



AValiação DOS REGISTROS DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA DE UM MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Layra da Silva Passareli Campanati¹, Paula Fazolato Fernandes¹,
Luisa Gaede Nogueira¹ e Marcela Pereira Oliveira²

RESUMO

Introdução: O pré-natal de qualidade assegura o desenvolvimento saudável da gestação e do parto, promovendo atividades educativas e preventivas. **Objetivo:** Avaliar os registros de pré-natal realizados nas equipes de ESF em uma cidade do interior do estado do Rio de Janeiro. **Material e Métodos:** Foram analisados prontuários e cartões de gestantes por meio de ficha específica elaborada pelas autoras. As gestantes elegíveis foram aquelas inscritas no programa de pré-natal de seis Estratégias de Saúde da Família no período de janeiro a dezembro de 2017. Os dados foram tabulados e analisados no *Spss statistics 23*. **Resultados:** Dos 60 prontuários analisados 35% registravam o número mínimo de consultas. Dentre as gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre 29,72% realizaram no mínimo duas consultas; no 2º trimestre esse percentual foi de 53,65% e de 72,41% para as gestantes acompanhadas no 3º trimestre. Em 13% dos prontuários analisados faltavam os registros dos profissionais de saúde. Quanto às ações mínimas, DUM, DPP e suplementação constavam em cerca de 70% dos prontuários e a história clínica em 68%, sendo a pesquisa de vacina a ação mais falha. A solicitação de exames complementares de primeiro e terceiro trimestres foi incompleta em 27% e 23% dos prontuários, respectivamente. **Conclusão:** Os registros sobre a assistência ao pré-natal de baixo risco ainda são realizados de forma inadequada ou incompleta.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Assistência à Gestante, Qualidade da Assistência à Saúde.

¹Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Valença - UNIFAA

²Docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Valença – UNIFAA

EVALUATION OF LOW RISK PRENATAL RECORDS IN BASIC CARE IN THE RIO DE JANEIRO CITY

ABSTRACT

Introduction: A good quality antenatal care assures the safety of pregnancy and labor, promoting preventive and educational activities. **Objective:** To evaluate the prenatal records performed in the FHS teams in a town in the countryside of the State of Rio de Janeiro. **Material and Methods:** Medical records and pregnancy cards have been analyzed through a specific file developed by the authors. The eligible pregnant women were subscribed in the antenatal care program of six Family Health Strategies from January to December 2017. The data were registered and analyzed on Spss statistics 23. **Results:** 35% out of 60 records analyzed had registered the minimum of appointments. Among the pregnant women that began the antenatal care in the first trimester only 29,72% attended at least two appointments, on the second trimester, the percentage was 53.65% and of 72,41% for the pregnant women accompanied in the third trimester. In 13% of the documents analyzed, the data of the health professionals were missing. Concerning minimum actions, DUM, DPP and supplementation were in 70% of the registers and only 68% had clinical history, being the vaccination research the most absent. The solicitation of complementary tests on the first and third trimesters was incomplete in 27% and 23% of the registrations, respectively. **Conclusion:** Low-risk antenatal care documentation is still performed in an inappropriately or incomplete way.

Keywords: Family Health Strategy, Pregnant Health Care, Quality of Health Care.

INTRODUÇÃO

A oferta de serviços e ações que atendessem às demandas específicas da população feminina motivou a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, com o propósito de melhorar a assistência em todas as fases do ciclo de vida da mulher, incluindo a reprodutiva (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; JACOBI; GOMES; JACOBI, 2018).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) mediante a necessidade de garantir uma assistência humanizada, integral, de qualidade e capaz de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal. Tal programa baseia-se nos fundamentos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é requisito para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério e implementa indicadores de qualidade da assistência à saúde durante essa fase reprodutiva, Revista Saber Digital, v. 13, n. 2, p. 15 - 31, 2020

garantindo repasses de verbas aos municípios aderentes ao programa (GONÇALVES et al., 2008; ANVERSA et al., 2012; NUNES et al., 2016).

