



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

THAÍSE ALMEIDA GUIMARÃES

**AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DA CADERNETA DA GESTANTE NO PRÉ-
NATAL DE RISCO HABITUAL EM SÃO LUÍS - MA**

SÃO LUÍS
2019

THAÍSE ALMEIDA GUIMARÃES

**AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DA CADERNETA DA GESTANTE NO PRÉ-
NATAL DE RISCO HABITUAL EM SÃO LUÍS - MA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lena Maria Barros Fonseca

SÃO LUÍS

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Almeida Guimarães, Thaíse.

Avaliação dos registros da caderneta da gestante no pré-natal de risco habitual em São Luís - MA / Thaíse

Almeida Guimarães. - 2019.

113 f.

Orientador(a): Lena Maria Barros Fonseca.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Assistência Pré-natal. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Avaliação em Saúde. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. 5. Saúde Materno-infantil. I. Barros Fonseca, Lena Maria. II. Título.

THAÍSE ALMEIDA GUIMARÃES

**AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DA CADERNETA DA GESTANTE NO PRÉ-
NATAL DE RISCO HABITUAL EM SÃO LUÍS - MA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Lena Maria Barros Fonseca - Orientadora
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro - 1º Membro
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Ceará

Prof^a. Dr^a. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim - 2º Membro
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Claudia Teresa Frias Rios - 1º Membro Suplente
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa - 2º Membro Suplente
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

*Às mulheres, pelo dom de gestar.
Aos profissionais de saúde, pelo dom de cuidar.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar e fortalecer em todos os momentos dessa jornada, desde o processo seletivo para ingresso no Mestrado até a conclusão e sustentação deste trabalho. Ebenézer!

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, por oportunizar uma qualificação profissional pautada em um denso conhecimento teórico, filosófico e metodológico.

Aos docentes do Programa, por todo conhecimento compartilhado e por inspirarem o desenvolvimento profissional na enfermagem.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Lena Maria Barros Fonseca, pela oportunidade em participar da pesquisa “Retratando a assistência pré-natal em São Luís-MA”, a qual originou esta dissertação, e pela parceria na elaboração deste trabalho.

Aos membros da Comissão Examinadora, pela disponibilidade e contribuição para o aprimoramento da versão final.

À equipe executora da pesquisa, pela colaboração na coleta de dados.

Às gestantes, pela participação na pesquisa.

Aos colegas de turma, pelo caminho que juntos percorremos e desafios que vencemos. Agradecimento especial à Larissa Cristina Rodrigues Alencar e Janielle Ferreira de Brito Lima, por me incentivarem nos momentos mais difíceis.

À minha mãe, Rosineide de Fátima Pereira Almeida, pelo amor e zelo incondicionais e pelo imprescindível apoio em todos os momentos.

Ao meu noivo, Wanderson Barros Rodrigues, por sempre acreditar em minha capacidade e me impulsionar a persistir.

À minha amiga, Andréa de Jesus Sá Costa Rocha, por toda palavra de motivação e por compartilhar comigo essa jornada na enfermagem.

Enfim, a todos que em algum momento cooperaram para o meu crescimento como pessoa e como profissional ou que contribuíram para a realização deste trabalho. Muito obrigada!

“O segredo da qualidade é o amor. Um profissional de saúde deve amar seu paciente, amar sua profissão, amar seu Deus. Se tiver amor, então poderá dirigir seu olhar e energia para monitorar e melhorar o sistema”.

(Avedis Donabedian)

GUIMARÃES, T. A. **Avaliação dos registros da caderneta da gestante no pré-natal de risco habitual em São Luís - MA.** 2019. 113f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

RESUMO

Desde sua implantação, o cartão da gestante tem sido considerado fundamental por possibilitar o registro dos principais dados de acompanhamento da gestação e funcionar como uma ferramenta de intercomunicação profissional, facilitando o fluxo de informações e permitindo a continuidade da assistência onde quer que a gestante seja atendida. Além disso, tem sido utilizado como uma ferramenta para avaliação dos serviços de atenção pré-natal, tendo em vista que a qualidade dos registros realizados pode ser um reflexo da qualidade da assistência prestada. Diante disso, esta pesquisa teve o objetivo de avaliar os registros da caderneta da gestante na assistência pré-natal de risco habitual em São Luís - MA, averiguando a legibilidade, a completude e a adequação do conteúdo registrado. Para tanto, realizou-se um estudo avaliativo, descritivo e quantitativo, em nove unidades de saúde da atenção básica em São Luís - MA, no período de maio de 2017 a setembro de 2018. A amostra da pesquisa foi constituída pelo número de cadernetas da gestante selecionadas ao longo de dois meses ininterruptos em cada unidade, totalizando 105 cadernetas. Os registros foram considerados legíveis, ilegíveis ou parcialmente legíveis; a completude foi classificada segundo os níveis de qualidade: excelente (incompletude < 5%), bom ($5\% \leq \text{incompletude} < 10\%$), regular ($10\% \leq \text{incompletude} < 20\%$), ruim ($20\% \leq \text{incompletude} < 50\%$) e muito ruim ($\text{incompletude} \geq 50\%$); e a adequação do conteúdo foi averiguada conforme recomendações da estratégia Rede Cegonha. Os resultados mostraram que 92,4% das cadernetas foram consideradas com registros legíveis. A avaliação da completude evidenciou que 7,6% apresentaram completude regular, 72,4% completude ruim e 20,0% completude muito ruim. Destaca-se que nenhuma caderneta foi classificada com registro excelente ou bom. A avaliação por seções demonstrou que a seção de Exames Complementares de Rotina apresentou os melhores resultados, enquanto a seção de Atividades Complementares apresentou os menores níveis de completude. Por meio dos registros referentes à assinatura e categoria profissional, constatou-se que 2,9% das gestantes realizaram consulta somente com médicos, 30,5% somente com enfermeiros e 66,7% com médicos e enfermeiros. A verificação da adequação do conteúdo registrado aos parâmetros preconizados pela Rede Cegonha mostrou que, dentre os critérios avaliados, aqueles que apresentaram maior inadequação foram a realização do exame de urocultura (39,1%), o início do pré-natal no primeiro trimestre (33,3%) e a vacinação dTpa (28,6%). Concluiu-se que os registros nas cadernetas da gestante no pré-natal de risco habitual em São Luís foram predominantemente ruins, denotando uma desvalorização desse instrumento e um provável descumprimento de recomendações do Ministério da Saúde para uma assistência de qualidade.

Descritores: Avaliação em Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde. Assistência Pré-natal. Saúde Materno-infantil. Atenção Primária à Saúde.

GUIMARÃES, T. A. **Evaluation of the records of the pregnant woman's passbook in the habitual risk prenatal in São Luís - MA.** 2019. 113f. Dissertation (Master) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, Brazil, 2019.

ABSTRACT

Since its implantation, the pregnant woman's card has been considered fundamental because it enables the recording of the main gestational monitoring data and acts as a tool for professional intercommunication, facilitating the flow of information and allowing the continuity of care wherever the pregnant woman is taken care of. In addition, it has been used as a tool to evaluate prenatal care services, considering that the quality of the records can be a reflection of the quality of care provided. Therefore, the objective of this study was to evaluate the records of the pregnant woman's passbooks in prenatal care at usual risk in São Luís - MA, ascertaining the legibility, completeness and appropriateness of the registered content. Therefore, an evaluative, descriptive and quantitative study was carried out in nine primary health care units in São Luís - MA, from May 2017 to September 2018. The research sample consisted of the number of pregnant women's passbooks selected over two consecutive months in each unit, totalizing 105 passbooks. The records were considered legible, illegible or partially legible; completeness was classified according to the quality levels: excellent (incompleteness <5%), good ($5\% \leq$ incompleteness <10%), regular ($10\% \leq$ incompleteness <20%), poor ($20\% \leq$ incompleteness <50%), and very poor (incompleteness $\geq 50\%$); and the appropriateness of the content was ascertained according to the recommendations of the Stork Network strategy. The results showed that 92.4% of the passbooks were considered with readable records. The evaluation of completeness showed that 7.6% presented completeness regular, 72.4% completeness poor and 20.0% completeness very poor. It should be noted that no passbook was classified with excellent or good record. The evaluation by sections showed that the section of Complementary Routine Examinations presented the best results, while the section of Complementary Activities presented the lowest levels of completeness. Through the records referring to the signature and professional category, it was found that 2.9% of the pregnant women consulted only with physicians, 30.5% only with nurses and 66.7% with physicians and nurses. The verification of the adequacy of the recorded content to the parameters recommended by the Stork Network showed that, among the criteria evaluated, the ones that presented the greatest inadequacy were the uroculture examination (39.1%), the onset of prenatal care in the first trimester (33.3%) and dTpa vaccination (28.6%). It was concluded that the records in the pregnant women's passbooks in the usual risk prenatal in São Luís were predominantly poor, denoting a devaluation of this instrument and a probable noncompliance with recommendations of the Ministry of Health for quality assistance.

Keywords: Health Evaluation. Quality of Health Care. Prenatal Care. Maternal and Child Health. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Procedimentos mínimos preconizados pelo PHPN para um adequado acompanhamento pré-natal.....	21
Quadro 2 - Atividades e procedimentos adicionados ao conjunto de ações preconizadas pelo PHPN para um adequado acompanhamento pré-natal.....	23
Quadro 3 - Dez passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica.....	25
Quadro 4 - Síntese dos artigos selecionados segundo título, ano de publicação, objetivos e principais resultados, Brasil, 2018.....	29
Gráfico 1 - Legibilidade dos registros das cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018	45
Gráfico 2 - Classificação das cadernetas da gestante quanto à completude dos registros, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas das participantes da pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018	43
Tabela 2 - Características obstétricas das participantes da pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.....	44
Tabela 3 - Completude dos registros de identificação nas cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018 .	45
Tabela 4 - Completude dos registros de classificação de risco gestacional nas cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018	47
Tabela 5 - Completude dos registros dos gráficos de acompanhamento e da suplementação vitamínica nas cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.....	48
Tabela 6 - Completude dos registros dos procedimentos gineco-obstétricos nas cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018	49
Tabela 7 - Completude dos registros dos exames complementares de rotina nas cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018	50
Tabela 8 - Completude dos registros de imunização nas cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018 .	51
Tabela 9 - Completude dos registros de atividades complementares nas cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018	52
Tabela 10 - Adequação do conteúdo registrado nas cadernetas da gestante às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018	53

LISTA DE SIGLAS

ABO-Rh - Tipagem Sanguínea e Fator Rh
Anti-HIV - Anticorpos do Vírus da Imunodeficiência Humana
APNCUI - *Adequacy Prenatal Care Utilization Index*
BCF - Batimento Cardíaco Fetal
BDENF - Banco de Dados em Enfermagem
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CEP - Código de Endereçamento Postal
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
dT - Difteria e Tétano
dTpa - Difteria, Tétano e Coqueluche
HbsAg - Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
IMC - Índice de Massa Corporal
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
NEPESM - Núcleo de Estudos e Pesquisa de Enfermagem em Educação e Saúde da Mulher
NIS - Número de Identificação Social
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNI - Programa Nacional de Imunização
SISPRENATAL - Sistema de Informação do PHPN
SUS - Sistema Único de Saúde
UFMA - Universidade Federal do Maranhão
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
VDRL - *Venereal Disease Research Laboratory*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Objetivo Geral.....	17
2.2	Objetivos Específicos	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	Aspectos conceituais, históricos e organizativos do pré-natal no Brasil	18
3.2	Caderneta da gestante: um instrumento de intercomunicação	26
4	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	34
5	MÉTODOS	38
5.1	Tipo de pesquisa	38
5.2	Local e período da pesquisa	38
5.3	População e amostra	39
5.4	Instrumento de pesquisa	39
5.5	Coleta de dados.....	40
5.6	Análise dos dados.....	41
5.7	Aspectos éticos.....	42
6	RESULTADOS.....	43
6.1	Características socioeconômicas, demográficas e obstétricas	43
6.2	Legibilidade e completude dos registros.....	44
6.3	Adequação às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde	53
7	DISCUSSÃO	55
7.1	Características socioeconômicas, demográficas e obstétricas	55
7.2	Legibilidade e completude dos registros.....	59
7.3	Adequação às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde	75
8	CONCLUSÃO	79
	REFERÊNCIAS.....	81
	APÊNDICES	93
	ANEXOS	101

1 INTRODUÇÃO

Desde a adoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a sobrevivência materna aumentou significativamente em todo o mundo, ocorrendo uma redução de 45% na taxa de mortalidade materna entre 1990 e 2013. Muitas regiões em vias de desenvolvimento obtiveram progressos na melhoria da saúde materna, incluindo regiões com as taxas de mortalidade mais elevadas, como o sul da Ásia e a África Subsariana. Apesar desse progresso, diariamente centenas de mulheres ainda morrem devido complicações relacionadas à gravidez e ao parto, sendo a maioria dessas mortes evitável (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

No Brasil, empenhos têm sido realizados para a redução da mortalidade materna e infantil em todo território nacional. Nas últimas décadas, os esforços despendidos culminaram no pleno alcance da quarta meta dos ODM - reduzir a mortalidade na infância, passando de 47,1 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 14,6 óbitos por mil nascidos vivos em 2012, representando uma redução de aproximadamente 70% (IPEA; SPI/MP, 2014; PNUD, 2015).

No que se refere à mortalidade materna, o país obteve uma redução de 120 para 69 óbitos por 100 mil nascidos vivos entre os anos de 1990 e 2013. Embora tenha ocorrido uma importante redução, os números continuam elevados, permanecendo acima da meta prevista pelos ODM. Sendo assim, vale ressaltar que altas taxas de mortalidade materna podem estar associadas a uma insatisfatória prestação de serviços de saúde a essa população, incluindo desde serviços de planejamento familiar e assistência pré-natal até serviços de assistência ao parto e puerpério (PNUD, 2015).

Uma assistência pré-natal adequada constitui, portanto, um importante determinante dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê, apresentando o potencial de minimizar as principais causas de mortalidade materna e infantil. Diante disso, o Ministério da Saúde, atualmente por meio da estratégia Rede Cegonha, vem buscando qualificar a assistência pré-natal, com a finalidade de garantir um apropriado acompanhamento e proporcionar um satisfatório desenvolvimento da gestação, visando o nascimento de um bebê saudável, sem impactos negativos para a saúde materna (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a).

Estudo realizado por Viellas et al. (2014) mostrou que a realização da assistência pré-natal no Brasil foi de 98,7%, confirmando que o país está sendo bem

sucedido na ampliação da cobertura do pré-natal, alcançando praticamente a totalidade das gestantes brasileiras. No entanto, referem que os desafios para a melhoria da qualidade dessa assistência ainda persistem, especialmente no que diz respeito à realização de procedimentos considerados essenciais para a redução de desfechos desfavoráveis, como o início precoce do acompanhamento pré-natal, a realização de exames de rotina e um efetivo sistema de referência e contra referência.

Tendo em vista a melhoria da qualidade da assistência pré-natal, a avaliação dos serviços de saúde trata-se de uma ferramenta bastante útil, considerando que, por meio de sua aplicação, é possível conhecer a realidade vivenciada e indicar possíveis formas de adequá-la (SOUZA; SCATENA, 2013). Sendo assim, estudos com objetivo de avaliar os serviços de atenção pré-natal têm sido realizados no país e vêm contribuindo para o conhecimento da assistência fornecida à mulher no decorrer da gestação (MORAIS, 2013; CORRÊA et al., 2014; COSTA et al., 2016).

Uma abordagem amplamente utilizada por esses estudos é o modelo proposto por Donabedian, o qual se baseia na avaliação da tríade estrutura, processo e resultado, sendo bastante aceito e divulgado por refletir a essência da assistência prestada, contribuindo para possíveis adequações dos serviços de saúde. Estudos que avaliam a atenção pré-natal por meio desse modelo podem utilizar os três elementos da tríade, dois elementos ou somente um deles (OLIVEIRA, 2014; ARANTES, 2014; CARRILHO, 2014).

Segundo Donabedian (1988), a avaliação do processo constitui a melhor forma de verificar o conteúdo da assistência prestada. Essa avaliação fundamenta-se na ideia de que a adequada aplicação de tecnologias em saúde, à luz do conhecimento existente, alarga a probabilidade de ocorrência de resultados favoráveis. Portanto, a avaliação de processo propicia elementos para a análise de práticas e serviços de saúde, permitindo entender as formas de trabalho, no intuito de desenvolver abordagens mais efetivas para a garantia de bons resultados (PORTELA, 2000).

Uma maneira que estudos brasileiros vêm utilizando para investigar o conteúdo da assistência é a análise dos registros em saúde (CARRILHO, 2014; MONTEIRO, 2015; COÊLHO et al., 2015). Para Donabedian (1988), “a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto

chave para informar acerca do processo de trabalho". Nessa perspectiva, além da relevância para a tomada de decisões clínicas e gerenciais, os registros são considerados como critério de avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde (DONABEDIAN, 1988).

O cartão da gestante, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde desde a década de 1980, constitui um dos instrumentos de registro da assistência pré-natal, o qual deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação e permanecer sempre com a gestante, facilitando, assim, o fluxo de informações entre os serviços de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 1988). Ao longo dos anos, algumas reformulações foram realizadas e atualmente, como parte das ações da estratégia Rede Cegonha, foi instituída a caderneta da gestante, com primeira edição publicada em 2014 (BRASIL, 2015).

A caderneta da gestante amplia o papel do cartão da gestante. Além de armazenar informações, inclui orientações sobre as modificações do organismo materno e o desenvolvimento do bebê, contém dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta, descreve os exames e vacinas que devem ser realizados, possui orientações sobre trabalho de parto e parto, oferece dicas para o sucesso da amamentação, apresenta os direitos das gestantes e proporciona espaço para consulta odontológica, pré-natal do parceiro e anotações de dúvidas, sensações e sentimentos, entre outros componentes (BRASIL, 2018).

Desde sua implantação, esse instrumento de registro tem sido considerado importante por funcionar como uma ferramenta de comunicação entre profissionais, permitindo a continuidade da assistência em todos os níveis de atenção. Isso porque constitui um documento capaz de consolidar informações em saúde provenientes de diversas fontes, possibilitando a continuidade do cuidado onde quer que a usuária seja atendida (BRASIL, 1988; BRASIL, 2012a).

Conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional e regulamentado pelo Decreto nº. 94.406/87, o profissional enfermeiro pode realizar as consultas do pré-natal de risco habitual, inteiramente ou intercalado com o profissional médico, cabendo a eles o provimento do cartão da gestante adequadamente preenchido, devendo ser verificado e atualizado em cada consulta (BRASIL, 2012a). Rodrigues et al. (2016) destacam a grande responsabilidade profissional no que se refere aos registros no cartão da gestante, tendo em vista tratar-se de um importante instrumento de avaliação e acompanhamento da evolução da gravidez.

Estudos realizados em municípios de diferentes regiões do país, que avaliaram os registros no cartão da gestante, consideraram a legibilidade, completude e/ou a adequação dos procedimentos registrados a parâmetros previamente estabelecidos (SANTOS NETO, 2012; CARRILHO, 2014; COÊLHO et al., 2015). Em geral, esses estudos evidenciaram baixos níveis de completude, demonstrando que muitos procedimentos estão deixando de ser realizados e/ou registrados. Ademais, quando registrados, muitos demonstram inadequação.

Estudo realizado em Belo Horizonte - Minas Gerais, por exemplo, evidenciou que informações relativas à imunização, procedimentos obstétricos como a apresentação fetal e resultados de exames de rastreamento no último trimestre de gestação, foram alguns dos registros mais ausentes. Além disso, foi verificado o descumprimento de protocolos de assistência pré-natal, como os relativos a exames laboratoriais básicos (CARRILHO, 2014).

No Maranhão, estudos de avaliação da assistência pré-natal têm sido realizados, sobretudo no município de São Luís (BERNARDES et al., 2014; GOUDARD et al., 2016; COSTA et al., 2016), mostrando inadequações e iniquidades na assistência prestada, sem, contudo, realizar uma avaliação dos registros na caderneta da gestante. Diante disso, os registros da caderneta da gestante constituem o objeto de estudo desta pesquisa, a qual possui como questão norteadora: qual a qualidade dos registros na caderneta da gestante e o que esses registros revelam acerca da assistência pré-natal de risco habitual em São Luís?

A avaliação da caderneta da gestante pode fornecer importantes informações, tanto relacionadas aos cuidados direcionados ao seu preenchimento pelos profissionais envolvidos na assistência pré-natal, quanto no que se refere ao cumprimento dos procedimentos preconizados para um adequado acompanhamento. Portanto, tendo em vista que o adequado preenchimento da caderneta da gestante e a apropriada realização dos procedimentos recomendados podem contribuir para a continuidade do cuidado e para bons desfechos maternos e perinatais, torna-se pertinente uma investigação acerca desse instrumento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar os registros da caderneta da gestante na assistência pré-natal de risco habitual em São Luís - MA.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar a legibilidade e completude dos registros na caderneta da gestante;
- Averiguar a adequação do conteúdo registrado na caderneta da gestante a ações preconizadas pela estratégia Rede Cegonha.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos conceituais, históricos e organizativos do pré-natal no Brasil

Segundo o Centro Latino-Americano de Perinatologia, o período pré-natal é aquele que compreende desde a concepção até o momento do parto (CLAP, 2010). A assistência pré-natal, também denominada de atenção pré-natal, cuidado pré-natal, assistência anteparto, acompanhamento anteparto, ou somente pré-natal, trata-se de um conjunto de procedimentos clínicos e educativos realizados por profissionais capacitados, visando à vigilância da evolução da gravidez e a promoção da saúde da gestante e do bebê (NEME, 2006; BRASIL, 1998).

Ao longo de séculos, uma errônea visão de que a gestação é sempre um evento normal fez com que não se proporcionasse uma atenção adequada à sua evolução, sendo a assistência médica solicitada somente em casos de evolução atípica (BARROS, 1962). Hoje, sabe-se que o acompanhamento pré-natal é indispensável a todas as gestantes, independente da existência de intercorrências, pois envolve um conjunto de medidas de natureza biológica, psicológica, social e de cuidados que visam proporcionar o desenvolvimento saudável da gravidez, sendo fundamental na prevenção, na identificação de situações de risco e intervenções oportunas, apresentando papel decisivo no resultado da gestação (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014; PEIXOTO, 2014).

