



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

CLEIDIANE CRISTINA SOUSA DA SILVA DE OLIVEIRA

PRÉ-NATAL: análise dos registros quanto a adequação dos conteúdos na caderneta da gestante de risco habitual

São Luís
2018

CLEIDIANE CRISTINA SOUSA DA SILVA DE OLIVEIRA

PRÉ-NATAL: análise dos registros quanto a adequação dos conteúdos na caderneta da gestante de risco habitual

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca

São Luís
2018

Sousa da Silva de Oliveira, Cleidiane Cristina.

PRÉ-NATAL : análise dos registros quanto a adequação dos conteúdos na caderneta da gestante de risco habitual / Cleidiane Cristina Sousa da Silva de Oliveira. - 2018. 64 p.

Orientador(a): Lena Maria Barros Fonseca.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2018.

1. Assistência pré-natal. 2. Consultas. 3. Gestantes. I. Barros Fonseca, Lena Maria. II. Título.

CLEIDIANE CRISTINA SOUSA DA SILVA DE OLIVEIRA

PRÉ-NATAL: análise dos registros quanto a adequação dos conteúdos na caderneta da gestante de risco habitual

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca (Orientadora)
Doutorado em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Claudia Teresa Frias Rios
Doutorado em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Ma. Paula Cristina Alves da Silva
Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e a minha família que sempre me apoiou e me incentivou.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me guiou e tudo que conquistei veio Dele, sem sua força não teria conseguido;

A Universidade Federal do Maranhão por me proporcionar os caminhos do conhecimento;

Ao Departamento de Enfermagem e a todos os mestres pelo ensinamento compartilhado, em especial à minha orientadora Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca pela paciência, estímulo e confiança durante esta trajetória;

As mulheres participantes da pesquisa, pela colaboração e disponibilidade em responder as questões da pesquisa;

A equipe da pesquisa Retratando Assistência do Pré-Natal em São Luís-MA pela contribuição e companheirismo durante a coleta de dados;

Aos meus pais, Maria Clemilda Sousa e José Raimundo Pereira da Silva, que sempre me apoiaram, me incentivaram e me ensinaram o valor do estudo, sendo minha principal motivação para a realização deste sonho;

Aos meus irmãos, que me ajudaram nos momentos de tristeza, desânimo e cansaço, em especial minha irmã Cristiane Cristina Sousa da Silva, que sempre me ouviu e me orientou durante essa caminhada;

Ao meu marido Nelson de Oliveira Júnior, pela paciência, dedicação e companheirismo, sabendo compreender meus momentos de impaciência;

A todos meus amigos de turma, em especial à Ana Cláudia Lisboa e Antonio Ericeira Neto, pela irmandade, por fazer meus dias mais alegres, pelo apoio e pelos conselhos valiosos;

Obrigada a todos que contribuíram direta ou indiretamente para essa conquista.

RESUMO

O período gestacional representa uma etapa de experiências singular e transitória na vida da mulher, proporcionando transformações fisiológicas, psicológicas, socioculturais e econômicas. A finalidade da atenção pré-natal é acolher a mulher durante toda gestação, com consultas regulares e de início precoce, visando oferecer oportunidade para assegurar a saúde da mulher e do feto. O objetivo desta pesquisa foi analisar a adequação da consulta de pré-natal a partir dos registros na caderneta da gestante de risco habitual. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado em três distritos sanitários do município de São Luís – MA, com 115 gestantes, com idade gestacional de 30 semanas ou mais, no período de maio de 2017 a maio de 2018. Os resultados obtidos demonstraram predomínio de gestantes na faixa etária de 25 a 29 anos (33,1%), ensino médio completo (64,3%), em união estável (53,9%), dona de casa (43,4%), com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (60%), primigesta (38,2%) e nulipara (48,7%). Foi observado início precoce da atenção pré-natal (66,1%) das gestantes, número adequado de consultas em (53%) e em relação aos procedimentos clínico e obstétricos, a idade gestacional (50,4%), o peso da gestante (50,4%) e a pressão arterial (49,6%), correspondem aos mais registradas nas cadernetas das gestantes. Constatou-se ainda altos percentuais referentes à falta de registros dos procedimentos, como batimentos cardíaco fetal em 59,1% e apresentação fetal em 84,3% das cadernetas. É de extrema importância que os profissionais que estão frente à assistência pré-natal, conheçam as particularidades socioeconômicas e obstétricas das gestantes para que cuidado seja ofertado de forma integral e ainda é indispensável o registro, na caderneta da gestante, de todas as condutas realizadas nas consultas para que as informações possam ser conhecidas por todos profissionais que prestam atenção pré-natal, retratando assim uma assistência adequada e de qualidade.

Palavras-chave: Assistência pré-natal; Gestantes; Consultas.

ABSTRACT

The gestational period represents a singular and transitory stage of experiences in the life of the woman, providing physiological, psychological, social, cultural and economic changes. The purpose of prenatal care is to accommodate women throughout pregnancy, with regular medical appointment and early beginning, in order to provide an opportunity to ensure the health of the woman and the fetus. The objective of this research was to analyze the adequacy of the prenatal consultation from the records in the book of habitual pregnant women. This is a descriptive study of a quantitative approach, carried out in three health districts in São Luís - MA, with 115 pregnant women, with gestational age of 30 weeks or more, from May 2017 to May 2018. The results showed a predominance of pregnant women in the age range from 25 to 29 years (33.1%), complete secondary education (64.3%), stable union (53.9%), housewife (43.4%), with family income of 1 to 2 minimum wages (60%), first pregnancy (38.2%) and who never had a baby before (48.7%). Was observed an early beginning of prenatal care (66.1%) of pregnant women, adequate amount of medical appointment in (53%) and in relation to clinical and obstetric procedures, the gestational age (50.4%), pregnant weight (50.4%) and blood pressure (49.6%), correspond to those most commonly found in pregnant women's books. There were also high percentages regarding the lack of procedure records, such as fetus heartbeat in 59.1% and fetal presentation in 84.3% of the books. It is extremely important that the professionals who are in the prenatal care, know the socioeconomic and obstetric particularities of the pregnant women so that care is offered in an integral way and it is still indispensable the registration, in the pregnant woman's book, of all the conducts performed in the medical appointment so that the information can be known by all professionals who provide prenatal care, thus portraying an adequate and quality care.

Keywords: Prenatal care; Pregnant women; Medical appointment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa da ilha de São Luís/MA.....	23
Figura 2	Mapa dos Distritos Sanitários do Município de São Luís/MA.....	23
Gráfico 1	Número de consultas pré-natal realizadas pelas gestantes de baixo risco em três distritos sanitários de São Luís- MA.....	30
Gráfico 2	Número de consultas pré-natal realizadas por trimestre de gestação.....	31
Gráfico 3	Número de consultas pré-natal realizadas por médico e enfermeiro.....	35
Gráfico 4	Idade gestacional na primeira consulta e número de consultas pré-natal.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil socioeconômico e demográfico de gestantes de risco habitual que realizaram consulta pré-natal em três distritos sanitários de São Luís- MA.....	28
Tabela 2	Perfil obstétrico de gestantes de risco habitual que realizaram consulta pré-natal em três distritos sanitários de São Luís-MA.....	29
Tabela 3	Idade gestacional de início do pré-natal das gestantes de risco habitual que realizaram consulta em três distritos sanitários de São Luís- MA.....	32
Tabela 4	Idade gestacional na última consulta pré-natal das gestantes de risco habitual atendidas em três distritos sanitários de São Luís-MA.....	32
Tabela 5	Registro dos procedimentos clinico-obstétricos realizados na consulta pré-natal das gestantes de risco habitual atendidas em três distritos sanitários de São Luís-MA	33
Tabela 6	Registros das assinaturas e categoria profissional na caderneta das gestantes de risco habitual atendidas em três distritos sanitários de São Luís- MA.....	35
Tabela 7	Procedimentos clinico-obstétrico de acordo com as consultas pré-natal por trimestre de gestação.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BCF	Batimentos Cardíofetais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NEPESM	Núcleo de Estudo Pesquisa e Educação em Saúde da Mulher
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SINASC	Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Justificativa	19
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo Geral	21
2.2 Objetivos Específicos	21
3 METODOLOGIA	22
3.1 Tipo de estudo	22
3.2 Local e período da pesquisa	22
3.3 Participantes da pesquisa	24
3.4 Estratégia para coleta de dados	25
3.5 Análise dos dados	25
3.6 Aspectos Éticos e Legais	26
4 RESULTADOS	27
5 DISCUSSÃO	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	51
ANEXOS	55

1 INTRODUÇÃO

O período gestacional representa uma etapa de experiências singular e transitória na vida da mulher, proporcionando transformações fisiológicas, psicológicas, socioculturais e econômicas. Durante essa fase é de suma importância prestar uma assistência pré-natal de qualidade, garantindo promoção de saúde, qualidade de vida e favorecendo um desfecho positivo deste período (CARVALHO, 2016).

Nesse aspecto a atenção pré-natal possibilita identificar e intervir precocemente em condições clínicas, sociodemográficas e fatores risco nas gestações favorecendo a prevenção de condições que poderiam afetar à saúde materna e fetal (GOUDARD et al., 2016).

A assistência ao pré-natal de qualidade está diretamente ligada aos resultados perinatais, quanto melhor o cuidado prestado, menores são as taxas de mortalidade materna e perinatal. Para garantir a qualidade do pré-natal é indispensável equipe de profissionais qualificados, recursos, sejam físicos ou laboratoriais e ainda rede hospitalar de referência (AMARAL et al., 2016).

O acesso a uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade é fundamental para a promoção da saúde materna e neonatal. O pré-natal é um momento oportuno para desenvolver ações educativas, permitindo a integração de profissionais e gestantes, visando reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal (SENA, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a finalidade da atenção pré-natal é acolher a mulher durante toda gestação, com consultas regulares e de início precoce, visando oferecer oportunidade para assegurar a saúde da mulher e do feto. Na atenção pré-natal as atividades e procedimentos desenvolvidos compreendem desde acolher a gestante e seu companheiro, esclarecendo dúvidas, repassando informações, além da realização de exame físico, atividade educativa individual ou em grupo até o encorajamento ao parto normal (BRASIL, 2005).

A consulta de pré-natal é de suma importância para o acompanhamento da gravidez e ainda é fundamental para a saúde da mulher e do concepto. Visando melhorar esse acompanhamento foi implantada a caderneta da gestante, para que os profissionais que prestam assistência pré-natal registrem todos os dados das

consultas e as informações clínicas da gestante (SOUZA et al., 2016).

Em 1984, o MS institui o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), dando início às mudanças das políticas voltadas para saúde da mulher, não apenas no período gestacional e sim em todos os ciclos da vida. Este incorporou como princípio e diretriz a integralidade e a equidade da atenção à saúde da mulher que incluía as ações educativas, preventivas, diagnósticas, tratamento e recuperação. Apesar do PAISM ter sido instituído anteriormente ao SUS a assistência pré-natal começa, de fato, a ser priorizada com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição de 1988 (BRASIL, 2009). O PAISM objetivava:

“organizar a assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto (incluindo o estímulo à amamentação, o alojamento conjunto e o parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais) e puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças sexualmente transmitidas; do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção” (BRASIL, 2009, p.114).

Com o objetivo de diminuir os problemas referentes a aplicabilidade do SUS, através da encorajamento dos municípios, responsabilizando e fortalecendo a gestão do sistema de saúde, foi criada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001). O estabelecimento de garantias para saúde das mulheres brasileiras foi possível com a criação da NOAS 2001, pois esta ofertava serviços básicos de saúde para esta população (BRASIL, 2002; COELHO, 2003).

A qualidade da assistência prestada e o impacto dos indicadores de resultados impulsionaram, no ano de 2000, a criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 569/GM de 01/06/2000, com objetivo de reduzir altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000).

A portaria citada acima estabelece, em seu anexo I, p. 06 que os serviços que aderirem ao programa deverão realizar as seguintes atividades:

A primeira consulta pré-natal até o 4º mês da gestação; seis consultas durante o pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento; os exames laboratoriais mínimos (ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na trigésima semana da gestação; urina tipo I, um exame na primeira consulta; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na trigésima semana da gestação; Hb/Ht, na primeira consulta e testagem anti-HIV, nos municípios com população acima de 50.000 hab.); aplicação de vacina antitetânica; atividades educativas; classificação de risco gestacional; e referência à gestação de alto risco.