Desse modo, o pré-natal de qualidade busca acolher a gestante, assegurando o desenvolvimento seguro da gestação, possibilitando que o parto seja saudável, sem agravos e seguro, além de promover atividades educativas e preventivas que orientem e preparem a mulher para o parto, puerpério e lactação, abordando os aspectos psicossociais inerentes a fase reprodutiva e identificando os fatores de risco para mãe e para o bebê (BRASIL, 2013). Nesta perspectiva, deve ser estruturado para atender às verdadeiras demandas por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e de recursos apropriados e disponíveis para cada situação (GONÇALVES et al., 2008).

Como estratégia principal, o PHPN busca promover melhorias quanto ao acesso, cobertura e qualidade dos serviços prestados às mulheres desde a gestação até o puerpério e aos recém-nascidos (GONÇALVES et al., 2008). A fim de preservar a qualidade da assistência obstétrica, o programa baseia-se em critérios mínimos, tais como: a iniciação do pré-natal no prazo máximo de 120 dias de amenorreia; a realização de no mínimo seis consultas durante a gestação; realização da imunização contra o tétano e do teste de HIV; exames de rotina e consulta em até 42 dias após o parto (BRASIL, 2002a; ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Em relação à cobertura do serviço, cabe ressaltar a importância da adesão das gestantes ao programa de assistência ao pré-natal oferecido no território. Sabe-se que pelos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica (AB) deve ser a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, permitindo a assistência longitudinal e continuada a toda população adscrita através do trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família (SF) (BRASIL, 2002a).

Dessa forma, a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no pré-natal de baixo risco é o modelo mais importante de atenção para a efetivação do cuidado durante e após o pré-natal. Em vista disso, o vínculo entre população e equipes de saúde se torna um facilitador da assistência obstétrica que deve ser iniciada e concluída na AB, exceto quando a gestação for classificada como de alto risco, garantindo-se ainda a toda gestante a assistência secundária e terciária, se

necessário e o seu retorno ao serviço primário de referência, quando o risco for afastado, observando-se os protocolos de procedimentos operacionais locais que organizam o cuidado e o fluxo desses serviços (BRASIL, 2002a; GUIMARÃES et al., 2018).

Ademais, as equipes de SF devem conhecer e se responsabilizar pelas mulheres em idade fértil e atuar na pré-concepção, com o aconselhamento e planejamento familiar e na detecção antecipada da gestação para início imediato da assistência pré-natal (BRASIL, 2002a).

Por conseguinte, devido a importância do pré-natal e de seu impacto na saúde da gestante e do bebê é fundamental compreender que diversos fatores podem influenciar na qualidade deste serviço, dentre os quais: detecção precoce da gestação; atuação do profissional de saúde segundo o que é preconizado pelas diretrizes; estabelecimento de vínculo; qualidade dos registros (prontuários e cartões de gestante); acessibilidade, oferta e articulação do serviço no território; conscientização da população, entre outros (CRUZ et al., 2019). Nesta ótica, torna-se válido conhecer a qualidade da assistência prestada para possibilitar intervenções que contribuam para sua melhoria, como proposto pela pesquisa (OLIVEIRA; BARBOSA; MELO, 2016; CRUZ et al., 2019).

Neste domínio, a assistência ao pré-natal de baixo risco no município de Valença, área de estudo do presente trabalho, é embasada no Procedimento Operacional Padrão (POP) local, em concordância com as diretrizes do SUS, que normatiza as condutas visando à padronização da assistência e a garantia de qualidade. Segundo este documento, após a confirmação da gestação, a primeira consulta deve ser realizada dentro de 24 horas. Para tanto, a avaliação do risco gestacional é outra conduta também preconizada, cabendo às equipes de SF acompanhar todas as gestantes de sua área de abrangência, mesmo que estas tenham sido encaminhadas para serviços de média e alta complexidade e pelo atendimento das gestantes de baixo risco, desde a detecção da gravidez até o pós-parto com o intuito de garantir que a AB seja a coordenadora do cuidado (GOMES; FILHA; PORTELA, 2017; NUNES et al., 2017).

O POP prevê ainda na primeira consulta o preenchimento do prontuário e do cartão da gestante, determinando o calendário de consultas e detalhando as ações que devem ser realizadas em cada atendimento do pré-natal. Dessa maneira, a

avaliação do registro da assistência pode ser obtida pela análise do cumprimento do POP na assistência ao pré-natal das gestantes nas unidades de saúde do município.

