



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

DANIELA DE SOUSA LIMA

**PROCEDIMENTOS MÍNIMOS OFERTADOS À GESTANTE DE RISCO
HABITUAL NO PRÉ-NATAL, EM SÃO LUÍS-MA.**

SÃO LUÍS

2018

DANIELA DE SOUSA LIMA

**PROCEDIMENTOS MÍNIMOS OFERTADOS À GESTANTE DE RISCO
HABITUAL NO PRÉ-NATAL, EM SÃO LUÍS-MA.**

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

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

SÃO LUÍS

2018

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

Lima, Daniela de Sousa.

Procedimentos mínimos ofertados à gestante de risco habitual no pré-natal, em São Luís-MA / Daniela de Sousa Lima. - 2018.

97 f.

Orientador (a): Lena Maria Barros Fonseca.

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

1. Consulta. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Gestante. I. Fonseca, Lena Maria Barros. II. Título.

DANIELA DE SOUSA LIMA

**PROCEDIMENTOS MÍNIMOS OFERTADOS À GESTANTE DE RISCO HABITUAL
NO PRÉ-NATAL, EM SÃO LUÍS-MA.**

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:

Prof.^a Dr.^a Lena Maria Barros Fonseca (Orientadora)

Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Cláudia Teresa Frias Rios

Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Me. Maria do Carmo Rodrigues Araújo

Mestre em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho a Deus que iluminou o meu caminho durante esta longa caminhada. Aos meus pais, irmãos, e amigos que, com muito carinho, apoio e compreensão, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu o dom da vida, me abençoando todos os dias com o seu amor infinito e por ter me concedido forças para superar os diversos obstáculos durante essa jornada.

À Universidade Federal do Maranhão por seu ensino de excelência, em especial ao curso de Enfermagem, por terem me acolhido e me proporcionado conhecimento técnico-científico para a minha carreira profissional. Aos professores que se dedicaram à docência. Ao Hospital Universitário e demais campos de estágio.

Agradeço a minha Orientadora, Prof.^a Dr.^a Lena Maria Barros Fonseca, pela oportunidade que me concedeu de fazer parte do projeto de pesquisa “Retratando a Assistência do Pré-Natal em São Luís, MA” e também pela indicação como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), em que foi possível vivenciar novas experiências e crescer profissionalmente. Muito obrigada pelos seus conselhos, incentivo e paciência durante a construção deste trabalho.

A professora Maria de Fátima Lires Paiva, por ter me proporcionado a oportunidade de participar como bolsista do projeto de extensão: “Educando em Saúde na atenção de gestantes e puérperas”.

Agradeço a todas as gestantes que aceitaram participar da pesquisa e as Unidades de Saúde que nos acolheram durante a coleta de dados.

Sou imensamente grata aos meus pais/avós Iraci Pereira de Sousa Lima e Valdimir Barbosa Lima, por me adotarem e me acolherem como filha assumindo todo amor, responsabilidade e compromisso para meu crescimento e desenvolvimento pessoal. Tudo que sou, que já conquistei e que hei de conquistar devo a eles, que me apoiam e me incentivam a seguir em frente. Ao meu pai Antônio José Pereira de Sousa Lima, por todo apoio, incentivo e por subsidiar condições para que eu prosseguisse nessa jornada.

Agradeço a todos os pesquisadores do projeto de pesquisa “Retratando a Assistência Pré-Natal de São Luís-MA”, em especial Luciene Rocha Garcia Castro, Cleidiane Cristina Sousa e Kallyane Silva Mendes que ajudaram na coleta de dados, tornando esse trabalho de conclusão de curso possível.

Ao meu amado namorado, parceiro e sempre amigo Carlos Ronyhelton Santana de Oliveira a quem eu agradeço muito por seu amor, apoio e acolhimento ao longo desses cinco anos e no desenvolvimento deste trabalho.

A minha jornada nunca teria sido a mesma sem o apoio, nas mais diversas situações, dos meus irmãos: Alysson Andrade, Adriana Cristina Nascimento, Haryta Lima Mendes, Bruno Oliveira de Sousa Lima, Rodrigo Oliveira de Sousa Lima, Vinicius de Sousa Lima e Manuela Oliveira de Sousa Lima, que acreditam em mim e torcem pelo meu sucesso e felicidade.