Um marco importante no desenvolvimento da atenção pré-natal foi a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de atender ao disposto na Constituição Brasileira de 1988 sobre saúde, e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa estratégia tem finalidade de reorientar do modelo assistencial desenvolvido na atenção básica, ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividade, além de propor que atenção pré-natal ocorra nas unidades básicas de saúde, sendo a principal porta de entrada do SUS (SORATTO, 2015).

Desde o seu início em 1994, apresentou considerável crescimento, saindo de 4,4% de cobertura populacional no Brasil em 1998 para 56,4% em 2013. A equipe da ESF é responsável pela identificação, cadastramento e vigilância de todas as gestantes residentes em seus territórios de abrangência (BRASIL, 2015).

Para registro, acompanhamento e estabelecer ajustes no PHPN, em 2005, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, disponibilizou o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal (SISPRENATAL), uma importante ferramenta para ampliar os esforços de alcançar as metas estabelecidas pelo Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004. Com esse sistema o profissional que realiza a consulta de pré-natal deve preencher a ficha de cadastro da gestante e o mapa de registro diário, permitindo dessa forma a avaliação permanente dos indicadores (BRASIL, 2005).

Visando oferecer às gestantes usuárias do SUS, atendimento qualificado e humanizado, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha através da portaria nº 1.459 de 24 de junho 2011. Representa uma rede de cuidados que objetiva assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e ainda à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Atua na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero a 24 meses (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha tem como objetivo a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal e tem como princípio, organizar a rede de Atenção a Saúde Materna e Infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade reduzindo

a mortalidade materna e infantil. Além disso, prevê a garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro (BRASIL, 2011).

Tendo em vista a organização das condutas realizadas e um meio de comunicação entre profissionais de saúde da atenção primária, secundária, estratégia saúde da família, hospital e esclarecer as dúvidas das gestantes, o Ministério da Saúde criou o cartão da gestante como instrumento da assistência pré-natal. O preenchimento do cartão deve ser feito na primeira consulta, os dados contidos fornecem auxílio para referência e contra referência, ajuda nas ações de educação em saúde e garantem que as gestantes tenham acesso a informações adequadas referentes à gravidez (SOUZA, 2016).

Uma assistência pré-natal de qualidade e humanizada exige organização dos serviços de saúde oferecidos, bem como profissionais qualificados, capazes de identificar as necessidades das mulheres e de sua família, oferecendo um cuidado integral e holístico. A presença de profissionais qualificados na atenção pré-natal é fundamental para identificar fatores de risco para saúde materna e fetal e ainda intervir no momento adequado (SILVA et al., 2016).

Os cuidados que uma gravidez exige e os diversos desafios enfrentados pela rede de atenção do Sistema Único de saúde (SUS) para assegurar atendimento humanizado e de qualidade faz-se necessário estabelecer vínculos entre a gestante, feto e profissionais da saúde, que serão responsáveis pela assistência objetivando possibilitar maior efetividade da atenção pré-natal. Para Organização Mundial da Saúde (OMS) as características menos intervencionistas de seus cuidados, faz do enfermeiro o profissional mais indicado para atender a mulher durante a gestação e o parto (COSTA et al., 2013; GAMA, 2014).

Em relação à atuação profissional na assistência pré-natal, o enfermeiro tem amparo legal, tanto pelo Ministério da Saúde como pela Lei do Exercício Profissional Nº 7498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, respaldada pela Resolução Nº 0516/2016 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), para acompanhar o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, do início ao fim (BRASIL, 2013; COFEN, 2016).

A enfermagem tem papel fundamental no acompanhamento da mulher durante o período gestacional, parto e puerpério, visto que este profissional, praticando o acolhimento e ainda oferecendo as gestantes informações necessárias na promoção da saúde e prevenção de agravos, contribui de forma efetiva para uma

assistência de qualidade e conseqüentemente para redução da morbimortalidade. A adesão das mulheres ao pré-natal reflete a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais (RIBEIRO, 2016).

Compete ao enfermeiro na atenção pré-natal realizar os seguintes procedimentos (BRASIL, 2012): orientar as gestantes e sua família sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; cadastrar a gestante no Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL); fornecer e preencher o cartão da gestante (verificar e atualizar a cada consulta); realizar a consulta de gestação de baixo risco (intercalando com a consulta médica). Deve ainda, solicitar exames complementares; realizar testes rápidos; transcrever medicamentos padronizados pelo programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica); realizar exame clínico das mamas e coleta de citopatológico do colo uterino, quando indicado. Além disso, orientar a vacinação das gestantes, fatores de risco e periodicidade das consultas; identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica, caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência; desenvolver atividades educativas em grupo ou individuais; realizar busca ativa das gestantes faltosas e visita domiciliar durante todo período gestacional e puerperal, acompanhando o processo de aleitamento; orientar a mulher e o companheiro sobre planejamento familiar.

Além da competência técnica, o enfermeiro ao realizar a consulta de enfermagem deve demonstrar interesse pela gestante e pelos seus hábitos de vida, considerando suas preocupações e angústias. Dessa forma o profissional possibilita a criação de vínculos e conseqüentemente contribui para mudança nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo o seu papel de educador (SILVA et al., 2016).

Durante o pré-natal a assistência prestada pelos profissionais de saúde, tem como finalidade assegurar o processo de humanização do parto e nascimento, acolher a mulher e oferecer informações, confiança e apoio. Os profissionais de saúde por desempenharem um importante papel, necessitam ter uma visão holística, adotar sempre uma postura sensível e ética, respeitando valores e crenças e ainda

garantir a essa mulher, durante todo período gestacional, o direito de tomada de decisão (JARDIM, 2017).

O Ministério da Saúde recomenda que sempre que possível as consultas de pré-natal devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma (BRASIL, 2013).

Até 28^a semana – mensalmente;

Da 28^a até a 36^a semana – quinzenalmente;

Da 36^a até a 41^a semana – semanalmente.

E segundo o manual de atenção humanizada ao pré-natal e Puerpério (BRASIL, 2006) citado por Narchi (2009, p. 271):

Para que a assistência ocorra de forma mais organizada, é fundamental que haja garantia de funcionamento da unidade de saúde em horário integral, o que deve demandar maior número de profissionais; garantia de equipamentos e instrumental mínimos, como sonar, balança, mesa para exames ginecológicos, entre outros; disponibilidade de medicamentos e contraceptivos, disponibilizados às mulheres e seus companheiros; número adequado de profissionais capacitados para o acompanhamento da gestante, de acordo com os princípios da integralidade e considerando o contexto familiar e social; área física apropriada para o atendimento da gestante e família, bem como áreas para atividades educativas em grupos; apoio laboratorial para a realização de todos os exames de rotina do pré-natal; e instrumentos de registro, processamento e análise dos dados, como cartão da gestante e ficha perinatal.

Para uma assistência de qualidade além de profissionais capacitados se faz necessário uma estrutura física adequada para realização das consultas e em boas condições de higiene, os exames complementares devem ser realizados em tempo oportuno e a distribuição de medicamentos indispensáveis na gestação deve ser garantida (VASCONCELOS et al, 2014).

A qualidade da atenção pré-natal prestada pelo enfermeiro, estar intimamente ligada à realização de todos os procedimentos e a sua competência, porém uma grande parcela dos profissionais não executam todos os procedimentos clínicos obstétricos, visto que os mesmos devem ser realizados e registrados nas cadernetas das gestantes, em todas as consultas (NOGUEIRA e OLIVEIRA, 2017).

O papel do enfermeiro na atenção pré-natal vai desde o estímulo à mulher para adesão ao pré-natal, como a responsabilidade de identificar possíveis complicações durante todo o período gestacional, até a satisfação das usuárias e sua família. O envolvimento e o comprometimento deste profissional contribuem

para qualidade de vida da gestante e do feto, assegurando que o desfecho perinatal e materno sejam favoráveis (ALFING, 2016).

Segundo estudo realizado em 2010, que avaliou a inadequação do conteúdo da assistência pré-natal em São Luís, a taxa de inadequação do conteúdo da assistência pré-natal foi de 60,2% e os itens com menores taxas de utilização foram número de consultas por idade gestacional, exame das mamas e início do pré-natal até o quarto mês de gestação (GOUDARD et al, 2016). Outra pesquisa realizada em João Pessoa, capital da Paraíba, no período de 2010 a 2011, avaliou o pré-natal na atenção primária do município e obteve como resultado baixa taxa de adesão aos requisitos mínimos do PHPN (39,9%), evidenciando comprometimento na qualidade da assistência prestada (SILVA et al, 2013).

Apesar de um aumento no número de consultas de pré-natal, quando se faz a auditoria dos cartões das gestantes, observa-se uma baixa adequação da assistência pré-natal. Mesmo analisando critérios considerados mínimos, estes registros servem como parâmetro e é fundamental para avaliar se o cuidado prestado as gestantes estão adequados, conforme o PHPN (POLGLIANE et al, 2014).

Baseado nas proposições levantadas, o objeto de estudo desta pesquisa é a adequação da consulta pré-natal e a questão norteadora é: Os registros nas cadernetas da gestantes de risco habitual na atenção básica são adequados para caracterizar uma consulta de pré-natal adequada?

1.1 Justificativa

Nesse sentido, o presente trabalho foi motivado durante vivência nas aulas práticas e no estágio de saúde da mulher, se fortalecendo ainda mais no projeto Retratando a Assistência do Pré-natal em São Luís-MA, onde constantemente se observa cadernetas das gestantes, sem registros ou com registros incompleto, dos procedimentos realizados durante as consultas de pré-natal. Acredita-se que o registro completo e de qualidade na caderneta da gestante reflete diretamente no cuidado prestado e que conhecer os fatores que influenciam na qualidade do pré-natal em São Luís – MA, poderão contribuir de forma favorável e serão de grande valia para nortear os serviços e as práticas não apenas dos enfermeiros, mas de todos profissionais de saúde, que prestam assistência à mulher

no pré-natal, no sentido de qualificar a atenção pré-natal e a redução da mortalidade materna e perinatal próximo ao que preconiza a Organização Mundial de Saúde.

Apesar dos dados disponíveis apontarem um aumento no número de consultas de pré-natal, quando se verifica a auditoria nos cartões das gestantes, observa-se um comprometimento da qualidade da assistência prestada a essas mulheres. Através dos registros é possível confirmar se as necessidades das gestantes estão sendo atendidas nos serviços de saúde, pois são reflexos da qualidade da atenção prestada e explicam os indicadores de mortalidade neonatal e materna (PARIS et al,2013).

A mortalidade materna ainda consiste em um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Em se tratando de região, o nordeste está entre as regiões brasileiras que apresentam as maiores frequências de mortes maternas, sendo que na capital do estado do Maranhão, São Luís, o número de óbitos no ano de 2013 chega a 56,29 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, decorrentes de complicações na gravidez e no parto, valor relativamente baixo comparado ao ano de 2010, ocorridos 121,12 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (DATASUS, 2013).

Segundo Martinelli et al. (2014), uma assistência pré-natal de qualidade permite diagnosticar e tratar em tempo oportuno complicações durante o período gestacional, prevenindo eventos indesejáveis e assegurando desfechos perinatais positivos.

Contudo, pesquisar a qualidade da assistência ao pré-natal é de extrema importância, visto que é comum identificar nas cadernetas das gestantes a falta de registros ou informações incompletas, poucos exames complementares realizados, baixo número de consultas e ainda sem registros das características obstétricas e do desenvolvimento e crescimento fetal. Conhecer o cuidado prestado, suas limitações e suas deficiências de atendimentos aos problemas de saúde do local onde essa assistência é prestada, representa um passo fundamental para promover ações que contribuam para melhoria da atenção pré-natal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a adequação da consulta de pré-natal a partir dos registros do conteúdos na caderneta da gestante de risco habitual acompanhadas na atenção básica em São Luís, Maranhão.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar as gestantes quanto ao perfil sócio econômico e obstétrico;
- ✓ Identificar o início e quantidade das consultas de pré-natal das gestantes;
- ✓ Verificar o registro do desenvolvimento e crescimento fetal;
- ✓ Identificar os registros referentes ao valor da pressão arterial, presença de edema e dados antropométricos.