Todavia, frente aos esforços das políticas e dos programas do governo para a humanização, faz-se pertinente conhecer a qualidade da assistência prestada, uma vez que esta é determinante para redução da morbidade e mortalidade da mãe e do bebê. Sendo assim, será possível identificar os principais bloqueios que dificultam a cobertura, o acesso, a adequação da atenção aos critérios mínimos estabelecidos, orientar a tomada de decisão e instaurar as mudanças necessárias para aumentar a qualidade deste serviço (LANSKY et al., 2014; ANDRADE et al., 2015).

Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo avaliar os registros de pré-natal realizados nas Unidades Básicas de Saúde com base no cumprimento das ações detalhadas no Procedimento Operacional Padrão destes serviços.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo acerca do registro da assistência pré-natal ofertada nas UBS em Valença, município do interior do estado do Rio de Janeiro. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Valença. As autoras declaram não haver conflitos de interesse em relação ao tema.

O levantamento de dados foi realizado por meio da análise dos prontuários e dos cartões das gestantes inscritas no programa de pré-natal das ESF das seguintes localidades: ESF1, ESF2, ESF3, ESF4, ESF5 e ESF6 no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2017. As gestantes elegíveis foram todas aquelas atendidas nas unidades incluídas no estudo, independentemente da idade gestacional e da sua idade.

A forma de coleta e de registro dos dados foi padronizada por meio de uma ficha específica a fim de diminuir viés de aferição e obter homogeneidade na extração das informações. Tais dados foram tabulados para análise descritiva simples realizada no *Spss statistics 23*.

Desse modo, os cartões e prontuários foram avaliados quanto ao cumprimento das orientações estabelecidas no POPs, através de um *check-list*

elaborado pelas autoras. Foi considerado adequado o registro do pré-natal que cumpriu todas as especificações avaliadas por esse instrumento. Os registros dos pré-natais nos quais faltou um ou mais itens foram investigados quanto a qual(is) ação(ões) não foram cumpridas para determinação dos principais entraves que culminaram para a incongruência. A partir desse diagnóstico foram sugeridas medidas para favorecer o registro da assistência pré-natal em concordância aos padrões previamente estabelecidos.

Os critérios utilizados na análise do processo de registro da assistência pré-natal conforme os itens do *check-list* foram: número de consultas (no mínimo 6); ações na primeira consulta (data da última menstruação - DUM, data provável do parto - DPP, antecedentes obstétricos, antecedentes clínicos, gestação atual, pesquisa de vacina anti-tetânica, hepatite B e influenza, prescrição de suplementação de ácido fólico e de sulfato ferroso); exames no primeiro trimestre (tipagem sanguínea e fator RH, glicemia de jejum, sífilis – teste rápido ou VDRL, HIV/Anti-HIV – teste rápido ou sorologia, hepatite B e C – teste rápido ou HBsag, toxoplasmose – IGM e IGG, hemoglobina/hematócrito, urina-EAS/urocultura, solicitação de ultrassom); exames no terceiro trimestre (hemoglobina/hematócrito, sífilis - teste rápido ou VDRL, HIV/Anti-HIV – teste rápido ou sorologia, hepatite B e C – teste rápido ou HBsag, urocultura.

RESULTADOS

Ao todo, 60 prontuários foram analisados, conforme detalhado na Tabela 1. Os dados coletados mediante o *check-list* foram tabulados para análise descritiva simples.

Tabela 1. Prontuários das gestantes analisados por Unidade de Saúde.

Unidades de Saúde	Prontuários
ESF1	05
ESF2	13
ESF3	21
ESF4	13

ESF5	04
ESF6	04
Total	60

As gestantes com DUM no ano de 2017 que iniciaram o acompanhamento pré-natal nas unidades selecionadas apresentavam entre 14 e 43 anos de idade, com média de 28 anos de idade. Do total das 60 gestantes atendidas nas UBS, apenas 21 (35%) tinham registro de pelo menos seis consultas em prontuário, e isso se deve ao fato de muitas gestantes terem iniciado o acompanhamento pré-natal tardiamente ou ainda por não terem dado seguimento na unidade em que iniciaram o acompanhamento, migrando para outro ponto de atenção ou mesmo evadindo do sistema.