A minha tia Maria Eunice Pereira por me abrigar em sua casa, fornecer seus livros e me incentivar como exemplo de enfermeira, assim como a meu tio João Mendes. Agradeço em especial a minha tia Eliene Pereira de Sousa Lima que tenho um imenso carinho por ser uma irmã, uma segunda mãe, que me apoia nos momentos mais difíceis e dolorosos, ao meu tio Cândido por todo incentivo e apoio, e a minha cunhada Anna Crhystina Santana de Oliveira por me escutar e me acolher na correria do dia a dia.

Às minhas amigas de infância e ensino médio Tamyres Melo e Fernanda Sousa, que até hoje mesmo a quilômetros de distância estão presentes na minha vida, obrigada pelas várias mensagens de ânimo, consolo, de companheirismo e amizade. Agradeço também as minhas primas Thais Lima Mendes e Thayne Lima Mendes por me acolherem em sua casa, vocês também fazem parte da minha conquista.

Agradeço aos colegas da minha turma de graduação em Enfermagem pelo convívio e companheirismo, especialmente Milka Borges, por ser minha melhor amiga e companheira, todos os dias na graduação e na minha vida. E minhas colegas de estágio: Anália Rabelo, Nathália Rabelo, Anne Caroline Matias, Ana Carolina Oliveira e Adya Botelho, pelo companheirismo e por estarem me apoiando nesse período de grande aprendizado em nossas vidas.

Agradeço à Banca Examinadora pela apreciação deste trabalho e por sua contribuição.

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

“Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos”.

(Provérbios 16.3).

RESUMO

A realização e a frequência dos procedimentos básicos nas consultas dependem do risco específico de cada mulher na gravidez, de acordo com o trimestre de gestação e do plano de ação para cada caso, obtendo os dados através da caderneta da gestante, que deve estar devidamente preenchida, com os resultados dos exames laboratoriais, exames clínico-obstétricos e dos procedimentos técnicos. Além disso, participar de ações educativas durante o pré-natal é medida essencial para prevenir riscos que possam causar prejuízos à saúde materna ou fetal. Este estudo teve por objetivo analisar a realização dos procedimentos mínimos pela gestante de risco habitual durante o pré-natal em São Luís-MA. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em três unidades de saúde dos Distritos Sanitários do município de São Luís, Itaqui-Bacanga, Centro e Bequimão. Participaram do estudo 113 gestantes que realizaram pré-natal nas unidades selecionadas, no período de maio de 2017 a maio de 2018. O estudo demonstrou que o registro dos procedimentos básicos realizados pela gestante durante o pré-natal contribui para a avaliação da assistência prestada, visto que as competências essenciais esperadas na assistência pré-natal, preconizadas pelo Ministério da Saúde foram desenvolvidas. Entretanto alguns procedimentos foram realizados em menor frequência como, a realização do teste rápido para sífilis (31,86%) e a inadequação dos registros dos procedimentos clínico-obstétricos como IMC (44,2%), edema (48,7%), altura uterina (47,8%) e as condutas (36,3%), a maioria incompleta ou sem registros. Observou-se também que 89,38% das gestantes não participaram de nenhuma atividade educativa durante o pré-natal. É de extrema importância a realização dos procedimentos básicos para gestante de risco habitual e 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 acompanham a gestante, podendo assim ser um indicador para uma assistência adequada e de qualidade.

Palavras-chave: Consulta. Gestante. Cuidado Pré-natal.

ABSTRACT

The performance and frequency of the basic procedures in the consultations depend on the specific risk of each woman in the pregnancy, according to the gestational trimester and the action plan for each case, obtaining the data through the pregnant woman's book, which must be duly completed, with the results of laboratory tests, clinical-obstetric examinations and technical procedures. In addition, participating in educational activities during prenatal care is an essential measure to prevent risks that may cause harm to maternal or fetal health. The objective of this study was to analyze the accomplishment of the minimum procedures by the habitual risk pregnant woman during prenatal care in São Luís-MA. This is a descriptive study with a quantitative approach, carried out in three health units of the São Luís, Itaquibacanga, Centro and Bequimão districts. The study included 113 pregnant women who underwent prenatal care at the selected units between May 2017 and May 2018. The study demonstrated that the registry of the basic procedures performed by the pregnant woman during the prenatal period contributes to the evaluation of the care provided, since the essential competencies expected in prenatal care, as advocated by the Ministry of Health were developed. However, some procedures were performed less frequently, such as the rapid test for syphilis (31.86%) and inadequate records of clinical-obstetric procedures such as BMI (44.2%), edema (48.7%), uterine height (47.8%) and ducts (36.3%), mostly incomplete or unregistered. It was also observed that 89.38% of the pregnant women did not participate in any educational activity during prenatal care. It is extremely important to carry out the basic procedures for pregnant women at risk, and it is essential to record all the consultations conducted in the pregnant woman's book so that the information can be known by all professionals who accompany the pregnant woman. adequate and quality assistance.

