

Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

High risk pregnancy referrals adequacy in the Basic Health Services of Port Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil

Jorge Alberto Buchabqui ¹

Edison Capp ²

Jair Ferreira ³

¹⁻² Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2400, 4º andar. Porto Alegre, RS, Brasil, CEP: 90.035-003. E-mail: jbuch@terra.com.br

³ Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

Abstract

Objectives: to determine the most prevailing causes and referral adequacy of prenatal patients from Porto Alegre, Rio Grande do Sul, metropolitan and rural areas.

Methods: 821 referrals to the High Risk Pregnancy Clinic of the Hospital Fêmina of the Grupo Hospitalar Conceição, from July 1997 to July 2000 were reviewed. Referrals were classified as: confirmed, added, modified, not conclusive or not confirmed.

Results: 201 (24.5%) were considered inadequate. Most common causes for referring pre-natal patients were arterial hypertension and diabetes. Inadequacy was more frequent in pregnant women residing out of the metropolitan area and among the younger ones. The most frequent inadequacy causes were referrals based on bureaucratic reasons and lack of information. Kappa rates among diagnosis performed by primary care doctors and referral services were respectively 0.28 and 0.41.

Conclusions: diagnosis agreement was determined to be low. There is a need for training to improve basic healthcare services specially focused on doctors working outside the metropolitan area.

Key words Primary health care, Prenatal care, Pregnancy, high-risk

Resumo

Objetivos: 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.

Métodos: foram revisados 821 encaminhamentos para o Ambulatório de Gestação de Alto Risco do Hospital Fêmina, do Grupo Hospitalar Conceição, no período de julho de 1997 a julho de 2000. Os encaminhamentos foram classificados como: confirmado, acrescido, modificado, inconclusivo ou não confirmado.

Resultados: 201 (24,5%) encaminhamentos foram inadequados. A inadequação foi mais freqüente em gestantes não oriundas da área metropolitana e pertencentes a faixas mais jovens, cujas causas mais freqüentes foram encaminhamentos de origem administrativas e não informadas. Os índices Kappa entre os diagnósticos feitos pelo serviço básico e pelo serviço de referência foram de 0,28 e 0,41, respectivamente.

Conclusões: houve baixa concordância diagnóstica entre os observadores. Há necessidade de treinamento para dar maior resolutividade aos serviços de atenção básica, especialmente para os médicos de fora da área metropolitana.

Palavras-chave Cuidados primários de saúde, Cuidado pré-natal, Gravidez de alto risco

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 de maneira diferenciada. As necessidades de grupos de baixo risco são resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples no atendimento primário de assistência. As dos grupos de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas. Ainda que alguns casos possam ser solucionados no atendimento primário, outros necessitarão de atendimentos secundário e terciário, com equipe de saúde e tecnologia sofisticadas. No seguimento das gestações de risco, onde até mesmo o rótulo de risco pode ser fator estressante, identificam-se repercussões mútuas entre a doença e a gravidez.¹⁻³

A prevalência de diabetes gestacional observada em 5015 gestantes brasileiras com mais de 20 anos, acompanhadas em Serviço de Pré-Natal do Sistema Único de Saúde (SUS), foi de 7,6%.⁴ Já as hemorragias no terceiro trimestre atingem cerca de 3% das gestantes.⁴

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 morbi-mortalidade materna e perinatal. No Estado do Rio Grande do Sul a síndrome hipertensiva está entre as causas mais frequentes de óbito materno.⁴

O Sistema Único de Saúde propõem integralidade na atenção às gestantes de alto risco, considerando a sensibilidade diagnóstica do nível básico para propor encaminhamentos adequados, através da rede de serviços por meio do sistema de referência e contra-referência. Contudo, faltam instrumentos que possibilitem avaliações dos processos que ocorrem na atenção pré-natal, em especial os de referência e contra-referência para evitar a duplicidade de meios para fins idênticos. A melhor forma para a investigação do conteúdo da atenção oferecida em todos os níveis de assistência e suas inter-relações é conseguida pela aplicação de conceitos e métodos epidemiológicos na avaliação de serviços, programas e tecnologias.⁵⁻⁷ A qualidade da atenção dedicada ao pré-natal pode ser verificada pelo cumprimento ou não das normas e rotinas por parte dos profissionais. O não-preenchimento de registros indica utilização inadequada e sugere uma visão coletiva limitada no planejamento das ações de saúde do serviço, podendo interferir na execução das normatizações.⁸⁻¹⁵