Quanto a distribuição das consultas ao longo da gestação, observou-se que das 37 gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre somente 11 (29,72%) realizaram o número mínimo de consultas; das 41 pacientes acompanhadas durante o 2º trimestre 22 (53,65%) realizaram duas ou mais consultas; e, por fim, das 29 gestantes acompanhadas no 3º trimestre 21 (72,41%) compareceram a pelo menos 2 consultas, conforme preconizado pelo MS. O número mínimo de consultas por trimestre gestacional está representado na Tabela 2.

Tabela 2. Número mínimo de consultas no 1º, 2º e 3º trimestres de gestação considerando-se início tardio e evasão da assistência.

Número de Consultas	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Duas ou mais	11	22	21
Uma ou menos	26	19	8
Total considerado	37	41	29

Relacionado ao registro profissional nos prontuários analisados, foram consideradas três possibilidades para assistência: médico, enfermeiro e médico e enfermeiro. A maior parte dos atendimentos (52%) foi realizada por enfermeiros, 20% por médicos e 15% por ambos. Além disso, em oito prontuários (13%) faltava

registro do profissional que realizou o atendimento em pelo menos uma das consultas.

As ações mínimas para o primeiro atendimento e seguimento do pré-natal no município são detalhadas no POP. Com base nesse documento, foram analisados os registros desses procedimentos nos prontuários (n=60), na primeira consulta, conforme apresentada na Tabela 3. Constata-se que o registro é insuficiente em todos os elementos preconizados para a primeira consulta de pré-natal. Entretanto, a DUM, a DPP, as informações sobre a gestação atual e a prescrição de ácido fólico e ferro foram devidamente preenchidas nos documentos das gestantes em $\geq 70\%$ dos prontuários. A história clínica foi devidamente registrada em 68% dos prontuários. Porém, a pesquisa da vacinação contra influenza foi demonstrada em apenas 20% e contra tétano e difteria em 30% dos registros sendo essas as medidas mais falhas.

Tabela 3. Ações preconizadas para a primeira consulta pré-natal

	Sim	Não	Frequência
DUM	55	5	91%
DPP	50	10	83%
História Clínica	41	19	68%
Gestação Atual	46	14	76%
Vacina dT	18	42	30%
Vacina Influenza	12	48	20%
Ácido Fólico	42	18	70%
Ferro	44	16	73%

Assim como define as ações mínimas da primeira consulta, o POP também detalha os exames complementares como os laboratoriais e de imagem que devem ser solicitados no primeiro e terceiro trimestres para rastreamento de patologias e orientação de possíveis condutas médicas. Do total de 60 prontuários, 34 (57%) apresentaram registro da solicitação de todos os exames preconizados para o primeiro trimestre, enquanto 16 (61,5%) de um total de 26 gestantes atendidas no terceiro trimestre tiveram os exames preconizados para este período gestacional

solicitados. Ou seja, no primeiro trimestre a solicitação foi incompleta em mais de 27% dos prontuários (Tabela 4) enquanto no terceiro trimestre essa inadequação foi observada em mais de 23% dos prontuários avaliados (Tabela 5), corroborando a falta de padronização do atendimento às gestantes nas unidades pesquisadas. Cabe salientar que a não descrição clara e adequada em prontuário do procedimento solicitado foi considerada uma não conformidade pelo presente trabalho.

Tabela 4. Exames laboratoriais e de imagem a serem solicitados no primeiro trimestre.

Exames Primeiro Trimestre	Sim	Não	Frequência (%)
ABO Rh	42	18	70%
Glicemia	42	18	70%
VDRL	44	16	73%
Anti-HIV	43	17	71%
HB sAG	43	17	71%
Toxoplasmose	41	19	68%
Hemograma	41	19	68%
EAS	40	20	66%
USG	39	21	65%

Tabela 5. Exames laboratoriais a serem solicitados no terceiro trimestre.

