

Potencialidades e fragilidades da assistência pré-natal na atenção primária, Brasília-DF.

Potentialities and fragilities of the prenatal first care in Brasília, Distrito Federal, Brazil.

Ligia Villela Villela Rodrigues¹
Alessandra da Rocha Arrais²

¹Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/Fepecs. Médica de Família e Comunidade da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SESDF.

²Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Psicóloga da SES-DF. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da ESCS/Fepecs.

Correspondência

Ligia Villela Villela Rodrigues. E-mail: ligiavrodrigues@gmail.com

Recebido em 31.01.20

Aprovado em 24.06.20

RESUMO

Objetivo: avaliar a assistência às gestantes pela análise do cartão, nas ações educativas em uma casa de parto.

Método: pesquisa exploratória e descritiva, com 50 gestantes no terceiro trimestre. Resultados: a maioria entre 20 e 29 anos (n=33), união estável (n=20), ensino médio (n=35), trabalho remunerado (n=33) e primigesta (n=28). Cartões completamente preenchidos, em 64% (n=32), realizaram sete consultas ou mais.

Conclusões: as potencialidades foram o agendamento prévio das consultas e o preenchimento dos parâmetros clínicos em todas as consultas. As fragilidades incluem ausência de vinculação das gestantes à maternidade de referência e inadequação da realização de exames complementares.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Avaliação em Saúde; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the assistance to pregnant women by analyzing the card, in educational actions.

Method: exploratory and descriptive research, with 50 pregnant women in the third trimester.

Results: the majority was 20 and 29 years old (n = 33), stable union (n = 20), high school (n = 35), paid work (n = 33), first pregnancy (n = 28). Completely filled cards, in 64% (n=32), made seven or more consultations.

Conclusions: the potentialities were the scheduling of the appointments, and the assessment of the clinical parameters in them. The fragilities

found were the lack of vinculation of the expecting women with the maternity of reference, and the inadequacies of the complementary exams.

Keywords: Prenatal Care; Health Evaluation; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde materna e infantil tem sido uma prioridade dentre as políticas públicas de saúde no Brasil, com destaque aos cuidados durante a gestação, que devem ter como características essenciais a qualidade e a humanização¹⁻³. A gravidez e o parto são importantes indicadores da saúde da mulher. Muitas vezes, a gravidez é o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tem com os serviços de saúde. Portanto, é uma grande oportunidade para realizar intervenções direcionadas à promoção da saúde da mulher como um todo¹⁻¹⁰.

A assistência à mulher na gestação e no parto permanece como um desafio tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto nos aspectos relacionados ao cuidado¹⁻². Apesar da ampliação na cobertura do acompanhamento do pré-natal, estudos apontam que a assistência oferecida às gestantes apresenta inadequações, iniquidades e desigualdades, comprometendo a vinculação destas aos serviços, a humanização e a qualidade do cuidado¹⁻³.

A incidência de sífilis congênita mantém-se elevada, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil, corroborando para o comprometimento da qualidade da assistência pré-natal³. A alta cobertura de pré-natal nas maternidades do Distrito Federal, observada em parturientes, contrasta com o descumprimento das portarias para redução da sífilis congênita, por meio da ausência do teste para sífilis durante a gravidez⁴.

Aproximadamente 90% das mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis, por meio de medidas que visem melhorar a qualidade da as-

sistência pré e perinatal, garantindo o acesso aos serviços de saúde¹¹. A redução das taxas de morbidade e mortalidade materna e fetal depende significativamente da avaliação da assistência pré-natal, já que a qualidade dessa assistência tem relação direta aos níveis de saúde dessa população e ao parto¹².

A avaliação sistemática da assistência pré-natal permite a identificação dos problemas de saúde, bem como a verificação da efetividade das ações desenvolvidas, permitindo intervir e estabelecer mudanças visando à qualidade da assistência e a melhoria dos indicadores. A assistência pré-natal realizada em São Sebastião não foi avaliada no estudo realizado no Distrito Federal⁴, que avaliaram apenas as regionais administrativas do que possuíam assistência hospitalar, como São Sebastião não dispõe de hospital público, foi excluída desta avaliação. No momento, a região administrativa de São Sebastião apresenta no que tange à assistência obstétrica, atendimentos realizados em ambulatórios no centro de saúde, na estratégia saúde da família e no centro de parto normal.