No Brasil, as primeiras referências direcionadas a uma assistência no período gestacional são atribuídas ao médico Fernando Magalhães e a criação do primeiro serviço universitário de assistência pré-natal é atribuída ao médico Raul Briquet, ambos nas primeiras décadas do século XX (MARCON, 1990; NEME, 2006). Nesse mesmo período, a Saúde da Mulher passou a ser incorporada às políticas públicas nacionais, sendo limitada às demandas relacionadas à gravidez e ao parto. Nas décadas de 30, 50 e 70, os programas materno-infantis foram marcados pela verticalidade, pela fragmentação da assistência e por uma restrita percepção das mulheres, com enfoque em suas especificidades biológicas e no seu papel social de mãe (BRASIL, 2004a).

Diante disso, o movimento feminista brasileiro apresentou intensa atuação, criticando a forma reducionista que tratavam as mulheres e reivindicando ações que proporcionassem melhorias nas condições de saúde em todas as fases

da vida e que contemplassem as peculiaridades dos diversos grupos populacionais (BRASIL, 2004a). Esse amplo movimento culminou com a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, o qual marcou uma ruptura conceitual com os princípios que até então orientavam a política de saúde das mulheres, enfatizando a implementação do princípio da integralidade (BRASIL, 1984).

Além de ampliar o conjunto de ações direcionadas à saúde da mulher, o PAISM reafirmou o efeito positivo do acompanhamento pré-natal e destacou que a baixa cobertura, muitas vezes associada à baixa qualidade da assistência, constituía um grave problema. Sendo assim, um dos objetivos programáticos estabelecidos foi “aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda população”. Ademais, considerando que a assistência pré-natal já fazia parte do repertório da rede de serviços de saúde, o investimento em medidas que resultassem em melhoria da qualidade dessa assistência foi visto como o início de uma gradativa implementação da atenção integral (BRASIL, 1984).

A partir da implantação do PAISM, o Ministério da Saúde passou a produzir uma série de manuais normativos, incluindo o manual de pré-natal, com primeira edição intitulada Pré-natal de baixo risco, em 1986, e segunda edição intitulada Assistência pré-natal, em 1988 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1998). Esse manual elencou condições para uma atenção pré-natal efetiva, destacando os elementos que deveriam ser garantidos nessa assistência: captação precoce da gestante; controle periódico, contínuo e extensivo à população-alvo; recursos humanos treinados; área física adequada; equipamentos e instrumentais mínimos; instrumentos de registro e estatística; medicamentos básicos; apoio laboratorial mínimo; sistema eficiente de referência e contrarreferência; e mecanismos de avaliação (BRASIL, 1988).

A implementação das ações do PAISM apresentou particularidades no período de 1984 a 1989 e na década de 90, sendo, a partir de então, influenciada pelo processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas características da nova política de saúde, especialmente pelo processo de municipalização e reorganização da atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2004a). Nesse contexto, o Ministério da Saúde (2004a) aponta a existência de dificuldades para a consolidação da política de saúde da mulher,

incluindo as ações direcionadas à atenção pré-natal, destacando que o acesso a essa assistência constituía um problema significativo para determinados estratos da população e que, apesar do aumento do número de consultas, a qualidade ainda era precária.

Segundo o Ministério da Saúde (2012a), uma assistência pré-natal de qualidade é capaz de minimizar as principais causas de mortalidade materna e perinatal, isso porque apresenta potencial para que fatores de risco sejam identificados precocemente e intervenções sejam estabelecidas oportunamente. No Brasil, a razão de mortalidade materna apresentou tendência ao declínio no período de 1980 a 1986, possivelmente associada à expansão da rede pública de saúde e da cobertura das ações obstétricas. Entre 1987 e 1996, esse número permaneceu estável, ocorrendo aumento em 1997 e 1998, possivelmente relacionado à melhoria no registro dos óbitos maternos (BRASIL, 2004b).

Após aproximadamente 15 anos da implantação do PAISM, a mortalidade materna ainda apresentava índices elevados. A partir de 1998, em virtude das dificuldades e da descontinuidade da assessoria do nível federal de administração para a implementação do PAISM, a saúde da mulher passou a ser uma prioridade de governo (BRASIL, 2004a). Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou a terceira edição do manual de pré-natal, intitulado Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos, sendo revisado e republicado no ano 2000 com a finalidade de “oferecer referências para a organização da rede assistencial, capacitação profissional e normatização das práticas de saúde”, tendo como foco a melhoria da qualidade do pré-natal no país (BRASIL, 1998; BRASIL, 2000a).

Essa edição do manual de pré-natal abordou o papel do profissional de saúde na busca pela melhoria da qualidade da assistência, enfatizando o acolhimento como uma forma de proporcionar vínculo e, conseqüentemente, uma maior adesão das gestantes; demonstrou a importância da educação em saúde; detalhou as condições básicas para a organização da assistência; descreveu procedimentos técnicos que deveriam compor as consultas; e dispôs acerca das competências de cada profissional. Além disso, o manual destacou que a adesão da mulher à assistência pré-natal está diretamente relacionada à qualidade dessa assistência, podendo refletir, em última análise, na redução dos elevados índices de mortalidade materna e neonatal verificados no país (BRASIL, 2000a).

Ainda no ano 2000, considerando a necessidade de assegurar melhorias na assistência e de ampliar esforços para reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº. 569, a qual instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000b). O objetivo primordial desse Programa era “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2000b; BRASIL, 2002).

O PHPN fundamentou-se nos preceitos de que a humanização é condição primária para o adequado acompanhamento da gestação, parto e puerpério, compreendendo pelo menos dois aspectos fundamentais: a convicção de que é dever das unidades de saúde receber a mulher, o bebê e seus familiares com dignidade, adotando atitudes éticas e solidárias, criando um ambiente acolhedor e instituindo práticas que rompam com o isolamento da mulher; e a adoção de medidas sabidamente benéficas, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, as quais podem acarretar riscos para a saúde da mulher e do bebê (BRASIL, 2002).

Esse Programa foi constituído por três componentes: incentivo à assistência pré-natal; organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal; e nova sistemática de pagamento da assistência ao parto (BRASIL, 2002). No âmbito do pré-natal, foram estabelecidas atividades para um adequado acompanhamento, as quais estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Procedimentos mínimos preconizados pelo PHPN para um adequado acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2002).

1 Realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação.

2 Garantia dos seguintes procedimentos:

2.1 Realização de, no mínimo, seis consultas, sendo, preferencialmente, uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre.

2.2 Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o parto.

2.3 Realização dos seguintes exames laboratoriais:

a) ABO-Rh (Tipagem Sanguínea e Fator Rh) e hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta.

b) VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), urina e glicemia de jejum, um

exame na primeira consulta e outro na trigésima semana de gestação.

2.4 Oferta de testagem anti-HIV (Anticorpos do Vírus da Imunodeficiência Humana), na primeira consulta, em municípios com mais de cinquenta mil habitantes.

2.5 Aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.

2.6 Realização de atividades educativas.

2.7 Classificação de risco gestacional, na primeira consulta e nas consultas subsequentes.

2.8 Garantia de que as gestantes classificadas como de alto risco tenham acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar.

Uma avaliação preliminar dos dois primeiros anos de implementação do PHPN demonstrou que a maioria dos municípios aderiu ao Programa, no entanto, somente minoria das gestantes foi cadastrada e, dentre essas, a maioria recebeu uma assistência parcial e desarticulada (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004). Segundo o sistema de informação criado para o gerenciamento do Programa – o SISPRENATAL, nessa ocasião somente 4,1% das gestantes inscritas realizou o elenco mínimo de ações preconizadas, apenas 9,4% realizou as seis consultas e a consulta de puerpério e somente 41,0% recebeu dose imunizante ou dose de reforço da vacina antitetânica, demonstrando a qualidade ainda precária da atenção pré-natal no país (BRASIL, 2004a).

Diante desse panorama, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, apresentou, como um de seus objetivos, a promoção de uma atenção obstétrica qualificada e humanizada (BRASIL, 2004a). Dentre as estratégias propostas pela PNAISM para alcançar esse objetivo estava a construção de um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a organização da rede de serviços, incluindo mecanismos de referência e contrarreferência, o fortalecimento do sistema de formação e capacitação profissional, a distribuição de material técnico e educativo, o apoio à expansão da rede laboratorial e a melhoria das informações acerca da magnitude e tendência da mortalidade materna (BRASIL, 2004a).

Em 2005, considerando as evidências científicas de que a qualidade da atenção pré-natal ainda apresentava comprometimentos, o Ministério da Saúde

publicou o manual técnico Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada, complementando o empenho realizado até então em busca da melhoria da qualidade dessa assistência (BRASIL, 2005a). Esse manual, dentre outros aspectos, ampliou o conjunto de ações preconizadas pelo PHPN para uma adequada atenção pré-natal, como demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2 - Atividades e procedimentos adicionados ao conjunto de ações preconizadas pelo PHPN para um adequado acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2005a).

1 Realização das seguintes atividades e procedimentos:

1.1 Escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando acerca das condutas adotadas.

1.2 Atividades educativas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível.

1.3 Estímulo ao parto normal, com resgate do parto como ato fisiológico.

1.4 Anamnese e exame clínico-obstétrico.

1.5 Realização dos seguintes exames laboratoriais:

a) Testagem anti-HIV, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação, sempre que possível.

b) Sorologia para hepatite B/Antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg), um exame, de preferência, próximo à trigésima semana de gestação, se disponível.

c) Sorologia para toxoplasmose, na primeira consulta, se disponível.

1.6 Avaliação do estado nutricional e monitoramento por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

1.7 Prevenção e tratamento de distúrbios nutricionais.

1.8 Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama.

1.9 Tratamento de intercorrências.

1.10 Registro em prontuário e cartão da gestante.

2 Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e da consulta puerperal, até quarenta e dois dias pós-parto.

O PHPN constituiu uma iniciativa sem precedentes na história da saúde pública do país, estipulando um protocolo de ações mínimas a serem realizadas no acompanhamento da gestação, o qual poderia nortear estados e municípios na

criação de fluxos próprios de atendimento, sempre compreendendo os requisitos mínimos nacionalmente preconizados. No entanto, aproximadamente uma década após a implantação do Programa, diferentes estudos mostraram que sua abrangência ainda estava aquém do desejado, persistindo, em todo o país, o baixo cumprimento das metas propostas (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Destarte, considerando todo o elenco de iniciativas visando à melhoria da qualidade da assistência e a redução dos índices de mortalidade materna e infantil, o Ministério da Saúde instituiu, em 2011, a estratégia que atualmente orienta a atenção pré-natal no país: a Rede Cegonha. Essa estratégia complementa o PHPN e consiste em uma rede de cuidados com o objetivo de garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha organiza-se em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico. Cada um dos componentes compreende uma série de ações de atenção à saúde e, dentre as ações do componente pré-natal, estão: realização do pré-natal em Unidades Básicas de Saúde, com captação precoce e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências, com avaliação e classificação de risco; acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; vinculação da gestante ao local onde será realizado o parto; realização dos exames preconizados e acesso aos resultados em tempo oportuno; qualificação do sistema e da gestão da informação; implementação de estratégias educativas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva; prevenção e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Hepatites; e apoio às gestantes no deslocamento para as consultas de pré-natal e para o local do parto (BRASIL, 2011).

Inserido no âmbito do componente pré-natal, em 2012 foi publicado o Caderno de Atenção Básica número 32, intitulado Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, sendo uma ferramenta com intuito de proporcionar apoio às equipes da atenção básica para a qualificação do cuidado e articulação em rede. Esse caderno inclui desde aspectos do planejamento, da organização dos serviços e do processo de trabalho, além de questões relacionadas ao acompanhamento da gestação de risco habitual e suas possíveis intercorrências, até questões legais relacionadas à gestação, parto e puerpério. Além disso, o caderno destaca dez passos para o pré-

natal de qualidade na atenção básica, os quais são apresentados no quadro a seguir:

Quadro 3 - Dez passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica (BRASIL, 2012a).

- 1** Iniciar o pré-natal na atenção básica até a 12ª semana de gestação;
- 2** Garantir recursos humanos, físicos, materiais e técnicos;
- 3** Garantir a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados;
- 4** Promover escuta ativa da mulher e seus acompanhantes (rodas de gestantes);
- 5** Garantir transporte público gratuito para o pré-natal, quando necessário;
- 6** Promover atenção ao parceiro (pré-natal do parceiro);
- 7** Garantir acesso à unidade de referência especializada, quando necessário;
- 8** Estimular e informar sobre o parto fisiológico, incluindo a elaboração do “plano de parto”;
- 9** Garantir o direito da gestante de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde onde será realizado seu parto (vinculação);
- 10** Garantir que as mulheres conheçam e exerçam os direitos estabelecidos por lei no período gravídico-puerperal.

Após mais de três décadas de normatização da atenção pré-natal na saúde pública do país, estudos demonstram progressos relacionados ao acesso e à cobertura dessa assistência, no entanto, ainda persistem desafios para a melhoria da qualidade, sendo necessária a efetiva realização de todos os procedimentos considerados essenciais para garantia de bons desfechos, como a captação precoce, a realização dos exames preconizados e um sistema de referência e contrarreferência eficaz (VIELLAS et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015).

No Brasil, estudos de abrangência local e nacional que avaliam a atenção pré-natal utilizando parâmetros previstos pelo PHPN e/ou pela Rede Cegonha tem sido realizados e tem mostrado desigualdades e inadequações nessa assistência (VIELLAS et al., 2014; MARTINELLI et al., 2014; CORRÊA et al., 2014; GOUDARD et al., 2016). Sendo assim, embora muito tenha sido alcançado ao longo da história da atenção pré-natal no país, muitos desafios ainda precisam ser superados.

3.2 Caderneta da gestante: um instrumento de intercomunicação

A assistência pré-natal tem o objetivo de garantir um adequado desenvolvimento da gestação, preservando a saúde materna e possibilitando o nascimento de um bebê saudável. Para tanto, o Ministério da Saúde apresenta um elenco de recomendações a serem adotadas ao longo dessa assistência, abrangendo desde a avaliação pré-concepcional até os cuidados pós-parto, além de orientações quanto à organização dos serviços, ao planejamento e à programação das ações (BRASIL, 2012a).

No intuito de garantir um acompanhamento sistematizado, facilitar o fluxo de informações entre as unidades de atenção à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e permitir a seleção de dados para avaliação das ações dos serviços, foram estabelecidos instrumentos de registro e estatística, os quais incluem a ficha perinatal, o cartão da gestante e o mapa de registro diário (BRASIL, 1988).

A ficha perinatal constitui uma ferramenta de uso dos profissionais das unidades de saúde e deve conter todos os dados do acompanhamento pré-natal; o cartão da gestante consiste em um instrumento de registro que deve permanecer sempre com a gestante e conter os principais dados da gestação; e o mapa de registro diário deve conter informações mínimas de cada consulta, necessárias para avaliação das ações do serviço (BRASIL, 1988).

Em sua concepção, o cartão da gestante apresentava na face interna uma síntese da ficha perinatal e na face externa os dados de identificação, gráficos de altura uterina e curva de peso por idade gestacional, mensagens educativas e espaço para agendamento de consultas e exames. Esse instrumento foi criado com a finalidade principal de proporcionar um vínculo entre os serviços ambulatoriais de assistência ao pré-natal e os demais serviços de assistência à mulher na gestação, parto e puerpério (BRASIL, 1998).

Ao longo do tempo, o Ministério da Saúde realizou reformulações do cartão da gestante, culminando com a publicação da caderneta da gestante em 2014. Essa versão apresentou funcionalidade ampliada, na medida em que incluiu, além dos elementos constituintes do cartão da gestante, um conjunto de informações, orientações e procedimentos que até então não eram contemplados, como detalhes acerca do desenvolvimento do bebê, dicas para uma gravidez

saudável e espaço para registros referentes à consulta odontológica, realização de atividades educativas e visita à maternidade (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2015).

Em 2016, uma nova edição da caderneta da gestante foi publicada. Dentre as atualizações dessa edição, foram inseridos espaços para registro de tratamento de sífilis, vacinação dTpa, elaboração de plano de parto e realização do pré-natal do parceiro, além de incluir informações acerca da proteção contra o *Aedes Aegypti*, mosquito transmissor da dengue, chikungunya e vírus zika (BRASIL, 2016a). Em edição mais recente, publicada em 2018, os direitos da mulher referentes ao planejamento reprodutivo foram reforçados, incluindo espaços para registros referentes à inserção do DIU pós-parto (BRASIL, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (1998), a ausência de dados em algum momento do processo assistencial pode comprometer a qualidade da assistência nas etapas subsequentes. Essa situação pode ocorrer, por exemplo, quando o parto é realizado em serviço de saúde diferente daquele onde foi realizado o pré-natal, fato comumente observado no país, ou, quando a assistência puerperal e neonatal é realizada em serviço distinto de onde ocorreu o parto (BRASIL, 1998).

Sendo assim, o cartão da gestante foi instituído como um instrumento de registro capaz de proporcionar uma conexão entre os serviços, facilitando o fluxo de informações e a continuidade da assistência em qualquer unidade onde a mulher seja atendida. Por meio desse instrumento, dados registrados sistematicamente em cada consulta pré-natal poderão chegar ao conhecimento dos profissionais que realizarem atendimento em outro serviço de saúde, em qualquer nível de complexidade do sistema (BRASIL, 1998).

Apesar da reconhecida importância como uma ferramenta de intercomunicação entre os serviços de atenção à mulher durante o período gravídico-puerperal, estudos mostram a desvalorização quanto ao adequado registro de informações pelos profissionais de saúde, o que pode comprometer a continuidade da assistência, propiciando que procedimentos benéficos à mãe e ao bebê sejam negligenciados ou ocasionando repetições desnecessárias de questionamentos e intervenções (CAMPOS et al., 1996; CARRILHO, 2014).

Além de sua função no sistema de referência e contrarreferência, o cartão da gestante tem sido atualmente utilizado como uma ferramenta de avaliação dos serviços de saúde, tendo em vista que a qualidade dos registros realizados pode ser um reflexo da qualidade da assistência prestada (CARRILHO, 2014; DONABEDIAN,

1988). Portanto, diante da finalidade e relevância desse instrumento, optou-se por realizar uma busca na literatura no intuito de conhecer o que a produção científica brasileira revela acerca de sua utilização.

Para isso, realizou-se uma revisão integrativa, método que consiste em uma síntese do conhecimento existente sobre determinado assunto, por meio de busca minuciosa na literatura (SOARES et al., 2014). Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção das publicações foram: artigos originais, disponíveis na íntegra e nos idiomas português, inglês ou espanhol.

A busca na literatura ocorreu em abril de 2018, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), utilizando o descritor “pré-natal” combinado separadamente com as palavras-chave “registro de informações”, “auditoria em saúde”, “caderneta da gestante” e “cartão da gestante”, por meio do operador booleano *and*.

A busca resultou em um total de 154 artigos. Quando a leitura do título e resumo não foi suficiente, realizou-se a leitura na íntegra. Dos artigos encontrados, 20 correspondiam ao objetivo da pesquisa e foram selecionados. Desses, foram excluídos artigos localizados em mais de uma base de dados, sendo considerados somente uma vez, resultando em uma amostra de 8 artigos.

Os 8 artigos selecionados foram publicados entre os anos de 2004 e 2017, destacando-se o ano de 2012, com 3 publicações. A totalidade dos artigos apresentou abordagem quantitativa, foi publicada no idioma português, em revistas eletrônicas nas áreas de Saúde Pública (3), Ginecologia e Obstetrícia (2), Enfermagem (2) e Ciências da Saúde (1).

Nenhum artigo utilizou a caderneta da gestante como fonte de dados, embora seja a versão mais atual, instituída desde 2014. Todos os artigos abordaram aspectos relacionados ao preenchimento do cartão da gestante e metade comparou os registros efetuados no cartão com outras fontes de informação. No Quadro 4, os artigos foram sintetizados e apresentados segundo título, ano de publicação, objetivos e principais resultados.

Quadro 4 - Síntese dos artigos selecionados segundo título, ano de publicação, objetivos e principais resultados, Brasil, 2018.

Nº	Título	Ano de publicação	Objetivos	Principais Resultados
1	Análise dos registros nos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal	2004	Analisar a qualidade das informações registradas nos cartões de pré-natal	Da análise dos registros em cada consulta, o mais presente foi relacionado aos valores da pressão arterial (89,0%) e o mais ausente foi relativo a edema de membros inferiores (100,0%). 79,0% dos cartões não continham dados sobre doenças atuais ou preexistentes e 37,0% foram considerados com registros ilegíveis.
2	Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal	2012	Verificar a concordância entre as informações prestadas por puérperas e as registradas no cartão da gestante	Os níveis de concordância foram predominantemente ruins ($kappa < 0,20$). Em variáveis relacionadas a exames diagnósticos, procedimentos terapêuticos ou quadros patológicos, verificaram-se afirmações maternas que não se confirmaram pelo cartão da gestante.
3	Discrepância entre o informe verbal e os registros no cartão da	2012	Comparar o preenchimento do cartão da gestante, como um instrumento de intercomunicação profissional, em	Houve subutilização do cartão da gestante, tanto no serviço-escola quanto em outros serviços. Foram menos valorizadas

	gestante, um instrumento negligenciado		serviço-escola e em outros serviços, e verificar a concordância entre as informações verbais das puérperas e as registradas no cartão da gestante	informações como nomograma de Rosso e curva de crescimento fetal, com percentual inferior a 15,0%. Foram encontradas discrepâncias significantes entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante.
4	O que os cartões de pré-natal revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil?	2012	Avaliar a completude das informações nos cartões de gestantes, segundo o tipo de serviços de saúde pública	De forma geral, o preenchimento das informações nos cartões da gestante foi ruim (incompletude > 20,0%). Os cartões da Estratégia Saúde da Família apresentaram um nível de completude significativamente maior que os do Programa Agentes Comunitários de Saúde e das Unidades Básicas de Saúde.
5	Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte	2013	Avaliar a concordância entre os dados do pré-natal da memória materna e do cartão da gestante, e verificar a adequação do pré-natal	Observou-se sub-registro nos cartões da gestante. Informações como o número de consultas e vacinação antitetânica apresentaram diferença estatística entre os dados referidos e os anotados. A adequação nos dados referidos foi de 23,9% e nos anotados foi de 4,4%.
6	Informações dos cartões	2014	Verificar a concordância entre os	Os níveis de concordância foram

	de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal		registros no cartão da gestante e nos prontuários da Atenção Básica	predominantemente moderados ($kappa = 0,4-0,6$). Houve tendência de maior registro do número de consultas nos cartões ($McNemar = 22,3$; valor $p < 0,01$) e da suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso nos prontuários ($McNemar = 70,8$ e $69,8$; valor $p < 0,01$).
7	Avaliação do grau de completude do cartão da gestante de puérperas atendidas em um Hospital Universitário	2015	Avaliar a completude do preenchimento do cartão da gestante de mulheres atendidas em um Hospital Universitário	Foi observado baixo índice de completude. 80,2% dos cartões tiveram completude ruim, e nenhum excelente ou bom. A completude das dimensões Identificação, Antecedentes e Ultrassonografia foi regular, e das dimensões Gravidez Atual e Exames foi ruim.
8	Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante	2017	Avaliar os registros realizados pelos profissionais de saúde nos cartões das gestantes durante o pré-natal	O preenchimento foi considerado incompleto. Embora algumas variáveis tenham apresentado preenchimento satisfatório, verificou-se inadequação do preenchimento de variáveis como batimentos cardíacos, edema, altura uterina e movimentos fetais, entre outros.