Exames Terceiro Trimestre	Sim	Não	Frequência (%)
Hemograma	18	8	69%
VDRL	20	6	77%
Anti-HIV	19	7	73%
HBsAG	19	7	73%

DISCUSSÃO

De modo geral, nota-se que há inconformidades na assistência ao Pré-Natal e falta padronização das condutas, apesar do POP do município. Ao analisar os registros é possível identificar que grande parte dos profissionais que atendem as gestantes não realiza todos os registros em prontuário necessários durante as consultas, havendo inconsistência em todas as unidades investigadas.

Embora o Programa de Saúde da Família (PSF) que foi iniciado em 1994 represente um mecanismo de organização de acesso a serviços, há múltiplas portas de entrada para o pré-natal de baixo risco BRASIL, 2004. Neste sentido, Gonçalves et al., (2008), ao julgarem 97 prontuários de gestantes cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de uma UBS na área de abrangência estudada em um município da Grande São Paulo verificaram que dentre as gestantes cadastradas, 50 (51,5%) realizaram pré-natal nesta unidade, 37 (38,2%) realizaram o pré-natal em serviço particular e 10 (10,3%) foram encaminhadas para o pré-natal de alto risco corroborando o questionamento de que há falta de seguimento na unidade básica em que iniciaram o acompanhamento, seja por evasão ou mesmo por migração para outro ponto de atenção.

Neste cenário nota-se ainda que, em alguns casos, o pré-natal de baixo risco não é concluído na unidade a que pertence a gestante, mas sim nos níveis de atenção especializada. Na prática, ocorre a centralização da assistência, embora a atenção esteja organizada e estruturada de forma descentralizada no território e, como preconiza o PHPN, a proximidade é critério para determinação da unidade de seguimento da assistência da gestante (BRASIL, 2002b). Percebe-se também que esta centralização dos atendimentos nos serviços de média e alta complexidade pode ainda sobrecarregar e comprometer a qualidade da assistência prestada, e que, de fato, o pré-natal de qualidade não exige o emprego de tecnologias ou de procedimentos demasiadamente complexos. Pelo contrário, a escuta, o acolhimento, a corresponsabilização, a elaboração de projetos terapêuticos singulares e vínculo, são mecanismos para elevar a qualidade da assistência (CABRAL; HIRT, 2013).

De forma semelhante, Guimarães e colaboradores (2018), ao avaliarem o acesso e qualidade do pré-natal no Brasil, observaram uma baixa adequação das ações clínicas empregadas pelas equipes de SF de todo o país, entre os anos de 2013 e 2014. Das 29.778 equipes estudadas pelos autores supracitados apenas quatro apresentaram adequação da assistência prestada, o que perfaz menos que 1% de adequação. Tomasi et al. (2017), por sua vez, através da análise de entrevistas aplicadas a mulheres que realizaram pré-natal em unidades de saúde da família, encontraram assistência adequada em apenas 15% das gestações, enquanto Leal et al. (2020), em seu estudo, demonstraram adequação em cerca de 25% dos casos.

De modo similar, Tsunehiro et al. (2018), constataram que a maioria das mulheres (76,4%) assistidas apenas no primeiro trimestre não teve o registro de todos os procedimentos em conformidade. Demonstraram também uma queda exuberante do registro dos procedimentos esperados para cada trimestre (de 23,6% para 12,3% e atingindo 4,2%).

Em relação às ações consideradas mínimas para o primeiro atendimento, o presente estudo encontrou inadequações nos prontuários estudados, sendo a pesquisa da vacinação uma das medidas menos registradas. Em contrapartida, mais de 95% das gestantes estudadas por Tomasi I e colaboradores (2017), referiram ter atualizado a vacina antitetânica. Quanto aos exames complementares, esta pesquisa demonstrou que apenas 57% e 61,5% dos prontuários das gestantes apresentavam o registro das solicitações dos exames do primeiro e do terceiro trimestre, respectivamente, em comparação com o total de 69% de gestantes que declararam ter realizado tais exames, encontrado por Tomasi et al. (2017).