Os centros de parto normal foram criados no final da década de noventa com o objetivo de humanizar e melhorar a assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto, prestando assistência obstétrica com o uso adequado de tecnologia e valorizando o parto como um evento fisiológico e familiar. Nestes centros, a assistência ao parto é realizada por uma equipe de enfermeiros obstetras e auxiliares de enfermagem, que conduzem o trabalho de parto, sendo capacitados para identificar alterações e intervir de acordo com a necessidade³.

Todas as gestantes no último trimestre de gravidez e seus acompanhantes são convidados a participar das ações educativas da casa de parto. Durante estas atividades são abordados temas relacionados ao trabalho de parto; critérios de admissão e procedimentos realizados na casa de parto; aleitamento materno e direito das gestantes. Ao final da atividade é realizada uma visita guiada à casa de parto, para que as gestantes possam conhecer e familiarizar-se com o local do parto.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a assistência pré-natal oferecida às gestantes, baseado na análise documental do cartão das gestantes, que realizaram acompanhamento na atenção primária à saúde em São Sebastião, no Distrito Federal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e descritivo realizado com as pacientes atendidas na casa de parto, localizada em Brasília, no Distrito Federal. A mesma foi escolhida por atender às gestantes no final da gravidez, permitindo a avaliação da assistência pré-natal da atenção primária à saúde tanto das gestantes oriundas do centro de saúde como da estratégia saúde da família, por meio da análise documental do cartão das gestantes.

A amostra constituiu-se por conveniência e foi composta por 50 gestantes, sendo elegíveis de participação de acordo com os seguintes critérios de inclusão: estar no terceiro trimestre da gravidez, realizar o acompanhamento pré-natal na atenção primária; ter o cartão da gestante com o preenchimento legível; ter participado do atendimento em grupo da casa de parto.

A coleta de dados realizou-se durante as ações educativas dirigidas às gestantes, realizadas quinzenalmente na casa de parto durante o período de sete meses. As gestantes foram abordadas individualmente pela pesquisadora, quando foi explicado o estudo, os objetivos e a importância da sua participação. Aquelas que aceitaram participar da pesquisa, por meio da concordância ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizaram a revisão das informações presentes no cartão de pré-natal e o preenchimento do instrumento de coleta de dados.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado pela pesquisadora, baseado no cartão de gestante. O instrumento de coleta continha questões relacionadas às variáveis do estudo, a saber: o perfil sociodemográfico, os antecedentes obstétricos, os antecedentes patológicos pessoais e familiares, os procedimentos clínicos obstétricos, os exames complementares, as atividades educativas e o registro do hospital de referência. Os dados que não constavam do cartão da gestante ou estavam em branco foram registrados como não preenchidos no instrumento de coleta de dados.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva simples. Os dados foram organizados em uma base de dados do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0, sendo as variáveis mensuráveis avaliadas por meio de estatística descritiva e do teste estatístico *qui-quadrado* foi utilizado para comparações, adotando-se o nível de significância estatística se o p valor < 0,05.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal sob o número de parecer 104 571.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É importante realçar que o estudo foi realizado em um período de transição entre o programa de humanização do pré-natal e nascimento e a rede cegonha, pois durante a realização do estudo estava ocorrendo a implantação da rede cegonha no local da pesquisa. Este fato deve ser levado em consideração ao analisarmos os resultados encontrados principalmente no que se refere aos exames complementares, já que a rede cegonha trouxe modificações na rotina destes exames.

A avaliação da assistência pré-natal aponta para presença de potencialidades e fragilidades relacionadas ao cuidado dirigido às gestantes da atenção primária de São Sebastião no Distrito Federal.

Em relação ao perfil sociodemográfico, a maioria das gestantes tinha entre 20 e 29 anos de idade (n=33), união estável (n=20), ensino médio (n=35) e trabalho remunerado (n=33), como demonstrado na Tabela 1. Quanto à faixa etária, nota-se uma concordância deste estudo com vários outros estudos, prevalecendo à faixa etária entre 20 e 29 anos nas gestantes acompanhadas^{1-2,5-9,12-}

¹⁵ enquanto que a escolaridade foi diferente dos estudos realizados por outros autores, pois estes estudos apresentaram maior prevalência do ensino fundamental entre as gestantes^{1-2,4-5-7,9,12,14,15}.