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa é um recorte do projeto maior intitulado: **Retratando a Assistência do Pré-natal em São Luís-MA**, desenvolvido pelo Núcleo de Estudo, Pesquisa e Educação em Saúde da Mulher (NEPESM) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), do qual faço parte como bolsista voluntária de iniciação científica.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva tem por finalidade descrever os fatos e fenômenos da realidade estudada. Neste tipo de estudo, por vezes, o pesquisador não tem um olhar crítico das informações levantadas, podendo gerar o resultados equivocados (TRIVIÑOS, 2008).

A pesquisa quantitativa permite a quantificação dos resultados e enfatiza a objetividade. Na pesquisa quantitativa os resultados são obtidos através de instrumentos de coleta de dados, a população é considerada representativa por se tratar de amostras normalmente grande e a análise dos resultados faz uso da estatística (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

3.2 Local e período da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada nos distritos sanitários Itaqui-Bacanga, Centro e Bequimão no município de São Luís, no período de maio de 2017 a maio de 2018.

O município de São Luís, capital do Estado do Maranhão, área desta pesquisa, está localizado no nordeste do Brasil e ocupa uma área de 828,01Km². Encontra-se na mesorregião Norte Maranhense e microrregião Aglomeração Urbana de São Luís. De acordo com o último censo demográfico, a estimativa da população do município de São Luís foi de 1.073.893 habitantes (IBGE, 2010).



Figura 1: Mapa da Ilha de São Luís/MA, 2018.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

Este município está dividido em sete Distritos Sanitários: Bequimão; Centro; Cohab; Coroadinho; Itaqui-Bacanga; Tirirical e Vila Esperança (SEMUS, 2018). Cada distrito é composto por várias unidades de atendimento (conforme citado acima), onde são realizadas as consultas de pré-natal.

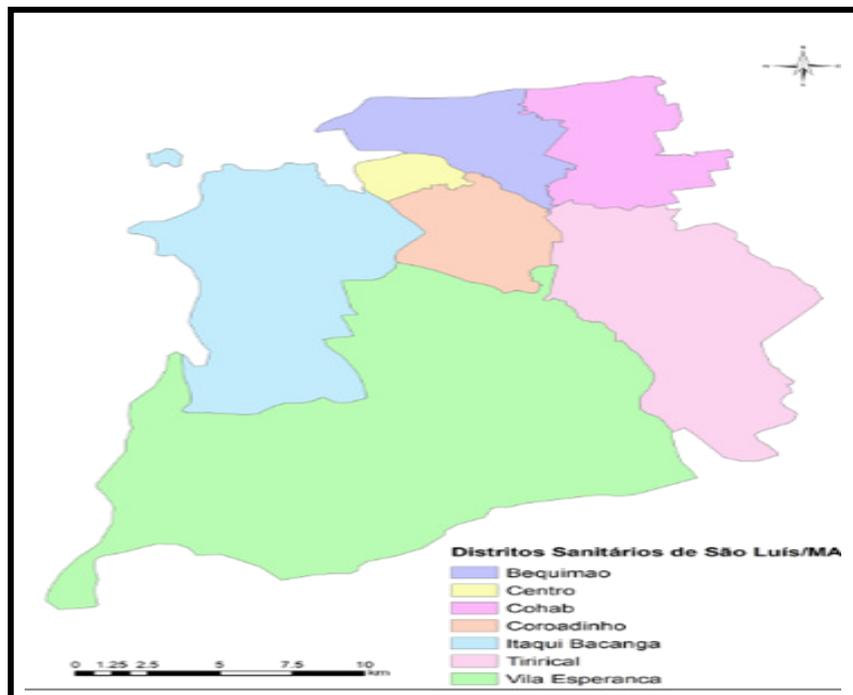


Figura 2: Mapa dos Distritos Sanitários do Município de São Luís, 2018.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), 2018.

Em cada distrito foram sorteadas, de forma aleatória, três unidades de saúde onde são realizadas consultas de pré-natal. No distrito Itaqui-Bacanga foram sorteados o Centro de Saúde Vila Bacanga (Embrião), a Unidade de Saúde da Família Vila Embratel e a Unidade Mista Itaqui-Bacanga. No distrito Centro, as unidades de saúde: Centro de Saúde Bezerra de Menezes, Unidade de Saúde da Família São Francisco e Centro de Saúde da Liberdade. No distrito Bequimão, a Unidade Mista do Bequimão, Unidade de Saúde da Família AMAR e Centro de Saúde Radional.

Dentre os serviços de saúde ofertados pelas unidades da pesquisa incluem: Programa de Atenção à Mulher com realização de consulta médica e de enfermagem no pré-natal, Programa de controle de tuberculose, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis (DST), consulta ginecológica, preventivo de câncer cérvico uterino e de mama, imunização e planejamento familiar, dentre outros.

3.3 Participantes da pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida com gestantes que realizaram pré-natal nas unidades selecionadas, no município de São Luís.

Para seleção da amostra foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão: gestante de qualquer idade, com 30 semanas ou mais, que tenha realizado no mínimo três consultas de pré-natal na mesma unidade e com o mesmo profissional; que gozem de boa faculdade mental e de comunicação, portando cartão de gestante; possuir prontuário na US.

A amostra foi composta por 115 gestantes, que atenderam aos critérios de inclusão, que se encontravam nas unidades de saúde para consulta de pré-natal nos dias e horários da semana que ocorram as consultas, conforme a rotina de cada unidade incluída na pesquisa, durante dois meses ininterruptos em cada unidade. Trata-se de uma amostragem não probabilística por escolha racional, quando o pesquisador busca na população uma parte dela que interessa, ou seja, os participantes são escolhidos por terem uma ou mais características específicas. Neste caso, são as gestantes no 3º trimestre, em um determinado intervalo de tempo.

3.4 Estratégia para coleta de dados

Para a realização da pesquisa, o primeiro passo foi o contato com a Superintendência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), para apresentação do projeto de pesquisa e solicitação de autorização para a submissão no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Após aprovação do CEP (ANEXO B), o Projeto retornou à SEMUS para ser referendada e informada a coleta de dados aos locais de pesquisa. Para início da coleta de dados, já com anuência da SEMUS (ANEXO C), foram realizadas visitas nos locais sorteados (APÊNDICE B) para apresentação do projeto de pesquisa ao gestor da unidade e tratar da operacionalização da pesquisa.

No contato inicial, era apresentado ao gestor da unidade o projeto de pesquisa, após anuência com a assinatura do TCLE, o mesmo respondia a parte do instrumento referente a suas atribuições, finalizando sua participação com o fornecimento da relação dos profissionais que realizam a consulta pré-natal com seus respectivos horários.

Posteriormente, na sala de espera era feito o levantamento das gestantes que atendiam aos critérios de inclusão. Ao serem convidadas era feita a explicação de todos os aspectos da pesquisa. Após o aceite de sua participação, esta assinava o Termo de Consentimento Livre de Esclarecimento TCLE (APÊNDICE A) e iniciava-se a coleta de todos os dados, neste caso, os da caderneta da gestante e do instrumento referente aos dados socioeconômicos e demográficos, características obstétricas, número de consultas realizadas e procedimentos clínico obstétrico (ANEXO A - questões 10 a 25 e 82 a 103). O estudo piloto foi realizado em Unidades de Saúde que guarde semelhança com o local de realização da pesquisa.

3.5 Análise dos dados

As informações obtidas pelos formulários foram revisadas e digitadas no software SPSS versão 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Após a digitação, foi realizada a conferência do banco de dados com os formulários. Os dados serão apresentados em tabelas e gráficos com frequência absoluta e relativa.

Os resultados foram analisados tendo como base nos parâmetros de adequação da assistência pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde, levando em consideração as características das gestantes quanto ao perfil sócio econômico

e obstétrico, o início e quantidade das consultas de pré-natal das gestantes, dentre outros aspectos relevantes para avaliar a qualidade da atenção pré-natal.

3.6 Aspectos Éticos e Legais

A pesquisa obedeceu às normas referidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA. As autorizações formais da SEMUS para execução da pesquisa nos estabelecimentos de saúde foram solicitadas após aprovação no CEP, sob Parecer de nº 1.999.550.

Todas participantes foram informadas sobre os objetivos e demais aspectos da pesquisa e foram convidados a assinar o TCLE (APÊNDICE A), assegurando uma participação voluntária, o direito de retirar a autorização em qualquer fase da pesquisa, sem penalizações e mantendo a privacidade quanto aos dados fornecidos durante a pesquisa.

4 RESULTADOS

Os resultados são referentes à aplicação do instrumento de coleta de dados a um total de 115 gestantes de risco habitual, com idade entre 16 e 40 anos.

Em se tratando das características socioeconômicas e demográficas (Tabela 1), houve predomínio da faixa etária compreendida entre 25 e 29 anos (33,1%), sendo verificado através desta variável a prevalência de gravidez em adultas jovens. Observou-se ainda faixa etária entre 35 e 40 anos em 7% das participantes.

Uma elevada parte das gestantes (73%), se autodeclararam parda, já as de etnia amarela e indígena representaram um percentual muito pequeno (2,6% e 0,9%, respectivamente).

Em relação à situação conjugal, 53,9% das gestantes estabeleceram união estável, 60% possuíam renda familiar de 1 a 2 salários mínimos e ainda 43,4% das participantes da pesquisa eram dona de casa e as demais ocupações exercidas pelas mulheres da pesquisa, com menor percentual foram: trabalho em: almoxarifado, auxiliar administrativo, auxiliar de higiene bucal, auxiliar de nutrição, babá, balconista, confeitadeira, cuidadora de idosos, doméstica, militar, operadora de telemarketing, técnica de segurança do trabalho, serviços gerais e vendedora, tiveram um percentual de 0,9% cada uma e estão representadas, na tabela, como outras.

As participantes desempregadas e as que possuíam as ocupações de atendente, recepcionista e diarista o percentual foi de 1,7% para cada, já empregada doméstica e manicure, o percentual foi 2,6%.

Quanto ao bairro de residência, a maioria das gestantes da pesquisa (16,5% e 15,7%), moravam no São Francisco e Vila Embratel, respectivamente e os demais bairros de residência, representados como outros, e que apresentaram menor percentual foram: Alto da Esperança, Alto da Vitória, Areinha, Barreto, Calhau, Camboa, Cantinho do Céu, Cidade Operaria, Divinéia, Fumacê, Ilha da Paz, Ilhinha, Ipase, Ivar Saldanha, Maracanã, Novo Angelim, Paço do lumiar, Pedrinha, Pianco, Renascença, Residencial Paraíso, Rio Anil, Santa Cruz, São Cristovão, Turu, Vila Esperança, Vinhais, cada um com 0,9%. Os bairros Anil, Jaracaty, Monte Castelo, Vicente Fialho representaram um percentual de 1,7% cada. Já o Alto do Calhau e Cohafuma o percentual foi de 2,6% para cada bairro e no Bequimão 3,5%.

No que se refere à escolaridade, a variável com maior representatividade foi ensino médio completo (64,3%), seguida de ensino médio incompleto (13%). Observou-se ainda que 4,3% possuem ensino superior completo.

Tabela 1- Perfil socioeconômico e demográfico de gestantes de risco habitual que realizaram consulta pré-natal em três distritos sanitários de São Luís- MA, 2018.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Idade		
<19	18	15,6
20 a 24	34	29,5
25 a 29	38	33,1
30 a 34	17	14,8
≥35	8	7
Total	115	100
Raça/cor		
Branca	8	7
Preta	19	16,5
Amarela	3	2,6
Parda	84	73
Indígena	1	0,9
Total	115	100
Estado civil		
Casada	28	24,3
União Estável	62	53,9
Solteira	25	21,7
Total	115	100
Bairro de residência		
Vila Isabel	5	4,3
Liberdade	7	6,1
Sa Viana	7	6,1
Anjo da Guarda	7	6,1
Vila Palmeira	7	6,1
Vila Embratel	18	15,7
Sao Francisco	19	16,5
Outros	45	39,1
Total	115	100
Renda Familiar		
Ausência de renda	2	1,7
Menos de 1 salário mínimo	25	21,7
de 1 a 2 salários mínimos	69	60
mais de 2 salários mínimos	19	16,5
Total	115	100
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	5	4,3
Ensino Fundamental Completo	7	6,1
Ensino Médio Incompleto	15	13
Ensino Médio Completo	74	64,3
Ensino Superior Incompleto	9	7,8
Ensino Superior Completo	5	4,3
Total	115	100
Ocupação		
Dona de casa	50	43,4
Estudante	9	7,8
Autônoma	4	3,5
Cabeleireira	4	3,5
Operadora de caixa	3	2,6
Professora	3	2,6
Sem informação	17	14,9
Outras	25	21,7
Total	115	100

Através da tabela 2, foram avaliadas as características obstétricas das participantes. Em se tratando do número de gestações, 38,2% das mulheres eram primigesta, 37,4% eram secundigesta e 27,4% representam as multigestas.