O Hospital Fêmeina, instituição pública do Grupo

Hospitalar Conceição é hospital de referência, recebendo encaminhamentos de gestantes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 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. Suspeita-se que a concordância entre os diagnósticos feitos na unidade de origem e no ambulatório de pré-natal de alto-risco seja baixa. Contudo, a adequação desses encaminhamentos ainda não foi avaliada.

O objetivo deste artigo é verificar as causas mais prevalentes de encaminhamento e analisar a concordância dos encaminhamentos das pacientes gestantes, confrontando as duas fontes de informações: o diagnóstico no boletim de atendimento e o diagnóstico realizado no ambulatório de pré-natal de alto risco da unidade de atenção secundária.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal, com análise de todos os boletins de encaminhamentos de pacientes referidas e que foram atendidas no Ambulatório de Gestação de Alto Risco do Hospital Fêmeina do Grupo Hospitalar Conceição, no período de julho de 1997 a julho de 2000. Foram incluídos todos os boletins (821) de gestantes encaminhadas de Postos de Atenção Básica através de Boletim de Encaminhamento (BE) (questionário semi-estruturado). Os motivos dos encaminhamentos das gestantes foram classificados como adequados ou inadequados com base na classificação padrão para gestante de alto risco, adotado pelo Ministério da Saúde.¹⁶

Os diagnósticos apresentados nos BE foram classificados, por um único pesquisador: confirmado: se o motivo do encaminhamento da gestante se enquadrava na definição de alto risco e o diagnóstico foi confirmado; acrescido: 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; modificado: se o motivo do encaminhamento da gestante se enquadrava na definição de alto risco, mas não confirmado pelo serviço de maior complexidade, havendo entretanto, outra situação de alto risco não detectada pela atenção básica; inconclusivo: 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; e não confirmado: 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. Foram considerados "adequados" os encaminhamentos classificados como confirmados, acrescidos e inconclusivos. Foram considerados "inadequados" os encaminhamentos classificados como modificados e não confirmados.

Os resultados foram comparados por meio do teste qui-quadrado. As diferenças foram consideradas significativas para valores correspondentes a $p < 0,05$. A concordância entre os diagnósticos formulados pela rede básica ao encaminhar os casos e os diagnósticos do serviço de referência de maior complexidade foram medidos 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. Utilizou-se a seguinte classificação: a) concordância quase perfeita para o Kappa entre 0,81 e 1,00; b) concordância excelente, para o coeficiente entre 0,61 e 0,80; c) concordância moderada para índices entre 0,41 e 0,60; d) concordância sofrível para índices entre 0,21 e 0,40; e) concordância fraca para índices abaixo de 0,20.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Fêmima, número 096/2002. Foi assinado termo para utilização de dados.

Resultados

Foram avaliados 821 registros, correspondentes às gestantes referenciadas e que compareceram ao Ambulatório de Alto Risco do Hospital Fêmima. A média de idade das gestantes foi $28,85 \pm 7,93$ anos. De acordo com a faixa etária (Tabela 1), as gestantes foram separadas em três grupos: até 19 anos, (14,4%); de 20 a 29 anos, (37,3%); 30 anos ou mais (44,7%). Trinta pacientes não tinham idade informada (3,6%).

Dos encaminhamentos, 468 (57%) eram oriundos 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 (Tabela 2).

As causas mais frequentes de encaminhamento de gestantes foram: hipertensão arterial (26,7%), diabetes (10,7%), causas fetais (8,3%), hemorragias (8,3%) e antecedentes obstétricos (8,0%). Os casos de hipertensão incluíram hipertensão arterial sistêmica prévia e as variações de doença hipertensiva específica da gestação (Tabela 3). Entre as ou-

Tabela 1

Adequação dos encaminhamentos de acordo com a distribuição das gestantes por faixa etária.*

Faixa etária (anos)	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; $p = 0,018$; * excluída a categoria "não informada"

Tabela 2

Adequação dos encaminhamentos de acordo com a distribuição das gestantes em relação à origem.