Tabela 1

Perfil sociodemográfico das gestantes de acordo com o local de realização da assistência do pré-natal na atenção primária à saúde de São Sebastião, Brasília, DF, 2013.

Perfil sociodemográfico	Centro de Saúde (n=21)		Estratégia Saúde da Família (n=29)		p valor*
	n	%	n	%	
Idade (anos)					0,205
10-14	01	4,8	-	0,0	
15-19	-	0,0	02	6,9	
20-29	12	57,1	21	72,4	
30-39	08	38,1	06	20,7	
Estado Civil					0,787
Solteira	06	28,6	07	24,2	
União estável	09	42,8	11	37,9	
Casada	06	28,6	11	37,9	
Escolaridade					0,897
Nível fundamental	04	19,1	05	17,3	
Nível médio	15	71,4	20	68,9	
Universitário	02	9,5	04	13,8	
Trabalho Remunerado					0,145
Sim	11	52,4	21	72,4	
Não	10	47,6	08	27,6	

Legenda: * p valor refere-se ao nível de significância estatística do teste qui-quadrado.

A presença de trabalho remunerado no presente estudo também difere dos outros estudos que demonstraram que a maioria das gestantes não realizava trabalho remunerado^{2,5,8,12,14}. Outros estudos evidenciaram que o trabalho remunerado realizado pelas gestantes está presente em menos de 35% da amostra^{10,13,15}. As gestantes deste estudo apresentam maior escolaridade e trabalho remunerado quando comparadas às gestantes de outros estudos^{2,4-5,7,9,12,14-16}.

No que se refere aos antecedentes obstétricos, patológicos pessoais e familiares, grande parte das gestantes era primigesta (n=28), nulípara (n=28), não tinha comorbidades nos antecedentes pessoais (n=36) e não se declarou tabagista. No entanto, a maioria destas tinha antecedentes patológicos familiares de hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*, conforme os dados da Tabela 2.

Tabela 2

Antecedentes obstétricos, pessoais e familiares das gestantes de acordo com o local de realização da assistência pré-natal na atenção primária à saúde de São Sebastião, Brasília, DF, 2013.

Antecedentes obstétricos, pessoais e familiares	Centro de Saúde (n=21)		Estratégia Saúde da Família (n=29)		p valor*
	n	%	n	%	
Gestações					0,208
01	08	38,1	20	69,0	
02	07	33,3	05	17,2	
3-4	05	23,8	02	6,9	
5-6	01	4,8	02	6,9	
Paridade / Tipos de parto					0,043
Nulípara	08	38,1	20	69,0	
Vaginal	07	33,3	08	27,6	
Cesáreo	03	14,3	-	0,0	
Aborto	03	14,3	01	3,4	
Antecedentes Pessoais					0,573
Nenhum	14	66,6	22	75,9	
ITU repetição	03	14,3	03	10,4	
HAS	02	9,5	01	3,4	
Outros **	01	4,8	02	6,9	
Não preenchido	01	4,8	01	3,4	
Antecedentes Familiares					0,285
Nenhum	-	0,0	07	24,2	
HAS, DM e gemelar	04	19,1	05	17,2	
HAS, DM	07	33,3	07	24,2	
HAS	05	23,8	03	10,3	
Outros +	04	19,0	05	17,2	
Não preenchido	01	4,8	02	6,9	

Legenda: * p valor refere-se ao nível de significância estatística do teste qui-quadrado. ITU: infecção do trato urinário. HAS: hipertensão arterial sistêmica. DM: diabetes mellitus. ** Outros: Asma, Doença de Chagas e Hipotireoidismo. + Outros: Malformações e Doença de Chagas.

Importante ressaltar que, muitos estudos que precederam a presente pesquisa, não avaliaram a presença de antecedentes patológicos pessoais ou familiares em seus delineamentos^{1-2,4-5,8,9,12,14-17}. Porém, um estudo observou a presença de antecedentes de doenças crônicas em 8,1% das gestantes entrevistadas¹³. Outro estudo constatou a presença de antecedentes pessoais e familiares durante a primeira consulta em 94,1% e 88,2%, respectivamente, nas gestantes acompanhadas por enfermeiros na atenção primária do Acre¹⁸.