Os estudos selecionados nesta revisão evidenciaram que, embora alguns elementos dos cartões da gestante tenham apresentado preenchimento satisfatório, muitos elementos importantes apresentaram baixos níveis de completude, além da ilegibilidade de alguns registros. A ausência de informações registradas no cartão da gestante pode indicar que determinados procedimentos não estão sendo realizados ou, se realizados, não estão sendo registrados. Ademais, a ilegibilidade de registros sugere negligência e uma provável desvalorização desse instrumento pelos profissionais de saúde.

No estudo realizado por Carvalho et al. (2004), os registros mais ausentes foram referentes à edema de membros inferiores e exame parasitológico de fezes. Esse mesmo estudo verificou que 79,0% dos cartões da gestante não apresentavam registros de doenças preexistentes ou doenças da gravidez atual, 58,0% não havia dados sobre imunização e 37,0% foram considerados com registros ilegíveis. Por meio dos resultados encontrados, os autores concluíram que os registros não foram satisfatórios, não podendo constituir fonte de informação para um adequado acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal (CARVALHO et al., 2004).

Estudo desenvolvido por Santos Neto et al. (2012a), no qual foram avaliados 1.006 cartões da gestante, demonstrou um preenchimento de informações considerado ruim, sendo as informações provenientes da anamnese as menos preenchidas, especialmente dados maternos e antecedentes obstétricos. De maneira semelhante, o estudo realizado por Santos, Abreu e Campos (2017) evidenciou uma grande deficiência no preenchimento de informações acerca dos antecedentes obstétricos.

Esses últimos autores constataram, ainda, uma inadequação do preenchimento de variáveis como edema, batimentos cardíofetais, altura uterina e movimentos fetais. Dessa forma, concluíram que os registros não foram preenchidos satisfatoriamente, tendo em vista a incompletude dos mesmos, prejudicando a continuidade da assistência prestada e demonstrando a necessidade de valorização desse instrumento pelos profissionais de saúde (SANTOS; ABREU; CAMPOS, 2017).

Estudos que avaliam a assistência pré-natal têm sido realizados no país, entretanto, as fontes para a obtenção de informações são variadas, incluindo o cartão da gestante, o prontuário de acompanhamento pré-natal e entrevistas com puérperas, ou ainda, a combinação de fontes. Conjeturando que as informações

podem diferir de acordo com a fonte utilizada, estudos encontrados nesta revisão apresentaram o objetivo de verificar a concordância entre informações provenientes do cartão da gestante com informações oriundas do prontuário ou do recordatório materno.

A concordância entre informações no cartão da gestante e no prontuário da atenção básica foi predominantemente moderada (POLGLIANI; SANTOS NETO; ZANDONADE, 2014). Ademais, os estudos que verificaram a concordância entre as informações no cartão da gestante e do recordatório materno evidenciaram discrepâncias significativas, com níveis de concordância predominantemente ruins. No entanto, os autores não evidenciaram onde estão as inconsistências, se nos registros ou nos relatos (SANTOS NETO et al., 2012b; BARRETO; ALBUQUERQUER, 2012; ZANCHI et al., 2013).

Esses estudos apontam, ainda, para um sub-registro nos cartões da gestante. Os resultados da pesquisa realizada por Barreto e Albuquerque (2012), por exemplo, permitiram aos autores comprovar a subutilização desse instrumento como método de intercomunicação profissional. Em estudo realizado por Campos et al. (1996), todos os profissionais relataram preencher o cartão da gestante, no entanto, a maioria referiu realizar um preenchimento de maneira incompleta. Além disso, mais da metade dos profissionais afirmou considerar os registros confiáveis, entretanto, referiram a necessidade de confirmar ou complementar algumas informações com a gestante.

Diante dos resultados dos estudos encontrados, destaca-se que para a eficácia do uso do cartão da gestante é indispensável o registro sistemático de informações em cada consulta, proporcionando subsídios para avaliação da evolução da gravidez e funcionando como um elo de comunicação entre os serviços de atenção à gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2012a). Sendo assim, os profissionais de saúde que realizam a assistência pré-natal apresentam grande responsabilidade quanto ao preenchimento de informações nessa ferramenta, sendo necessário um registro completo e legível, capaz de permitir uma adequada interpretação dos dados (TEDESCO, 2000).

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

As definições de avaliação são numerosas e muitos são os estudos a esse respeito. Uma definição de amplo consenso propõe que avaliar consiste em fazer um julgamento de valor em relação a uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, no intuito de auxiliar na tomada de decisões. Os objetivos de uma avaliação também são numerosos, incluindo desde a contribuição para o progresso do conhecimento e o subsídio para o planejamento e elaboração da intervenção, até a determinação de seus efeitos, com a finalidade de decidir se esta deve ser mantida, modificada ou interrompida (HARTZ, 1997).

A avaliação é uma atividade antiga, que vem sendo sistematizada ao longo do tempo e que se expandiu após a Segunda Guerra Mundial, especialmente com o propósito de acompanhar os investimentos e otimizar a alocação de recursos financeiros no tocante às políticas públicas de bem-estar social (SANCHO; DAIN, 2012). No campo da saúde, adquiriu relevância no decorrer dos anos 70, tendo como causa a redução do crescimento econômico e a necessidade de controle dos custos do sistema de saúde, sem, contudo, comprometer a acessibilidade de todos a serviços de qualidade (HARTZ, 1997).

Nesse contexto, os trabalhos do médico libanês Avedis Donabedian (1919 - 2000) contribuíram para a sistematização da prática de avaliação. Seus primeiros trabalhos sobre o tema são da década de 1960, mas receberam notoriedade somente a partir dos anos 80 e, desde então, constituem um referencial teórico metodológico amplamente utilizado, possuindo como objeto a assistência médica ou, de forma mais abrangente, a assistência em saúde, e enfocando o conceito de qualidade (SANCHO; DAIN, 2012; NOVAES, 2000).

Por meio de uma coletânea de oito livros, mais de 50 artigos e inúmeras palestras, ao longo de mais de três décadas, Donabedian estabeleceu as bases para uma compreensão mais profunda acerca da qualidade dos cuidados de saúde e é considerado o pensador mais influente na área. Em 1966, publicou a obra *Evaluating the quality of medical care*, a qual introduziu os conceitos de estrutura, processo e resultado, que atualmente constituem o paradigma dominante de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde (FRENK, 2000).

Um ponto culminante nos trabalhos desse autor é a série de três volumes intitulada *Explorations in quality assessment and monitoring*, cujo primeiro volume -

The definition of quality and approaches to its assessment - foi publicado em 1980, o segundo volume - *The criteria and standards of quality* - em 1982, e o terceiro volume - *The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis* - em 1985, constituindo a sistematização definitiva de seus conceitos e métodos (FRENK, 2000).

Em sua trajetória, Donabedian abordou diversas questões acerca da definição de qualidade e como esta deve ser avaliada. Segundo esse autor, a qualidade da assistência é uma propriedade que pode ser obtida em diversos níveis, sendo definida como “a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável, de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes” (BROOK; LOHR, 1981; DONABEDIAN, 1992 apud RASSY, 2010).

Definir qualidade da assistência, no entanto, não constitui tarefa fácil, tampouco consensual, devido permitir distintas interpretações e remeter a múltiplas esferas da produção do cuidado (DONABEDIAN, 2005). Diante disso, o conceito de qualidade da assistência em saúde é ampliado pelo autor em termos de um conjunto de atributos, os quais são denominados por ele de “os sete pilares da qualidade”, a saber: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (PORTELA, 2000).

Donabedian (1992) estabelece, ainda, três dimensões consideradas essenciais para a qualidade: a técnica, a interpessoal e a ambiental. A dimensão técnica refere-se aos conhecimentos técnico-científicos utilizados na prestação da assistência, a dimensão interpessoal diz respeito à relação entre o profissional e o indivíduo que recebe o cuidado, e a dimensão ambiental está relacionada às condições das instalações e equipamentos do local onde ocorre a assistência (DONABEDIAN, 1992 apud RASSY, 2010).

Na perspectiva de melhoria da qualidade, Donabedian (1978) sugere a avaliação como uma forma de realizar o monitoramento contínuo dos serviços de saúde, cujo objetivo é identificar e corrigir precocemente os desvios encontrados, proporcionando, assim, o aprimoramento desses serviços. Destarte, entende-se que uma avaliação permite analisar uma situação inicial e estabelecer metas de acordo com as necessidades observadas, possibilitando intervenções e adequações para a melhoria da qualidade da assistência prestada (SANINE, 2014; BRUIN-KOOISTRA et al., 2012).

O quadro conceitual desenvolvido por Donabedian para a avaliação da qualidade em saúde baseia-se na tríade estrutura, processo e resultado, fundamentado em noções da Teoria Geral de Sistemas, a qual pressupõe que o sistema é um conjunto de elementos interagentes e interdependentes que formam um todo com um objetivo determinado. Segundo o autor, a tríade estrutura, processo e resultado é capaz de refletir a essência da qualidade da atenção à saúde (DONABEDIAN, 2005; MOTTA, 1971).

A avaliação da estrutura considera as características dos recursos utilizados na assistência à saúde, sendo eles físicos, materiais, humanos ou financeiros. Desenvolve-se em âmbito institucional e engloba a avaliação de componentes como a organização administrativa, a descrição das características das instalações e da equipe profissional disponível, entre outros (REIS et al., 1990; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Segundo Pedrosa (2011), um serviço de saúde com uma estrutura adequada possibilita boas práticas assistenciais, enquanto uma inadequada estrutura pode ser capaz de influenciar negativamente o desenvolvimento dessa assistência, visto que a qualidade é sensível às condições ambientais e estruturais do serviço. Para Portela (2000), a avaliação da estrutura é a que oferece menos informações acerca da qualidade da atenção à saúde, contudo, é considerada importante para complementar avaliações de processos e resultados.

A avaliação do processo descreve as atividades do serviço, realizando-se análise sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo, com base em padrões pré-estabelecidos. Descrevem-se as atividades prestadas na assistência, a competência profissional e a relação entre os profissionais e os indivíduos que recebem o cuidado, entre outros aspectos (REIS et al., 1990; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

A avaliação acerca da qualidade do processo assistencial pode ser realizada por meio da observação direta ou por meio de análise de informações registradas, tendo em vista que, uma vez que um procedimento é comprovadamente benéfico, a simples presença ou ausência de registros desse procedimento pode ser considerada como comprovação de boa ou má qualidade (DONABEDIAN, 1991 apud ARANTES, 2014).

A avaliação do processo pode ter uma abordagem retrospectiva, concorrente ou prospectiva, sendo proposta, respectivamente, para fins de correção,

intervenção e prevenção. Quando realizada por meio de análise de informações registradas, a avaliação constitui uma abordagem retrospectiva. Essa abordagem baseia-se na revisão da atenção fornecida e tem como objetivo aprender a partir da experiência passada, de forma a melhorar a assistência futura (DONABEDIAN, 1991 apud ARANTES, 2014).

A avaliação do resultado, por sua vez, investiga o produto final da assistência, considerando o impacto na saúde e a satisfação dos envolvidos. Nessa etapa da avaliação, verificam-se as mudanças ocorridas no estado de saúde do indivíduo, os efeitos e consequências obtidos no cuidado da população, bem como a satisfação do usuário e dos profissionais que proporcionam a assistência (DONABEDIAN, 1992; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Para Donabedian (1988), uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado.

Nessa perspectiva, o presente estudo pretende realizar uma abordagem retrospectiva por meio da análise de informações registradas na caderneta da gestante, no intuito de conhecer a assistência prestada e propor possíveis adequações que contribuam para melhorias na qualidade dessa assistência. Tendo em vista que a presença ou ausência de registros de um determinado procedimento considerado benéfico pode indicar uma boa ou má qualidade da assistência, este estudo propõe verificar a qualidade dos registros efetuados, por meio da completude ou incompletude desses registros. Além disso, pretende-se averiguar a adequação dos procedimentos registrados a recomendações previamente estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

5 MÉTODOS

Esta dissertação é produto da pesquisa intitulada “Retratando a assistência pré-natal em São Luís - MA”, vinculada ao Núcleo de Estudos e Pesquisa de Enfermagem em Educação e Saúde da Mulher (NEPESM), do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo avaliativo, apresentando como referencial teórico metodológico o modelo proposto por Donabedian, com enfoque no processo. Constitui um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Tais estudos não se destinam a explicar ou intervir, mas sim apresentar, por meio de dados numéricos, a realidade observada. São fundamentais quando pouco é conhecido sobre determinado assunto, proporcionando informação e embasamento para estudos correlatos (ARAGÃO, 2011).

5.2 Local e período da pesquisa

A pesquisa foi realizada em Centros de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Unidades Mistas do município de São Luís, no período de maio de 2017 a setembro de 2018.

O município de São Luís, capital do Maranhão, está localizado no norte do estado, com uma extensão territorial de 834,785 km², população de 1.014.837 habitantes e densidade demográfica de 1.215,69 hab/ km², segundo último censo (IBGE, 2010). O município possui mais de 70 unidades de saúde distribuídas em sete Distritos Sanitários: Centro, Bequimão, Cohab, Coroadinho, Itaqui-Bacanga, Tirirical e Vila Esperança (SEMUS, 2017).

Para a pesquisa, foram consideradas as unidades de saúde que oferecem assistência pré-natal de risco habitual. Foram incluídos três Distritos Sanitários do município (Centro, Bequimão e Itaqui-Bacanga) e, por meio de sorteio, foram selecionadas três unidades de cada Distrito, totalizando nove unidades.

O Distrito Centro possui 45 km² de extensão, 86.318 habitantes e abrange 20 bairros da zona urbana de São Luís. As unidades de saúde selecionadas nesse Distrito foram: Centro de Saúde da Liberdade, Unidade de Saúde da Família São Francisco e Unidade de Saúde da Família Bezerra de Meneses (LIMA; SARDINHA; MARQUES et al., 2018).

O Distrito Bequimão apresenta extensão territorial de 135 km², 227.474 habitantes e abrange 64 bairros da zona urbana do município. As unidades de saúde selecionadas nesse Distrito foram: Centro de Saúde AMAR, Centro de Saúde Radional e Unidade Mista do Bequimão (LIMA; SARDINHA; MARQUES et al., 2018).

O Distrito Itaqui-Bacanga possui área de 129 km², 123.203 habitantes e abrange 17 bairros da zona urbana e 44 bairros da zona rural. As unidades de saúde selecionadas nesse Distrito foram: Centro de Saúde Vila Embratel, Unidade Mista do Itaqui-Bacanga e Centro de Saúde Vila Bacanga (LIMA; SARDINHA; MARQUES et al., 2018).

5.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por gestantes que receberam assistência pré-natal nas unidades de saúde selecionadas, no período da coleta de dados.

Os critérios de inclusão utilizados foram: gestantes de risco habitual, a partir da 30^a semana de gestação, de qualquer idade, que possuíam capacidade mental e de comunicação, que tivessem realizado no mínimo três consultas de pré-natal e estivessem portando a caderneta da gestante no momento da coleta de dados.

A amostra foi constituída pelo número de gestantes que atenderam aos critérios de inclusão, selecionadas ao longo de dois meses ininterruptos em cada unidade de saúde, totalizando 105 gestantes e respectivas cadernetas.

5.4 Instrumento de pesquisa

Foi utilizado um instrumento previamente apreciado e aprovado pelo NEPEM, composto por três seções: identificação da unidade de saúde, caracterização das gestantes e auditoria dos registros (APÊNDICE A). A seção

identificação da unidade de saúde foi composta por nome e tipo de unidade. A seção caracterização das gestantes foi composta por dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos (idade, estado civil, raça/cor, escolaridade, ocupação, renda familiar, número de gestações, partos e abortamentos e número de partos normais e cesarianas). A seção auditoria dos registros foi composta por itens correspondentes aos campos para preenchimento constantes no atual modelo de caderneta da gestante padronizado pelo Ministério da Saúde (ANEXO A). Tais itens foram classificados como “sim” quando o registro estava presente e completo, “parcial” quando o registro estava presente, mas incompleto, e “não” quando o registro estava ausente. Além disso, a seção incluiu campos para transcrição de informações pertinentes à verificação da adequação do conteúdo registrado na caderneta da gestante às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para a assistência pré-natal.

5.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por membros da equipe executora da pesquisa “Retratando a assistência pré-natal em São Luís - MA”, composta por docentes, graduandos e pós-graduandos em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, previamente treinados para a aplicação do instrumento de pesquisa.

Primeiramente, foi realizado um teste piloto com o instrumento, em unidade de saúde que apresentou semelhança com os locais de realização da pesquisa, no intuito de verificar a aplicabilidade e corrigir eventuais falhas antes de sua definitiva aplicação. Após o teste piloto e adequações, a coleta de dados foi iniciada e ocorreu nos dias e horários de consulta pré-natal em cada unidade.

No primeiro contato com as unidades foram identificados os dias, horários e profissionais que realizam a assistência pré-natal. Em seguida, foi elaborada uma escala para a coleta de dados. Em cada dia de coleta de dados foram selecionadas as gestantes que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa. Posteriormente, cada gestante recebeu informações acerca da pesquisa e foi convidada a participar. Após anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) ou Termo de Assentimento (APÊNDICE C), cada gestante foi entrevistada individualmente, respeitando a privacidade das mesmas. A entrevista foi realizada com objetivo de coletar os dados referentes às características

socioeconômicas, demográficas e obstétricas. Em seguida, foi realizada a coleta de dados diretamente da caderneta da gestante.

5.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram inseridos em banco de dados por meio do *software Epi Info 7*. Posteriormente, os dados foram revisados, no intuito de identificar possíveis erros de digitação. Os resultados foram apresentados por meio de frequências absolutas e relativas, em forma de gráficos e tabelas.

A avaliação da completude dos registros da caderneta da gestante ocorreu por meio de parâmetro preconizado na literatura (ROMERO; CUNHA, 2006; ROMERO; CUNHA, 2007), o qual foi elaborado pelos autores para avaliar a qualidade dos registros em Sistemas de Informações, sendo adaptado e utilizado no presente estudo. A verificação da completude dos registros foi realizada dividindo-se o total de ausência de informação de um item pelo total da amostra e, em seguida, realizada a classificação segundo os níveis de qualidade: excelente (incompletude < 5%), bom ($5\% \leq \text{incompletude} < 10\%$), regular ($10\% \leq \text{incompletude} < 20\%$), ruim ($20\% \leq \text{incompletude} < 50\%$) e muito ruim (incompletude $\geq 50\%$). Os mesmos critérios foram considerados para classificar cada caderneta da gestante, ponderando a divisão do total de itens não preenchidos pelo total de itens disponíveis para registro.

A adequação do conteúdo registrado na caderneta da gestante foi averiguada conforme recomendações da estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde (2012a). Assim, foi considerado adequado quando houve registro de início do pré-natal no primeiro trimestre (até a 13^a semana de gestação); registro de no mínimo 4 consultas, tendo em vista a adequação do número de consultas à idade gestacional, sendo a amostra constituída por gestantes a partir da 30^a semana (GOUDARD et al., 2016); registro dos exames básicos de rotina (ABO-RH, glicemia de jejum, teste rápido para sífilis e/ou VDRL, HIV/Anti-HIV, hepatite B-HbsAg, toxoplasmose, hemoglobina/hematócrito, urina-EAS e urina-cultura); e registro da vacinação de rotina (vacina antitetânica, hepatite B, influenza e dTpa) (BRASIL, 2012a).

5.7 Aspectos éticos

Este estudo é vinculado à pesquisa intitulada “Retratando a assistência pré-natal em São Luís - MA”, a qual obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob nº. 1.999.550 (ANEXO B).

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todas as participantes receberam informações acerca da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B) ou Termo de Assentimento (APENDICE C), quando menores de 18 anos de idade.

6 RESULTADOS

6.1 Características socioeconômicas, demográficas e obstétricas

A amostra foi constituída por 105 gestantes. Dessas, a maioria estava na faixa etária de 20 a 34 anos (79,1%), a média de idade foi de 25,2 e desvio padrão de 5,3 anos, com idade mínima de 16 e máxima de 39 anos. Identificou-se, ainda, que a maioria das gestantes referiu união estável (53,3%), cor parda (74,3%), ensino médio completo (64,8%), ocupação como dona de casa (53,3%) e renda familiar de um a dois salários mínimos (61,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas das participantes da pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
10 a 19 anos	16	15,2
20 a 34 anos	83	79,1
35 anos ou mais	6	5,7
Estado civil		
Casada	26	24,8
União estável	56	53,3
Solteira	23	21,9
Raça/cor		
Branca	7	6,7
Preta	16	15,2
Amarela	3	2,9
Parda	78	74,3
Indígena	1	1,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	6	5,7
Ensino Fundamental Completo	5	4,8
Ensino Médio Incompleto	14	13,3
Ensino Médio Completo	68	64,8
Ensino Superior Incompleto	10	9,5
Ensino Superior Completo	2	1,9
Ocupação		
Estudante	14	13,3
Dona de casa	56	53,3
Trabalho remunerado	35	33,3
Renda familiar (salário mínimo)		
Menos de 1	23	21,9
De 1 a 2	65	61,9
Mais de 2	17	16,2
Total	105	100,0

Verificou-se que a maioria das gestantes era multigesta (58,0%), múltipara (50,5%) e sem história prévia de abortamento (80,0%). O tipo de parto mais frequente foi por via vaginal, sendo que 30,5% das gestantes referiram um, 5,7% referiram dois e 4,8% referiram três partos normais, enquanto 8,6% referiram um e 2,9% referiram dois partos cesáreos. Dessa forma, constatou-se que 79,7% dos partos foram por via vaginal, enquanto 20,3% foram cesarianas (Tabela 2).