Origem	Avaliação				Total (n)	
	Adequado		Inadequado		n	%
	n	%	n	%		
Porto Alegre	354	75,6	114	24,4	468	
Anel Metropolitano	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, $p = 0,075$.

Tabela 3

Adequação dos encaminhamentos de acordo com as causas

Causas	Adequado				Inadequado		Total	
	Adequado		Inadequado		n	%	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		
Não informado	0	0,0	47	100,0	47	100,0		
Total	620	75,5	154	24,5	774	100,0		

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

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

Adequação dos encaminhamentos de acordo com as causas

Diagnóstico de alto risco segundo o Hospital Fêmeina	Diagnóstico de alto risco segundo a Unidade Básica		Total
	Sim	Não	
Excluindo os casos não informados - Kappa = 0,28			
Sim	620	1	621
Não	123*	30	153
Total	743	31	774
Incluindo os casos não informados - Kappa = 0,41			
Sim	620	13	633
Não	123*	65	188
Total	743	78	821

* Incluem os 29 diagnósticos "modificados", isto é, casos de alto risco, porém com diagnóstico diferente daquele estabelecido pelo serviço básico.

tras doenças intercorrentes mais frequentes está a toxoplasmose (4,4%), tumores (2,5%) e a soro-positividade para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (2,1%). Outras intercorrências (epilepsia, hipotireoidismo; hipertireoidismo, asma; pneumonias; tuberculose, *lupus* eritematoso sistêmico), com menor número de casos, somaram, no conjunto, 166 encaminhamentos (21,4%).

Os encaminhamentos (Tabela 4) foram divididos em "adequado" e "inadequado" conforme descrito na seção Métodos. Dos 821 encaminhamentos, 201 (24,5%) foram considerados inadequados (IC95%: 18,7 - 30,3%). Desses 201 classificados como inadequados, 172 não foram confirmados e 29 foram modificados. Dos 620 encaminhamentos considerados como adequados, 512 foram confirmados, 66 tiveram diagnósticos acrescidos e 42 foram inconclusivos.

Em relação às faixas etárias, a maior frequência (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 ($p=0,018$). 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%).

Analisando a origem das pacientes em dois grupos do interior ou da área metropolitana (capital e anel metropolitano), apenas quando são somados os casos da capital e do anel metropolitano se observa uma diferença significativa com relação à procedência da gestante: pacientes oriundas do interior tiveram uma frequência maior de encaminhamentos inadequados ($p=0,044$). Isoladamente não houve diferença entre a proporção de encaminhamentos inadequados (35,3%) das pacientes do interior, de Porto Alegre (24,4%) ou do Anel Metropolitano (22,1%) (Tabela 2) ($p = 0,075$).

Na Tabela 3 são apresentadas as causas e as avaliações 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 frequência tiveram 51 casos inadequados (30,7%).

Excluindo os casos com diagnóstico não informado pela origem, o índice Kappa foi de 0,28 (Tabela 5). Em relação aos casos não informados incluídos e considerados concordantes - os 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 5).

Discussão

Os índices Kappa entre os diagnósticos registrados pelos postos da rede básica e os diagnósticos efetuados pelo serviço de maior complexidade foram baixos. Isso revela uma baixa concordância, mesmo quando se incluem nessa análise os casos encaminhados sem uma causa informada. Nesses casos não informados se supõe que haja tanto encaminhamentos sem motivo justificado como encaminhamentos onde havia um diagnóstico não registrado pela rede básica.