A presença de antecedentes familiares deve alertar os profissionais de saúde em relação aos procedimentos clínicos como a aferição da pressão arterial e a solicitação de exames complementares, como glicemia de jejum e teste de tolerância oral

à glicose, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade perinatal decorrente de doenças passíveis de intervenção durante o acompanhamento, como as doenças hipertensivas específicas da gravidez e *diabetes mellitus* gestacional, que trazem consequências como a prematuridade, o sofrimento fetal, a macrossomia entre outras.

No que tange às consultas, aos procedimentos clínicos e obstétricos, todos os parâmetros foram registrados no cartão da gestante durante as consultas. A média foi de 7,0 consultas realizadas, variando de três a onze, sendo que 64% das gestantes (n=32) realizaram sete consultas ou mais, enquanto 82% realizaram seis consultas ou mais (n =41). Apenas 6% das gestantes realizaram três consultas ou menos.

Acredita-se que os dados de perfil sociodemográfico possam ter refletido positivamente no acesso ao pré-natal observado pela elevada média de consultas das gestantes deste estudo, ou seja, 82% das gestantes (n=41) com seis ou mais consultas, revelando um ponto positivo da assistência pré-natal nessa localidade do DF. Por outro lado, podem ter influenciado negativamente quanto ao comparecimento às atividades educativas, já que estas são realizadas em dias diferentes das consultas.

Estes achados refletem o satisfatório acesso ao atendimento pré-natal realizado em São Sebastião. No entanto, o fato de ter realizado o número adequado de consultas não significa que estas gestantes tiveram um atendimento de qualidade, pois existem outros critérios quantitativos e qualitativos que necessitam ser verificados para avaliar a adequação do acompanhamento, tais como: a aferição da pressão arterial, batimento cardiopulso, altura uterina, presença de edema, a solicitação de exames complementares e aspectos psicossociais e a satisfação das gestantes³.

As curvas de altura uterina e índice de massa corporal para a idade gestacional não estavam preenchidas na maioria dos cartões. O batimento cardiopulso foi registrado como "+", indicando "presente" em 54% dos cartões das gestantes (n=27), em detrimento do valor numérico do batimento cardiopulso. A importância do preenchimento adequado destes procedimentos está em avaliar os fatores de riscos relacionados ao pré-natal, pois o peso insuficiente pode estar associado a crescimento uterino restrito, desnutrição e infecções fetais, enquanto o excesso de peso contribui à macrosomia fetal, ao polidramnion e às síndromes metabólicas¹⁸. Cabe ressaltar também a ausência do preenchimento das curvas de altura uterina e índice de massa corporal versus idade gestacional, em torno de 70% das gestantes (n=35) deste estudo, denotando lacunas importantes nos dados coletados e/ou registrados durante as consultas de pré-natal que podem levar a uma fragilidade da assistência e comprometer a qualidade do cuidado.

Tais resultados estão em consonância com vários estudos nacionais^{6,8,9,14,15,19,20}. Todavia, alguns autores avaliaram a adequação do pré-natal de acordo com o número mínimo de consultas para a idade gestacional¹³, cujo resultado foi de adequação ao número de consultas em 79,2% das gestantes no Rio de Janeiro, enquanto que um estudo realizado no Piauí apresentou ina-

dequação do cuidado pré-natal em 19,2% das gestantes acompanhadas⁷.

Contudo, o registro do batimento cardiopulso foi registrado como presente em 80,0% das gestantes (n=40) que realizaram o pré-natal no centro de saúde e em 34,0% (n=17) das gestantes na estratégia saúde da família. O registro do batimento cardiopulso foi analisado em poucos estudos, porém apenas um estudo descreve como o batimento cardiopulso foi registrado¹⁸. Os dados do presente estudo referentes ao batimento cardiopulso encontram-se em discordância com os estudos que avaliaram o batimento cardiopulso^{2,9,13,15,16,18,20}. Outro estudo verificou o registro do valor numérico do batimento cardiopulso em 81,9% das gestantes¹⁸.