Além disso, 56 gestantes (48,7%) eram nulíparas, as primíparas representam um percentual de 37,4% e 13,9% das participantes eram múltíparas. Grande parte das gestantes 88 (76,5%), nunca sofreram nenhum tipo de aborto e 27 gestantes (23,5%) já sofreram aborto. Foi observado ainda que 38% das mulheres que não estavam na primeira gestação (61,8%), sofreram algum tipo de aborto.

Um ponto positivo encontrado foi no que se refere ao tipo de parto, 42,7% das gestantes tiveram parto normal e apenas 9,6% das gestantes vivenciaram partos cesáreos. Dentre os partos ocorridos foi obtido um percentual 50,5% de nativos e uma baixa parcela de natimortos 1,7%. Houve predominância das mulheres que realizaram pré-natal na última gestação 51,3% e ainda 41,7% das gestantes realizaram consulta com enfermeiro.

Tabela 2- Perfil obstétrico de gestantes de risco habitual que realizaram consulta pré-natal em três distritos sanitários de São Luís- MA, 2018. (continua)

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Número de Gestações		
1	44	38,2
2	43	37,4
3	20	17,4
4	6	5,2
5	1	0,9
6	1	0,9
Total	115	100
Número de Partos		
0	56	48,7
1	43	37,4
2	11	9,6
3	4	3,5
4	1	0,9
Total	115	100
Número de Abortos		
0	88	76,5
1	25	21,8
2	2	1,7
Total	115	100
Número de Partos Normais		
0	23	20
1	37	32,2
2	7	6,1
3	4	3,5
4	1	0,9
*Não se aplica (1)	43	37,4
Total	115	100
Número de Partos Cesáreo		
0	60	52,2
1	8	7,0
2	3	2,6
*Não se aplica (1)	44	38,2
Total	115	100

***NOTA:** 1 - Utilizado para gestantes nulíparas; 2 – Utilizado para primigesta e nulípara.

Tabela 2- Perfil obstétrico de gestantes de risco habitual que realizaram consulta pré-natal em três distritos sanitários de São Luís- MA, 2018. (conclusão)

Número de Natívivo		
0	14	12,2
1	42	36,5
2	11	9,6
3	4	3,5
4	1	0,9
*Não se aplica (2)	43	37,4
Total	115	100
Número de Natimorto		
0	68	59,1
1	2	1,7
*Não se aplica (2)	45	39,1
Total	115	100
Realizou PN na última gestação?		
Sim	59	51,3
Não	12	10,4
*Não se aplica (2)	44	38,3
Total	115	100
Realizou consulta com enfermeiro ?		
Sim	48	41,7
Não	15	13,0
*Não se aplica (2)	52	45,2
Total	115	100

***NOTA:** 1 - Utilizado para gestantes nulíparas; 2 – Utilizado para primigesta e nulípara.

Atendendo um dos critérios de inclusão foram coletados os dados das cadernetas das gestantes que haviam realizado no mínimo três consultas de pré-natal. Durante a coleta observou-se que as gestantes realizaram de 3 a 12 consultas, conforme representado no gráfico 1. De acordo com os resultados 61 gestantes (53%) realizaram de 6 a 12 consultas pré-natal, destas 20% realizaram no mínimo 6 consultas pré-natal. As gestantes que realizaram de 3 a 5 consultas correspondem ao percentual de 47%.

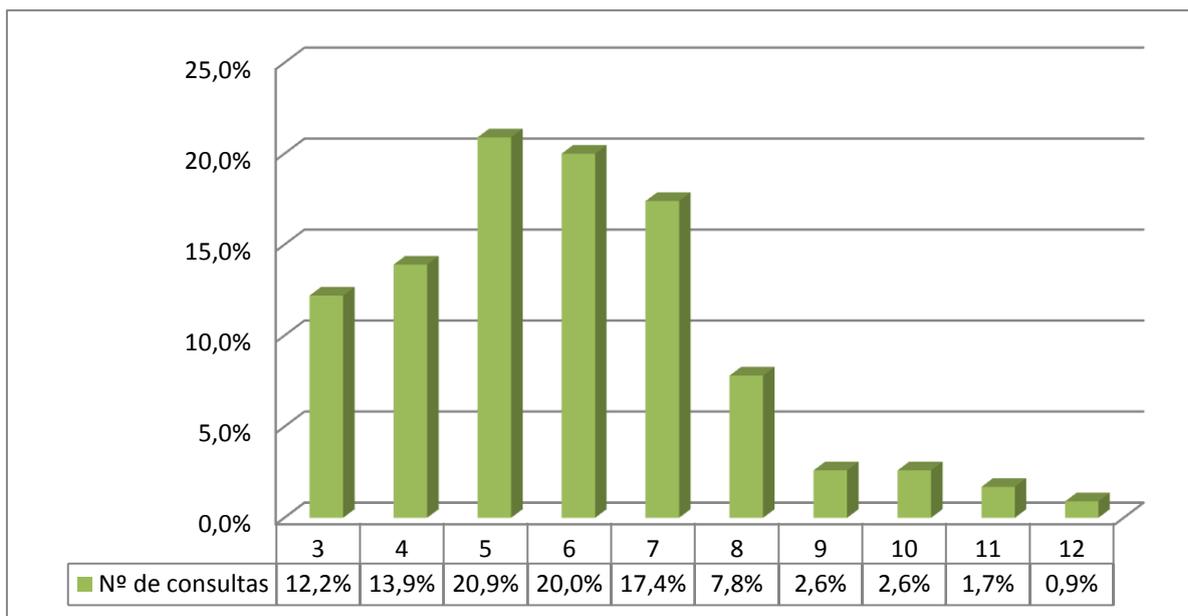


Gráfico 1- Número de consultas pré-natal realizadas pelas gestantes de risco habitual.

Em se tratando do número de consultas realizadas por trimestre de gestação (gráfico 2), observou-se que 66,1% das gestantes realizaram uma ou mais consultas no primeiro trimestre e 33,9% não realizaram consultas no primeiro trimestre, ou seja, iniciaram o pré-natal após a 13ª semana de gestação. Um total de 74,8% das gestantes receberam assistência pré-natal em duas ou mais consultas quando estavam no segundo trimestre (idade gestacional entre 14ª e a 26ª semana) de gestação. Já no terceiro trimestre (idade gestacional a partir da 27ª semana) foi constatado que 53% das participantes haviam realizado três ou mais consultas pré-natal e o percentual restante que corresponde a 47% das gestantes realizaram menos de três consultas durante o terceiro trimestre.

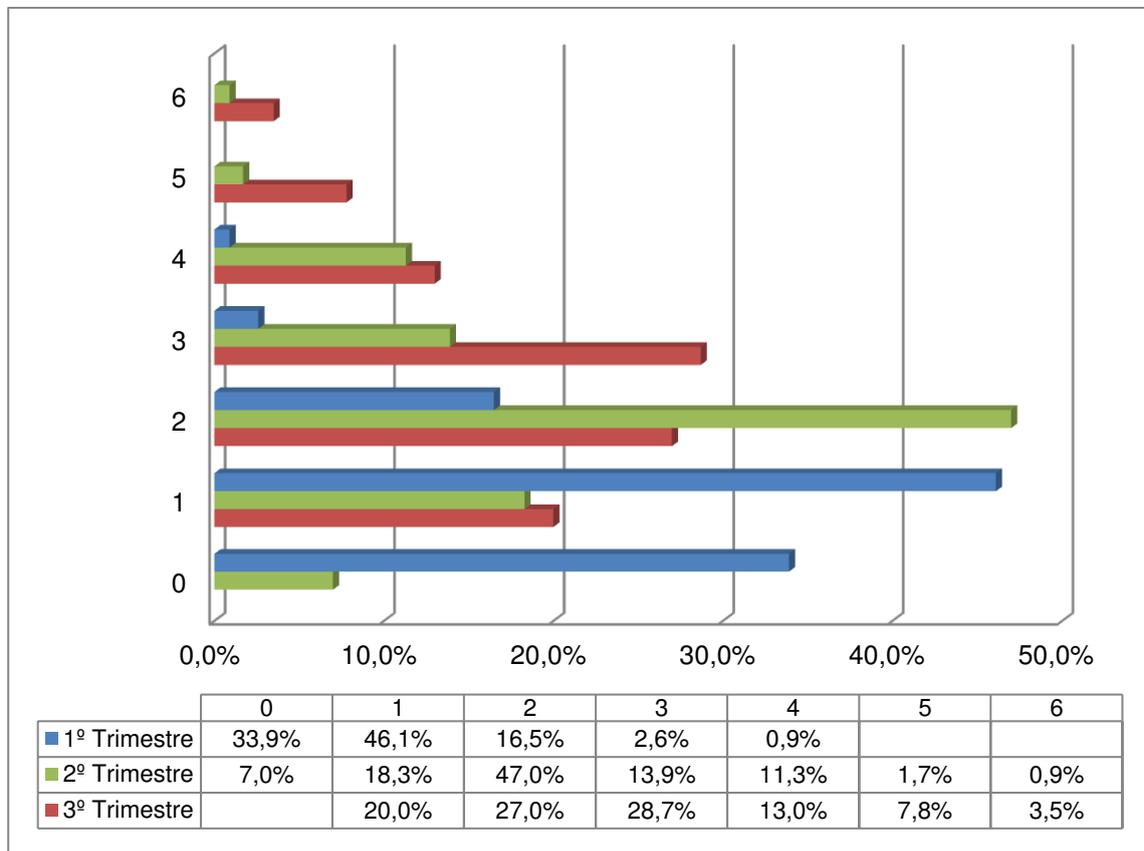


Gráfico 2– Número de consultas pré-natal realizadas por trimestre de gestação

Na tabela 3, verificou-se os dados referentes a idade gestacional na primeira consulta e constatou-se que 63,5% das gestantes iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre. Dentre as participantes da pesquisa 2,6% iniciaram o pré-natal a partir da 27ª semana. Em uma das cadernetas das gestantes, que representa 0,9%, não havia registro da idade gestacional na primeira consulta.

Tabela 3- Idade gestacional de início do pré-natal das gestantes de risco habitual que realizaram consulta em três distritos sanitários de São Luís- MA, 2018.

Idade gestacional na primeira consulta (semanas)	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Até a 13ª semana	73	63,5
Entre 14ª e a 26ª semana	38	33
A partir da 27ª semana	3	2,6
Em branco	1	0,9
Total	115	100

Com relação aos resultados referentes a idade gestacional na última consulta como observado na tabela 4, foi identificado que as participantes encontravam-se com idade gestacional entre 30 e 41 semanas. O maior percentual foi de 13,9% correspondente as 16 gestantes com 36 semanas. Um importante dado constatado foi que 4,3% das participantes já estavam com idade gestacional entre 40 e 41 semanas de gestação.

Tabela 4- Idade gestacional na última consulta (no dia da coleta de dados) das gestantes de risco habitual atendidas em três distritos sanitários de São Luís- MA, 2018.

Idade gestacional na última consulta (no dia da coleta de dados)	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
30 semanas	12	10,4
31 semanas	8	7
32 semanas	9	7,8
33 semanas	7	6,1
34 semanas	14	12,1
35 semanas	11	9,6
36 semanas	16	13,9
37 semanas	11	9,6
38 semanas	10	8,7
39 semanas	11	9,6
40 semanas	4	3,4
41 semanas	1	0,9
Em branco	1	0,9
Total	115	100

Na tabela 5 estão representados os dados da quantidade de registros, referentes aos procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a consulta pré-natal. Analisando os resultados, verificou-se que apesar do registro referente as queixas das gestantes aparecer quatro ou cinco vezes em 40 (34,8%) das

cadernetas e corresponder ao maior percentual, esta quantidade de registros não representa uma parcela significativa do total, visto que o estudo apontou que em 38 (33%) das cadernetas foram feitos menos de quatro registros e em 37 (32,2%) seis ou mais.