Tabela 2 - Características obstétricas das participantes da pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.

Variáveis	N	%
Número de gestações		
Primigesta	43	41,0
Multigesta	61	58,0
Grande multigesta	1	1,0
Número de partos		
Nulípara	52	49,5
Múltipara	53	50,5
Número de abortamentos		
Nenhum	84	80,0
Um	18	17,1
Dois	3	2,9
Número de partos normais		
Nenhum	10	9,5
Um	32	30,5
Dois	6	5,7
Três	5	4,8
Não se aplica	52	49,5
Número de cesarianas		
Nenhum	41	39,1
Um	9	8,6
Dois	3	2,9
Não se aplica	52	49,5
Total	105	100,0

6.2 Legibilidade e completude dos registros

Das 105 cadernetas da gestante incluídas no estudo, 13 (12,4%) eram da edição de 2014, 89 (84,8%) da edição de 2016 e 3 (2,9%) da edição de 2018. Tendo em vista a percepção dos pesquisadores, 92,4% das cadernetas foram consideradas com registros legíveis (Gráfico 1).

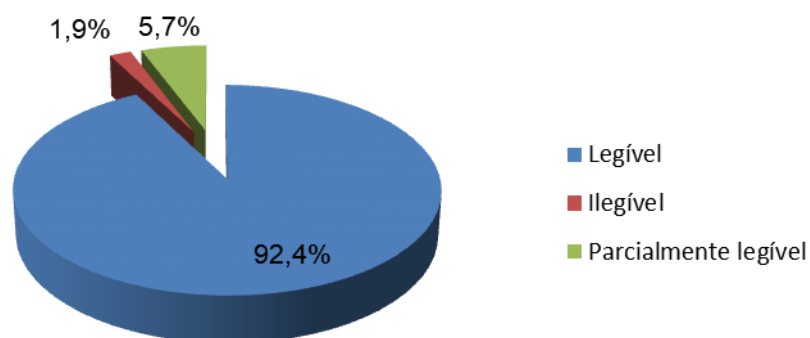


Gráfico 1 - Legibilidade dos registros das cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.

Para realizar a classificação da completude de cada item da caderneta da gestante, foram estabelecidas sete seções: Identificação; Classificação de Risco Gestacional; Gráficos de Acompanhamento e Suplementação Vitamínica; Procedimentos Gineco-obstétricos; Exames Complementares de Rotina; Imunização; e Atividades Complementares.

Na seção de Identificação, a completude do item nome foi classificada como excelente, o item data de nascimento foi classificado como bom e o item idade como regular. Os itens unidade de saúde do pré-natal, número do cartão do SUS, raça, trabalho fora de casa, ocupação, endereço, cidade, estado, telefone e contato para situação de emergência foram classificados como ruim e os itens serviço de saúde indicado para o parto, número SISPRENATAL, número do NIS (Número de Identificação Social), como gosta de ser chamada, nome do companheiro, ponto de referência, CEP (Código de Endereçamento Postal) e e-mail foram classificados como muito ruim (Tabela 3).

Tabela 3 - Completude dos registros de identificação nas cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.

pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.

Variáveis	N	%	Classificação
Há registro quanto à (ao):			
Unidade de saúde do pré-natal			
Sim	78	74,3	Ruim
Não	27	25,7	
Serviço de saúde indicado para o parto			
Sim	50	47,6	Muito ruim
Não	55	52,4	

Número do cartão do SUS				
Sim	79	75,2	Ruim	
Não	26	24,8		
Número Sis prenatal*				
Sim	4	3,8	Muito ruim	
Não	98	93,3		
Não se aplica	3	2,9		
Número do NIS**				
Sim	9	8,6	Muito ruim	
Não	83	79,1		
Não se aplica	13	12,4		
Nome				
Sim	104	99,1	Excelente	
Não	1	1,0		
Como gosta de ser chamada				
Sim	38	36,2	Muito ruim	
Não	67	63,8		
Nome do companheiro (opcional)				
Sim	41	39,1	Muito ruim	
Não	64	61,0		
Data de nascimento				
Sim	96	91,4	Bom	
Não	9	8,6		
Idade				
Sim	93	88,6	Regular	
Não	12	11,4		
Raça				
Sim	72	68,6	Ruim	
Não	33	31,4		
Trabalho fora de casa				
Sim	62	59,1	Ruim	
Não	43	41,0		
Ocupação				
Sim	54	51,4	Ruim	
Não	51	48,6		
Endereço				
Sim	77	73,3	Ruim	
Não	28	26,7		
Ponto de referência				
Sim	37	35,2	Muito ruim	
Não	68	64,8		
Cidade				
Sim	76	72,4	Ruim	
Não	29	27,6		
Estado				
Sim	66	62,9	Ruim	
Não	39	37,1		
CEP				
Sim	17	16,2	Muito ruim	
Não	88	83,8		

Telefone				
Sim	73	69,5	Ruim	
Não	32	30,5		
E-mail				
Sim	15	14,3	Muito ruim	
Não	90	85,7		
Contato para situação de emergência				
Sim	53	50,5	Ruim	
Não	52	49,5		

* Item ausente na edição de 2018

** Item ausente na edição de 2014

Na seção de Classificação de Risco Gestacional, o item gestações foi classificado como bom e o item altura como regular. Os itens instrução, idade, estado civil, peso anterior, antecedentes familiares, antecedentes clínicos obstétricos e gestação atual foram classificados como ruim e os itens tipo de gravidez, classificação de risco gestacional e gravidez planejada foram classificados como muito ruim (Tabela 4).

Tabela 4 - Completude dos registros de classificação de risco gestacional nas cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.

Variáveis	N	%	Classificação
Há registro quanto à (ao):			
Instrução			
Sim	60	57,1	Ruim
Não	45	42,9	
Estado civil			
Sim	63	60,0	Ruim
Não	42	40,0	
Peso anterior			
Sim	65	61,9	Ruim
Não	40	38,1	
Altura			
Sim	87	82,9	Regular
Não	18	17,1	
Tipo de gravidez			
Sim	50	47,6	Muito ruim
Não	55	52,4	
Classificação de risco gestacional			
Sim	33	31,4	Muito ruim
Não	72	68,6	
Gravidez planejada			
Sim	43	41,0	Muito ruim
Não	62	59,1	

Antecedentes familiares			
Sim	67	63,8	Ruim
Não	36	34,3	
Parcial	2	1,9	
Gestações			
Sim	95	90,5	Bom
Não	5	4,8	
Parcial	5	4,8	
Antecedentes clínicos obstétricos			
Sim	66	62,9	Ruim
Não	34	32,4	
Parcial	5	4,8	
Gestação atual			
Sim	53	50,5	Ruim
Não	28	26,7	
Parcial	24	22,9	

Constatou-se que 55,2% das cadernetas encontravam-se sem registros no gráfico de acompanhamento nutricional e 39,1% com registros parciais, 58,1% encontravam-se sem registros na curva de altura uterina por idade gestacional e 36,2% com registros parciais, 60,0% das cadernetas estavam sem registros de suplementação de sulfato ferroso e 61,9% sem registros de suplementação de ácido fólico. Diante disso, a completude desses registros foi classificada como muito ruim (Tabela 5).

Tabela 5 - Completude dos registros dos gráficos de acompanhamento e da suplementação vitamínica nas cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.

Variáveis	N	%	Classificação
Há registro quanto à (ao):			
Gráfico de acompanhamento nutricional			
Sim	6	5,7	Muito ruim
Não	58	55,2	
Parcial	41	39,1	
Curva de altura uterina/idade gestacional			
Sim	6	5,7	Muito ruim
Não	61	58,1	
Parcial	38	36,2	
Suplementação de sulfato ferroso			
Sim	42	40,0	Muito ruim
Não	63	60,0	
Suplementação de ácido fólico			
Sim	40	38,1	Muito ruim
Não	65	61,9	

A seção de Procedimentos Gineco-obstétricos demonstrou que o registro dos itens data da última menstruação e data provável do parto foi classificado como bom. A completude dos itens idade gestacional, peso e pressão arterial foi classificada como regular. Os itens queixa, apresentação, BCF (Batimento Cardiofetal), movimento fetal e observação, diagnóstico e conduta foram classificados como ruim. Os itens IMC (Índice de Massa Corporal), edema e altura uterina foram classificados como muito ruim (Tabela 6). Considerando os registros de assinatura e categoria profissional, verificou-se que 2,9% das gestantes realizaram consulta somente com médicos, 30,5% realizaram consulta somente com enfermeiros e 66,7% realizaram consulta com médicos e enfermeiros.

Tabela 6 - Completude dos registros dos procedimentos gineco-obstétricos nas cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.

Variáveis	N	%	Classificação
Há registro quanto à (ao):			
Data da última menstruação			
Sim	95	90,5	Bom
Não	10	9,5	
Data provável do parto			
Sim	96	91,4	Bom
Não	9	8,6	
Queixa			
Sim	59	56,2	Ruim
Não	3	2,9	
Parcial	43	41,0	
Idade gestacional			
Sim	89	84,8	Regular
Não	0	0,0	
Parcial	16	15,2	
Peso			
Sim	89	84,8	Regular
Não	0	0,0	
Parcial	16	15,2	
IMC			
Sim	18	17,1	Muito ruim
Não	43	41,0	
Parcial	44	41,9	
Edema			
Sim	40	38,1	Muito ruim
Não	10	9,5	
Parcial	55	52,4	

Pressão arterial			
Sim	86	81,9	Regular
Não	0	0,0	
Parcial	19	18,1	
Altura uterina			
Sim	45	42,9	Muito ruim
Não	7	6,8	
Parcial	53	50,5	
Apresentação			
Sim	74	70,5	Ruim
Não	17	16,2	
Parcial	14	13,3	
BCF			
Sim	73	69,5	Ruim
Não	2	1,9	
Parcial	30	28,6	
Movimento fetal			
Sim	59	56,2	Ruim
Não	8	7,6	
Parcial	38	36,2	
Observação, diagnóstico e conduta			
Sim	59	56,2	Ruim
Não	9	8,6	
Parcial	37	35,2	

Na seção de Exames Complementares de Rotina, os registros dos itens ABO - RH, glicemia de jejum, sífilis (teste rápido) e/ou VDRL, HIV/Anti-HIV, hepatite B - HbsAg, toxoplasmose e ultrassonografia foram classificados como bom. Os itens hemoglobina/hematócrito e urina - EAS foram classificados como regular e o item urina - cultura como ruim (Tabela 7).

Tabela 7 - Completude dos registros dos exames complementares de rotina nas cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.

Variáveis	N	%	Classificação
Há registro quanto à (ao):			
ABO-RH			
Sim	98	93,3	Bom
Não	7	6,7	
Glicemia de jejum			
Sim	99	94,3	Bom
Não	6	5,7	
Sífilis (teste rápido) e/ou VDRL			
Sim	98	93,3	Bom
Não	7	6,7	

HIV/Anti-HIV				
Sim	95	90,5	Bom	
Não	10	9,5		
Hepatite B – HbsAg				
Sim	95	90,5	Bom	
Não	10	9,5		
Toxoplasmose				
Sim	95	90,5	Bom	
Não	10	9,5		
Hemoglobina/Hematócrito				
Sim	94	89,5	Regular	
Não	11	10,5		
Urina – EAS				
Sim	93	88,6	Regular	
Não	12	11,4		
Urina – Cultura				
Sim	64	61,0	Ruim	
Não	41	39,1		
Ultrassonografia (opcional)				
Sim	97	92,4	Bom	
Não	8	7,6		

Verificou-se que 20,0% das cadernetas da gestante incluídas no estudo encontravam-se sem registros de vacina antitetânica, vacina hepatite B e vacina influenza, e 28,6% encontravam-se sem registro de vacina dTpa, sendo a completude do registro desses itens classificada como ruim (Tabela 8).

Tabela 8 - Completude dos registros de imunização nas cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.

pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 – set. 2018.

Variáveis	N	%	Classificação
Há registro quanto à (ao):			
Vacina antitetânica			
Sim	84	80,0	Ruim
Não	21	20,0	
Vacina hepatite B			
Sim	84	80,0	Ruim
Não	21	20,0	
Vacina influenza			
Sim	84	80,0	Ruim
Não	21	20,0	
Vacina dTpa*			
Sim	75	71,4	Ruim
Não	30	28,6	

* Item ausente na edição de 2014, sendo considerado o registro realizado em qualquer local da caderneta.

A seção de Atividades Complementares mostrou que os registros referentes às atividades educativas, visita à maternidade, consulta odontológica e pré-natal do parceiro foram classificados como muito ruim, sendo que 89,5% das cadernetas encontravam-se sem registro de atividades educativas, 98,1% sem registro de visita à maternidade, 97,1% sem registro de consulta odontológica e 83,8% sem registro de pré-natal do parceiro (Tabela 9). Além disso, constatou-se que 41,9% das cadernetas encontravam-se sem registros de agendamento de consultas e 27,6% com registros parciais.

Tabela 9 - Completude dos registros de atividades complementares nas cadernetas da gestante incluídas na pesquisa, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.

Variáveis	N	%	Classificação
Há registro quanto à (ao):			
Atividades educativas			
Sim	11	10,5	Muito ruim
Não	94	89,5	
Visita à maternidade			
Sim	2	1,9	Muito ruim
Não	103	98,1	
Consulta odontológica			
Sim	3	2,9	Muito ruim
Não	102	97,1	
Pré-natal do parceiro*			
Sim	0	0,0	Muito ruim
Não	88	83,8	
Parcial	4	3,8	
Não se aplica	13	12,4	

* Item ausente na edição de 2014

Ao realizar a classificação da completude de cada caderneta da gestante, observou-se que 7,6% foram consideradas regular, 72,4% ruim e 20,0% muito ruim. Destaca-se que nenhuma caderneta foi classificada com registro excelente ou bom (Gráfico 2).

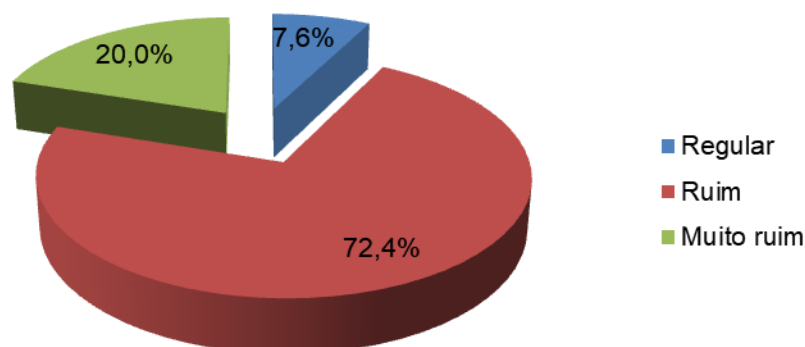


Gráfico 2 - Classificação das cadernetas da gestante quanto à completude dos registros, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.

6.3 Adequação às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde

Segundo os registros nas cadernetas da gestante, verificou-se que 66,7% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 88,6% realizaram no mínimo 4 consultas, 94,3% realizaram exame de glicemia de jejum, 93,3% realizaram exame ABO-RH e teste rápido para sífilis e/ou VDRL, 90,5% realizaram exame HIV/Anti-HIV, hepatite B-HbsAg e toxoplasmose, 89,5% realizaram exame de hemoglobina/hematócrito, 88,6% realizaram exame de urina - EAS, 61,0% realizaram exame de urocultura, 80,0% realizaram vacinação antitetânica, hepatite B e influenza e 71,4% realizaram vacinação dTpa. Dentre os critérios avaliados, aqueles que apresentaram maior inadequação foram a realização do exame de urocultura (39,1%), o início do pré-natal no primeiro trimestre (33,3%) e a vacinação dTpa (28,6%) (Tabela 10).

Tabela 10 - Adequação do conteúdo registrado nas cadernetas da gestante às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, São Luís, Maranhão, maio 2017 - set. 2018.

Crítérios de adequação	Sim n(%)	Não n(%)
Início do pré-natal no primeiro trimestre	70 (66,7)	35 (33,3)
Registro de no mínimo 4 consultas	93 (88,6)	12 (11,4)
Registro de tipagem sanguínea e fator RH	98 (93,3)	7 (6,7)
Registro de glicemia de jejum	99 (94,3)	6 (5,7)
Registro de teste rápido para sífilis e/ou VDRL	98 (93,3)	7 (6,7)
Registro do exame HIV/Anti-HIV	95 (90,5)	10 (9,5)
Registro do exame hepatite B-HbsAg	95 (90,5)	10 (9,5)
Registro do exame toxoplasmose	95 (90,5)	10 (9,5)

Registro de hemoglobina/hematócrito	94 (89,5)	11 (10,5)
Registro de urina – EAS	93 (88,6)	12 (11,4)
Registro de urina – Cultura	64 (61,0)	41 (39,1)
Registro da vacina antitetânica	84 (80,0)	21 (20,0)
Registro da vacina hepatite B	84 (80,0)	21 (20,0)
Registro da vacina influenza	84 (80,0)	21 (20,0)
Registro da vacina dTpa	75 (71,4)	30 (28,6)

7 DISCUSSÃO

7.1 Características socioeconômicas, demográficas e obstétricas

Os resultados mostraram que a maioria das gestantes eram adultas jovens, compreendendo a faixa etária entre 20 e 34 anos, semelhante a estudos de avaliação da atenção pré-natal realizados em municípios de outras regiões brasileiras (MORAIS, 2013; MONTEIRO, 2015). Esse resultado assemelha-se, ainda, a estudo de base populacional realizado com 3.949 mulheres em São Luís, cujo objetivo foi analisar o conteúdo da assistência pré-natal e os fatores associados com sua inadequação, sendo averiguado que 74,0% da população estudada era constituída por adultas jovens de 20 a 34 anos (GOUDARD et al, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (2012a), essa faixa etária corresponde ao grupo de mulheres com menor risco reprodutivo, quando comparado a mulheres com idade inferior a 20 anos ou com idade igual ou superior a 35 anos. Sendo assim, esse resultado constitui um aspecto positivo identificado na pesquisa. Contudo, tendo em vista a relevância da temática, cabe destacar o percentual de gravidez na adolescência encontrado, consistindo na segunda faixa etária de maior frequência, semelhante ao estudo de base populacional realizado no mesmo município, no qual foi constatado que 18,3% das mulheres eram adolescentes (GOUDARD et al, 2016).

Existem complexidades na definição de adolescência. No entanto, conforme critérios estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), essa fase compreende indivíduos entre 10 e 19 anos de idade. Ademais, segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), é útil analisar essa segunda década de vida em dois momentos: fase inicial da adolescência, a qual abrange os indivíduos entre 10 e 14 anos de idade, e fase final da adolescência, a qual compreende os indivíduos entre 15 e 19 anos de idade (UNICEF, 2011).

A gravidez em qualquer momento da adolescência tem sido considerada uma situação de risco e um elemento desestruturador da vida de adolescentes. Entretanto, para o Ministério da Saúde (2013a), há importantes distinções entre a gestação que ocorre no início da adolescência, na faixa etária de 10 a 14 anos, e aquela ocorrida na faixa etária de 15 a 19 anos. Alguns estudos têm verificado, por

exemplo, a relação entre a gravidez na faixa etária entre 10 e 14 anos com a ocorrência de violência sexual (BRASIL, 2013a).

Na presente pesquisa, nenhuma gestante se encontrava no início da adolescência, sendo verificada idade mínima de 16 anos. No entanto, estudos a fim de investigar essa população e a realização de contínuas ações de saúde direcionadas à prevenção da gravidez nessa fase de vida são necessários, especialmente em virtude da taxa de gravidez adolescente ainda elevada no Brasil (OPAS/OMS; UNICEF; UNFPA, 2018).

Os resultados demonstraram, ainda, que a maioria das gestantes possuía companheiro, sendo casadas ou em união consensual, similar a outros estudos realizados em São Luís (COIMBRA et al., 2003; BERNARDES et al., 2014; GOUDARD et al., 2016). Nesse município, estudo desenvolvido com objetivo de identificar fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal verificou que mulheres sem companheiro tiveram maiores percentuais de inadequação (COIMBRA et al., 2003).

Estudo nacional, realizado com a finalidade de analisar a assistência pré-natal no país, constatou que a cobertura dessa assistência foi de 98,7%, sendo superior a 90%, independentemente das características maternas. No entanto, destacou que coberturas menores foram encontradas, dentre outras características, entre mulheres sem companheiro (VIELLAS et al., 2014). Esses resultados, tanto local quanto nacional, sugerem que ter um companheiro pode ser considerado um fator importante.

Outra característica predominante foi a raça/cor parda, semelhante a estudo de base populacional realizado no mesmo município e a estudo nacional de avaliação da atenção pré-natal. Nesses, 67,9% e 56,1% das mulheres referiram cor da pele parda, respectivamente (GOUDARD et al., 2016; VIELLAS et al., 2014). As influências da raça/cor no acesso e utilização dos serviços de saúde são conhecidas. No entanto, poucas pesquisas com enfoque nas influências da raça/cor em relação à gestação e parto foram desenvolvidas no país (LEAL et al., 2017).

Diante disso, estudo inédito, de abrangência nacional, foi realizado no intuito de avaliar as iniquidades na assistência ao pré-natal e ao parto de acordo com a raça/cor das mulheres. Os resultados mostraram que mulheres de cor parda apresentaram maior risco de terem um pré-natal inadequado (OR=1,2; IC95%: 1,1-1,4) quando comparadas às mulheres brancas. Além disso, os autores concluíram

que existem disparidades raciais na atenção à gestação e ao parto, evidenciando um gradiente de pior à melhor assistência entre mulheres pretas, pardas e brancas (LEAL et al., 2017).

Conforme literatura, a escolaridade materna também constitui uma característica que pode influenciar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal. Estudos têm identificado diversas barreiras para a realização, o início precoce e a adequação dessa assistência, dentre as quais estão mulheres com menor escolaridade, o que evidencia as desigualdades sociais que ainda persistem no município de São Luís e no Brasil (COIMBRA et al., 2003; VIELLAS et al., 2014; GOUDARD et al, 2016).