Em relação às atividades educativas, 24% das gestantes (n=12) não tinham as atividades educativas registradas no cartão. A presença média em atividades educativas foi de 2,54 orientações educativas, variando entre 1 a 5 atividades educativas, sugerindo uma baixa adesão das gestantes a esse tipo de atividade realizada durante o pré-natal.

Quanto à vacinação antitetânica, apenas 10% das gestantes (n =5) não tinham registro desta no cartão da gestante. Todas as gestantes tinham a tipagem sanguínea e o fator Rh registrados no cartão.

No que tange aos exames complementares, observou-se que o hemograma completo, a glicemia de jejum e o exame sumário de urina foram registrados no cartão em todos os trimestres de gestação em aproximadamente 20% das gestantes (n=10). Os resultados destes exames encontravam-se dentro dos parâmetros da normalidade, excetuando-se em sete gestantes com infecção urinária e uma gestante com proteinúria.

A realização de apenas uma rotina de exames não garante que esta gestante tenha sido rastreada para doenças que afetam a saúde materna e infantil como a anemia, a intolerância à glicose, a bacteriúria assintomática e a infecção de urina durante toda a gravidez³. Estes dados apontam para mais uma fragilidade do cuidado que pode repercutir negativamente na qualidade da assistência.

Em relação aos exames sorológicos para sífilis, toxoplasmose, Vírus da Imunodeficiência Humana e hepatite B e C, menos de 20 % das gestantes (n =09) tinham tais exames registrados em todos os trimestres do acompanhamento. Quanto ao exame colposcópico, apenas 28% das gestantes (n=14)

tenham registrado a citologia no cartão de pré-natal. O ano de realização do exame citológico variou entre 2008 e 2013, sendo que 50% destes foram realizados em 2013, ratificando a assistência pré-natal como uma oportunidade de realizar intervenções preventivas relacionadas à saúde materna.

No que diz respeito aos exames, observou-se a ausência de padronização de registro de exames complementares e sorológicos durante o acompanhamento pré-natal, pois muitas gestantes não tinham o registro dos exames complementares e sorológicos no cartão nos três trimestres, podendo gerar vários questionamentos sobre a realização ou não destes. Isso pode interferir diretamente nas avaliações subsequentes no período perinatal, podendo comprometer a qualidade da assistência, submeter a gestante a procedimentos desnecessários e elevar os custos do acompanhamento.

É importante reiterar que o presente estudo baseou-se em registros do cartão da gestante. O fato de não estar registrado no cartão não significa que o exame complementar não tenha sido solicitado pelo profissional de saúde ou não foi realizado pela gestante. Existem outros fatores que influem na lacuna entre a solicitação/realização do exame e o preenchimento do cartão que não serão abordados neste estudo.

No que tange aos exames sorológicos, a incongruência dos registros em relação ao número de consultas é ainda mais expressiva, pois menos de 20% das gestantes havia realizado as sorologias nos três trimestres de gravidez, sendo que a sorologia para sífilis foi o exame mais registrado nos cartões das gestantes, presente em 52% dos cartões nos dois trimestres iniciais. Os resultados referentes aos exames sorológicos apresentados nesta pesquisa estão em congruência com os estudos realizados no Distrito Federal, Rio de Janeiro, Minas Gerais e em outros países^{4,13,17,19}. Alguns autores enfatizam que a disponibilização dos resultados da segunda rotina foi adequado em menos de 20% das gestantes (n=10) com 34 a 37 semanas de gestação, semelhante aos dados encontrados¹³. Outros também observaram a realização de exames sorológicos para sífilis em menos de 20% das gestantes acompanhadas¹⁹.

Em relação à unidade de referência para o parto, 86% das gestantes (n=43) não tinham o preenchimento do hospital de referência no cartão da gestante. Este dado sugere a ausência de vinculação da gestante à maternidade ou hospital

onde ocorrerá o parto, podendo ser considerada uma fragilidade desta assistência. Essa vinculação é fundamental por passar mais segurança para a gestante, que saberá para onde se dirigir no momento do parto, evitando que a gestante peregrine de hospital em hospital na hora do parto, o que poderia contribuir para um desfecho desfavorável à saúde materna e infantil.