No que se refere à idade gestacional e o peso da gestante foram verificados seis ou mais registros em 58 (50,4%) das cadernetas. Já o Índice de Massa Corporal (IMC), possuía menos de quatro registros em 73,9% das cadernetas das gestantes que receberam atenção pré-natal.

Quanto aos registros de edema e altura uterina foi constatado, que os profissionais que realizam consulta de pré-natal realizaram menos de quatro registros em uma mesma quantidade de cadernetas 51 (44,3%). Em se tratando da pressão arterial das gestantes, seis ou mais registros foram feitos em 57 (49,6%) das cadernetas das participantes do estudo.

Verificou-se também menos de quatro registros para os procedimentos clínico e obstétricos, referentes a apresentação fetal, batimentos cardíofetais (BCF), movimento fetal e observação, diagnóstico e condutas. O maior percentual de registros nas cadernetas para os referidos procedimentos correspondem a 97 (84,3%), 68 (59,1%), 70 (60,8%) e 43 (37,4%), respectivamente.

Tabela 5 - Registro dos procedimentos clínico-obstétricos realizados na consulta pré-natal das gestantes de risco habitual atendidas em três distritos sanitários de São Luís- MA, 2018. (continua)

Número de registros nas caderneta das gestantes	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Queixa		
<4	38	33
4-5	40	34,8
≥6	37	32,2
Total	115	100
Idade gestacional		
<4	17	14,8
4-5	40	34,8
≥6	58	50,4
Total	115	100

Tabela 5 - Registro dos procedimentos clinico-obstétricos realizados na consulta pré-natal das gestantes de risco habitual atendidas em três distritos sanitários de São Luís- MA, 2018. (conclusão)

Peso		
<4	16	13,9
4-5	41	35,7
≥6	58	50,4
Total	115	100
IMC		
<4	85	73,9
4-5	18	15,7
≥6	12	10,4
Total	115	100
Edema		
<4	51	44,3
4-5	38	33
≥6	26	22,7
Total	115	100
Pressão arterial		
<4	18	15,6
4-5	40	34,8
≥6	57	49,6
Total	115	100
Altura uterina		
<4	51	44,3
4-5	38	33
≥6	26	22,7
Total	115	100
Apresentação		
<4	97	84,3
4-5	15	13,1
6	3	2,6
Total	115	100
BCF		
<4	68	59,1
4-5	32	27,8
≥6	15	13,1
Total	115	100
Movimento fetal		
<4	70	60,8
4-5	29	25,3
≥6	16	13,9
Total	115	100
Observação, diagnóstico e conduta		
<4	43	37,4
4-5	38	33,1
≥6	34	29,5
Total	115	100

Na tabela 6 estão representados os dados referentes aos registros das assinaturas e categoria profissional na caderneta das gestantes durante a consulta pré-natal. Analisando a referida tabela foi observado que 71 (61,7%) das cadernetas das gestantes da pesquisa possuíam nos registro das consultas tanto a assinatura quanto a categoria profissional. Em 44 (38,3%) das cadernetas estes registros foram feitos de forma parcial e não foram encontradas cadernetas sem assinatura e categoria profissional.

Tabela 6 - Registros das assinaturas e categoria profissional na caderneta das gestantes de risco habitual atendidas em três distritos sanitários de São Luís- MA, 2018.

Número de registro das assinaturas e categoria	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Registros de assinatura e categoria profissional		
Sim	71	61,7
*Parcialmente	44	38,3
Total	115	100

***NOTA:** Utilizado para cadernetas que não possuíam registro da assinatura e categoria profissional em todas consultas.

No gráfico 3 observou-se que em 70,5% das cadernetas das gestantes do estudo haviam pelo menos um registro de consulta realizada por médico e em 29,5% não haviam registro de consulta de pré-natal realizada por este profissional. Já 97,4% cadernetas das gestantes, verificou-se um ou mais registros de consultas realizadas por enfermeiro e em apenas 2,6% não haviam registros de consultas realizadas por este profissional.

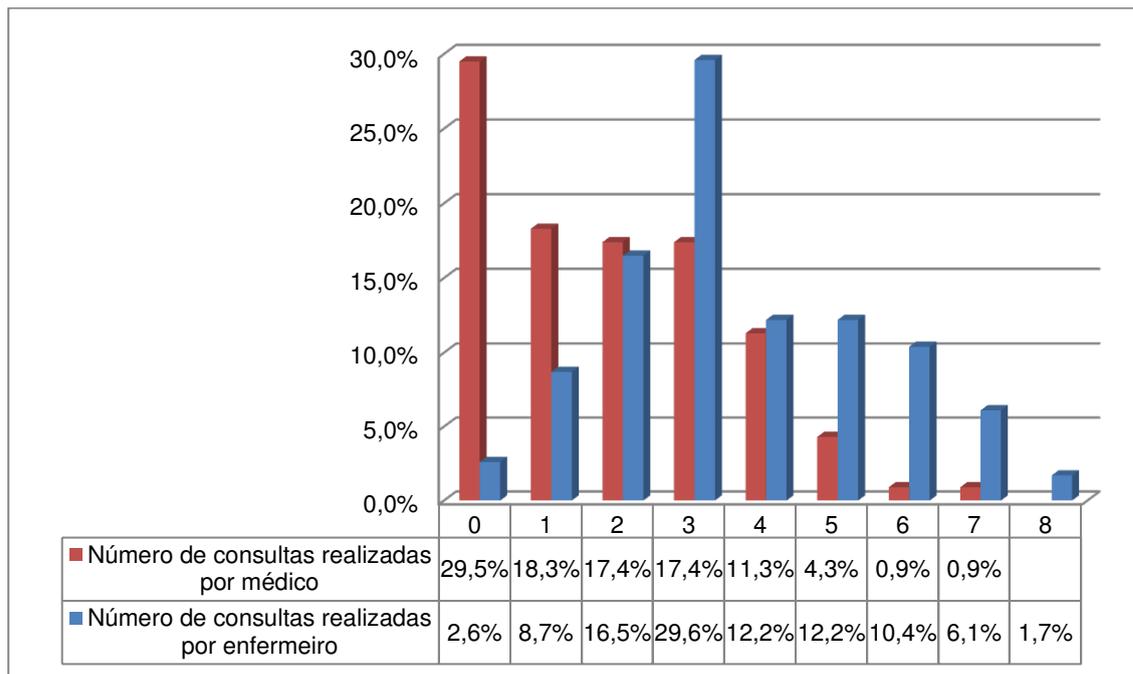


Gráfico 3– Número de consultas pré-natal realizadas por médico e enfermeiro

Em relação aos dados do gráfico 4, observou-se a associação entre as variáveis, número de consultas e idade gestacional na primeira consulta de pré-natal, 47 (41%), 13 (11,3%) e 1 (0,9%) gestantes realizaram seis ou mais consultas, com início até a 13^a semana, entre a 14^a e 26^a e a partir da 27^a semanas de gestação, respectivamente. As participantes da pesquisa que realizaram menos de seis consultas de pré-natal totalizaram 54 (47%). Verifica-se também que o valor p do teste qui-quadrado foi de $p=0,003$, indicando dessa forma evidência estatística entre os dados amostrais, conforme nível de significância adotado de 5% ($p \leq 0,05$).

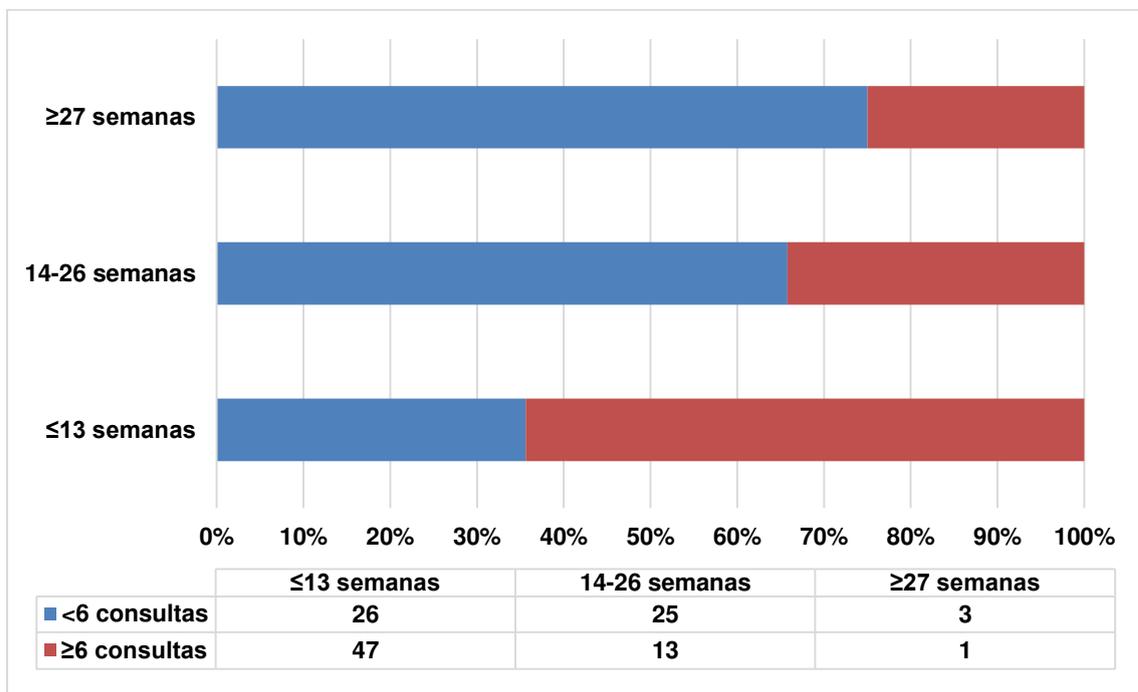


Gráfico 4– Idade gestacional na primeira consulta e número de consultas pré-natal

Na tabela 7, analisou-se a quantidade de vezes que foram realizado procedimentos clínicos e obstétricos, como idade gestacional, pressão arterial, altura uterina e BCF em relação as consultas pré-natal realizadas por trimestre de gestação. Baseado nesses dados verificou-se um bom nível de significância para a maioria das variáveis. No primeiro trimestre as variáveis idade gestacional e pressão arterial representaram alto nível de significância com $p < 0,001$. No segundo trimestre apenas a variável BCF não apresentou evidência estatística. Já no terceiro trimestre, foi identificado evidência de associação entre todas variáveis ($p < 0,001$).

Tabela 7 – Procedimentos clínico-obstétrico de acordo com as consultas pré-natal por trimestre de gestação.