Keywords: Query. Pregnant. Prenatal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa da Ilha de São Luís/MA, 2018	37
Figura 2 - Mapa dos Distritos Sanitários do Município de São Luís- MA, 2018	38
Gráfico 1 - Cobertura dos exames de rotina realizados pela gestante de risco habitual registrados durante o pré-natal em São Luís-MA, Brasil, 2018.....	51
Gráfico 2 - Participação das gestantes de risco habitual em atividades educativas durante a gravidez atual, em São Luís-MA, Brasil, 2018.....	52

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Perfil socioeconômico e demográfico das gestantes de risco habitual que realizaram consulta pré-natal em São Luís - MA, Brasil, 2018.....41
- Tabela 2** - Perfil obstétrico de gestantes de risco habitual que realizaram consulta pré-natal em São Luís- MA, Brasil, 2018.....43
- Tabela 3** - Registro dos procedimentos clinico-obstétricos realizados na consulta pré-natal das gestantes de risco habitual em São Luís- MA, Brasil, 201846
- Tabela 4** - Registro dos exames de rotina realizados pelas gestantes de risco habitual durante a assistência pré-natal em São Luís-MA, Brasil, 2018.....49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
BCF	Batimentos Cardíofetais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática e Informação do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Governo Federal
GM	Gabinete Ministerial
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corporal
MA	Maranhão
MS	Ministério da Saúde
NEPESM	Núcleo de Estudo, Pesquisa e Educação em Saúde da Mulher
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão arterial
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa Saúde da Família
RC	Rede Cegonha
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SISPRENATAL	Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 JUSTIFICATIVA.....	20
3 OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivo Geral.....	22
3.2 Objetivos Específicos.....	22
4 REVISÃO DE LITERATURA	23
4.1 Contexto histórico das políticas de atenção à Saúde da Mulher.....	23
4.2 O Pré-Natal de Risco Habitual.....	27
4.2.1 Exames de Rotina do Pré-natal de Risco Habitual	29
4.2.2 Procedimentos clínico-obstétricos realizados pela gestante de risco habitual	30
4.2.3 Atividades Educativas durante o Pré-natal	33
5 METODOLOGIA	36
5.1 Tipo de Pesquisa.....	36
5.2 Local e período da pesquisa	36
5.3 Participantes da pesquisa	38
5.4 Estratégias para coleta de dados	38
5.5 Análise dos dados	39
5.6 Aspectos Éticos e Legais.....	40
6 RESULTADOS.....	41
7 DISCUSSÕES.....	53
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES	78
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	79

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO DA ADOLESCENTE	81
APÊNDICE C - DISTRITOS SANITÁRIOS E RESPECTIVAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS	83
ANEXOS	84
ANEXO A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS (CD) (NETO ADAPTADO, 2012)	85
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	93
ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA SEMUS	96
ANEXO D - PARECER DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO DO CURSO	97

1 INTRODUÇÃO

O acompanhamento pré-natal de qualidade configura uma ação eficaz para detecção precoce e tratamento de intercorrências na saúde materna, contribuindo para a redução de riscos tanto para a gestante quanto para o concepto (CARDOSO et al., 2013).

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

A assistência pré-natal visa ofertar uma série de benefícios a gestante e ao concepto, permite monitorar o crescimento e desenvolvimento do feto além de identificar anormalidades que podem interferir no curso do trabalho de parto normal, permitindo intervenção oportuna para restringir ou sanar danos à saúde materna e fetal (SAUNDERS et al., 2002; CRUZ; CAMINHA; FILHO, 2014).

A realização e a frequência dos procedimentos básicos das consultas dependem do risco específico de cada mulher na gravidez, de acordo com o trimestre de gestação, e do plano de ação para cada caso, obtendo os dados através da caderneta da gestante que deve está devidamente preenchida, para a eficácia de seu uso. O registro de todas as avaliações de forma abrangente e racional é importante, pois facilita a comunicação de informações no período do parto e para criar um elo de comunicação entre as equipes de assistência ambulatorial e hospitalar, tratando-se então de um instrumento para avaliação e evolução da gravidez (BRASIL, 2000).

