. In: Freitas FM, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JAA, Freitas, F *et al. Rotinas em Obstetrícia*. 4ª.Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 44, 551-60.
31. Ross, N Who should to the surgery? Tonsillectomy and adenoidectomy in one Canadian province. *Inquiry*, 1979; 16:73-83.
32. Sainz Saenz-Torre N, Salido Cano A, Rodriguez Gonzalez B, Sainz Jimenez J, Valero Alonso R. [Structure and interrelations between different levels of care] *Aten Primaria*. 1989 Mar;6(3):170-3.
33. Santos IS *et al*. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2001, 17(1).
34. Scochi MJ. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá (Estado do Paraná, Brasil), 1991: Um exercício de avaliação. *Cad Saúde Pública*, 1994, 10: 356-67.
35. Sikosana PLN. An evaluation of the quantity of antenatal care at rural health centres in Metebeleland North Province. *Central African Journal of Medicine*, 1994, 40:268-72.
36. Silveira DS, Santos IS; Dias da Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública*, 2001, 17(1): 131-9.
37. Smulian JC, Ananth CV, Vintzileos AM, Scorza WE, Knuppel RA. Fetal deaths in the United States. Influence of high-risk conditions and implications for management. *Obstet Gynecol*, 2002, 100 (6): 1183-9.
38. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994 Oct 22;344(8930):1129-33.
39. Starfield B, Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Ministério da Saúde, 726p, 2002.
40. Tabenkin H, Oren B, Steinmetz D, Tamir A, Kitai E. Referrals of patients by family physicians to consultants: a survey of the Israeli Family Practice Research Network. *Fam Pract*. 1998 Apr;15(2):158-64.
41. Takeda SMP. *Avaliação de Unidade de Atenção Primária: Modificação dos Indicadores de Saúde e Qualidade da Atenção*. Dissertação de Mestrado, Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1993.

42. Tanaka AC, Siqueira AAF, Bafile PN. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 1989, 23:67-75.
43. Vidigal PVT, Santos DVV, Castro, FC *et al.* Diagnóstico pré-natal da toxoplasmose no líquido amniótico através da técnica de PCR. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*, 2002, 35, (1),1-6.
44. Wu CH, Kao JC, Chang CJ. Analysis of outpatient referral failures J Fam Pract. 1996 May;42(5):498-502.

Tabela 1 – Distribuição das gestantes por faixa etária e adequação*

Faixa etária	Avaliação				Total	
	adequado		Inadequado		N	%
	N	%	N	%		
< 20	77	65,3	41	34,7	118	14,4
20 a 29	231	75,5	75	24,5	306	37,3
≥ 30	287	78,2	80	21,8	367	44,7
Não informada	25	83,3	5	16,7	30	3,6
Total	620	75,5	201	24,5	821	100,0

Qui-quadrado (2 gl)= 8,05 (*). p = 0,018

(*) excluído a categoria “não informada”

Tabela 2 - Distribuição das gestantes em relação à origem e adequação

Origem	Adequado		Inadequado		Total (n)
	n	%	n	%	
Porto Alegre	354	75,6	114	24,4	468
Anel	222	77,9	63	22,1	285
Interior	44	64,7	24	35,3	68
Total	620	75,5	201	24,5	821

Chi-quadrado (2 gl) = 5,17, p = 0,075.

Tabela 3 - Causas de encaminhamentos informados e percentual de inadequação

Causas	Adequado		Inadequado		Total	
	n	%	n	%	n	%
HAS	186	91,6	17	8,4	203	26,2
Diabete	71	85,5	12	14,5	83	10,7
Hemorragias	52	81,3	12	18,8	64	8,3
Causas fetais	59	85,5	10	14,5	69	8,9
Gemelaridade	27	100,0	0	0,0	27	3,5
Tumores	18	94,7	1	5,3	19	2,5
Causas Obstétricas	52	83,9	10	16,1	62	8,0
Toxoplasmose	24	70,5	10	19,5	34	4,4
HIV	16	100,0	0	0,0	16	2,1
Outras Doenças Intercorrentes	115	69,3	51	30,7	166	21,4
Administrativas	0	0,0	31	100,0	31	4,0
Total	620	75,5	154	24,5	774	100
Não informado	0	0,0	47	100,0	47	100

Tabela 4 – Causas administrativas e causas não informadas de encaminhamento por origem geográfica

	Porto Alegre		Anel metropolitano		Interior		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Administrativas	18	3,8	8	2,8	5	7,3	31	3,8
Não informado	28	6,0	11	3,9	8	11,8	47	5,7
Causas clínicas	422	90,2	266	93,3	55	80,9	743	90,5
Total	468	100,0	285	100,0	68	100,0	821	100,0

Tabela 5 – Índice de Kappa excluindo os casos não informados

Avaliação (*)	Diagnóstico de alto risco segundo a Unidade Básica		Total
	Sim	Não	
Diagnóstico de alto risco segundo o Hospital Fêmina			
Sim	620	1	621
Não	123 (*)	30	153
Total	743	31	774

Índice kappa = 0,28

(*) incluem os 29 diagnósticos “modificados”, isto é, casos de alto risco, porém com diagnóstico diferente daquele estabelecido pelo serviço básico.

Tabela 6 – Índice de Kappa incluindo os casos não informados

Avaliação (*)	Diagnóstico de alto risco segundo a Unidade Básica		Total
	Sim	Não	
Diagnóstico de alto risco segundo o Hospital Fêmina			
Sim	620	13	633
Não	123 (*)	65	188
Total	743	78	821

Índice kappa = 0,41

(*) incluem os 29 diagnósticos “modificados”, isto é, casos de alto risco, porém com diagnóstico diferente daquele estabelecido pelo serviço básico