Procedimentos	IG		Pressão Arterial				Altura Uterina			BCF						
	<6		>6		<6		>6		<6		>6					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
1º trimestre	0	26	23	13	11	28	24	11	9,5	34	30	4,3	39	34	0	0
	1	26	23	27	24	24	21	29	25	39	34	12,1	52	45	1	0,9
	2	5	4,3	14	12	6	5,2	13	11	14	12	4,3	18	16	1	0,9
	3	0	0	3	2,6	0	0	3	2,6	2	1,7	0,9	3	2,6	0	0
	4	0	0	1	0,9	0	0	1	0,9	0	0	0,9	0	0	1	0,9
<i>P-valor</i> ¹	<0,001				<0,001				0,469			0,001				
Procedimentos	IG		Pressão Arterial				Altura Uterina			BCF						
	<6		>6		<6		>6		<6		>6					
	N	%	%	N	%	N	%	N	%	%	N	%	N	%		
2º trimestre	0	8	7	0	8	7	0	0	8	7	0	8	7	0	0	
	1	17	14,8	3,5	17	15	4	3,5	20	17	0,9	52	45	0	0	
	2	27	23,5	24	28	24	26	23	44	38	8,7	21	18	2	1,7	
	3	3	2,6	11	5	4,3	11	9,5	10	8,7	5,2	16	14	0	0	
	4	2	1,7	9,5	0	0	13	11	7	6,1	5,2	12	10	1	0,9	
	5	0	0	1,7	0	0	2	1,7	0	0	1,7	2	1,7	0	0	
	6	0	0	0,9	0	0	1	0,9	0	0	0,9	1	0,9	0	0	
<i>P-valor</i> ¹	<0,001				<0,001				<0,001			0,089				
Procedimentos	IG		Pressão Arterial				Altura Uterina			BCF						
	<6		>6		<6		>6		<6		>6					
	N	%	%	N	%	N	%	N	%	%	N	%	N	%		
3º trimestre	1	20	17,4	2,6	19	17	4	3,5	22	19	0,9	23	20	0	0	
	2	18	15,6	11	18	16	13	11	28	24	2,6	30	26	1	0,9	
	3	17	14,8	14	18	16	15	13	28	24	4,3	33	29	0	0	
	4	1	0,9	12	2	1,7	13	11	6	5,2	7,8	14	12	1	0,9	
	5	1	0,9	7	1	0,9	8	7	4	3,5	4,3	9	7,8	0	0	
	6	0	0	3,5	0	0	4	3,5	1	0,9	2,6	3	2,6	1	0,9	
<i>P-valor</i> ¹	<0,001				<0,001				<0,001			<0,001				

Nota:1- Teste Qui-quadrado de Pearson ($p \leq 0,05$).

5 DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa mostram que é de suma importância avaliar a operacionalização das consultas de pré-natal, visto que por meio das cadernetas das gestantes pode ser identificado a falta de registros ou informações incompletas, que poderão comprometer a qualidade das consultas.

Observou-se predomínio de gestantes entre 25 e 29 anos, correspondendo a 33,1% das participantes, um dado relevante referente a esta variável foi o fato de 15,6% das participantes eram adolescentes, ou seja estavam na faixa etária entre 16 e 19 anos e 7% na etária entre 35 e 40 anos.

Segundo o Ministério da Saúde, grávidas com idade menor do que 15 anos e maior do que 35 anos, representa um fator de risco para gestação. E a gravidez na adolescência na faixa etária de 15 a 19 anos, não deve ser tratada pelo profissionais do mesmo modo que adultos, por ainda estarem em crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (BRASIL, 2012).

Grande parte das gestantes da pesquisa possuem renda familiar de 1 a 2 salários mínimo 60%, 43,4% se identificaram como dona de casa e 73% se autodeclararam de etnia parda. Os resultados desta pesquisa são parecidos ao do estudo realizado por Costa et al. (2013) para avaliar as características do atendimento pré-natal, visto que obteve como resultados, faixa etária entre 18 e 40 anos, predominância de gestantes que se autodeclararam parda (60,9%) e entre as participantes (56,4%) eram donas de casa.

Este perfil socioeconômico e demográfico, representado pela maioria das gestantes da pesquisa pode ser considerado uma questão social e não opcional. Segundo estudo de Santos e Diniz (2011), realizado para avaliar experiências de donas de casa de classes diferentes, revelou que desde as gerações passadas as mulheres eram preparadas para ser dona de casa, mãe e esposas exemplares, sendo este o papel feminino na sociedade e até hoje é observada a presença dessa herança cultural de gênero.

No que se refere a escolaridade grande parte das gestantes desta pesquisa, possuem ensino médio completo 63,4% e ainda 4,3% apresentam ensino superior completo. O fato de 67,7% das gestantes possuírem um bom nível escolaridade pode favorecer o início precoce do pré-natal.

Os dados desta pesquisa divergem dos resultados encontrados no estudo

de Gonzaga (2015), realizado para avaliar a atenção pré-natal e fatores de risco associados, onde 51% das participantes tinham até 8 anos de estudo. A baixa escolaridade coloca as gestantes em desvantagem de recursos materiais, apoio social e é um fator de risco obstétrico.

Em relação ao estado civil 53,9% das gestantes da pesquisa vivem em união estável e 24,3% são casadas, sendo assim 78,2% gestantes possuem um parceiro. Durante o período gestacional a presença de um parceiro é extremamente importante, visto as mudanças fisiológicas, as angustias, os medos, a ansiedade e as dúvidas geradas durante este período. O parceiro, nesta fase, proporciona esse apoio psicológico, além disso a sua participação durante o pré-natal, parto e pós-parto, favorece o bem-estar materno e neonatal (SOUZA, 2013).

Para o Ministério da Saúde, a participação do pai no pré-natal tem aumentado e cabe a equipe de saúde estimular sua presença durante as atividades de consulta e de grupo. Situação conjugal insegura é um fator de risco para gestação, pois as gestantes solteiras e sem apoio social, apresentam risco de adoecimento e estresse psicológico relacionado à ausência de um parceiro (BRASIL, 2012).

Os fatores socioeconômicos e demográficos, como faixa etária, estado civil, renda familiar, escolaridade e ocupação, estão diretamente ligados a vulnerabilidade da gestante e a qualidade da assistência pré-natal, sendo estes essenciais para aceitação da gravidez, adesão e continuidade ao pré-natal. Além disso, contribuem para o profissional implementar estratégias visando o atendimento das necessidades, pautado na realidade das gestantes (PORTO, 2016).

Analisando os dados referentes as características obstétricas, observou-se que 38,2% das participantes eram primigesta, 37,4% estavam na segunda gestação, 17,4% estavam na terceira. Grande parte da amostra 88 gestantes (76,5%) nunca sofreram nenhum tipo de aborto e 27 (23,5%) gestantes já sofreram algum aborto. Os resultados encontrados nesta pesquisa se aproxima aos do estudo realizado por Ferreira (2013), para avaliar a importância do pré-natal para o nascimento saudável, em que 47,7% das participantes eram primigestas, 52,3% multíparas, 14% já sofreram aborto e 86% não sofreram aborto.

Apesar desta pesquisa ter apontado, nos registros das cadernetas, um percentual de apenas 9,6% de partos cesáreo e estando em conformidade com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), onde taxas superiores a

15% não apresentam motivos justificáveis, vale ressaltar que os dados desta pesquisa, não correspondem a uma amostra representativa de São Luís. O Brasil ainda é considerado um dos países com maiores números de mulheres submetidas ao parto cesáreo, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2013 as regiões Norte e Nordeste apresentam taxas de 44,5% e 48,4%, respectivamente (BRASIL, 2015).

Toda gestante deve ser orientada que o melhor tipo de parto é aquele mais adequado a sua gestação e que atende as complicações que podem surgir durante a gravidez. O parto normal deve ser incentivado pelo enfermeiro, durante o pré-natal visando a redução de cesáreas desnecessárias e, além disso, deve ser ressaltado que o parto normal possui vantagens, como recuperação mais rápida, diminuição de riscos de problemas respiratórios neonatais, diminuição da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012).

Na pesquisa observou-se ainda que 41,7% das participantes realizaram consulta pré-natal com enfermeiro, 51,3% tiveram acompanhamento pré-natal na última gestação e ainda foi identificada uma baixa taxa de natimorto apenas 1,7%, este dado pode estar relacionado ao fato das gestantes realizarem acompanhamento pré-natal.

A cobertura pré-natal deve ser iniciada precocemente, atender as necessidades da gestante e evitar agravos tanto para mulher quanto para o feto. As ações do enfermeiro são fundamentais para o desfecho positivo do ciclo gravídico, suas condutas incluem prevenção de doenças, promoção de saúde e tratamento de intercorrências, contribuindo para redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil (MATOS, 2013).

Apesar da maioria das gestantes 53% das gestantes terem realizado seis ou mais consultas e 63,5 % iniciarem o pré-natal ainda no primeiro trimestre, 47% das gestantes realizaram menos de seis consultas pré-natal, sendo observada a necessidade dos profissionais de saúde estimularem o início precoce desta assistência. No que se refere ao número de consultas realizadas por trimestre de gestação, foi constatado que 66,1% das gestantes, realizaram uma ou mais consultas pré-natal no primeiro trimestre, 74,8% duas ou mais no segundo trimestre e 53% três ou mais consultas pré-natal no terceiro trimestre, próximo do que preconiza os critérios estabelecidos pelo PHPN.

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. Segundo os parâmetros do PHPN do Ministério da Saúde, uma assistência pré-natal de qualidade prevê que realização da primeira consulta de pré-natal deve ocorrer até 120 dias, sendo aconselhável a realização de seis consultas, no mínimo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. As consultas devem ser mensais até 28 semanas, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanal de 36 a 41 semanas (BRASIL, 2005).

Mesmo havendo melhora na cobertura pré-natal no Brasil, fatores como baixa qualidade da assistência pré-natal, dificuldade de acesso, a falta de orientações à gestante, somado ao início tardio do pré-natal e baixo número de consultas, podem prejudicar diagnósticos e tratamento em tempo oportuno de possíveis complicações relacionadas ao ciclo gravídico (COSTA, 2013).

A presente pesquisa apresenta valores inferior aos encontrados no estudo de Paris et al. (2013), que avaliou a qualidade da assistência pré-natal, constatou adequação segundo os critérios mínimos do PHPN onde a maioria das gestantes (91,9%) realizaram seis ou mais consultas e quanto ao número de consultas realizadas no primeiro, segundo e terceiro trimestre os dados foram 65,4%, 72,6% e 34,6%, respectivamente.

No estudo de Silva et. al. (2013), realizado para avaliar o pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa. Os percentuais encontrados em relação ao início do pré-natal e a realização de no mínimo seis consultas pré-natal, também foram bastante significativos e divergentes aos desta pesquisa, onde grande parte das gestantes iniciou o pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação 83,6% e 89,9% destas gestantes realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal.

Com relação a idade gestacional na última consulta registrada das cadernetas das gestantes, no dia da coleta de dados foi identificado que as gestantes estavam com idade gestacional entre 30 a 41 semanas e 4,3% com idade gestacional entre 40 e 41 semanas.

Como visto no estudo realizado por Saldanha et al. (2011), para avaliar a evolução e os resultados neonatais associados a gestações entre 40 e 42 semanas, foi constatado que gestações prolongadas estão associadas ao aumento das taxas de morbidades perinatal.

Segundo o Ministério da Saúde, pós-datismo é a gravidez cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas, sabendo-se que a deterioração progressiva da função placentária, compromete a função respiratória do concepto, é fundamental iniciar a vigilância da vitalidade fetal. O diagnóstico de pós-datismo é feito a partir da idade gestacional e esta deve ser estabelecida antecipadamente com a realização de ultrassonografia, visto que erros no cálculo, irregularidades menstruais, o uso de anticoncepcionais, lactação e outros fatores podem influenciar na sua determinação e em caso de pós-datismo a gestante deve ser encaminhada para um centro de referência para realizar exames como ultrassonografia, cardiotocografia e amnioscopia (BRASIL, 2012).

Em se tratando dos procedimentos clínico e obstétrico, os dados desta pesquisa mostram que os procedimentos mais registrados na caderneta da gestante foram: idade gestacional (50,4%), peso da gestante (50,4%) e pressão arterial (49,6%) Os menos registrados pelos profissionais que prestam assistência pré-natal foram: edema (44,3%), observação, diagnóstico e conduta (37,4%), IMC (73,9%), apresentação fetal (84,3%), BCF (59,1%), movimento fetal (60,8%) e altura uterina (44,3%), sendo esses quatro últimos procedimentos de suma importância para monitorar o crescimento e desenvolvimento fetal.

O estudo de Derlan et al.(2015), que avaliou o pré-natal por um indicador de qualidade, apontou resultados semelhantes aos desta pesquisa no que se refere a avaliação dos procedimentos clínicos e obstétricos, como peso materno, pressão arterial e cálculo da idade gestacional, que também corresponderam aos mais registrados nas cadernetas das gestantes e os com menor quantidade de registros foram medida da altura uterina, BCF e apresentação fetal.

Coutinho et al., 2003, em estudo que avaliou a adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de Saúde em Juiz de Fora, evidenciou altos percentuais em relação a falta de registros dos procedimentos clínico e obstétrico. Conforme o referido estudo, o edema não tem sido considerado como um fator de risco para gestação, visto que este sinal está presente em 50 a 80% das gestações normais, por isso a ausência deste registro na caderneta. A apresentação fetal também é pouco registrada e a falta deste registro pode ser atribuída hipóteses como a falta de preparo profissional para realização do exame obstétrico, a não valorização do procedimento e/ou o fato da apresentação fetal ser confirmada através do exame de ultrassonografia.