A hipertensão (24,7%) e o diabetes (10,1%) foram as causas isoladas mais frequentes, com a proporcionalidade esperada entre ambas. A hipertensão, semelhante aos achados na literatura,⁴ é a maior complicação identificada no pré-natal, com suas variantes gestacionais ou não. A frequência de encaminhamento inadequado de diabetes foi maior que a de hipertensão, possivelmente devido às constantes mudanças nos critérios de rastreamento laboratorial.⁴ Apesar disso, não se confirmou a suspeita de que diabetes seria (juntamente com a toxoplasmose), uma das duas causas mais frequentes de inadequação.

Entre as intercorrências com mais de 15 referenciamentos, foram as hemorragias, juntamente com a toxoplasmose, as causas de encaminhamento com maiores índices de inadequação. Em 10 - 15% das gestantes com consultas rotineiras de pré-natal são observadas perdas de sangue anormais,⁴ porém, a grande maioria não tem maior significado. O alto índice de inadequação poderia assim ser explicado pela baixa capacidade da rede básica em 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.^{17,18} 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, considerarem como doença a presença isolada de IgG positivo, o que é apenas indicativo de cicatriz sorológica.⁴

O grupo etário com menor proporção de encaminhamentos inadequados foi o de 30 anos e mais (21,8% dos casos). Segundo Majoko *et al.*¹⁹, 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, não

houve diferença de adequação entre as três origens. Deve-se, entretanto, considerar que o número de gestantes oriundas do interior foi relativamente pequeno (n=68), podendo diminuir o poder do estudo. Contudo, agregando as gestantes da capital e do anel metropolitano e comparando-as com as oriundas do interior, foi observada uma diferença estatisticamente significativa na adequação. O número real de encaminhamentos do interior pode, na verdade, ser mais alto: há possibilidade de que muitas gestantes referenciadas não tenham comparecido ao serviço mais complexo. Isso pode ser devido a situações onde grandes distâncias têm que ser percorridas,²⁰ a fatores como período de espera e descrença na necessidade de referenciamento,²¹ ou a fatores de ordem geográfica, cultural, socioeconômica e médico-administrativa.²² Uma precariedade na atenção à saúde (índice de Kessner, número de consultas, data da primeira consulta) é refletida em altas porcentagens de inadequação da referência para instâncias de atenção de maior complexidade.²³ Esse 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 inadequados e podem, por outro lado, traduzir a dificuldade do profissional em estabelecer uma hipótese diagnóstica ou mesmo um diagnóstico. 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.²⁴ Essas situações, que são semelhantes a um autoencaminhamento (há pouca interferência do referenciador), tendem a ter mais intervenções desnecessárias que podem conduzir a desfechos indesejados.²⁵

Paradoxalmente, nesses dois tipos de encaminhamento, são identificadas 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 referenciamento. Esse 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. É necessário um novo estudo direcionado às gestantes não encaminhadas para verificar que proporção dessas apresentaria realmente fatores de risco que determinariam um encaminhamento para serviço de referência.

Merece atenção o alto grau de inadequação (30,7%) quando se trata de gestantes referenciadas

por doenças intercorrentes à gestação, de baixa frequência menos de 15 encaminhamentos para o serviço de encaminhamento, como endocrinopatias não diabéticas, cardiopatias, pneumopatias, neuropatias, psicopatias, ginecopatias com repercussão obstétrica. Dependendo da especialidade, podem ser encontrados altos índices de inadequação nesses encaminhamentos.²⁶ 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.

Os exames pré-natais precoces identificam 2/3 das complicações gestacionais.²⁷ Como há competição pelo atendimento em locais de maior complexidade e se deseja que um maior número de pessoas seja beneficiado por uma ação resolutiva, todo encaminhamento desnecessário implica perda ou postergação de atendimentos necessários com sérias conseqüências para os resultados neonatais. Esta mesma precariedade tende a ser reproduzida nas instâncias de maior complexidade, que não utilizam efetivamente suas capacidade de resolução, compro-

metendo a integralidade da atenção. Há necessidade de criação de um patamar interno de comunicação e a unificação de critérios entre os níveis primário e secundário de cuidados no Sistema de Saúde.^{21,28,29} A escassa comunicação entre esses níveis é fator determinante para a alta proporção de encaminhamentos inadequados.³⁰