A realização dos exames laboratoriais, clínico-obstétricos e dos procedimentos técnicos básicos (aferição da pressão arterial, peso e estatura da gestante, medida da altura uterina, entre outros) durante o pré-natal, é medida essencial para prevenir, identificar e corrigir de maneira oportuna quaisquer anormalidades ou riscos que possam causar prejuízos à saúde materna ou fetal (NUNES et al., 2017).

Além disso, o acesso a orientações com os profissionais ou grupos de discussão antes do momento da consulta é de extrema importância durante o pré-natal, pois é um momento singular e indispensável para o desenvolvimento de ações

de educação em saúde, visando à promoção e à prevenção primária à saúde, em que as mães têm a oportunidade de compartilhar dúvidas, angústias e experiências com outras gestantes, além de receberem aconselhamentos quanto a questões oportunas para a gestação atual e futura, e do importante estabelecimento do vínculo com os profissionais (RIOS; VIEIRA, 2007).

A gestação se constitui de um fenômeno fisiológico que na maior parte dos casos tem sua evolução sem intercorrências, porém requer cuidados especiais mediante assistência ao pré-natal. Essa, por sua vez, tem como objetivo principal acolher e acompanhar a mulher durante o período gestacional, caracterizado por mudanças físicas e emocionais vivenciado de forma distinta pelas gestantes (LANDERDAHL et al., 2007).

Para o Ministério da saúde, a atenção ao pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do acesso fácil aos serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006a).

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) é “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”.

Ressalta-se que a assistência pré-natal passou a integrar a agenda das políticas públicas de saúde, a partir de 1984 com a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este incorporou como princípio e diretriz a integralidade e a equidade da atenção, representando um novo programa para a saúde da mulher que passou a incluir as ações educativas, preventivas, diagnósticas, tratamento e recuperação. Apesar de o 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).

O impacto dos indicadores de resultados e a qualidade da assistência prestada 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. O PHPN recomenda a realização de no mínimo seis consultas pré-natais e uma puerperal, além de todos os exames básicos, devendo também ser incluído as orientações sobre hábitos saudáveis de vida e as modificações resultantes da gravidez, aleitamento materno, bem como o preparo da gestante para o parto e puerpério (BRASIL, 2000; PEREIRA, 2014).

Com a implantação do PAISM, que posteriormente passou a ser considerada uma política (em 2004 com o PNAISM), trouxe como propostas o aumento da cobertura e a concentração do atendimento pré-natal a população feminina, além de melhorar a qualidade da assistência ao parto (BRASIL, 2004; JORGE et al., 2015; COSTA, 2016).

A qualidade do pré-natal tem sido objeto de muitos estudos brasileiros, entretanto, a avaliação tem sido realizada apenas por meio do número de consultas mensais e da idade gestacional de início no serviço de saúde. Os resultados demonstram que há necessidade de avaliar não somente o número de consultas, mas também o seu conteúdo (KOFFMAN; BONADIO, 2005; ANVERSA et al., 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, apesar da ampliação na cobertura pré-natal, alguns dados ainda 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 que não conseguem realizar as ações preconizadas pelo PHPN (BRASIL, 2006).

Buscando avaliar o conteúdo da assistência pré-natal oferecido as mulheres surgiram estudos nacionais utilizando os critérios do PHPN como indicador de qualidade. A utilização desses critérios representou um avanço para o monitoramento do atendimento realizado, já que ele não se restringe somente a mensuração de consultas, mas também em analisar os aspectos qualitativos da assistência (BEECKMAN et al., 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 e hospital visando 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, ajudando nas ações de educação em saúde e garantem que as gestantes tenham acesso a informações adequadas referentes à gravidez (SOUZA, 2016).

Em São Luís, capital do Maranhão, foi realizada uma pesquisa em 2010 na qual, avaliou a inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e incluiu os nascimentos em instituições de saúde públicas e privadas que realizavam mais de 100 partos por ano de uma coorte. Este estudo observou uma alta taxa de inadequação (60,2%) do conteúdo da assistência pré-natal realizado pelas gestantes de São Luís. Entre 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).