Os procedimentos clínico e obstétrico são indispensáveis e essenciais para assistência pré-natal adequada. O cálculo da idade gestacional, o peso da gestante, a pressão arterial, o IMC, a existência de edema e observação e conduta devem ser registrados em todas consultas, visto que podem ser em qualquer fase da gestação. Já a medida da altura uterina torna-se obrigatório após a 12 semanas de gestação, a ausculta do BCF será possível com sonar-doppler após a 10^a ou 12^a semana, com pinard após 20 semanas e a determinação da apresentação fetal, facilmente identificado a partir do terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2012).

A avaliação e o registro do peso materno e IMC, por exemplo, são importantes para o monitoramento do ganho de peso gestacional. Gestantes com excesso de peso podem desenvolver diabetes gestacional, aumento da pressão arterial e outros problemas circulatórios, um outro fator de risco é o parto prematuro e o aumento de partos cesáreos. Uma complicação que pode ser diagnosticada com realização dos procedimentos clínicos e obstétricos são as alterações hipertensivas da gestação, estas estão associadas um maior risco de mortalidade materna e perinatal. A apresentação fetal deve ser avaliada e registrada na caderneta da gestante, pelos profissionais que prestam assistência pré-natal, pois situação transversa e a apresentação pélvica, no final da gravidez, pode de ser um fator de risco no momento do parto. Já a medida da altura uterina permite diagnosticar o crescimento intrauterino e a avaliação do BCF e movimento fetal são essenciais para avaliação da vitalidade fetal (BRASIL, 2012).

Quanto aos registros das assinaturas e categoria profissional na caderneta da gestante, foi verificado que em grande parte das cadernetas 61,7% havia assinatura e categoria profissionais nas consultas. Foi constatado ainda que em 97,4% das cadernetas havia registro de 1 a 8 consultas realizadas por enfermeiro e em relação as consultas realizadas por médico, em 70,5% das cadernetas foi verificado registros de 1 a 7 consultas e ainda 29,5% das participantes não realizaram consulta com médico.

As consultas pré-natal de gestantes de risco habitual devem ser realizadas tanto pelo médico como pelo enfermeiro e as consultas de enfermagem devem ser intercalas com as consultas médica, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Na pesquisa foi feito a associação entre idade gestacional na primeira consulta e o número de consultas realizadas e observado que as gestantes que

iniciaram pré-natal ainda no primeiro trimestre apresentaram alto nível de significância em relação ao número de consultas realizadas. Em se tratando das gestantes que iniciaram o pré-natal no segundo ou no terceiro trimestre, foi verificada uma menor associação entre os dados amostrais. Sendo assim os resultados indicaram grande evidência estatística entre essas variáveis, indicando desta forma que o número de consultas está associada a idade gestacional com $p=0,003$. Analisando-se a quantidade de vezes da realização de procedimentos clínicos e obstétricos, como idade gestacional, pressão arterial, altura uterina e BCF em relação as consultas pré-natal realizadas por trimestre de gestação, verificou-se um bom nível de significância para a maioria das variáveis.

Derlan et al. (2015), em estudo realizado para avaliar o pré-natal, ao associar as variáveis número de consultas e o período gestacional de início do pré-natal, também identificou que grande parte das gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, apresentaram alto nível de significância. Ainda no mesmo estudo também foi encontrado um bom nível de significância ao fazer associação do número de vezes da realização dos procedimentos clínicos e obstétrico (idade gestacional, peso, altura uterina, BCF e apresentação fetal) de acordo com a consulta pré-natal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu conhecer a adequação do pré-natal por meio da análise dos registros nas cadernetas das gestantes de risco habitual, atendidas em três distritos sanitários de São Luís-MA. Esta análise foi realizada segundo os parâmetros de adequação da assistência pré-natal preconizados pelo PHPN do Ministério da Saúde.

Frente aos resultados encontrados, foi identificado que grande parte da amostra apresenta perfil socioeconômico desfavorável, com renda familiar baixa e sem trabalho remunerado, sendo assim, conhecer as condições socioeconômicas das gestantes é fundamental para que os profissionais que prestam assistência pré-natal elaborem estratégias adequadas, diante desta realidade.

O acompanhamento do pré-natal permite prevenção e detecção de agravos em tempo oportuno, reduzindo riscos maternos e fetais. Ainda que o estudo tenha demonstrado adequação, através dos registros das cadernetas, no que se refere ao início precoce do pré-natal e a quantidade de consultas realizadas, inclusive por trimestre de gestação, não reflete uma atenção pré-natal de qualidade, visto que um percentual significativo das gestantes realizaram menos de seis consultas pré-natal. É indispensável o registro dos procedimentos clínicos e obstétricos na caderneta da gestante para que condutas sejam tomadas e agravos evitados, o que não foi observado neste estudo.

Apesar da caderneta da gestante ser um documento de acompanhamento do pré-natal e para o momento do parto, onde os profissionais de saúde devem anotar os dados clínicos e laboratoriais, foi verificado que o registro dos procedimentos clínico e obstétricos de suma importância para o manejo da atenção pré-natal, não foram devidamente valorizados por estes profissionais, visto que as informações contidas nas cadernetas das gestantes não são realizadas por completo. A falta de registro das condutas nas cadernetas das gestantes, durante a consulta de pré-natal pode comprometer o cuidado prestado, dados insuficientes podem dificultar a comunicação entre profissionais, não permitindo que unidade de referência receba as informações necessárias para o atendimento e ainda pode deixar dúvida, no que se refere à qualidade da consulta de pré-natal.

Portanto, é de extrema importância que os profissionais que estão frente à assistência pré-natal, conheçam as particularidades socioeconômicas e obstétricas

das gestantes para que cuidado seja ofertado de forma integral e ainda é indispensável o registro, na caderneta da gestante, de todas as condutas realizadas nas consultas para que as informações possam ser conhecidas por todos profissionais que prestam atenção pré-natal, retratando assim uma assistência adequada e de qualidade.

Nas consultas de pré-natal a realização e o registro dos procedimentos clínicos e obstétricos, não exige uma estrutura física sofisticada, mas é indispensável profissionais comprometidos com atenção pré-natal e que compreendam a importância da realização dos referido procedimentos para o desfecho positivo do ciclo gravídico. Neste contexto enfatiza-se a importância no enfermeiro na atenção pré-natal, considerando que este profissional é bastante atuante nas consultas de pré-natal.

O fato do estudo ter abordado apenas três distrito e identificado inadequações na assistência prestada, se faz necessário à continuação desta pesquisa envolvendo os demais distritos da cidade de São Luís – MA.

REFERÊNCIAS

- ALFING, Cleide Estela dos Santos. **O enfermeiro na atenção à mulher no pré-natal: a realidade em estratégias saúde da família**. 2016. Dissertação (Mestrado em Atenção Integral à Saúde) – UNICRUZ UNIJUÍ. Ijuí, 2016
- AMARAL, F. E. et al. Qualidade do pré-natal: uma comparação entre gestantes atendidas na Faculdade de Medicina de Barbacena e na Universidade Federal de Juiz de Fora. **Clin Biomed Res**. 2016;36(3):124-134
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2000b. anexo I, p.06. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html>. Acesso em: 09 novembro 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a NOAS-SUS 01/2002 – Norma Operacional de Assistência à Saúde. Diário Oficial da União, 27 fev. 2002. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 09 novembro 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a NOAS-SUS 01/2002 – Norma Operacional de Assistência à Saúde. Diário Oficial da União, 27 fev. 2002. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 09 novembro 2017.
- _____. 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/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 160p. Disponível em:<<http://bibliofarma.com/manual-tecnico-pre-natal-e-puterperio-atencao-qualificada-e-humanizada/>>. Acesso em: 13 abril 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008 : 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 416 p. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf>. Acesso em: 10 novembro 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351/GM/MS, de 5 de outubro de 2011.

Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 jul. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html>. Acesso em: 10 novembro 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília, 2013.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. Estatísticas vitais. Nascidos vivos [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2015 out. 23]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

CARVALHO, M. A. L. **Análise da assistência pré-natal na rede básica de saúde de um município do semiárido Piauiense.** Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2016.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 25 de junho de 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 14 março. 2018.

COSTA, C. S. C., et al. Característica do atendimento pré-natal na rede básica de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem Online**, abr.-jun. 2013, v. 15, n. 2, p. 516-522.

COUTINHO, T; TEIXEIRA, M. T; DAIN, S; COUTINHO L. M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de Saúde em Juiz de Fora-MG. RBGO - 25 (10): 717-724, 2003.

Departamento de Informática do SUS [homepage in the Internet]. **Estatísticas vitais: óbitos maternos e nascidos vivos.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/...>>. Acesso em: 14 março 2018.

DERLAN, C. B; BASSINI, D. C. H; CHAVES, J. et al. Avaliação de pré-natal por indicador de qualidade. **J. Health Biol Sci.** 2015; 3 (2): 67-72.

FERREIRA, O. C. et al. A importância do pré-natal para o nascimento saudável em uma maternidade de Campo Grande – MS. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**. Vol. 17, Nº 3, Ano 2013. p. 9-19.

GAMA, Paulo Sérgio Ferreira. **Assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família e seus desafios**. 2014. Monografia (Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - em Saúde Materna, Neonatal e do Lactente) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC), 2014.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p.33, 2009.

GONZAGA, I. C. A. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6):1965-1974, 2016.

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 p1227-1238, 2016.

IBGE. População no município no último senso demográfico, em 2010. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 16 abr. 2018.

JARDIM, Mara Julyete Arraes. **Empoderamento feminino: contribuições do enfermeiro no pré-natal para o processo de parturição natural sob a ótica da gestante**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2017.

Martinelli K. G.; Santos Neto E. T.; Gama S. G.; Oliveira A. E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2014; 36(2):56-64

MATOS D. S.; Rodrigues M. S.; Rodrigues T. S. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. **Rev. Enfermagem Revista** V. 16. Nº 01. Jan./Abr. 2013

NARCHI, N. Z. Atenção Pré-Natal por Enfermeiros da zona leste da cidade de São Paulo- Brasil. **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo, v.44, n.02, 2009. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: de 15 Março 2018.

NOGUEIRA, L. D. P; OLIVEIRA, G. S. Assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro – um levantamento bibliográfico. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online]**. Jan/Jun 2017; 6(1):107-119.

PARIS, G. F.; PELOSSO, S. M.; MARTINS, P. M. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2013; 35(10):447-52.

POLGLIANE, R.B.S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(7):1999-2010, 2014.

PORTO, P. N. **Características sociodemográficas e de saúde de gestantes como indicadores de vulnerabilidades**. 2016. TCC (Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, 2016.

RIBEIRO, Jéssica Sâmia Silva Torres. Atitudes de Enfermeiros nos cuidados com famílias no contexto do parto e puerpério imediato. Dissertação (Mestrado Saúde, Enfermagem e Cuidado) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

SALDANHA, F. A. T. et al. Estudo da gestação entre 40 e 42 semanas: avaliação ultrasonográfica, dopplervelocimétrica e resultados neonatais. **REVISTA SAÚDE & CIÊNCIA**. 2011;2(1)111-119 Janeiro – Junho de 2011.

SANTOS, L. S; DINIZ, G. R. S. **Donas de casa: classes diferentes, experiências desiguais**. Psic. Clin., Rio de Janeiro, Vol. 23, N. 2, P. 137-149, 2011.

SENA, Izabella Vieira dos Anjos. **Qualidade da atenção pré-natal na estratégia saúde da família: revisão de literatura**. 2014. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica e Saúde da família) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

SILVA, E. P. et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 13 (1): 29-30 37 jan. / mar., 2013.

SILVA C.S.; SOUZA, K.V.; ALVES, V.H et al. Atuação do enfermeiro na consulta pré-natal: limites e potencialidades. **J. res.: fundam. care. Online**. 2016 abr./jun. 8(2):4087-4098.

SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**. 2015 Abr-Jun; 24(2): 584-92.