Conclusões

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 em educação médica geral e permanente reduzirá a necessidade de encaminhamento, 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. Também a utilização da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), dentro das novas políticas públicas de saúde, permitirá minimizar a baixa sensibilidade diagnóstica nos encaminhamentos.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Pré-natal de baixo risco: normas e manuais. Brasília (DF); 1986.
2. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF); 2002.
4. Freitas FM, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre: Artmed; 2001.
5. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Jama* 1988; 260: 1743-8.
6. Goldbaum M. Epidemiology and health services. *Cad Saude Pública* 1996; 2 (Suppl 2): 95.
7. Black N. Why we need qualitative research. *J Epidemiol Community Health* 1994; 8: 425-6.
8. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi, E. Prenatal care in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 1993. *Cad Saude Publica* 1998; 14: 487-92.
9. Hansell MJ. Sociodemographic factors and the quality of prenatal care. *Am J Public Health* 1991; 81: 1023-8.
10. Kogan MD, Alexander G.R, Mor JM, Kieffer EC. Ethnic-specific predictors of prenatal care utilisation in Hawaii. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12: 152-62.
11. Petitti DB, Hiatt RA, Chin V, Croughan-Minihane M. An outcome evaluation of the content and quality of prenatal care. *Birth* 1991; 18: 21-5.
12. Peoples-Sheps MD, Kalsbeek WD, Siegel E, Dewees C, Rogers M, Schwartz R. Prenatal records: a national survey of content. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 514-21.
13. Scochi MJ. Indicators of quality for medical records and ambulatory care in Maringa (state of Parana, Brazil), 1991: an exercise in evaluation. *Cad Saude Publica* 1994; 10: 356-67.
14. Silveira DS, Santos IS, Costa J.S. Prenatal care at the primary health care level: an assessment of the structure and process. *Cad Saude Publica* 2001; 17: 131-9.
15. Tanaka, AC, Siqueira AA, Bafile PN. Maternal and perinatal health status in the State of Sao Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica* 1989; 23: 67-75.
16. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Gestante de alto risco. Brasília (DF); 2001.
17. Vidigal PV, Santos DV, Castro FC, Couto JC, Vitor RW, Brasileiro Filho G. Prenatal toxoplasmosis diagnosis from amniotic fluid by PCR. *Rev Soc Bras Med Trop* 2002; 35: 1-6.

18. Castro FC, Castro MJBV, Cabral ACV. Comparação dos métodos para diagnóstico da toxoplasmose congênita. *Rev Bras Ginecol Obstetr* 2001; 23: 277-82.
19. 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: 604-9.
20. Aaraas I, Fylkesnes K, Forde OH. GPs' motives for referrals to general hospitals: does access to GP hospital beds make any difference? *Fam Pract* 1998; 15: 252-8.
21. Wu CH, Kao JC, Chang CJ. Analysis of outpatient referral failures. *J Fam Pract* 1996; 42: 498-502.
22. Gupta J, Gupta H. Perceptions of and constraints upon pregnancy-related referrals in rural Rajasthan, India. *Health Serv Manage Res* 2000; 13: 6-15.
23. Takeda SMP. Avaliação da unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualificação da atenção. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.
24. Dias da Costa JS, Facchini LA. Use of outpatient services in an urban area of Southern Brazil: place and frequency. *Rev Saude Publica* 1997; 31: 360-9.
25. Ross N. Who should do the surgery: tonsillectomy and adenoidectomy in one Canadian province. *Inquiry* 1979; 16: 73-83.
26. 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; 15: 158-64.
27. Smulian JC, Ananth C.V, 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: 1183-9.
28. Bourguet C, Gilchrist V, McCord G. The consultation and referral process. A report from NEON. Northeastern Ohio Network Research Group. *J Fam Pract* 1998; 46: 47-53.
29. 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; 6: 170-3.
30. Abdel Kader HZ, Shehata AI, Guirguis WW, Abdel Fattah M-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: 89-113.

Recebido em 21 de janeiro 2005

Versão final apresentada em 3 de janeiro de 2006

Aprovado em 23 de janeiro de 2006