Nesta lógica, Domingues et al., (2012), observaram que apesar do aumento do registro dos resultados de exames com o decorrer da gravidez, a adequação foi de 41% em gestantes com 28-33 semanas. Ao passo que nas gestantes com 34-37 semanas, quando já deveriam estar disponíveis os resultados dos exames da segunda rotina, percebeu-se um declínio nas conformidades, que não atingiram nem 20% nas gestantes a termo. Os resultados dos EAS equivalem a menor parcela de registros tanto na primeira quanto na segunda rotina de exames,

No que diz respeito a epidemia de sífilis no Brasil, em especial aos altos casos de sífilis gestacional, vale destacar que a sífilis congênita é um indicador

importante da qualidade do pré-natal, tratando-se de uma condição evitável desde que acertadamente diagnosticada e tratada. A persistência da sua incidência e de altas taxas de transmissão vertical, mesmo após o aumento significativo da cobertura de assistência pré-natal e do número de consultas indica que a qualidade da assistência é insatisfatória (DOMINGUES et al., 2013).

Em 2019, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 152.915 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 72,8 casos/100.000 habitantes); 61.127 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 20,8/1.000 nascidos vivos); 24.130 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,2/1.000 nascidos vivos) e 173 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 5,9/100.000 nascidos vivos). No período de 2005 a junho de 2020, foram notificados 384.411 casos de sífilis em gestantes. De 1998 a junho de 2020, foram notificados 236.355 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Nos últimos dez anos, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita (BRASIL, 2020).

Em 2019, no que tange ao acesso ao pré-natal, 83,1% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram pré-natal, enquanto 11,9% não o fizeram e 4,9% apresentaram informação ignorada. Em relação a fase do diagnóstico, 58,6% tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 31,5% no parto/curetagem, 5,1% após o parto e 0,7% não tiveram diagnóstico, bem como 4,1% têm essa informação ignorada (BRASIL, 2020).

Nesse ínterim, torna-se imperativo discorreremos acerca das crianças expostas ao HIV. Em 2019, foram identificadas 8.312 gestantes infectadas com HIV no Brasil. No período de 2000 até junho de 2020, foram notificadas 134.328 gestantes infectadas com HIV. Em um período de dez anos, houve uma elevação de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2009, registraram-se 2,3 casos/mil nascidos vivos e, em 2019, essa taxa passou para 2,8/mil nascidos vivos. Tal aumento pode ser explicado, em parte, pelo desenvolvimento do diagnóstico no pré-natal e pelo progresso da vigilância na prevenção da transmissão vertical do vírus. Em toda a série histórica, a região Sul apresentou as maiores taxas de detecção de HIV em gestantes no país. Em 2019, a taxa observada nessa região foi de 5,6 casos/mil nascidos vivos, duas vezes superior à taxa nacional (BRASIL, 2020). Os dados coletados pela presente pesquisa sugerem um início tardio do pré-natal em

parte das gestações estudadas, o que segundo Polglione et al. (2014), compromete a qualidade da assistência, prejudicando o cumprimento das ações mínimas adequadas para cada fase gestacional e a realização dos exames laboratoriais, afetando também a frequência e a adesão das gestantes ao programa. Tal acompanhamento pré-natal evidencia a vulnerabilidade na organização dos serviços de saúde e lacunas no processo de trabalho quanto à conscientização da população e quanto à captação de gestantes precocemente. Vale enfatizar que o início precoce do pré-natal permite antecipar a detecção de riscos e prevenir complicações. Como exemplo, podemos citar que a prematuridade foi associada à inadequação do pré-natal por Monteiro et al., (2017), fator que contribui para a manutenção das altas taxas da mortalidade infantil do país.

Em uma análise da adequação dos serviços públicos de assistência ao parto no Brasil, Bittencourt e outros (2016), encontraram inadequações na maioria dos hospitais do país e demonstraram que 32,8% das gestantes de alto risco obstétrico foram atendidas em serviços sem unidade de cuidado intensivo ao passo que 29,5% das de baixo risco realizaram o parto em hospitais com esse tipo de recurso, o que segundo os autores pode comprometer a qualidade da assistência ao parto. Esse dado demonstra as consequências que a desarticulação dos serviços de baixa e alta complexidades pode causar, o que justifica o esforço de se oferecer assistência de qualidade ao pré-natal de baixo risco para que este seja conduzido pelas equipes de SF de forma descentralizada.

Questiona-se como este comportamento revela dificuldades em se construir o vínculo entre equipe e gestantes, posto que, além da proximidade geográfica, o relacionamento e o vínculo entre gestantes e equipe de SF, entre outros entraves para obtenção do atendimento, interferem no acesso destas ao serviço (CABRAL et al., 2013).