SOUZA, I. A.; SERINOLLI, M. I.; NOVARETTI, M. S. Z.; SOUZA, D. C. C. **Compatibilidade entre os dados do cartão da gestante e o sistema informatizado da web sis prenatal**. Prisma.com (32) 2016, p. 127-147.

SOUZA, N. A. et al. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís-MA. **Rev. Ciênc. Saúde**. v.15, n.1, p. 28-38, jan-jun, 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, p.56, 2008.

Vasconcelos-Moura M. A. et al. **A qualidade da assistência de enfermagem no período pré-natal na perspectiva da gestante**. Aquichan, 2014; 14 (2): 196-206.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: **RETRATANDO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS-MA**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO 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, durante a entrevista, a qual terá como um auxílio um gravador de voz. Após a entrevista, você ouvirá a gravação, para avaliar o que você falou em seguida fazer a validação, de maneira a resguardar a veracidade dos fatos. Posteriormente, essas informações serão transcritas, 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 identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotado um código para esta finalidade.

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 ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Enfatizo que a sua 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.

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, entrar 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, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone (98) 21091250.

Li este Termo de Consentimento e fui informada sobre a pesquisa **“RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO 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 do entrevistado

Assinatura (ou digital) do entrevistado ou de seu representante legal

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDO, PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER -
NEPESM

APÊNDICE B – DISTRITOS SANITÁRIOS E RESPECTIVAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS

LISTA DAS UNIDADES POR DISTRITO SANITÁRIO

DISTRITO BEQUIMÃO

1. U. M. Bequimão.
- 2.. U. S. F. Amar.
3. C. S. Radional.

DISTRITO COHAB_

1. C. S. Salomão Fiquene – COHATRAC.
2. C. S. Djalma Marques –Turu.
3. U. S. F. Turu II.

DISTRITO COROADINHO

1. U. M. Coroadinho.
2. U. S. F. João Paulo.
3. C. S. Carlos Macieira.

DISTRITO ITAQUI BACANGA

1. U. M. Itaqui- Bacanga.
- 2.C. S. Embrião – V. Bacanga.
3. U. S. F. Vila Embratel

DISTRITO TIRIRICAL

1. U. M. São Bernardo.
2. U. S. F. São Cristóvão.
3. U. S. F. Fabiciana de Moraes.

DISTRITO VILA ESPERANÇA

1. U. S. Laura Vasconcelos.
2. U. S. F. Thalles Ribeiro.
3. U. S. F. Tibiri.

DISTRITO CENTRO

1. C.S. Bezerra de Menezes
2. U.S.F. São Francisco
3. C.S. Liberdade

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDO, PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER -
NEPESM

ANEXO A - Formulário de coleta de dados (CD) (NETO ADAPTADO, 2012)

Formulário nº _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

1. Nome da Unidade de Saúde	
2. Entrevistador	3. Data da Entrevista
4. Supervisor	5. Data da 1ª Revisão
6. Revisor	7. Data da 2ª Revisão
8. Digitador	9. Data da digitação

2. CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE

Características socioeconômicas e demográficas

10. Idade:	
11. Estado civil: 1. Casada 2. União estável 3. Solteira 4. Viúva 5. Divorciada/separada	
12. Raça/cor: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	
13. Bairro de residência:	
14. 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	
15. 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.	
16. Ocupação:	

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

17. Número de gestações:	
18. Número de partos:	
19. Número de abortos:	
20. Número de partos normais:	

21. Número de cesarianas:	
22. Número de nascidos vivos:	
23. Número de nascidos mortos:	
24. Realizou pré-natal na ultima gestação? 1. Sim 2. Não	
25. Realizou consulta com enfermeiro? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe/não lembra	

3. AUDITORIA DOS REGISTROS DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

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

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

Há registro quanto à (ao):	
26. Unidade de saúde do pré-natal? 1. Sim 2. Não	
27. Serviço de saúde indicado para o parto? 1. Sim 2. Não	
28. Número do cartão do SUS? 1. Sim 2. Não	
29. Número Sis prenatal? 1. Sim 2. Não	
30. Número do NIS*? 1. Sim 2. Não	
31. Nome? 1. Sim 2. Não	
32. Como gosta de ser chamada? 1. Sim 2. Não	
33. Nome do companheiro? 1. Sim 2. Não	
34. Data de nascimento? 1. Sim 2. Não	
35. Idade? 1. Sim 2. Não	
36. Raça? 1. Sim 2. Não	
37. Trabalho fora de casa? 1. Sim 2. Não	
38. Ocupação? 1. Sim 2. Não	
39. Endereço? 1. Sim 2. Não	
40. Ponto de referência? 1. Sim 2. Não	
41. Cidade? 1. Sim 2. Não	
42. Estado? 1. Sim 2. Não	
43. CEP? 1. Sim 2. Não	
44. Telefone? 1. Sim 2. Não	
45. E-mail? 1. Sim 2. Não	
46. Contato para situação de emergência? 1. Sim 2. Não	
47. Instrução? 1. Sim 2. Não	
48. Peso anterior? 1. Sim 2. Não	
49. Altura? 1. Sim 2. Não	
50. Estado civil/união? 1. Sim 2. Não	
51. Data da Última Menstruação? 1. Sim 2. Não	
52. Data Provável do Parto? 1. Sim 2. Não	
53. Tipo de gravidez? 1. Sim 2. Não	

54. Classificação de risco gestacional? 1. Sim 2. Não	
55. Gravidez planejada? 1. Sim 2. Não	
56. Gráfico de acompanhamento nutricional? 1. Sim 2. Não Em quantas consultas o gráfico de acompanhamento nutricional foi preenchido? _____	
57. Curva de altura uterina/idade gestacional? 1. Sim 2. Não Em quantas consultas a curva de altura uterina/idade gestacional foi preenchida? _____	
58. Exame ABO-RH? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
59. Exame Glicemia de Jejum? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
60. Exame Sífilis (teste rápido)? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
61. Exame VDRL? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
62. Exame HIV/Anti-HIV (teste rápido)? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
63. Exame Hepatite B - HBsAg? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
64. Exame Toxoplasmose? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
65. Exame Hemoglobina/Hematócrito? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
66. Exame Urina-EAS? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
67. Exame Urina-cultura? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
68. Exame Coombs indireto? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
69. Exame Eletroforese de Hemoglobina? 1. Sim 2. Não	
70. Tratamento para Sífilis*? 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	
71. Suplementação de sulfato ferroso? 1. Sim 2. Não	
72. Suplementação de ácido fólico? 1. Sim 2. Não	
73. Ultrassonografia? 1. Sim 2. Não Quantas? _____	
74. Antecedentes familiares? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
75. Gestações? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
76. Antecedentes clínicos obstétricos? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
77. Gestação atual? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
78. 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	
79. 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	
80. Vacina Influenza? 1. Sim 2. Não	
81. Vacina dTpa*? 1. Sim 2. Não	
Extrair informações abaixo a partir dos registros na caderneta da gestante**	
82. Número de consultas realizadas: _____	
83. Número de consultas no primeiro trimestre (até a 13ª semana): _____	
84. Número de consultas no segundo trimestre (entre a 14ª e a 26ª semana): _____	
85. Número de consultas no terceiro trimestre (a partir da 27ª semana): _____	
86. Idade gestacional na primeira consulta: _____	
87. Idade gestacional na última consulta: _____	
88. Número de registros de queixa: _____	
89. Número de registros da idade gestacional: _____	
90. Número de registros do peso: _____	
91. Número de registros do IMC: _____	
92. Número de registros de edema: _____	
93. Número de registros da pressão arterial: _____	
94. Número de registros da altura uterina Quantidade esperada (Contar a partir de 12 semanas): _____ Quantidade registrada: _____	
95. Número de registros da apresentação Quantidade esperada (Contar a partir de 28 semanas): _____ Quantidade registrada: _____	
96. Número de registros do BCF Quantidade esperada (Contar a partir de 20 semanas): _____ Quantidade registrada: _____	
97. Número de registros do movimento fetal Quantidade esperada (Contar a partir de 20 semanas): _____ Quantidade registrada: _____	
98. Número de registros de observação, diagnóstico e conduta: _____	
99. Nos registros das consultas há assinatura e categoria profissional? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
100. Quantos sem assinatura do profissional? _____	
101. Quantos sem categoria profissional? _____	
102. Número de consultas realizadas por enfermeiro: _____	
103. Número de consultas realizadas por médico: _____	

Há registro quanto à (ao):	
104. Participação em atividades educativas? 1. Sim 2. Não	
105. Visita à maternidade? 1. Sim 2. Não	
106. Consulta odontológica? 1. Sim 2. Não	
107. Agendamento de consultas**? 1. Sim 2. Não Quantos? _____	
108. Pré-natal do parceiro*? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	
Legibilidade dos registros	
109. Os registros são legíveis? 1. Sim 2. Não 3. Parcialmente	

* Informação ausente nas versões anteriores a 2016.

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

Dados do prontuário da gestante

110. O prontuário da gestante tem a ficha perinatal? 1. Sim 2. Não	
111. A ficha perinatal está preenchida e é atualizada em todas as consultas? 1. Sim 2. Não 3. Parcial	
112. O prontuário tem dados da gestante (identificação e sócio econômicos)? 1. Sim 2. Não 3. Parcial	
113. Tem o histórico da gestante? 1. Sim 2. Não 3. Parcial	
114. Tem hábitos de vida da gestante? 1. Sim 2. Não 3. Parcial	
115. Dados da gestação atual da gestante? 1. Sim 2. Não 3. Parcial	
116. Dados do exame físico e obstétrico da gestante? 1. Sim 2. Não 3. Parcial	
117. Tem a conduta dos profissionais que a atenderam a gestante? 1. Sim 2. Não 3. Parcial	
118. Tem dados das consultas subsequente da gestante? 1. Sim 2. Não	

4. ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL

Durante o pré-natal você foi orientada sobre:	
119. A importância do uso de Sulfato Ferroso e Ácido Fólico? 1. Sim 2. Não	
120. A importância do pré-natal? 1. Sim 2. Não	
121. As modificações da gravidez? 1. Sim 2. Não	
122. Os perigos relacionados ao uso de drogas na gestação? 1. Sim 2. Não	
123. Os perigos relacionados ao uso de produtos químicos no cabelo durante a gestação? 1. Sim 2. Não	
124. O Zica vírus? 1. Sim 2. Não	
125. Os cuidados relacionados a alimentação? 1. Sim 2. Não	

126. Os cuidados relacionados a higiene? 1. Sim 2. Não	
127. A relação sexual na gravidez? 1. Sim 2. Não	
128. O planejamento familiar? 1. Sim 2. Não	
129. Os sinais de risco na gravidez? 1. Sim 2. Não	
130. O momento certo de procurar a maternidade? 1. Sim 2. Não	
131. Os sinais de trabalho de parto? 1. Sim 2. Não	
132. Ter um acompanhante durante o pré-natal, trabalho de parto e parto? 1. Sim 2. Não	
133. Mecanismos para alívio da dor com métodos não-farmacológicos? 1. Sim 2. Não	
134. Estratégias para acelerar o trabalho de parto? 1. Sim 2. Não	
135. Como cuidar de si e do seu bebê? 1. Sim 2. Não	
136. As vacinas que o seu bebê deve tomar? 1. Sim 2. Não	
137. Os cuidados com o coto umbilical do seu bebê? 1. Sim 2. Não	
138. A importância de iniciar a amamentação do bebê ao peito na primeira hora de vida do bebê? 1. Sim 2. Não	
139. As vantagens da amamentação exclusiva ao peito até os 6 meses de vida? 1. Sim 2. Não	
140. A importância da amamentação para a saúde no bebê? 1. Sim 2. Não	
141. Sobre sua consulta de retorno no após o parto? 1. Sim 2. Não	
142. Durante o pré-natal você participou de reuniões ou grupos de gestantes realizadas na unidade de saúde ou em visitas domiciliares? 1. Sim 2. Não	
143. Durante as consultas você foi encaminhada para algum serviço (dentista, serviço social, outros)? 1. Sim 2. Não	

ANEXO B- Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

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

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

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 realizada 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

podrá 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

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_BASICAS_DO_PROJETO_790300.pdf	23/03/2017 00:33:16		Aceito
Outros	RESPOSTAAOPARECERPENDENTE2.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: 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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 04 de Abril de 2017

Assinado por:

FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

ANEXOS

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