Nessa perspectiva, o registro das informações colhidas juntamente a gestante durante o pré-natal, os exames solicitados e seus resultados, bem como as práticas clínicas e educacionais realizadas, configuram-se importantes ações para a qualificação dos serviços prestados, bem como assegura a intercomunicação entre os profissionais de saúde durante toda a tríade: gestação, parto e puerpério. No entanto, a ausência desses registros implica na incompreensão dos profissionais que deveriam realiza-los, da importância desse embasamento para a prática profissional segura, além da credibilidade credenciada ao serviço prestado (BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012).

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 que a equipe de profissionais estejam qualificados, recursos, sejam físicos ou laboratoriais e ainda rede hospitalar de referência (AMARAL et al., 2016).

Sendo assim, a realização dos procedimentos básicos durante o pré-natal exerce papel fundamental na atenção às gestantes, primando pela qualidade e pela presteza na realização dos exames laboratoriais, contribuindo para o diagnóstico das doenças e para o acompanhamento pré-natal.

Baseado nas proposições levantadas, o objeto de estudo do presente trabalho são os procedimentos mínimos realizados no pré-natal, buscando responder o seguinte questionamento: Os Procedimentos mínimos estão sendo realizados e registrados na caderneta da gestante de risco habitual durante a assistência pré-natal em nosso município?

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, a razão da mortalidade materna (RMM) no período de 1990 a 2010 passou de 141/100 mil para 68/100 mil em 2010, queda de 52% no número de mortes, que tem como principais causas as hemorragias e a hipertensão arterial sistêmica. Em 2015 o país reduziu para 56/100 mil a razão de mortalidade materna, com 60% de queda. Porém não permitiu o cumprimento da meta estabelecida pela ONU (BRASIL, 2012; DATASUS, 2017).

É indispensável o desenvolvimento do pré-natal com qualidade para alcançar a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, incluindo práticas de assistências, como a captação precoce da gestante aos serviços de saúde, e os procedimentos básicos necessários na realização do pré-natal, além do registro desses dados no cartão da gestante e prontuário, favorecendo a prevenção de eventos que poderá levar ao óbito materno ou fetal (MARTINELLI et al., 2014).

Os dados disponíveis apontam um aumento no número de consultas de pré-natal, entretanto quando se realiza a auditoria nos cartões das gestantes, pode-se inferir que há um comprometimento da qualidade da assistência prestada a essas mulheres. Através dos registros é possível verificar 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; PELLOSO; MARTINS, 2013).

Mediante a importância dessa temática, surgiu o interesse por tal estudo durante a vivência acadêmica e participação no projeto “Retratando a assistência do pré-natal em São Luís – MA”, como bolsista de Iniciação Científica, e foi possível conhecer parte da realidade, como por exemplo, a inadequação no preenchimento dos procedimentos básicos na caderneta da gestante, fatores e/ou situações que comprometem a assistência pré-natal de qualidade prestada ao binômio mãe-filho.

Este estudo possui grande relevância científica e social, tendo em vista que a mortalidade materna ainda consiste em um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. A taxa de mortalidade materna estimada em 71,4 por 100.000 nascidos vivos no ano de 2014 na regional de São Luís foi classificada como alta, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) (GUARDA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, acredita-se que conhecer a qualidade dos registros da caderneta da gestante em relação aos procedimentos básicos que estão sendo realizados no pré-natal, em São Luís – MA, através do levantamento dos dados e a interpretação de seus resultados por meio desta pesquisa, poderão trazer subsídios favoráveis para nortear os serviços e as práticas dos profissionais de saúde, de modo particular os enfermeiros, pois se espera que ao solicitar, orientar e analisar os resultados dos exames laboratoriais, realizar os exames clínico-obstétricos, o mesmo possa identificar os fatores de risco e adotar condutas apropriadas, prevenindo possíveis intercorrências clínicas na gravidez, no sentido de atender aos pré-requisitos mínimos do PHPN e Rede Cegonha para qualificar o pré-natal, visando à redução da mortalidade materna e perinatal próximo ao que preconiza a Organização Mundial de Saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o registro dos procedimentos mínimos realizados pela gestante de risco habitual, durante a assistência pré-natal, em São Luís-MA.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as gestantes quanto ao perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico;
- Investigar o registro dos procedimentos clínico-obstétricos e técnicos realizados pelos profissionais na consulta Pré-natal.
- Identificar o registro dos exames de rotina realizados pelas gestantes de risco habitual durante a assistência pré-natal;
- Verificar o registro da participação das gestantes em atividades educativas durante o pré-natal da gravidez atual.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Contexto histórico das políticas de atenção à Saúde da Mulher

O panorama econômico e cultural do Brasil sofreu grandes mudanças no início do século XIX devido à implantação da industrialização e urbanização que alteraram o estilo de vida, principalmente das mulheres que gradativamente, iniciaram suas atividades para além das residências, tais como trabalhar e estudar simultaneamente (GOMES, et al., 2017).