Esta pesquisa verificou que a maioria das mulheres apresentava nível médio completo de escolaridade. Outros estudos realizados no município evidenciaram que a maioria apresentava escolaridade igual ou superior a nove anos de estudo. Os autores destacam que um menor nível educacional geralmente influencia de forma negativa na utilização adequada da assistência pré-natal (BERNARDES et al., 2014; GOUDARD et al, 2016). Dessa forma, maior atenção deve ser direcionada para a população com baixa escolaridade, facilitando o acesso, estimulando a adesão e proporcionando uma assistência pré-natal completa e eficaz.

A maioria das participantes da pesquisa apresentava ocupação como dona de casa e renda familiar entre um e dois salários mínimos. Semelhantemente, um estudo de base populacional realizado com 2.075 mulheres em 30 municípios no Maranhão, com objetivo de caracterizar a cobertura do pré-natal no estado, constatou que 52,0% não apresentavam atividade laboral extra residencial remunerada. Além disso, observaram que a maioria apresentava renda familiar menor que um salário mínimo (COSTA et al., 2010).

Estudo nacional, realizado com 23.894 mulheres, no intuito de verificar o grau de adequação da assistência pré-natal e sua associação com características sociodemográficas, identificou que, dentre outras características, mulheres sem trabalho remunerado e de classes econômicas mais baixas apresentaram menor adequação (DOMINGUES et al., 2015). Diante disso, estratégias voltadas para essa população são fundamentais, buscando proporcionar um precoce acesso à assistência pré-natal e garantir cuidados efetivos.

As características obstétricas averiguadas mostraram que a maioria das mulheres eram multigestas, ou seja, tiveram no mínimo duas e no máximo cinco gestações, incluindo a gestação em curso (BRASIL, 2012b). No âmbito nacional, estudo realizado por Viellas et al. (2014) verificou que quanto maior era o número de gestações maiores foram as barreiras de acesso e menores foram as coberturas de assistência pré-natal encontradas. Além disso, a proporção de início precoce e número de consultas também foram menores para mulheres com maior número de gestações (VIELLAS et al., 2014).

Estudos mostram, ainda, a multiparidade como um fator de risco para a inadequação do uso da assistência pré-natal, o que pode estar relacionado ao fato de mulheres múltiparas, por apresentarem mais experiência, sentirem maior segurança durante a gestação e proporcionarem menor importância ao acompanhamento pré-natal. Mulheres primíparas, por sua vez, buscariam o pré-natal com mais frequência possivelmente devido sua menor experiência. Os estudos sugerem que mulheres com menor paridade são mais cautelosas com suas gestações, estando a primiparidade associada com uma maior utilização desses serviços, sendo um fator de proteção à inadequação (COIMBRA et al., 2003; GOUDARD et al, 2016).

Outra característica obstétrica com maior frequência foram mulheres sem história prévia de abortamento. Apesar disso, a proporção de mulheres com abortamento anterior foi maior que a observada em estudos realizados em outros municípios brasileiros (MORAIS, 2013; SILVA, 2010). Em São Luís, estudo acerca da utilização da atenção pré-natal encontrou maior frequência de mulheres sem história pregressa de abortamento ou natimorto. Contudo, esse estudo demonstrou que mulheres com abortamento ou natimorto anteriores apresentaram menor risco de utilização inadequada da assistência pré-natal (COIMBRA et al., 2007).

Os resultados mostraram que o tipo de parto mais frequentemente observado entre as participantes do estudo foi o parto normal, semelhante a estudo de âmbito nacional realizado com 6.125 mulheres, cujo objetivo foi analisar a prevalência dos tipos de parto e fatores associados. Nesse estudo, os autores verificaram que 57,1% das mulheres tiveram parto normal e, ao comparar as macrorregiões do país, constataram que as menores prevalências de cesarianas foram encontradas nas regiões Norte (30,8%) e Nordeste (30,9%) (MELLER; SCHAFER, 2011).

Cabe ressaltar que, embora as duas pesquisas tenham encontrado maiores prevalências de parto normal, as frequências de cesarianas permaneceram acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Tendo em vista as complicações que esse tipo de parto pode ocasionar tanto para a mãe quanto para o bebê, enfatiza-se a necessidade de investigações acerca dos fatores que promovem a realização de cesarianas, para que medidas preventivas possam ser adotadas e essa via de parto seja utilizada apenas quando estritamente indicada (MELLER; SCHAFER, 2011).

7.2 Legibilidade e completude dos registros

Por se tratar de uma ferramenta capaz de permitir uma intercomunicação entre os profissionais de assistência à mulher ao longo da gestação, parto e puerpério, a legibilidade e completude dos registros na caderneta da gestante são fundamentais. Sendo assim, destaca-se que um registro descuidado e automatizado não é suficiente, pois sem a possibilidade de interpretação dos dados, o registro se torna desnecessário (TEDESCO, 2000; CARVALHO et al., 2004).

Na literatura brasileira, poucos estudos verificaram a legibilidade dos registros no cartão ou caderneta da gestante. Estudo realizado em uma maternidade privada do município de São Paulo, cujo objetivo foi analisar a qualidade das informações registradas no cartão da gestante, constatou que 37,0% apresentavam ilegibilidade, contendo rasuras ou dificuldade para leitura (CARVALHO et al., 2004). Outro estudo de avaliação dos dados do cartão de pré-natal, realizado em dois hospitais universitários de Belo Horizonte, encontrou ilegibilidade parcial em 4,9% dos cartões analisados (CARRILHO, 2014).

A baixa legibilidade dos registros pode comprometer o acompanhamento adequado da gestação e do parto, pois ocasiona dificuldades de interpretação e análise das informações pelos diferentes profissionais que prestam assistência à mulher no período gravídico-puerperal (COÊLHO et al., 2015). A dificuldade de interpretação dos dados na caderneta da gestante pode levar a uma baixa confiabilidade dos profissionais em relação às informações nela registradas, podendo ocasionar repetições desnecessárias de procedimentos e/ou questionamentos (CAMPOS et al., 1996; CARRILHO, 2014).

Algumas propostas sugerem a informatização da caderneta da gestante, com a criação de um sistema de informação integrado, que proporcione o registro e o levantamento de dados em toda unidade onde a gestante for atendida. Um dos aspectos positivos dessa proposta seria a boa legibilidade dos registros, contudo, a informatização não garante a boa qualidade do preenchimento dos dados. Portanto, independente de ser digital ou manual, cabe aos profissionais de saúde o esforço para o adequado registro das informações, de forma fidedigna e completa (SANTOS NETO et al., 2012b; SILVA, 2018).

A incompletude dos registros constitui um aspecto dificultante da intercomunicação que essa ferramenta deve proporcionar. Estudos realizados em diferentes municípios brasileiros mostram a forma insatisfatória e incompleta dos registros efetuados no cartão da gestante, prejudicando a continuidade da assistência prestada e demonstrando a necessidade de valorização desse instrumento pelos profissionais de saúde (CARRILHO, 2014; COELHO et al., 2015; SANTOS; ABREU; CAMPOS, 2017).

Analisando o cartão da gestante por dimensões, Coelho et al. (2015) verificaram uma completude de 86,3% (regular) para a dimensão de Identificação, sendo a idade o componente com menor grau de completude (56,8%). Na presente pesquisa, a completude dos itens da seção de Identificação variou de 3,8% (muito ruim) a 99,1% (excelente), correspondendo ao número do SISPRENATAL e nome, respectivamente.

O nome da gestante correspondeu ao componente da caderneta com melhor avaliação, semelhante ao constatado em estudo com 805 puérperas no município do Rio de Janeiro, no qual foi verificada uma completude de 99,5% (excelente) para esse item (CRISTOFARO, 2017). No entanto, os resultados aqui encontrados mostraram uma classificação muito ruim para o item como gosta de ser chamada. Diante disso, cabe ressaltar que, embora a presença do nome da gestante seja fundamental para sua identificação, conhecer a forma como a mesma gosta de ser chamada pode gerar um ambiente agradável e constituir um dos elementos importantes para o estabelecimento de vínculo (GONÇALVES, 2009; BRASIL, 2014a).

Estudos mostram que o vínculo é resultante de um bom acolhimento, o qual se traduz por gestos simples, como trata-la cordialmente, ouvi-la com atenção e chama-la pelo nome, especialmente pela forma como gosta de ser chamada. O

vínculo alcançado na relação entre profissionais e gestantes tem sido considerado uma forma de garantir a adesão e o sucesso do acompanhamento pré-natal (GONÇALVES, 2009; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; ALVES et al., 2015). Sendo assim, tendo em vista que esse componente da caderneta constitui um elemento que pode favorecer uma formação de vínculo, seu preenchimento deve ser valorizado.

Embora o registro da data de nascimento das gestantes desta pesquisa tenha sido classificado como bom, o preenchimento da idade foi classificado como regular. Resultados inferiores foram encontrados em estudos de avaliação da completude dos registros do cartão da gestante realizados em outros municípios brasileiros, sendo verificada completude de 56,8% no município de Santa Cruz e 66,6% no município do Rio de Janeiro, ambas classificadas como ruim (COÊLHO et al., 2015; CRISTOFARO, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (2012a), uma idade materna inferior a 15 anos ou superior a 35 anos é considerado fator de risco gestacional, existindo uma relação entre a faixa etária e as condições de saúde da mulher. Sendo assim, o conhecimento da idade materna e o registro dessa informação são essenciais para a prestação de uma assistência direcionada às reais demandas de cada gestante, de acordo com as particularidades das mesmas (COÊLHO et al., 2015; SANTOS; ABREU; CAMPOS, 2017).

Na seção de Identificação ocorreu predominância de itens classificados como ruim, dentre os quais estão os registros de trabalho fora de casa e ocupação. Assim como a idade, a ocupação materna também pode ser considerada um fator de risco gestacional, tendo em vista que o esforço físico excessivo, o estresse, a carga horária extensa e a exposição a agentes físicos, químicos e/ou biológicos podem ocasionar problemas secundários e comprometer o desenvolvimento da gestação (BRASIL, 2012a; SILVA et al., 2018). Diante disso, esse registro pode proporcionar a identificação precoce de possíveis riscos, de maneira a possibilitar intervenções preventivas.

Dados que permitiriam o contato com a gestante ou com a unidade de saúde para devolução da caderneta em casos de perda também foram negligenciados, apresentando completude ruim para o endereço e telefone da gestante e para a identificação da unidade de saúde do pré-natal. Esses resultados foram inferiores ao verificado no Rio de Janeiro, onde o registro da unidade de

realização do pré-natal foi de 77,5% (regular), o registro do endereço da gestante foi de 77,9% (regular) e o registro do telefone foi de 66,0% (ruim) (CRISTOFARO, 2017).

Por se tratar de um instrumento que deve permanecer sempre com a gestante, a caderneta está vulnerável a extravio ou perda (BRASIL, 2012a; SANTOS NETO et al., 2012b). Diante dessa possibilidade, informações que proporcionem a identificação e o contato com a gestante ou, ainda, com o local onde a mesma realiza o pré-natal, podem propiciar sua devolução, o que apresenta notória relevância, tendo em vista ser uma ferramenta que armazena os principais dados do acompanhamento da gravidez, sendo essencial para o fluxo de informações no sistema de referência e contrarreferência. Portanto, o registro do endereço completo, telefones e unidade de saúde do pré-natal deve ser estimulado.

A completude dos registros de endereço de e-mail, por sua vez, classificada como muito ruim nesta pesquisa, pode sugerir que essa informação está sendo desconsiderada pelos profissionais ou que muitas gestantes não têm acesso a esse meio de comunicação. Ademais, provavelmente essa constitui uma forma de contato menos imediata, quando comparado ao contato telefônico, por exemplo. Dessa forma, vale ponderar acerca da utilidade e eficácia desse componente.

Permanecendo sempre com a gestante, a caderneta tem o papel de proporcionar informações relacionadas à evolução da gravidez em qualquer unidade onde a mesma seja atendida, inclusive em situações de emergência (BRASIL, 2012a). Nessas circunstâncias, a caderneta pode possibilitar o contato com familiares ou amigos. Para tanto, informações que propiciem esse contato (nome, telefone e parentesco) devem ser adequadamente registradas. No entanto, o observado nesta pesquisa foi uma completude ruim para esse registro, demonstrando a necessidade de conscientização sobre sua importância.

O componente da seção de Identificação com pior avaliação foi o número do SISPRENATAL. O SISPRENATAL é um *software* desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) com a finalidade de permitir o adequado acompanhamento das gestantes inseridas no PHPN. Nele está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma adequada assistência pré-natal, permitindo o acompanhamento das gestantes desde o início da gravidez até o puerpério. Cada gestante é identificada por um número, sendo cadastrada por ocasião da primeira consulta (BRASIL, 2002).

Outro estudo de avaliação da completude dos registros do cartão da gestante encontrou melhor resultado, verificando uma completude de 48,6% para esse componente, sendo, no entanto, também classificada como muito ruim (CRISTOFARO, 2017). Destaca-se, contudo, a remoção desse item da atual versão da caderneta da gestante (4^a edição/2018), permanecendo os campos para preenchimento do número do cartão do SUS e número do NIS, componentes esses com completude classificada nesta pesquisa como ruim e muito ruim, respectivamente.

Embora a gestação seja um fenômeno fisiológico, algumas gestantes podem apresentar uma maior probabilidade de evolução desfavorável, devido a alguns fatores de risco. Esses fatores podem estar relacionados a características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, à situação de saúde prévia, à história reprodutiva anterior e/ou a condições da gravidez atual (BRASIL, 2012a).

Existem fatores de risco que podem permitir a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica ou, ainda, aqueles que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica. Dessa forma, com o objetivo de minimizar a morbimortalidade materno-infantil, é necessário que esses fatores sejam precocemente identificados, sendo indispensável a avaliação e classificação de risco permanente, realizada em cada consulta (BRASIL, 2012a).

A caderneta da gestante pode possibilitar a identificação desses fatores, na medida em que proporciona a investigação e o registro dessas informações, inclusive realçando características consideradas de risco, como idade materna inferior a 15 e superior a 35 anos, estado civil solteira, nenhuma instrução, gemelaridade, gravidez não planejada e história prévia de abortamento, macrossomia fetal ou natimorto, entre outras características (BRASIL, 2018).

Apesar disso, os resultados mostraram que os registros da seção de Classificação de Risco Gestacional foram predominantemente ruins, com completudes variando entre 31,4% (muito ruim) e 90,5% (bom). Dados quantitativos referentes a gestações anteriores, como o número de partos, o número de cesarianas ou o número de natimortos, obtiveram melhor completude dos registros. Enquanto informações referentes ao tipo de gravidez (única, gemelar, tripla ou mais) e ao planejamento da gestação (planejada ou não planejada) estão entre os registros com menor completude.

Semelhante a esta pesquisa, estudo realizado com o objetivo de comparar o preenchimento do cartão da gestante em um serviço-escola e em outros serviços constatou que em todos os serviços foram priorizados registros relativos ao número de gestações, parturições, abortamentos, natimortos, tipo de parto e data da última menstruação, alcançando percentuais iguais ou superiores a 90,0% (BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012). Os resultados desse estudo e da presente pesquisa indicam uma valorização direcionada para a investigação da história reprodutiva anterior, o que constitui um aspecto relevante para a avaliação do risco gestacional. No entanto, essa valorização não deve se esgotar na averiguação dessas informações.

Outro elemento importante para a detecção de riscos é o registro de dados antropométricos. Contudo, os resultados demonstraram completude regular para o registro da altura materna e completude ruim para o registro do peso anterior à gestação. Os registros de altura e peso pré-gravídico podem constituir parâmetros para avaliação do ganho ponderal ao longo da gravidez. Essas medidas possibilitam o cálculo do IMC, utilizado para avaliação do estado nutricional da gestante. Um IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade, e uma estatura materna inferior a 1,45m, constituem fatores de risco. Diante disso, o registro dessas informações é essencial para subsidiar uma adequada avaliação e o estabelecimento de intervenções oportunas (BRASIL, 2012a; SANTOS; ABREU; CAMPOS, 2017).

Instrução e estado civil também foram componentes da seção de Classificação de Risco Gestacional que apresentaram completude classificada como ruim. Estudos realizados em outros municípios brasileiros verificaram melhores resultados (CRISTOFARO, 2017; SANTOS; ABREU; CAMPOS, 2017). Dessa forma, vale ressaltar que, para o Ministério da Saúde (2012a), uma baixa escolaridade materna (menos de cinco anos de estudo regular) e uma situação conjugal insegura representam fatores de risco, sendo importante a investigação e o registro dessas características e a adoção de medidas preventivas para os desfechos que delas podem advir, como o *blues* pós-parto (BRASIL, 2012a).

Igualmente, os registros de antecedentes familiares, antecedentes pessoais e informações da gravidez atual apresentaram completude ruim, sendo encontrados resultados similares em outros estudos, denotando uma clara incompreensão acerca da importância desses registros (BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012; CARRILHO, 2014; COELHO et al., 2015; CRISTOFARO,

2017). Os antecedentes familiares, por exemplo, constituem um fator de risco independente e não modificável, que demonstram uma predisposição para o desenvolvimento de doenças, como a hipertensão arterial, considerada um fator de morbimortalidade altamente prevalente (SANTOS; ABREU; CAMPOS, 2017).

Dentre os registros da seção de Classificação de Risco Gestacional com menores níveis de completude está a informação relativa ao planejamento da gravidez. Uma gravidez não planejada é aquela que não foi programada pelo casal ou pela mulher, podendo ser indesejada (quando se contrapõe aos desejos e expectativas dos mesmos) ou inoportuna (quando ocorre em momento considerado desfavorável). Ambas podem estar associadas a um conjunto de agravos relacionados à saúde materna e perinatal (LANGER, 2002; GIPSON; KOENIG; HINDIN, 2008).

A ocorrência de uma gravidez não planejada apresenta um risco aumentado para a realização de abortamento, elevando, por conseguinte, o risco de morbidade e mortalidade materna. Além disso, esse fenômeno pode representar um risco aumentado de ansiedade e depressão, especialmente no período pós-parto, e pode, ainda, ter impacto importante na oferta de cuidados pré-natal, na orientação acerca do aleitamento materno e no estado nutricional infantil (LANGER, 2002; GIPSON; KOENIG; HINDIN, 2008; PRIETSCH et al., 2011).

Um estudo realizado com 2.557 gestantes no sul do país verificou que 65,0% delas não planejaram a gravidez (PRIETSCH et al., 2011). Outro estudo, realizado com 1.056 mulheres em um município do nordeste brasileiro, demonstrou uma frequência estimada de 60,2% para gravidez não planejada (BRITO, 2013). Sendo assim, esses resultados revelam uma grande ocorrência desse fenômeno, mostrando que essa informação não deve ser negligenciada, tendo em vista as implicações que pode ocasionar para a saúde materno-infantil.

Conforme os critérios estabelecidos nesta pesquisa, a classificação de risco gestacional (risco habitual ou alto risco) foi o item da seção que obteve pior avaliação. Contudo, sendo a classificação de risco um processo dinâmico e contínuo, o Ministério da Saúde (2012a) afirma que a gravidez de baixo risco somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e puerpério. Portanto, em virtude da amostra desta pesquisa ser constituída por gestantes no terceiro trimestre de gestação, em acompanhamento pré-natal de risco

habitual, compreende-se que a classificação de risco foi antecipadamente realizada, não cabendo a realização desse registro antes do término da gravidez.

A seção de Gráficos de Acompanhamento e Suplementação Vitamínica apresentou completude muito ruim para todos os itens. O gráfico de acompanhamento nutricional e a curva de altura uterina por idade gestacional apresentaram níveis muito baixos de completude. Níveis mais baixo ainda foram encontrados em estudo no Rio de Janeiro, no qual foi verificada completude de 2,3% para o gráfico nutricional e de 4,1% para o gráfico de crescimento fetal (CRISTOFARO, 2017).

Pesquisa em Juiz de Fora, Minas Gerais, constatou melhores resultados, mas ainda assim com níveis baixos de completude. Apesar de estarem presentes em 87,0% dos cartões da gestante, a curva de peso materno por idade gestacional e a curva de altura uterina por idade gestacional tiveram preenchimento completo em apenas 6,5% e 12,1% dos cartões, respectivamente (COUTINHO et al., 2003). Baixo preenchimento do nomograma de Rosso e da curva de crescimento também foi observado em Recife, sendo verificado registro em percentual menor que 15,0% dos cartões (BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012).

O monitoramento do estado nutricional e do crescimento fetal é considerado um alerta para complicações maternas e fetais, as quais são passíveis de prevenção durante a assistência pré-natal (BRASIL, 2012a). Os baixos níveis de preenchimento podem denotar uma resistência dos profissionais de saúde em incorporar mais esse registro na rotina de atendimento ou pode refletir um despreparo profissional para o uso desse componente da caderneta da gestante, seja no registro, na interpretação ou, ainda, nas condutas adequadas quando alterações são identificadas (SERRUYA; CECATTI; LAGO; 2004; GABRYSCH; CAMPBELL, 2009).

O registro de suplementação vitamínica também apresentou completude muito ruim, tanto para sulfato ferroso, quanto para ácido fólico, sugerindo que muitas gestantes podem ter deixado de realizar essa suplementação. Níveis mais baixos de preenchimento foram observados em Belo Horizonte, onde foi averiguado registro de suplementação de sulfato ferroso em 11,4% e de ácido fólico em 8,1% dos cartões da gestante (CARRILHO, 2014). Em Recife, estudo constatou registro de sulfato ferroso e ácido fólico em 14,1% e 7,6% dos cartões, respectivamente (BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012).

O Ministério da Saúde (2012a) recomenda suplementação vitamínica de sulfato ferroso e ácido fólico na gestação para profilaxia de anemia. A anemia nutricional por carência de ferro é um problema grave de Saúde Pública e acomete cerca de 30,0% das gestantes no Brasil, sendo considerado um importante fator relacionado ao baixo peso ao nascer e ao incremento da mortalidade perinatal (BRASIL, 2005b). A suplementação com ácido fólico é indicada, ainda, no período pré-concepcional e durante o primeiro trimestre de gestação para a prevenção de anormalidades congênitas do tubo neural (BRASIL, 2012a).

Os registros da seção de Procedimentos Gineco-obstétricos obtiveram, em sua maioria, completude ruim, variando entre 17,1% (muito ruim) e 91,4% (bom). Os componentes com melhor avaliação foram referentes à data da última menstruação e data provável do parto. Semelhantemente, outros estudos verificaram o preenchimento dessas informações com classificação variando entre regular e bom (CRISTOFARO, 2017; SANTOS; ABREU; CAMPOS, 2017). A data da última menstruação e a data provável do parto são importantes na identificação da possibilidade de parto prematuro ou pós-datismo, permitindo um melhor planejamento quanto ao parto e puerpério (SANTOS; ABREU; CAMPOS, 2017). Sendo assim, esses resultados podem refletir uma valorização voltada para o raciocínio clínico da assistência ao parto (BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012).