Cabe ressaltar a importância do parâmetro hospital de referência, no que tange a qualidade do cuidado. Poucos estudos avaliaram este parâmetro em seus resultados^{12,13}. Um estudo verificou que as orientações sobre o parto foram fragmentadas e apenas 40% das entrevistadas receberam orientações sobre qual maternidade procurar no momento do parto¹³. Outro estudo realizado em São Paulo evidenciou que 54% das gestantes conheciam o hospital de referência, o que difere do encontrado no presente estudo¹².

A respeito da ausência do preenchimento do hospital de referência nos cartões das gestantes, cabe questionar se estas informações possam estar suprimidas no cartão propositadamente? Como São Sebastião não dispõe de hospital regional, e no campo do cartão da gestante encontra-se mencionado a expressão “hospital de referência”, a referência hospitalar da atenção à saúde materna de São Sebastião é o hospital regional do Paranoá, que fica nas proximidades geográficas dessa região. Todavia, as gestantes podem ser atendidas também na casa de parto de São Sebastião. Ou talvez os profissionais que realizam o atendimento às gestantes, tenham deixado este campo em branco no cartão no intuito de deixar a opção para a mulher decidir o local do parto?

Finalmente, diante do exposto, é fundamental refletir afinal: para que serve o acompanhamento do pré-natal? A assistência pré-natal não deve ser entendida como um processo burocrático, mas sim como uma oportunidade de cuidado. Esta oportunidade permite que sejam realizadas ações de prevenção primária e secundária, por meio de procedimentos individualizados e humanizados para garantir a saúde materna e infantil e seus respectivos registros no cartão da gestante e prontuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contribuições mais expressivas deste estudo apontam para presença tanto de potencialidades quanto de fragilidades dos cuidados oferecidos às gestantes durante a assistência pré-natal. Dentre

as potencialidades, encontrou-se: o agendamento prévio das consultas de pré-natal para todas as gestantes; o registro da presença dos antecedentes obstétricos, patológicos pessoais e familiares preenchidos adequadamente nos cartões das gestantes; a elevada média de consultas de pré-natal e o preenchimento de parâmetros clínicos e obstétricos em todas as consultas.

Por outro lado, cabe destacar as seguintes fragilidades encontradas: ausência de vinculação das gestantes com a unidade hospitalar de referência; insipiência dos registros de procedimentos obstétricos no cartão e inadequação da realização de exames colpocitológicos, complementares e sorológicos. Estas fragilidades sugerem a necessidade de intervenção sobre vários aspectos da assistência do pré-natal.

Entretanto é importante levar em conta na análise dos dados encontrados na presente pesquisa, que o fato de não haver o registro no cartão de alguns procedimentos, não pode ser interpretado, necessariamente, como ausência da realização do referido procedimento. Ou seja, determinado exame não foi feito ou ele deixou apenas de ser registrado? De qualquer forma, essas lacunas no preenchimento do cartão encontradas nessa pesquisa podem induzir ao erro, a sobreposição de exames, a confusão de dados, a submeter à gestante a procedimentos desnecessários e elevar os custos do acompanhamento, que podem interferir negativamente na continuidade das avaliações subsequentes no período perinatal, e comprometer a qualidade da assistência perinatal.

Sugere-se, assim, algumas estratégias que podem minimizar estas fragilidades, a saber: o registro da unidade de atenção ao parto no cartão da gestante pelos profissionais responsáveis pelo cuidado; a realização de visitas às unidades hospitalares ou à casa de parto pelas gestantes durante as atividades educativas, e a sensibilização dos profissionais para o preenchimento mais criterioso e detalhado do cartão da gestante, priorizando assim a continuidade do atendimento independente do médico/enfermeiro e/ou local onde o pré-natal, parto e pós-parto esteja sendo realizado.

Entende-se como uma limitação deste artigo, o fato do estudo não ter abarcado outros serviços de saúde na localidade e a quantidade reduzida de gestantes. Sugere-se que sejam realizados novos estudos em outros serviços de pré-natal, com uma quantidade maior de gestantes, e que possam abarcar aspectos da avaliação da assistência não contemplados neste estudo, como: a avaliação qualitativa das gestantes, os aspectos gerenciais/organizacionais e estruturais do cuidado e o olhar dos profissionais envolvidos no cuidado para maior elucidação das fragilidades apontadas.