Esse comportamento segundo Santos et al. (2012) também influenciou na globalização e compartilhamento de culturas, onde costumes e valores de outros países passaram a ser confrontados. Neste período, as ações voltadas para a saúde das mulheres se caracterizavam pelo distanciamento entre as medidas adotadas e a realidade feminina. Com isso, foi necessário o desenvolvimento de programas voltados para este público feminino.

Em 1984, fruto das lutas da Reforma Sanitária e do movimento feminista, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que inseriu como princípios e diretrizes a integralidade e a equidade da assistência, trazendo sugestões de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, num período em que, simultaneamente, no âmbito do Movimento Sanitário, estavam sendo formados os conceitos que embasariam a formulação do SUS, posteriormente, na Constituição de 1988 (BRASIL, 2004; GUERREIRO et al., 2012; COSTA, 2016).

Com a publicação do PAISM, marcou-se uma ruptura conceitual com os princípios que conduziam a política de saúde das mulheres, passando a englobar ações voltadas para todo o ciclo vital da mulher, destacando-se a atenção pré-natal pelo seu impacto nas condições perinatais. (SILVA et al., 2011)

Além disso, observou-se também a ampliação da cobertura da Atenção Básica (AB) a toda população brasileira, derivado da universalização do acesso e ampliação da oferta de serviços de saúde de base municipal com a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) e os processos de mudança nos modelos de atenção às mulheres, especialmente representados por iniciativas voltadas à redução das taxas de cesárea e à humanização do parto (COSTA, 2009; CRUZ; CAMINHA; FILHO, 2014).

O Programa mencionado acima se constituiu em um marco histórico das políticas públicas de extrema importância para o Brasil voltada para a saúde da mulher e da criança, pois o governo, além da abordagem no tratamento individual e na cura de doenças, inseriu em seu programa questões referentes à família. A esterilização deixou de ser o método contraceptivo mais usado e se passou a evidenciar a importância do planejamento familiar. Além disso, ampliou-se a visão de integralidade, presente nas formulações do movimento sanitário, para incorporar a noção de mulher como sujeito, que ultrapassa sua especificidade reprodutiva, para assumir uma perspectiva holística de saúde (COSTA; AQUINO, 2000; CASSIANO et al., 2014).

Segundo Ramos (2016), havia programas que se referiam às ações materno-infantis, porém dando pouco enfoque às mulheres, que somente tinham um olhar mais criterioso quando se encontravam no ciclo gravídico-puerperal e não possuindo atenção adequada em grande parte de sua vida. A existência da grande desigualdade nas relações entre homens e mulheres, fez com que o público feminino se organizasse, incrementando mudanças nas relações sociais, que passaram a dar suporte na elaboração, execução e avaliação das Políticas Públicas de Saúde da Mulher.

Neste contexto histórico, para remodelar o cuidado que é proporcionado às mulheres e modificar a assistência referente à gestação, parto e nascimento, o Ministério da Saúde criou Programas relacionados à humanização.

Como mencionado, foi necessário à criação de um programa mais específico, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000, pela Portaria/GM nº 569, que apresentava como elementos estruturadores a humanização do cuidado e o respeito aos direitos reprodutivos estabelecendo princípios e diretrizes norteadores com o objetivo de proporcionar atendimento mais adequado à gestante e ao recém-nascido (BRASIL, 2000a).

Ainda no ano de 2000, no sentido de aprimorar a assistência pré-natal foi disponibilizada a primeira edição do Manual Técnico de Assistência Pré-Natal, objetivando divulgar, ampliar e promover a capacitação dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica no atendimento às gestantes (BRASIL, 2000).

Em 2004, o MS preconizou diretrizes para a humanização e qualidade do atendimento com a criação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) que firmou os avanços do PAISM (1984) e ampliou o conjunto de

ações relacionadas à saúde da mulher, que até então era focado na assistência do ciclo gravídico-puerperal, para incluir outros aspectos relevantes da saúde da população feminina, como as doenças ginecológicas mais prevalentes, os direitos sexuais e reprodutivos e a promoção da atenção à saúde de segmentos específicos das mulheres (BRASIL, 2004; CRUZ *et al.*, 2014; OLIVEIRA; BARBOSA; MELO, 2016).