Embora todas as cadernetas tenham apresentado registros da idade gestacional, peso e pressão arterial, o registro completo, ou seja, em todas as consultas, foi classificado como regular. Melhores resultados foram encontrados no Rio de Janeiro, onde a averiguação dos registros de procedimentos clínicos e obstétricos mostrou maior completude para o registro da pressão arterial (97,3%), seguido do peso (96,3%) e idade gestacional (95,9%), todos classificados como excelente (CRISTOFARO, 2017).

O ganho ponderal durante a gestação pode expressar o crescimento fetal, a expansão de tecidos maternos (útero, placenta, mamas e tecido adiposo), o aumento do volume sanguíneo e de líquido extracelular e a formação do líquido amniótico. Dentre outros fatores, a ausência de ganho ponderal pode estar associada a um crescimento fetal insuficiente, a perda de peso pode estar relacionada a uma hiperêmese gravídica e o aumento de peso excessivo pode estar associado ao polidrâmnio e macrosomia (BRASIL, 2012a).

A avaliação do estado nutricional é capaz de fornecer importantes informações para a prevenção e o controle de agravos à saúde da mãe e do conceito (BRASIL, 2012a). Sendo assim, ratifica-se que o registro do peso materno, bem como o cálculo do IMC e a utilização do gráfico de acompanhamento, possibilitam a identificação de possíveis desvios no ganho ponderal, permitindo a investigação das prováveis causas e a adoção das condutas pertinentes. Nesta pesquisa, entretanto, apesar da completude do registro do peso ter sido classificada como regular, os registros de IMC e gráfico de acompanhamento foram classificados como muito ruim, o que indica uma inobservância do estado nutricional das gestantes.

Estudos têm mostrado uma valorização direcionada ao registro da pressão arterial, inclusive apresentando percentuais que classificam esses registros como excelente (BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012; ZANCHI et al., 2013; CRITOFARO, 2017). Entretanto, os resultados aqui encontrados mostram um registro classificado como regular, devido à ausência da medida da pressão arterial em algumas consultas. Segundo o Ministério da Saúde (2012a), a hipertensão acomete entre 5,0% e 10,0% das gestantes e constitui a doença que mais frequentemente complica a gravidez, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. Diante disso, a medida da pressão arterial em todas as consultas é um registro considerado indispensável (BRASIL, 2012a).

Dentre os registros classificados como ruim na seção de Procedimentos Gineco-obstétricos estão a apresentação fetal, o BCF e o movimento fetal. A apresentação fetal no último trimestre de gestação é importante para a decisão do tipo de parto e para a precisão das condutas no trabalho de parto. A ausculta do BCF, por sua vez, objetiva a constatação de sua presença, ritmo, frequência e normalidade. Enquanto o registro do movimento fetal visa à avaliação clínica do bem-estar do conceito (BRASIL, 2012a).

Conforme identificado na literatura, a apresentação fetal tem sido apontada como um dos procedimentos mais ausentes nos cartões da gestante. Autores referem que essa ausência pode estar relacionada ao despreparo técnico, à desvalorização do procedimento ou, ainda, à comodidade da sua substituição pela avaliação ultrassonográfica (COUTINHO et al., 2003; COUTINHO et al., 2010; BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012; CARRILHO, 2014; COELHO et al., 2015).

Quando comparado com a apresentação fetal, estudos verificaram que os registros do BCF e do movimento fetal apresentaram melhores níveis de completude (COUTINHO et al., 2003; CARRILHO, 2014), divergindo dos resultados encontrados na presente pesquisa. Nesta, embora o completo registro dos três procedimentos tenha sido classificado como ruim, o percentual de registro referente à apresentação fetal foi maior que os percentuais de registros de BCF e movimento fetal.

A medida da altura uterina está entre os componentes da seção com pior avaliação, sendo classificada como muito ruim. Outros estudos verificaram melhores resultados, com percentuais de preenchimento acima de 80,0% (CARRILHO, 2014; CRISTOFARO, 2017). A medida da altura uterina é indicada para acompanhar o crescimento fetal e diagnosticar precocemente os desvios da normalidade a partir da correlação entre a altura uterina e a idade gestacional (BRASIL, 2012a). Sendo assim, reitera-se que, não somente o registro da altura uterina, mas também a utilização e interpretação da curva de crescimento fetal, podem contribuir na identificação precoce de possíveis desvios.

Na seção de Exames Complementares de Rotina predominou itens classificados como bom, constituindo a seção com melhores resultados. A completude dos registros variou entre 61,0% (ruim) e 94,3% (bom), referentes ao exame de urocultura e glicemia em jejum, respectivamente. Em sua maioria, os resultados encontrados nessa seção foram melhores que os verificados em estudos desenvolvidos em outros municípios (CARRILHO, 2014; CRISTOFARO, 2017; SANTOS; ABREU; CAMPOS, 2017).

A solicitação de exames laboratoriais é uma das recomendações do Ministério da Saúde para um adequado acompanhamento pré-natal, tendo em vista que a solicitação de exames com análise dos resultados em tempo hábil é fundamental na detecção de possíveis alterações, possibilitando o diagnóstico precoce de doenças e a realização do tratamento em tempo oportuno, evitando, assim, complicações para o binômio mãe-bebê (BRASIL, 2012a).

Embora os resultados tenham mostrado um bom registro para a maioria dos exames complementares de rotina, exames que permitiriam a detecção de doenças como anemia e infecção do trato urinário apresentaram completude variando entre ruim e regular. Vale ressaltar que a anemia na gestação está associada a um maior risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer e surgimento de infecções, além de um maior risco de mortalidade para a mãe e o bebê. A

infecção do trato urinário, por sua vez, está associada ao parto prematuro, rotura prematura de membranas, baixo peso ao nascer, aborto, corioamnionite, infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia na gravidez (BRASIL, 2012a).

A completude dos registros da seção de Imunização foi classificada como ruim para todas as vacinas. A relevância da imunização entre as ações preconizadas na atenção pré-natal decorre da possibilidade de proteção à mãe e ao conceito contra doenças reconhecidamente nocivas a ambos. Atualmente, o calendário vacinal da gestante inclui a vacina adsorvida contra difteria e tétano (dT) ou somente vacina antitetânica, a vacina recombinante contra hepatite B, a vacina contra influenza sazonal e a vacina acelular contra difteria, tétano e coqueluche (dTpa), essa última mais recentemente incluída no calendário, especialmente para estímulo da produção de anticorpos maternos contra a coqueluche (BRASIL, 2014b; ROCHA et al., 2016).

Provavelmente em virtude da recente inclusão da dTpa e da sazonalidade da vacinação contra influenza, estudos apresentam como foco a vacinação antitetânica, principalmente, e a vacinação contra hepatite B (ROCHA et al., 2016; SANTOS; ABREU; CAMPOS, 2017; CRISTOFARO, 2017). A vacina antitetânica é indicada para proteção da gestante contra o tétano acidental e prevenção do tétano neonatal. O tétano neonatal consiste em um problema de saúde pública mundial, cuja incidência tem sido reduzida sensivelmente. No Brasil, medidas para sua eliminação vêm sendo priorizadas, inclusive alcançando taxa de incidência inferior ao preconizado pela OMS (BRASIL, 2010).

Considerando o risco da gestante não vacinada contra hepatite B de adquirir a doença e ocorrer transmissão vertical, o Programa Nacional de Imunização (PNI) reforça a importância de que a gestante receba a vacina após o primeiro trimestre de gestação, de acordo com o esquema recomendado (BRASIL, 2012a). A transmissão vertical é responsável por 35% a 40% dos novos casos da doença no mundo e é por meio dela que o vírus é mantido na população. A literatura destaca que a vacinação contra a hepatite B é altamente imunogênica e segura na gestação, contudo, ainda é um desafio tornar sua cobertura universal no Brasil (ROCHA et al., 2016).

Embora tenha sido verificada uma completude ruim para os registros de imunização, os resultados aqui encontrados foram melhores que os resultados

observados em outros estudos. Em Teresina, somente 52,3% dos cartões apresentaram registro da vacina antitetânica e 45,2% da vacina contra hepatite B (SANTOS; ABREU; CAMPOS, 2017). Na Região Metropolitana da Grande Vitória, a vacinação antitetânica esteve entre as variáveis que apresentaram um percentual de ausência superior a 50,0% (SANTOS NETO et al., 2012b).

Todos os componentes da seção de Atividades Complementares apresentaram registro muito ruim. No geral, essa correspondeu à seção com pior avaliação. Dentre as atividades complementares, o registro referente às ações educativas foi o que apresentou o melhor resultado, ainda assim, com nível muito baixo de completude, inferior ao observado em outros estudos. No Rio de Janeiro, pesquisa mostrou que 25,4% dos cartões apresentaram esse registro, sendo, contudo, também classificado como muito ruim (CRISTOFARO, 2017). Em Recife, estudo verificou que 37,0% dos cartões continham registro de pelo menos uma atividade educativa (BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012).

As ações educativas são recomendações do Ministério da Saúde para uma assistência pré-natal efetiva, devendo abordar, principalmente, a importância do acompanhamento pré-natal; os direitos da gestante e do pai; o estímulo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida; a identificação dos sinais de alerta na gravidez; o reconhecimento do trabalho de parto; os cuidados com o recém-nascido; entre outros. Essas ações podem ser realizadas individual ou coletivamente (BRASIL, 2012a).

Estudo desenvolvido com objetivo de conhecer a percepção de gestantes acerca da educação em saúde destacou alguns fatores que estimulam a participação nas atividades educativas, como os temas abordados e o esclarecimento de dúvidas. Por outro lado, dentre os entraves para a participação foram mencionados a pouca divulgação por parte dos profissionais de saúde e o desestímulo à participação por parte dos familiares (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011). Resta, portanto, conhecer os motivos que ocasionaram o preenchimento muito ruim desse componente. Se a caderneta não foi utilizada para o registro de realização das ações educativas, se essas ações não foram realizadas ou se foram pouco divulgadas, ou ainda, se não foram valorizadas pelas gestantes e/ou familiares.

Um registro muito ruim também foi observado para visita à maternidade. Diante disso, destaca-se que desde 2007 toda gestante tem o direito, garantido pela

Lei nº. 11.634, de conhecer e visitar previamente a maternidade onde será realizado seu parto. Essa vinculação deve ser assegurada no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal (BRASIL, 2007; BRASIL, 2012a). Nesse contexto, a caderneta da gestante aparece como um instrumento que permite aos profissionais da atenção pré-natal o registro do nome do serviço de saúde indicado para o parto e o registro da realização de visita prévia a esse serviço (BRASIL, 2018). Contudo, os resultados encontrados mostram uma completude muito ruim para ambas as informações.

Na região Nordeste, estudo realizado com 8.164 mulheres, no intuito de analisar a realização do parto na maternidade vinculada, constatou que 56,1% delas não foram orientadas durante o pré-natal acerca do local de referência para o parto. Além disso, foi verificado que 19,2% procuraram dois ou mais serviços de saúde até conseguirem assistência, caracterizando uma peregrinação anteparto, fator que pode contribuir para o aumento da mortalidade materno-infantil (BARRETO, 2013).

Em âmbito nacional, pesquisa evidenciou que 41,3% das mulheres entrevistadas não foram orientadas sobre a maternidade de referência e que 16,2% procuraram mais de um serviço para admissão para o parto (VIELLAS et al., 2014). Nesta pesquisa, somente 47,6% das cadernetas apresentaram o registro do serviço de saúde indicado para o parto, sugerindo que esse percentual de gestantes recebeu essa informação, embora algumas gestantes possam ter sido orientadas e a informação não registrada.

Segundo o Ministério da Saúde (2013b), a vinculação da gestante ao local onde será realizado o seu parto é uma ação fundamental para que a mesma sinta segurança no momento do nascimento do bebê, no sentido de evitar a peregrinação em busca de vaga, situação que pode colocar em risco a vida da mulher e da criança. Diante disso, a unidade de assistência ao pré-natal deve favorecer a visita das gestantes à maternidade de referência, fortalecendo, assim, o vínculo de confiança entre a mulher e o serviço.

O componente da seção com pior avaliação foi referente ao pré-natal do parceiro, componente esse que apresentou nenhum registro completo. A assistência pré-natal, até pouco tempo atrás, apresentava como foco somente a mãe e o conceito. Atualmente, a estratégia pré-natal do parceiro tem incentivado a inserção e o envolvimento do homem nesse contexto, especialmente com o objetivo de prepara-lo para uma paternidade ativa e consciente, compartilhando com a mulher

os cuidados com o filho. Além disso, essa estratégia objetiva a detecção precoce de doenças, a atualização vacinal e o estímulo à participação do homem em atividades educativas (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2018).

Dessa forma, o pré-natal do parceiro pode constituir uma importante “porta de entrada positiva” para os homens nos serviços de saúde. Isso advém da constatação de que geralmente os homens acessam o sistema por meio da atenção especializada, quando o problema de saúde já se encontra instalado e evoluindo de forma insatisfatória, aumentando os agravos da morbidade para essa população, ocasionando maior sofrimento, menor probabilidade de resolução e maior ônus para o sistema (BRASIL, 2016b).

A inserção de um espaço para o pré-natal do parceiro na caderneta da gestante constituiu uma importante medida para o estímulo à sua realização. No entanto, a constatação dos baixos níveis de preenchimento desse espaço sugere uma incipiente utilização dessa estratégia. A literatura refere que, por mais simples que pareça estender a assistência pré-natal ao parceiro, os serviços de saúde ainda encontram dificuldades nessa inserção. Em alguns casos, a conscientização profissional e a sensibilização das gestantes e parceiros ainda se fazem necessárias (CARDOSO et al., 2018).

Por outro lado, dentre os principais motivos para a ausência do parceiro no acompanhamento pré-natal está a falta de tempo, em virtude do trabalho, e ainda inexistem estratégias para superar essa dificuldade. Sendo assim, autores sugerem a promoção de espaços de diálogo e troca de experiências em horários que permitam a participação do parceiro e, ainda, a discussão acerca da importância de leis trabalhistas que possam garantir sua inclusão na rotina pré-natal, sem prejuízos para o trabalho, permitindo a emissão de atestado de acompanhante nesse período (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017; CARDOSO et al., 2018).

Os registros referentes à assinatura e categoria profissional permitiram verificar que a maioria das gestantes realizou consultas tanto com enfermeiros quanto com médicos. Estudo realizado com objetivo de avaliar a assistência pré-natal em outro município do nordeste verificou que o acompanhamento da maioria das participantes da pesquisa também foi realizado por enfermeiros e médicos. Diante disso, os autores destacaram a importância da realização do pré-natal com ambos os profissionais, tendo em vista cada um apresentar características específicas em suas consultas (PEIXOTO et al., 2011).

Em contrapartida, foi observado na presente pesquisa um relevante percentual de gestantes que realizaram acompanhamento somente com enfermeiros, sugerindo uma autonomia desses profissionais na assistência pré-natal. Semelhantemente, outros estudos apontam para uma importante atuação e autonomia dos enfermeiros nesse contexto (FERRAZ; LIPPI; 2009; ARAÚJO et al., 2010; ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016). Ademais, cabe ressaltar que, de acordo com o Ministério da Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, o enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na atenção básica (BRASIL, 2012a).

Dentre as atribuições do enfermeiro nessa assistência estão o cadastramento da gestante no SISPRENATAL; o preenchimento do cartão da gestante em cada consulta; a realização de orientações e atividades educativas; a solicitação de exames complementares e prescrição de medicamentos conforme protocolos; a realização de testes rápidos; a identificação e encaminhamento de gestantes para o pré-natal de alto risco, entre outras atribuições (BRASIL, 2012a). Destaca-se, portanto, a importância da atuação do enfermeiro na efetivação dos procedimentos considerados essenciais para um adequado acompanhamento pré-natal, assim como no preenchimento e atualização dos registros na caderneta da gestante em todas as consultas.

No geral, o preenchimento das informações nas cadernetas analisadas foi ruim, semelhante a outros estudos de avaliação da completude dos registros (SANTOS NETO et al., 2012a; COÊLHO et al., 2015). Em Santa Cruz, município do Rio Grande do Norte, pesquisa verificou que 80,2% dos cartões analisados apresentaram grau de completude ruim, 12,3% apresentaram completude regular e 7,4% completude muito ruim. Além disso, nenhum cartão foi classificado como excelente ou bom, similar ao observado na presente pesquisa (COÊLHO et al., 2015).

Esses resultados demonstram uma subutilização da caderneta da gestante, o que pode resultar em prejuízos para o acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal, dificultando a análise da evolução da gravidez e a intercomunicação entre os profissionais que prestam assistência a essa mulher. Além disso, partindo do pressuposto de Donabedian (1988) de que a qualidade dos registros efetuados pode ser um reflexo da qualidade da assistência, os resultados

encontrados denotam que a qualidade da atenção pré-natal ainda precisa ser melhorada.

Contudo, ainda existe a interrogação se a lacuna está na assistência ou nos registros, tendo em vista que alguns procedimentos podem estar sendo realizados e não registrados, o que indica a necessidade de conscientização dos profissionais de saúde para a valorização desse instrumento. Ademais, a ausência do registro de algumas informações que aparentemente podem ser facilmente obtidas conduz ao questionamento dos motivos que ocasionam a omissão dessas informações na caderneta.

7.3 Adequação às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde

A assistência pré-natal é considerada um fator essencial na proteção e prevenção de eventos adversos relativos tanto à mãe quanto ao bebê, possibilitando a identificação e intervenções precoces sobre possíveis fatores de risco. Sendo assim, a não realização ou a realização inadequada dessa assistência pode ocasionar prejuízos para a saúde materno-infantil, estando relacionada a maiores índices de morbimortalidade (BRASIL, 2012a; BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012; LANSKY et al., 2014).

Há décadas, vários índices têm sido propostos no intuito de avaliar a adequação da assistência pré-natal, dentre os quais estão o índice de Kessner e o *Adequacy Prenatal Care Utilization Index* (APNCUI), proposto por Kotelchuck (KOTELCHUCK, 1994; NUNES et al., 2016). Os índices de avaliação da adequação utilizavam como parâmetros, principalmente, o número de consultas e o mês de início do pré-natal. Entretanto, inexistente consenso referente ao número ideal de consultas, visto que um número reduzido realizado de maneira qualificada, com ênfase para o conteúdo de cada uma delas, pode ser tão eficaz quanto a realização de um maior número (BRASIL, 2012a; NUNES et al., 2016).

Diante disso, além desses índices, autores brasileiros têm realizado avaliações da adequação pré-natal utilizando parâmetros preconizados pelo PHPN e/ou pela estratégia Rede Cegonha, considerando não somente dados quantitativos, mas também informações qualitativas dessa assistência, tais como procedimentos básicos, exames complementares, imunização e atividades educativas (MARTINELLI et al., 2014; RUSCHI et al., 2018). Estudo de revisão verificou que,

quando autores incluíram em sua análise o conteúdo qualitativo das consultas, foi observado aumento dos níveis de inadequação. Assim, inferiu que os conteúdos qualitativos são componentes fundamentais para uma adequada assistência e constituem importantes parâmetros de avaliação (NUNES et al., 2016).

Pesquisa nacional realizada com objetivo de descrever indicadores de qualidade da atenção pré-natal no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com base em protocolo do Ministério da Saúde para o pré-natal de baixo risco, constatou que somente 15% das entrevistadas receberam assistência pré-natal adequada, considerando todos os critérios analisados (número de consultas, exame físico, situação vacinal, prescrição de sulfato ferroso, orientações e exames complementares) (TOMASI et al., 2017).

No município de São Luís, estudos foram realizados no intuito de verificar a adequação da atenção pré-natal e fatores associados à sua inadequação, utilizando diferentes abordagens (COIMBRA et al., 2003; COIMBRA et al., 2007; BERNARDES et al., 2014; GOUDARD et al., 2016). Em 2003, por exemplo, a adequação do uso da assistência pré-natal foi analisada pelo índice de Kotelchuck e por um novo índice proposto pelos autores. No entanto, esse novo índice também levou em consideração somente o número de consultas e o mês de início, baseado no calendário mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde. Os resultados mostraram uma inadequação de 49,2% pelo índice de Kotelchuck e de 24,5% pelo índice proposto (COIMBRA et al., 2003).

Pesquisa mais recente realizada no mesmo município utilizou, por sua vez, critérios do PHPN para analisar o conteúdo da assistência, incluindo o início precoce, o número mínimo de consultas, os exames laboratoriais básicos, a vacinação antitetânica e os procedimentos obstétricos. A taxa de inadequação encontrada foi de 60,2%. De modo geral, os autores concluíram que os critérios preconizados pelo PHPN não foram incorporados à prática clínica no município e incentivaram a realização de outras pesquisas que avaliem o conteúdo da assistência (GOUDARD et al., 2016).

Esses autores destacaram, ainda, a vantagem em utilizar um indicador que objetivou enxergar a atenção pré-natal para além da quantidade de consultas, resultando em uma visão mais abrangente do uso da assistência, semelhante ao pretendido no presente estudo ao analisar parâmetros preconizados pela Rede Cegonha. Ademais, os autores mostraram a possibilidade de ocorrência de viés

recordatório em pesquisas que realizam coleta de dados por meio de entrevistas, sugerindo como alternativa a realização de estudos por meio dos registros em prontuário e/ou cartão da gestante (GOUDARD et al., 2016).

Considerando os registros da caderneta da gestante, esta pesquisa utilizou critérios referentes ao número de consultas, início precoce, realização de exames laboratoriais e imunização. Os resultados mostraram adequação variando de 61,0% a 94,3%, correspondendo ao exame de urocultura e ao exame de glicemia em jejum, respectivamente. Além do exame de urocultura, os critérios início precoce e vacinação dTpa apresentaram os maiores níveis de inadequação.

Estudos acerca do exame de urocultura durante o acompanhamento pré-natal são escassos e o resultado aqui encontrado demonstra que a realização desse exame pode estar sendo negligenciada em São Luís. Segundo o Ministério da Saúde (2012a), o exame de urocultura deve ser oferecido de rotina no primeiro e terceiro trimestres com a finalidade de rastreamento da bacteriúria assintomática, tendo em vista que, em grande parte das vezes, o sedimento urinário é normal. Quando não diagnosticada e tratada, a bacteriúria assintomática pode progredir para sintomática e evoluir para pielonefrite. Sendo assim, ressalta-se a importância da realização desse exame por todas as gestantes, conforme preconizado (BRASIL, 2012a).