A avaliação da assistência pré-natal oferecida às gestantes da atenção primária à saúde de São Sebastião permitiu identificar pontos positivos e fragilidades desta assistência que foram discutidos e apresentados aos gestores locais a fim de dirimir tais fragilidades. O estudo possibilitou como intervenção a realização de treinamentos voltados ao aprimoramento destes profissionais de saúde que realizam o atendimento às gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama, SGN. Prenatal care in the Brazilian public sector. *Revista de Saúde Pública*. 2020; 54:8. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>.
2. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini SCC. Evaluation of the care to the pregnant woman's health in the context of the Family Health Program. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(supl.1): 1347-57. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800007>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459. Rede Cegonha no âmbito do SUS. Brasília, 2011.
4. Tavares LHLC et al. Monitoramento das ações pró-redução da transmissão vertical da sífilis na rede

- pública do Distrito Federal. *Enfermagem em foco*. 2012; 3(1):29-35. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/217/138>.
5. Silva EP, Leite AFB, Lima RT, Osório MM. Prenatal evaluation in primary care in Northeast Brazil: factors associated with its adequacy. *Revista de Saúde Pública*. 2019; 53:43. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001024>.
 6. Gonçalves MF et al. Prenatal care: preparation for childbirth in primary healthcare in the south of Brazil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017; 38(3):e2016-0063. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>.
 7. Dias-da-Costa JS, Cesar JÁ, Haag CB, Watte G, Vicenzi K, Schaefer R. Inadequacy of prenatal care in underprivileged parts of the Northeast of Brazil: prevalence and some associated factors. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2013; 13(2): 101-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000200003>.
 8. Corrêa CRH, Bonadio IC, Tsunehiro MA. Normative prenatal evaluation at a philanthropic maternity hospital in São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011; 45(6): 1293-1300. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600003>.
 9. Mano PS, Cesar JA, González-Chica DA, Neumann NA. Inequality in health care for women during gestation and delivery in a municipality in the semi-arid region of Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2011; 11(4): 381-88. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000400004>.
 10. Santos LAV et al. Gestational history and prenatal care characteristics of adolescent and adult mothers in a maternity hospital in the interior of Minas Gerais, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(2): 617-625. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.10962016>.
 11. Mendes RB, Santos JMJ, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations Prenatal and Birth Humanization Program. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25 (3): 793-804. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>.
 12. Prudêncio OS, Mamede FV. Evaluation of prenatal care in primary care in the perception of pregnant women. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2018; 39:e20180077. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180077>.
 13. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN. Adequacy of prenatal care according to maternal characteristics in Brazil. *Revista Panamericana Salud Publica*. 2015; 37(3):140-7. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/v37n3a03.pdf>.
 14. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Prenatal Care Profile among Public Health Service (“Sistema Único de Saúde”) Users from Caxias do Sul. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2002; 24(5): 293-99. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032002000500002>.
 15. Rasia ICRB, Albernaz E. Prenatal care in the city of Pelotas, in the State of Rio Grande do Sul, Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2008; 8(4): 401-10. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292008000400005>.
 16. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequacy of the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in Juiz de Fora-MG. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2003; 25(10): 717-24. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032003001000004>.
 17. Garces A et al. Home Birth attendants in low income countries: who are they and what do they do? *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012; 12(34). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-34>.
 18. Cunha MA, Mamede MV, Dotto LMG, Mamede FV. Prenatal care: core competencies performed by nurses. *Escola Anna Nery*. 2009; 13(1):145-53. <http://producao.usp.br/handle/BDPI/2920>.
 19. Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Prenatal primary care in the municipality of João Pessoa, in the Brazilian State of Paraíba: characterization of services and users. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2013; 13(1): 29-37. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292013000100004>.
 20. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN, Leal MC. Prenatal patient cards and quality of prenatal care in public health services in Greater Metropolitan Vitória, Espírito Santo State, Brazil *Cadernos de Saúde Pública*. 2012; 28(9): 1650-62. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900005>.