Em seu estudo, Gama (2014), elenca como desafios da assistência ao pré-natal de baixo risco a desarticulação entre os serviços do território, mudança constante dos profissionais, não realização de busca ativa e ainda outros fatores como não preenchimento do cartão da gestante e demora na realização dos exames laboratoriais.

Em contrapartida, a consolidação da assistência ao pré-natal na AB por meio da qualificação dos profissionais da UBS e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família

(NASF) com consultas mais humanizadas, multiprofissionais e menos tecnicistas, podem garantir o vínculo das mulheres à ESF e aumentar as probabilidades de voltarem para a consulta de puerpério (ASSIS et al., 2019).

CONCLUSÃO

Com base nos resultados observados pode-se concluir que os registros não apresentam conformidade com o protocolo. Além do início da assistência muitas vezes acontecer tardiamente, ocorre também evasão das gestantes ou ainda a não realização do número mínimo de consultas durante o pré-natal.

Sabidamente, o acompanhamento da gestante ao longo de toda gestação para rastreio e intervenções precoces é fator determinante da saúde materna e do bebê. Por isso, sugere-se busca ativa das mulheres em idade fértil nos territórios e implementação de medidas educativas para maior conscientização destas quanto à importância da assistência médica durante essa fase de suas vidas.

Faz-se necessário ainda treinamento e capacitação dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária para que haja consistência no registro da assistência prestada. Tais profissionais devem conhecer e compreender a relevância do POP a fim de colocá-lo em prática, para que haja padronização do registro da assistência ofertada às gestantes de baixo risco.

Dessarte, acredita-se que a congruência do registro do serviço prestado será fundamental, inclusive, para organização da atenção à saúde no município, de modo que as gestações de baixo risco possam ser assistidas nas unidades dos territórios em que as gestantes residem, facilitando o acesso e descongestionando os atendimentos nos locais de referência para assistência à gestação de alto risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, R. D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.

ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 789-800, 2012.

ASSIS, T. R. et al. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 4, 2019.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. SECRETARIA EXECUTIVA. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasil. Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Brasília-DF, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Caderno de Atenção Básica, nº 32 - 1ª edição revista, Brasília – DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Número Especial/Outubro, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Número Especial/Dezembro, 2020.

CABRAL, Fernanda Beheregaray et al. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 281-287, 2013.

CRUZ, Maria Jesus Barreto et al. A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00004019, 2019.

DA SILVA NUNES, A. D. et al. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, 2017.

DE AZEVEDO BITTENCOURT, S. D. et al. Adequacy of public maternal care services in Brazil. **Reproductive health**, v. 13, n. 3, p. 120, 2016.

DE OLIVEIRA, E. C.; DE MEIRA BARBOSA, S.; MELO, S. E. P. A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros. **Revista Científica FacMais**, v. 7, n. 3, 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Adequacy of prenatal care in the National Health System in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: Evento Sentinela da Qualidade da Assistência Pré-Natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo Vol. 47, nº 1, Fev. 2013.

GAMA, P. S. F. et al. **Assistência pré-natal de baixo risco na Estratégia Saúde da Família e seus desafios**. 2017.

GOMES, R. N. S.; FILHA, F. S. S. C.; PORTELA, N. L. C. Avaliação da influência do abandono da assistência pré-natal na mortalidade fetal e neonatal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 416-421, 2017.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 349-353, 2008.

GUIMARÃES, W. S. G. et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00110417, 2018.

JACOBI, E. R. T.; GOMES, C. M.; JACOBI, L. F. Análise dos indicadores relativos à saúde da gestante de um município do sul do Brasil. **Saúde (Santa Maria)**, v. 3, n. 44, 2018.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S192-S207, 2014.

LEAL, M. C. et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 08, 2020.

MONTEIRO, C. N. et al. Uso, acceso y equidad en los servicios de salud en São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, 2017.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, 2016.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1999-2010, 2014.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, p. e00195815, 2017.

TSUNECHIRO, M. A. et al. Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 18, n. 4, p. 781-790 out. / dez., 2018.