O início precoce do acompanhamento pré-natal é fundamental para uma adequada assistência, sendo utilizado como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos (BRASIL, 2012a). Estudo de abrangência nacional mostrou que 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 16^a semana de gestação e verificou que a proporção de mulheres com início precoce foi menor em residentes nas regiões Norte e Nordeste, em mulheres com menor escolaridade, sem companheiro, com maior número de gestações anteriores, que não almejavam engravidar, insatisfeitas com a gestação atual e que tentaram interromper a gestação (VIELLAS et al., 2014).

Em São Luís, pesquisa de avaliação do conteúdo da assistência constatou que 82,1% das gestantes iniciaram o pré-natal precocemente, mas, apesar desse percentual, esse foi um dos itens com menores taxas de utilização (GOUDARD et al., 2016). De forma semelhante, o presente estudo identificou para esse item um dos menores níveis de adequação, o que indica a necessidade de estratégias de captação precoce das gestantes no município. Sendo assim, destaca-

se o papel das equipes da atenção básica, especialmente com a realização de visitas domiciliares para a identificação das gestantes, bem como a disponibilização de Teste Rápido de Gravidez na própria unidade de saúde, acelerando o processo de confirmação da gravidez e o início do pré-natal (BRASIL, 2012a).

Enquanto pesquisas de avaliação da atenção pré-natal por meio de entrevistas pode apresentar o viés recordatório, pesquisas por meio do cartão ou caderneta da gestante pode apresentar o viés da incompletude dos registros, como verificado neste e em outros estudos (DIAS; SILVA JUNIOR; BARROS, 2017; CRISTOFARO, 2017). Portanto, é necessária uma reflexão acerca das diferentes fontes de dados para a elaboração de estudos avaliativos, pois esses podem ser utilizados como ferramentas para o planejamento e execução de ações para melhoria da qualidade da assistência. Ressalta-se que a caderneta da gestante constitui um instrumento capaz de fornecer importantes informações, desde que adequadamente preenchida pelos profissionais de saúde.

8 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nesta pesquisa permitiram verificar que a maioria das cadernetas da gestante apresentaram registros legíveis, no entanto, incompletos. Constatou-se que foram priorizados os registros referentes ao nome da gestante, data de nascimento, dados quantitativos relacionados às gestações anteriores, data da última menstruação, data provável do parto e alguns exames complementares de rotina. Enquanto os registros mais ausentes foram relativos ao pré-natal do parceiro, visita à maternidade, consulta odontológica, número do SISPRENATAL, gráfico de acompanhamento nutricional e curva de altura uterina por idade gestacional, entre outros.

A avaliação da adequação do conteúdo registrado a parâmetros preconizados pela estratégia Rede Cegonha possibilitou verificar que a realização do exame de urocultura, o início precoce do pré-natal e a vacinação dTpa apresentaram maiores percentuais de inadequação, demonstrando um provável descumprimento de recomendações do Ministério da Saúde. No entanto, a avaliação da adequação por meio de registros pode propiciar um viés decorrente da incompletude dos mesmos, o que torna mais evidente a necessidade de valorização desses, considerando ser um instrumento capaz de proporcionar informações para avaliação da atenção pré-natal.

Em virtude da incompletude dos registros, o que indica negligências em relação à utilização da caderneta da gestante, torna-se basilar a realização de pesquisas que investiguem os fatores que podem estar influenciando essa subutilização, a fim de propiciar intervenções oportunas. O desconhecimento da finalidade e importância dessa ferramenta pelos profissionais de saúde e/ou a grande demanda por atendimento podem ser fatores predisponentes, sendo necessários estudos que corroborem essa proposição.

Ademais, sugere-se a realização de auditorias periódicas e a capacitação dos profissionais da assistência pré-natal, no intuito de promover conscientização para adequada utilização da caderneta, contribuindo para melhoria na qualidade dos registros, favorecendo a intercomunicação profissional e proporcionando subsídios para avaliação da qualidade da assistência. Somado a isso, cabe ressaltar a necessidade de conscientização das gestantes pelos profissionais da assistência

pré-natal quanto à importância de conservação da caderneta e de sempre levarem consigo esse instrumento ao longo da gestação, parto e puerpério.

Esta pesquisa apresentou limitação referente ao tamanho amostral, devido restringir-se a gestantes a partir da 30^a semana, o que dificultou o alcance de maior número de participantes. Sendo assim, acredita-se que para o alcance de amostra representativa em pesquisas de avaliação dos registros da caderneta da gestante, essas devem ser realizadas após o parto, com puérperas na maternidade, o que possibilitaria, ainda, uma avaliação dos registros de toda a assistência pré-natal.

Apesar dessa limitação, os resultados aqui encontrados oportunizam visibilidade à caderneta da gestante e podem instigar a realização de estudos afins. Além disso, vale ressaltar que esta pesquisa abrange conteúdos além do verificado em literatura correlata, a qual, em sua maioria, compreende a antiga versão - o cartão da gestante. Portanto, este estudo é um dos pioneiros no país em avaliar os registros na caderneta, abordando, além dos conteúdos outrora investigados, componentes igualmente significativos na atenção pré-natal, como a realização de atividades educativas, consulta odontológica, visita à maternidade e pré-natal do parceiro.

REFERÊNCIAS

ALVES, C.N. et al. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 265-271, abr-jun, 2015.

ANDRADE, F.M.; CASTRO, J.F.L.; SILVA, A.V. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 6, n. 3, p. 2377-2388, set-dez, 2016.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun, 2011.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, v. 3, n. 6, ago. 2011.

ARANTES, R.B. **Avaliação da assistência pré-natal**: em foco a estrutura e o processo assistencial [Dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso, 2014. 128f.

ARAÚJO, S.M. et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências**. v. 3, n. 2, p. 61-67, jul-dez, 2010.

BARRETO, F.D.F.P.; ALBUQUERQUE, R.M. Discrepância entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 34, n. 6, p. 259-267, 2012.

BARRETO, M.O. **O parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado na região nordeste** [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília/Faculdade de Ciências da Saúde, 2013. 66f.

BARROS, M.Q. **Assistência à gestante**. In: *Obstetrícia*. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1962.

BASSO, C.G.; NEVES, E.T.; SILVEIRA, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto Contexto Enferm.** v. 21, n. 2, p. 269-276, 2012.

BERNARDES, A.C.F. et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. **Assistência pré-natal**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 44p.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 62p.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 66p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 163p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 730, de 13 de maio de 2005**. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº. 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 444p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 228p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 300p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 19p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual da caderneta da gestante para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 176p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. **Nota Informativa. Assunto: Distribuição da Caderneta da Gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta da gestante**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do Pré-natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016b. 55p.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta da gestante**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRITO, C.N.O. **Gravidez não pretendida e sua associação com depressão pós-parto entre mulheres atendidas no pré-natal pela estratégia de saúde da família no Recife-PE** [Dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2013. 98f.

BROOK, R.H.; LOHR, K.N. On the study of quality of care. **Health Services Research**, v.16, n.2, p.236-237, 1981.

BRUIN-KOOISTRA, M. et al. Finding the right indicators for assessing quality midwifery care. **International Journal for Quality in Health Care**, v.24, n.3, p.301–310, 2012.

CAMPOS, J.J.B. et al. Cartão da gestante: uma análise sob o ponto de vista dos médicos do município de Londrina. **Semina: Ci. Biológicas/Saúde**, v. 17, n. 2, p. 149-157, jun. 1996.

CARDOSO, V.E.P.S et al. A participação do parceiro na rotina pré-natal sob a perspectiva da mulher gestante. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 10, n. 3, p. 856-862, jul-set, 2018.

CARRILHO, J.M. **Avaliação dos dados do cartão de pré-natal e registro da rotina prevista na assistência pré-natal de baixo risco em uma coorte de gestantes em Belo Horizonte** [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. 84f.

CARVALHO, G.M. et al. Análise dos registros nos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. **REME - Rev. Min. Enf**, v. 8, n. 4, p. 449-454, out/dez, 2004.

CLAP. Centro Latino-Americano de Perinatologia. **Sistema informático perinatal (SIP): história clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos**. CLAP/SMR: Boletim de CLAP; 2010.

COÊLHO, T.T.G. et al. Avaliação do grau de completude do cartão da gestante de puérperas atendidas em um hospital universitário. **R bras ci Saúde**, v. 19, n. 2, p. 117-122, 2015.

COIMBRA, L.C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**. v. 37, n. 4, p. 456-462, 2003.

_____. et al. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. **Braz J Med Biol Res**. v. 40, n. 9, p. 1195-1202, 2007.

CORRÊA, M.D. et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 24-32, 2014.

COSTA, F.J.L.S. et al. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva da integralidade. **J. res.: fundam. care. online**, v. 8, n. 2, p. 4563-4586, abr-jun, 2016.

COSTA, G.R.C. et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Rev Bras Enferm**. v. 63, n. 6, p. 1005-1009, 2010.

COUTINHO, T. et al. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **RGO**, v. 25, n. 10, 2003.

_____. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 32, n. 11, p. 563-569, 2010.

CRISTOFARO, M.A.G. **Avaliação da assistência pré-natal à luz do cartão da gestante** [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, 2017. 86f.

CRUZ, R.S.B.L.C.; CAMINHA, M.F.C.; BATISTA FILHO, M. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. **R bras ci Saúde** 18(1):87-94, 2014.

DIAS, C.L.O.; SILVA JUNIOR, R.F.; BARROS, S.M.O. Análise da qualidade da assistência pré-natal no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2279-2287, jun., 2017.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.59, n.1, p.84-88, 2006.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care - Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. **Science**, v.200, 1978.

_____. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**. v.260, n.12, p.1743-1748, 1988.

_____. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, v.18, p.356-360, 1992.

_____. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v.83, n.4, 2005.

FERRAZ, L.N.S.; LIPPI, U.G. A percepção das usuárias nas consultas médicas e de enfermagem durante o pré-natal no programa de saúde da família. **Saúde Coletiva**. v. 6, n. 36, p. 308-311, 2009.

FRENK, J. Perspectives. **Bull World Health Organ**, v.78, n.6, p.857, 2000.

GABRYSCH, S.; CAMPBELL, O.M. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2009;9:34.

GIPSON, J.D; KOENIG, M.A.; HINDIN, M.J. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. **Stud Fam Plann**, v. 39, p. 18-38, 2008.

GONÇALVES, R.L. **Práticas de integralidade: acolhimento e vínculo no cuidado prestado a gestante** [Dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, 2009. 87f.

GOUDARD, M.J.F. et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1227-1238, 2016.

HARTZ, Z.M.A. org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.

HENZ, G.S.; MEDEIROS, C.R.G.; SALVADORI, M. A inclusão paterna durante o pré-natal. **Rev Enferm Atenção Saúde** [Online]. v. 6, n. 1, p. 52-66, jan-jun, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IPEA; SPI/MP. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: IPEA, SPI, MP, 2014. 208 p.

KOTELCHUCK, M. Evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. **Am J Public Health**. v. 84, p. 1411-1414, 1994.

LANGER, A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. **Rev Panam Salud Pública**, v. 11, p. 192-203, 2002.

LANSKY, S. et al. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saude Publica**. v. 30, supl 1, S192-207, 2014.

LEAL, M.C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 33, sup 1, 2017.

LIMA, R.A.; SARDINHA, A.H.L.; MARQUES, A.L.G. et al. **Mapeamento da Rede de Atenção à Pessoa Idosa: guia de informações e orientações úteis**. São Luís: EDUFMA, 2018. 44p.

MARCON, S.S. **Assistência pré-natal: um estudo etnográfico**. 1990. 272p. Tese (Livre-Docência de Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

MARTINELLI, K.G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MELLER, F.O.; SCHAFER, A.A. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 9, p. 3829-3835, 2011.

MONTEIRO, V.S.J. **Qualidade da informação na atenção ao pré-natal pelas equipes de Saúde da Família de uma área programática do município do Rio de Janeiro** [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2015. 96f.

MORAIS, M.M. **Avaliação da atenção pré-natal da Estratégia Saúde da Família no município de Santa Helena de Goiás** [Dissertação]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2013. 149f.

MOTTA, F.C.P. A teoria geral dos sistemas na teoria das organizações. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v.11, n.1, p.17-33, 1971.

NAÇÕES UNIDAS. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais do Secretariado das Nações Unidas. **Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015**. New York: United Nations, 2015.

NEME, B. **Assistência Pré-natal**. In: Obstetrícia Básica. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.5, p.547-59, 2000.

NUNES, J.T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

OLIVEIRA, C.R.T. **Avaliação da qualidade da atenção pré-natal em 13 unidades da Estratégia Saúde da Família no município de Juazeiro do Norte – CE** [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2014. 104f.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe**. OPAS/OMS; UNICEF; UNFPA: Washington, 2018.

PEDROSA, I.C.F. **A infraestrutura de unidades básicas de saúde do município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, 2011.

PEIXOTO, C.R. et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para a reorganização da atenção obstétrica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 286-291, abr-jun, 2011.

PEIXOTO, S. **Manual de Assistência Pré-natal**. 2.ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: PNUD, 2015. 291p.

POLGLIANI, R.B.S.; SANTOS NETO, E.T.; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestante e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 36, n. 6, p. 269-275, 2014.

PORTELA, M.C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 259-269.

PRIETSCH, S.O.M. et al. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1906-1916, out, 2011.

RASSY, M.E.C. **A perspectiva da qualidade na assistência pré-natal: uma contribuição da enfermagem a luz de Avedis Donabedian**. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

REIS, E.J.F.B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, mar. 1990.

ROCHA, B.C.C. et al. Cobertura vacinal e fatores associados em puérperas de município paulista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2287-2292, 2016.

RODRIGUES, I.R. et al. Elementos constituintes da consulta de enfermagem no pré-natal na ótica das gestantes. **Rev Rene**, v. 17, n. 6, p. 774-781, nov-dez, 2016.

ROMERO, D.E.; CUNHA, C.B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 673-684, mar, 2006.

_____. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 701-714, mar, 2007.

RUSCHI, G.E.C. et al. Determinantes da qualidade do pré-natal na Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 131-139, 2018.

SANCHO, L.G; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.765-774, 2012.

SANINE, P.R. **Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades básicas de saúde no Estado de São Paulo**. Dissertação [Mestrado]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, 2014.

SANTOS NETO, E.T. **Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil** [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2012. 155f.

SANTOS NETO, E.T. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1650-1662, set, 2012a.

_____. et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 256-266, fev, 2012b.

SANTOS, T.M.M.G.; ABREU, A.P.S.B.; CAMPOS, T.G. Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, supl. 7, p. 2939-2945, jul., 2017.

SEMUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Distritos**. São Luís: SEMUS, 2017.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set-out, 2004.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-525, Aug. 2004.

SILVA, G.M. Câmara Municipal de Manaus. Gabinete do Vereador Coronel Gilvandro Mota. **Projeto de Lei. Cria a Caderneta Digital da Gestante - CDG na cidade de Manaus e dá outras providências**. Manaus: Câmara Municipal de Manaus, 2018.

SILVA, J.R. et al. Indicadores da Qualidade da Assistência Pré-Natal de Alto-Risco em uma Maternidade Pública. **R bras ci Saúde**, João Pessoa, v. 22, n. 2, p. 109-116, 2018.

SILVA, M.B. **A adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas - TO 2009**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília - UnB, Brasília, 2010.

SILVA, M.Z.N.; ANDRADE, A.B.; BOSI, M.L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, out-dez, 2014.

SOARES, C.B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014.

SOUZA, P.C.; SCATENA, J.H.G. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do *mix* público-privado do sistema único de saúde no estado de Mato grosso: um estudo multicaso. **RAS**, v. 15, n. 59, abr-jun, 2013.

SOUZA, V.B.; ROECKER, S.; MARCON, S.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet] v. 13, n. 2, p. 199-210, abr-jun, 2011.

TEDESCO, J.J.A. **Pré-Natal**. In: FEBRASGO. Tratado de obstetrícia. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. Cap. 6, p. 143-158.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**. v. 33, n. 3, e00195815, 2017.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância 2011. Adolescência: uma fase de oportunidades**. UNICEF: New York, 2011.

VIELLAS, E.F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.

ZANCHI, M. et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 1019-1028, mai, 2013.

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados**1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE****Nº. do instrumento:** _____

1. Nome da Unidade de Saúde:
2. Tipo de Unidade de Saúde:

2. CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE**Características socioeconômicas e demográficas**

3. Idade:	
4. Estado civil: 1. Casada 2. União estável 3. Solteira 4. Viúva 5. Divorciada/separada	
5. Raça/cor: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	
6. Bairro de residência:	
7. Renda familiar: 1. Ausência de renda 2. Menos de 1 salário mínimo 3. De 1 a 2 salários mínimos 4. Mais de 2 salários mínimos	
8. Escolaridade: 1. Analfabeta 2. Ensino Fund. Incomp. 3. Ensino Fund. Comp. 4. Ensino Médio Incomp. 5. Ensino Médio Comp. 6. Ensino Super. Incomp. 7. Ensino Super. Comp.	
9. Ocupação:	

Características Obstétricas (utilizar a sigla NA para Não se Aplica)

10. Número de gestações:	
11. Número de partos:	
12. Número de abortos:	
13. Número de partos normais:	
14. Número de cesarianas:	
15. Número de nascidos vivos:	
16. Número de nascidos mortos:	

17. Realizou pré-natal na ultima gestação? 1. Sim 2. Não	
18. Realizou consulta com enfermeiro? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe/não lembra	

3. AUDITORIA DOS REGISTROS DA CADERNETA DA GESTANTE

Versão da caderneta da gestante: Edição: _____ Ano: _____

(utilizar “0” quando a informação não constar na versão da caderneta)

Há registro quanto à (ao):	
19. Unidade de saúde do pré-natal? 1. Sim 2. Não	
20. Serviço de saúde indicado para o parto? 1. Sim 2. Não	
21. Número do cartão do SUS? 1. Sim 2. Não	
22. Número Sis prenatal*? 1. Sim 2. Não	
23. Número do NIS**? 1. Sim 2. Não	
24. Nome? 1. Sim 2. Não	
25. Como gosta de ser chamada? 1. Sim 2. Não	
26. Nome do companheiro? 1. Sim 2. Não	
27. Data de nascimento? 1. Sim 2. Não	
28. Idade? 1. Sim 2. Não	
29. Raça? 1. Sim 2. Não	
30. Trabalho fora de casa? 1. Sim 2. Não	
31. Ocupação? 1. Sim 2. Não	
32. Endereço? 1. Sim 2. Não	
33. Ponto de referência? 1. Sim 2. Não	
34. Cidade? 1. Sim 2. Não	
35. Estado? 1. Sim 2. Não	
36. CEP? 1. Sim 2. Não	

37. Telefone? 1. Sim 2. Não	
38. E-mail? 1. Sim 2. Não	
39. Contato para situação de emergência? 1. Sim 2. Não	
40. Instrução? 1. Sim 2. Não	
41. Peso anterior? 1. Sim 2. Não	
42. Altura? 1. Sim 2. Não	
43. Estado civil/união? 1. Sim 2. Não	
44. Data da Última Menstruação? 1. Sim 2. Não	
45. Data Provável do Parto? 1. Sim 2. Não	
46. Tipo de gravidez? 1. Sim 2. Não	
47. Classificação de risco gestacional? 1. Sim 2. Não	
48. Gravidez planejada? 1. Sim 2. Não	
49. Gráfico de acompanhamento nutricional? 1. Sim 2. Não Em quantas consultas o gráfico de acompanhamento nutricional foi preenchido? _____	
50. Curva de altura uterina/idade gestacional? 1. Sim 2. Não Em quantas consultas a curva de altura uterina/idade gestacional foi preenchida? _____	
51. Exame ABO-RH? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
52. Exame Glicemia de Jejum? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
53. Exame Sífilis (teste rápido)? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
54. Exame VDRL? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
55. Exame HIV/Anti-HIV (teste rápido)? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
56. Exame Hepatite B - HBsAg? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
57. Exame Toxoplasmose? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
58. Exame Hemoglobina/Hematócrito? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
59. Exame Urina-EAS? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
60. Exame Urina-cultura? 1. Sim 2. Não	

Quantos? _____	
61. Exame Coombs indireto? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
62. Exame Eletroforese de Hemoglobina? 1. Sim 2. Não	
63. Tratamento para Sífilis**? 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	
64. Suplementação de sulfato ferroso? 1. Sim 2. Não	
65. Suplementação de ácido fólico? 1. Sim 2. Não	
66. Ultrassonografia? 1. Sim 2. Não Quantas? _____	
67. Antecedentes familiares? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
68. Gestações? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
69. Antecedentes clínicos obstétricos? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
70. Gestação atual? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
71. Vacina Antitetânica? 1. Sim 2. Não Transcrever as informações: () Sem informação de imunização () Imunizada há menos de 5 anos () Imunizada há mais de 5 anos () Registro de 1ª dose () Registro de 2ª dose () Registro de 3ª dose () Registro de reforço	
72. Vacina Hepatite B? 1. Sim 2. Não Transcrever as informações: () Registro de imunizada () Registro de 1ª dose () Registro de 2ª dose () Registro de 3ª dose	
73. Vacina Influenza? 1. Sim 2. Não	
74. Vacina dTpa**? 1. Sim 2. Não	
Extrair informações abaixo a partir dos registros na caderneta da gestante***	

75. Número de consultas realizadas: _____	
76. Número de consultas no primeiro trimestre (até a 13 ^a semana): _____	
77. Número de consultas no segundo trimestre (entre a 14 ^a e a 26 ^a semana): _____	
78. Número de consultas no terceiro trimestre (a partir da 27 ^a semana): _____	
79. Idade gestacional na primeira consulta: _____	
80. Idade gestacional na última consulta: _____	
81. Número de registros de queixa: _____	
82. Número de registros da idade gestacional: _____	
83. Número de registros do peso: _____	
84. Número de registros do IMC: _____	
85. Número de registros de edema: _____	
86. Número de registros da pressão arterial: _____	
87. Número de registros da altura uterina Quantidade esperada (Contar a partir de 12 semanas): _____ Quantidade registrada: _____	
88. Número de registros da apresentação Quantidade esperada (Contar a partir de 28 semanas): _____ Quantidade registrada: _____	
89. Número de registros do BCF Quantidade esperada (Contar a partir de 20 semanas): _____ Quantidade registrada: _____	
90. Número de registros do movimento fetal Quantidade esperada (Contar a partir de 20 semanas): _____ Quantidade registrada: _____	

91. Número de registros de observação, diagnóstico e conduta: _____	
92. Nos registros das consultas há assinatura e categoria profissional? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
93. Quantos sem assinatura do profissional? _____	
94. Quantos sem categoria profissional? _____	
95. Número de consultas realizadas por enfermeiro: _____	
96. Número de consultas realizadas por médico: _____	
Há registro quanto à (ao):	
97. Participação em atividades educativas? 1. Sim 2. Não	
98. Visita à maternidade? 1. Sim 2. Não	
99. Consulta odontológica? 1. Sim 2. Não	
100. Agendamento de consultas***? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
101. Pré-natal do parceiro**? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
Legibilidade dos registros	
102. Os registros são legíveis? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	

* Item ausente na edição de 2018

** Item ausente na edição de 2014

*** Coletar dados após a consulta realizada no dia da coleta de dados

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da pesquisa: **Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luís - MA**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “**Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luís - MA**”, que tem por objetivo principal avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes de risco habitual nas Unidades de Saúde em São Luís, Maranhão.

Sua participação consistirá em responder às perguntas feitas pelas pesquisadoras e, em seguida, informações serão coletadas da sua caderneta da gestante. Posteriormente, essas informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas em revistas científicas da área da saúde, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas, desde a coleta até a divulgação do estudo. Você não será identificada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. Você pode tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e estará livre para aceitar ou recusar-se a participar. Se desistir de participar, poderá retirar seu consentimento e interromper a sua participação a qualquer momento.

Sua participação não representará risco às suas dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. Desconfortos provenientes dos questionamentos da entrevista podem ocorrer, o qual se justifica pelo benefício que este estudo trará para você e para outras mulheres. Se houver desconforto e assim desejar, a entrevista poderá ser suspensa.

Caso você concorde em participar, assine o presente documento, nas duas vias de igual teor. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada em um local seguro pela pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entre em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca, pelos telefones: (98) 3272-9706 ou (98) 99907-3147 e pelo e-mail: lenabarrosf@gmail.com. Havendo questões éticas relativas a esta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, pelo telefone (98) 2109-1250.

Li este Termo de Consentimento e fui informada sobre a pesquisa “**Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luís - MA**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Concordo em participar da pesquisa.

São Luís, ____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador (a)

Nome completo da participante da pesquisa

Assinatura (ou digital) da participante da pesquisa ou de seu representante legal

APÊNDICE C - Termo de Assentimento

Você está sendo convidada a participar da pesquisa com o título **“Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luís - MA”**, que tem o objetivo principal de avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes de baixo risco nas Unidades de Saúde em São Luís, Maranhão.

Sua participação será responder às perguntas feitas pelas pesquisadoras e, em seguida, informações serão coletadas da sua caderneta da gestante. Depois, essas informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas em revistas científicas da área da saúde, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas, desde a coleta até a divulgação do estudo. Você não será identificada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. Você pode tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e estará livre para aceitar ou recusar participar. Se desistir de participar, poderá retirar seu consentimento e interromper a sua participação a qualquer momento.

Sua participação não representará risco às suas dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. Desconfortos provenientes dos questionamentos da entrevista podem ocorrer, o qual se justifica pelo benefício que este estudo trará para você e para outras mulheres. Se houver desconforto e assim desejar, a entrevista poderá ser suspensa.

Caso você concorde em participar, assine o presente documento, nas duas vias que são iguais. Uma cópia ficará com você e a outra será arquivada em um local seguro pela pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entre em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca, pelos telefones: (98) 3272-9706 ou (98) 99907-3147 e pelo e-mail: lenabarrosf@gmail.com. Havendo questões éticas relativas a esta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, pelo telefone (98) 2109-1250.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, aceito participar da pesquisa **“Retratando a Assistência do Pré-Natal em São Luís - MA”**.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar furioso.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

São Luís, ____ de _____ de _____.

Assinatura da menor

Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXO A – Modelo da caderneta da gestante padronizado pelo Ministério da Saúde



Toda mulher tem direito ao atendimento na gravidez, no parto e após o parto e pode contar com a **Rede Cegonha**, uma ação de saúde do SUS que fortalece os direitos das mulheres e das crianças.

O Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, elaborou esta Caderneta da Gestante pensando em você, que vive um dos momentos mais intensos de sua vida. Aqui você vai encontrar vários assuntos:

- seus direitos antes e depois do parto;
- o cartão de consultas e exames, com espaço para você anotar suas dúvidas;
- dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta;
- informações e orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do bebê, alguns cuidados de saúde, o parto e o pós-parto;
- informações e orientações sobre amamentação;
- como tirar a Certidão de Nascimento de seu filho.

O profissional de saúde anotarà nesta caderneta todos os dados de seu pré-natal e registrará as consultas, os exames, as vacinas e o que for importante para um bom acompanhamento do pré-natal.

Aqui tem também espaço para você anotar suas sensações e seus sentimentos, coisas que queira dizer para seu bebê, e colar fotografias.

Um pré-natal bem acompanhado resultará em mais saúde para você e seu bebê. Guarde esta caderneta com carinho e cuidado e carregue-a sempre com você. Ela será uma grande amiga e conselheira.

Unidade de Saúde do pré-natal: _____

Serviço de saúde indicado para o parto: _____

Identificação

Número do cartão SUS

Número Sisprenatal

Número do NIS

cole aqui
a sua foto

Nome: _____

Como gosta de ser chamada: _____

Nome do(a) companheiro(a) /opcional: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Trabalha fora de casa: () Sim () Não

Ocupação: _____

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

Tel. fixo: _____ Tel. celular: _____

e-mail: _____

Em situação de emergência, ligar para:

Nome: _____

Telefone: _____

☐ Companheiro(a) ☐ Familiar ☐ Amigo(o) ☐ Outros

Caso eu perca esta caderneta e você a encontre,
por favor me telefone. Ela é muito importante para mim e para meu bebê.

Nome: _____		Idade: _____ anos	
Como gosta de ser chamada: _____		Idade: ☐ <15 anos ☒ >35 anos	
Instrução: ☒ Nenhuma ☐ Fundamental ☐ Médio ☐ Superior		Estado civil/união: ☐ Casada ☒ Solteira	
Peso anterior: _____	Altura cm: _____	Estado: ☐ Estável ☒ Outro	

DUM: / /	Tipo de gravidez: ☐ Única ☒ Gemelar ☐ Tripla ou mais ☐ Ignorada	Risco habitual: ☐ ☒
DPP: / /	Gravidez: ☐ Alto risco ☒	Gravidez planejada: NÃO ☒ SIM ☐
DPP eco: / /		

Gráfico de acompanhamento nutricional

IMC

Semanas de gestação

BP Baixo peso A Adequado S Sobrepeso O Obesa

Curva de altura uterina / idade gestacional

Semanas de gestação

P 90 P 10

Exames	Data	Resultado
ABO-RH		
Glicemia de Jejum		
Teste Oral de Tolerância à Glicose		
Sífilis (teste rápido)		
VDRL		
HIV/Anti HIV (teste rápido)		
Hepatite B - HBsAg		
Toxoplasmose		
Hemoglobina Hematócrito		
Urina-EAS		
Urina-Cultura		
Coombs Indireto		
Outro		
Outro		
Outro		

Eletroforese de Hemoglobina	Data	Resultado
Padrão ☐ AA		
Heterozigose ☐ AS		
Outros ☐ AC		
Homozigose ☐ SS		
Outros ☐ SC		

Tratamento para Sífilis

1ª dose ☐ / / 2ª dose ☐ / / 3ª dose ☐ / /

Malária Semente para gestantes da Região Amazônica.

Hag. Pos. ☐ / ☐ / ☐ / ☐ / ☐ / ☐ / ☐ / ☐ /

Suplementação Sulfato ferroso

SIM NÃO 1ª dose ☐ 2ª dose ☐ 3ª dose ☐ 4ª dose ☐ 5ª dose ☐ 6ª dose ☐ 7ª dose ☐ 8ª dose ☐ 9ª dose ☐

Suplementação Ácido fólico

SIM NÃO 1ª dose ☐ 2ª dose ☐ 3ª dose ☐ 4ª dose ☐ 5ª dose ☐ 6ª dose ☐ 7ª dose ☐ 8ª dose ☐ 9ª dose ☐

Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros
/ /						
/ /						
/ /						

Antecedentes familiares

NÃO SIM ☐ SIM ☒ Diabetes ☐ Hipertensão arterial ☐ Gemelar ☐ Outros ☐

Gestações

Gestas ☐ Abortos ☐ Parto vaginal ☐ Nascidos vivos ☐
 Ectópica ☐ 3 ou + abortos ☐ Parto ☐ Cesárea ☐ Nascidos mortos ☐
 Bebê <2.500g ☐ Bebê >4.500g ☐ Pré-eclâmpsia ☐ 2 cesáreas prévias ☐ Final da gestação anterior há 1 ano ☐

Antecedentes clínicos obstétricos

NÃO SIM ☐ SIM ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ Infecção urinária ☐ Tromboembolismo ☐ Cir. pélv. uterina ☐
 Infertilidade ☐ Hipertensão arterial ☐ Outras ☐ Cirurgia ☐
 Difícil amamentação ☐ Outras ☐

Gestação atual

NÃO SIM ☐ SIM ☐ Fumo (nº de cigarros) ☐ Anemia ☐ Hipertensão arterial ☐
 Álcool ☐ Inc. intocarcinal ☐ Pré-eclâmpsia/eclâmps. ☐
 Outras drogas ☐ Ameaça de parto premat. ☐ Cardiopatia ☐
 Violência doméstica ☐ Isoimunização Rh ☐ Diabetes gestacional ☐
 HIV/AIDS ☐ Oligo/polidrâmnio ☐ Uso de insulina ☐
 Sífilis ☐ Rót. prem. membrana ☐ Hemorragia 1º trim. ☐
 Toxoplasmose ☐ CÍUR ☐ Hemorragia 2º trim. ☐
 Infecção urinária ☐ Pós-datismo ☐ Hemorragia 3º trim. ☐
 Outros ☐ Febre ☐ Exantema/rash cutâneo ☐

Vacina antitetânica

Sem informação de imunização ☐
 Imunizada há menos de 5 anos ☐
 Imunizada há mais de 5 anos ☐

1ª dose / /
 2ª dose / /
 3ª dose / /
 Reforço / /

Hepatite B

Imunizada ☐

1ª dose / / 2ª dose (1 mês após a 1ª dose) / /
 3ª dose (6 meses após a 1ª dose) / /

Influenza

data / /

dTpa

data / /

[illegible]

Consulta odontológica

18 17 16 15 14 13 12 11


21 22 23 24 25 26 27 28


48 47 46 45 44 43 42 41


31 32 33 34 35 36 37 38


Legenda		
* – Mancha branca ativa	Ca – Lesão cavitada ativa	PF – Prótese fixa
O – Mancha branca inativa	CI – Lesão cavitada inativa	RE – Restauração estética
A – Ausente	E – Extraído	SP – Selamento provisório
Ae – Abração/erosão	H – Higido	T – Traumatismo
Am – Amálgama	M – Restauração metálica	X – Extração indicada

Presença de gengivite/periodontite NÃO ☐ SIM ☐ data / /

Plano de tratamento (por consulta):
RX odontológico: pode ser realizado no segundo trimestre, desde que a gestante utilize avental de chumbo.

Tratamento realizado (para o cirurgião dentista)			
Data	Dente	Procedimentos realizados	Ass. CD

Necessidade de encaminhamento para referência (para o cirurgião dentista)				
Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidado (contra-refer.)
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	

O parto está a cada dia mais perto!

Sugestões práticas

Você conseguiu organizar as roupas e as fraldas de que seu bebê vai precisar? Se tiver dificuldades com o enxoval, peça orientações na Unidade Básica de Saúde sobre locais de apoio para esse fim em seu município.

Peça a seu(sua) companheiro(a) ou alguém próximo de você para ajudá-la nas seguintes tarefas:

- Organizar documentos para levar no momento do parto e para entrar com a licença-maternidade.
- Fazer a lista de telefones úteis. Comprar mantimentos para quando vocês chegarem da maternidade.
- **Colocar na sacola o que vocês vão levar:**
 - roupas e fraldas para o bebê, roupas para você, absorventes, casaco ou manta para seu acompanhante durante a noite, produtos de higiene pessoal;
 - Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
 - esta caderneta e a **Caderneta de Saúde, se for adolescente;**
 - cartão do SUS, se possuir.
- Se você é estudante, já solicitou o atestado para o afastamento de suas atividades escolares?
- Se você tem outros filhos, quem ficará com eles enquanto estiver na maternidade?
- Você já escolheu quem será seu acompanhante?

● **Você já visitou a maternidade?**
 Conhecer a maternidade pode deixar você mais confiante e tranquila no momento do parto.

Sinais de alerta - procure o serviço de saúde se:

- a pressão estiver alta;
- sentir dores fortes de cabeça, com a visão embaralhada ou enxergando estrelinhas;
- o bebê parar de se mexer por mais de 12 horas;
- tiver sangramento ou perda de líquido (água) pela vagina;
- tiver um corrimento escuro (marrom ou preto);
- apresentar muito inchaço nos pés, nas pernas e no rosto, principalmente ao acordar;
- tiver dor ou ardor ao urinar;
- houver sangramento, mesmo sem dor;
- tiver contrações fortes, dolorosas e frequentes – se a bolsa das águas se romper antes de começarem as contrações, preste atenção na cor e no cheiro do líquido. Esta é uma informação importante para orientar os profissionais que vão atendê-la.
- Em caso de febre, dor de cabeça, dor no corpo, vermelhidão nos olhos ou manchas vermelhas na pele.

Tempo aproximado de gravidez

	meses	semanas		meses	semanas
1º trimestre	1º mês	4 semanas e meia	2º trimestre	4º mês	18 semanas
	2º mês	9 semanas		5º mês	22 semanas e meia
	3º mês	13 semanas e meia		6º mês	27 semanas e meia
3º trimestre			3º trimestre	7º mês	31 semanas e meia
				8º mês	36 semanas
				9º mês	40 semanas e meia

Compareça às últimas consultas!

Não existe alta do pré-natal; ele só acabará quando o bebê nascer. Mesmo após ser encaminhada para realizar pré-natal de alto risco em um serviço especializado, é importante que você seja acompanhada também pela equipe da Unidade Básica de Saúde que iniciou seu atendimento.

Agendamento das consultas do pré-natal

Escreva ao lado suas dúvidas para as próximas consultas.

1ª consulta	/ /	
	Data	
2ª consulta	/ /	
	Data	
3ª consulta	/ /	
	Data	
4ª consulta	/ /	
	Data	
5ª consulta	/ /	
	Data	
6ª consulta	/ /	
	Data	
7ª consulta	/ /	
	Data	
8ª consulta	/ /	
	Data	
9ª consulta	/ /	
	Data	
10ª consulta	/ /	
	Data	
11ª consulta	/ /	
	Data	
12ª consulta	/ /	
	Data	
13ª consulta	/ /	
	Data	
14ª consulta	/ /	
	Data	
Consulta Odontológica	/ /	
	Data	
Consulta Odontológica	/ /	
	Data	

Nome:

Como gosta de ser chamado:

Instrução: ☐ Nenhuma ☐ Fundam. ☐ Médio ☐ Superior

Idade: ☐ <15 anos ☐ 15-45 anos ☐ >45 anos

Pressão arterial:

Peso:

Altura cm:

IMC Índice de Massa Corporal:

Antecedentes familiares: ☐ NÃO ☐ SIM
Diabetes: ☐ ☐
Hipertensão arterial: ☐ ☐
Gemelar: ☐ ☐
Outros: ☐ ☐

O Pré-Natal do Parceiro

tem como objetivo preparar o homem para a paternidade ativa e consciente, assim como detectar precocemente doenças, atualizar a carteira vacinal e incentivar a participação em atividades educativas nos serviços de saúde.

A gestação é um momento importante tanto para a mulher quanto para o homem. São emoções intensas que se misturam, e você pode contar com sua equipe de saúde. Nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, os homens também têm o direito de cuidar de si ao mesmo tempo em que acompanham suas parceiras. Essa estratégia se chama Pré-Natal do Parceiro.

Converse com sua parceira, falem sobre suas emoções, o que esperam desta nova vida.

Troque ideias com outros pais que já viveram essa experiência e aproveite esse momento para se cuidar também!

Afinal, seu bebê precisa de você saudável!

Exames

Exames	Data	Resultado
ABO-RH		
Glicemia		
Sífilis (teste rápido)		
VDRL		
HIV/Anti-HIV (teste rápido)		
Hepatite C		
Hepatite B-HBsAg		
Hemograma		
Lipidograma		
Dosagem de Colesterol HDL		
Dosagem de Colesterol LDL		
Dosagem de Colesterol total		

Consulta odontológica

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

† - Mancha branca ativa

○ - Mancha branca inativa

A - Ausente

As - Abração/erosão

Am - Amálgama

Ca - Lesão cavitada ativa

CI - Lesão cavitada inativa

E - Extraído

H - Hígido

M - Restauração metálica

PF - Prótese fixa

RE - Restauração estética

SP - Solamento provisório

T - Traumatismo

X - Extração indicada

Tratamento para sífilis

1ª dose ☐ / / 2ª dose ☐ / / 3ª dose ☐ / /

Eletrforese de Hemoglobina

Padrão ☐ AA Heterozigose ☐ AS ☐ AC Outros ☐ Homozigose ☐ SS ☐ SC Outros ☐

Vacina antitetânica

Sem informação de imunização ☐

Imunizado há menos de 10 anos ☐

Imunizado há mais de 10 anos ☐

Informe

1ª dose / / 2ª dose / / 3ª dose / /

Reforço (a cada 10 anos) / /

Hepatite B

Imunizado ☐

Informe

1ª dose / / 2ª dose (1 mês após a 1ª dose) / / 3ª dose (6 meses após a 1ª dose) / /

Febre amarela

Informe

data / /

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão

UFMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO 										
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS-MA										
Pesquisador: Lena Maria Barros Fonsêca										
Área Temática:										
Versão: 2										
CAAE: 64544116.6.0000.5087										
Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 1.999.550										
 Apresentação do Projeto:										
Uma assistência pré-natal de qualidade deve prever consultas regulares, com início precoce, visando oferecer oportunidade para assegurar a saúde da futura mãe e de seu bebê. De acordo com o Ministério da Saúde, apesar da ampliação na cobertura pré-natal, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, a hipertensão arterial como causa mais frequente de morte materna no Brasil e uma grande parcela das gestantes inscritas no pré-natal não conseguem realizar as ações preconizadas pelo Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento (PHPN). Este estudo tem como objetivo avaliar a assistência pré-natal às gestantes de risco habitual, atendidas pelo Sistema Único de Saúde em São Luís, Maranhão. Trata-se de um estudo de natureza mista e descritiva. Terá como referencial a teoria de Donabedian. A pesquisa será realizada nos Centros de Saúde (CS)/ Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Mistas (UM) as Unidades de Saúde da Família (USF). Esta pesquisa será desenvolvida com gestantes que realizam pré-natal nas unidades selecionadas, profissionais médicos, enfermeiros e gestores vinculados as respectivas instituições, no município de São Luís. O tamanho amostral de 433 gestantes, 84 profissionais de saúde e população total de gestores. O processo de coleta de dados foi organizado em três etapas, fundamentada pela sistematização de Donabedian, que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado. As análises estatísticas serão realizadas nos										
<table border="0" style="width: 100%;"><tr><td colspan="2">Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho</td></tr><tr><td>Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética</td><td>CEP: 65.080-040</td></tr><tr><td>UF: MA</td><td>Município: SAO LUIS</td></tr><tr><td>Telefone: (98)3272-8708</td><td>Fax: (98)3272-8708</td></tr><tr><td colspan="2">E-mail: cepufma@ufma.br</td></tr></table>	Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho		Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética	CEP: 65.080-040	UF: MA	Município: SAO LUIS	Telefone: (98)3272-8708	Fax: (98)3272-8708	E-mail: cepufma@ufma.br	
Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho										
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética	CEP: 65.080-040									
UF: MA	Município: SAO LUIS									
Telefone: (98)3272-8708	Fax: (98)3272-8708									
E-mail: cepufma@ufma.br										

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 1.999.550

programas SPSS versão 12.0, com Intervalos de confiança de 95% e nível de significância estatística estabelecido para todas as análises de 5% ($p < 0,05$). A análise da entrevista aberta será realizado através técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. A pesquisa obedecerá às normas referidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a assistência pré-natal às gestantes de risco habitual, atendidas pelo Sistema Único de Saúde em São Luís, Maranhão.

Objetivo Secundário:

a) Analisar a estrutura das Unidades de Saúde (US) quanto a adequação para a assistência pré-natal;b) Compreender a assistência prestada pelos enfermeiros e médicos às gestantes de risco habitual;c) Conhecer as limitações do trabalho dos enfermeiros, médicos e gestores, assim como a qualificação destes para a assistência;d) Analisar a adequação das consultas de pré-natal quanto ao início do pré-natal, número de consultas realizadas, intervalo entre as consultas e procedimentos mínimos segundo a PHPN;e) Identificar a qualidade dos registros do atendimento pré-natal;f) Caracterizar os participantes quanto ao perfil socioeconômico e demográfico;g) Compreender a percepção das gestantes sobre a assistência pré-natal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação na entrevista não representará risco às suas dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato da pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre suas experiências cotidianas. Se houver qualquer desconforto, a entrevista

poderá ser suspensa.

Benefícios:

Este estudo trará para as gestantes melhor atendimento pré-natal e de qualidade, satisfazendo suas necessidades, reduzindo os índices de morbimortalidade perinatal, e aos profissionais acerca de incentivo para capacitação profissional e desenvolvimento de serviços favoráveis a todos os envolvidos na assistência pré-natal.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 1.999.550

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta elaborada com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_790300.pdf	23/03/2017 00:33:16		Aceito
Outros	RESPOSTAOPARECERPENDENTE2.docx	23/03/2017 00:32:20	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeassentimento.docx	23/03/2017 00:31:32	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/03/2017 00:31:08	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaook.pdf	23/03/2017 00:27:52	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pojetodoc.doc	23/03/2017 00:21:57	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pojetopdf.pdf	23/03/2017 00:21:04	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	13/12/2016 00:30:06	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	13/12/2016 00:20:20	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SÃO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 1.999.550

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 04 de Abril de 2017

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br