Em 2005 foi publicado ainda, o Manual Técnico Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada, sendo republicado em 2006, com o objetivo de organizar a rede de assistência e normatizar as práticas de saúde no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2006).

O Departamento de Informática e Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS) disponibilizou um software chamado Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal e Puerpério (SISPRENATAL) com intuito de registrar e acompanhar ações específicas preconizadas pelo PHPN. Esse sistema engloba fichas de cadastro da gestante e o mapa de registro diário do atendimento, na qual cada profissional que realiza a consulta à mulher deve preenchê-lo e encaminhar para processamento, possibilitando assim a avaliação permanente dos indicadores (BRASIL, 2011).

Apesar dos esforços contínuos da implantação e implementação de ações e programas voltados à saúde da mulher, ao final da primeira década do século XXI, essas ações mantêm-se pouco resolutivas e frágeis no que diz respeito à identificação das necessidades relacionadas ao ciclo gravídico puerperal, e na articulação das ações e do cuidado após o nascimento do bebê. (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, observa-se que a mulher retornava ao serviço de saúde apenas para o cuidado com o recém-nascido, contemplando a falta de articulação das ações básicas e o viés de gênero apresentando dificuldades de acesso e vínculo com os serviços de saúde (PIO, 2014).

Em junho de 2011, o Ministério da Saúde elaborou a Rede Cegonha no âmbito do SUS, que:

(...) “valoriza a assistência obstétrica com um olhar mais amplo, assegurando uma atenção humanizada na gestação, parto e puerpério e, oferecendo ao recém-nascido o direito ao nascimento seguro para que haja um crescimento e desenvolvimento saudável.” (BRASIL, 2016, p.18).

De acordo com Ramos (2016) a rede cegonha engloba a consolidação das Políticas Públicas de Saúde referentes à mulher nos componentes parto e nascimento, favorecendo uma prática de cuidado que certifica assistência de qualidade e local de nascimento dentro dos princípios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Traz como finalidades a garantia do acesso, acolhimento, resolutividade, com avaliação da classificação de risco e vulnerabilidades, proporcionando dessa forma uma melhora na qualidade da atenção pré-natal. Além disso, vem intensificar a luta pela implantação e afirmação de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento chamado de “Modelo Humanizado de Assistência ao Parto”, ao qual, vem sendo discutido e construído no país desde a década de 1980 com base no pioneirismo e na experiência de vários atores, entre eles médicos, enfermeiras obstetras e neonatais, dentre outros (MAIA, 2010; BRASIL, 2014; FEITOSA *et al.*, 2017).

A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes, sendo o primeiro o pré-natal, que consiste no acompanhamento adequado da gestação. O segundo, Parto e nascimento, que devem estar voltados para boas práticas de atenção centrada na mulher, criança, pai e família. O terceiro, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, compreendendo a importância da consulta pós-parto para a mulher e para a criança. O quarto, Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação), como forma de assegurar o transporte adequado para cada situação solicitada de acordo com a gravidade de cada caso (BRASIL, 2013).

Com o novo modelo de promoção a saúde no cenário da integralidade, a saúde da mulher emerge como uma das preocupações das políticas públicas de saúde, visto que no contexto das Conferências de Saúde as políticas de apoio à saúde da mulher representam temáticas importantes, nas quais a mesma passa a ser vista em sua integralidade, como autônoma e participativa nesse processo de decisão e formulação de políticas públicas, considerando que incluída nesse processo, há consequente garantia do atendimento de suas reais necessidades (FREITAS *et al.*, 2009).

Apesar dos avanços e contribuições trazidas decorrentes da criação e desenvolvimento das políticas e programas de saúde voltados para a saúde da mulher, a qualidade da assistência ainda requer de melhorias, apresentando dificuldades de acesso, cobertura e vínculo com os serviços de saúde.

4.2 O Pré-Natal de Risco Habitual

Para a mulher, a chegada de um bebê é um acontecimento muito importante, passando por modificações fisiológicas, psicológicas e sociais. Segundo Paes et al. (2009) um dos instrumentos facilitadores desse processo é a realização do Pré-natal, a mulher poderá receber orientações que irão auxiliar a compreender as modificações pelas quais seu organismo será submetido, e assim vivenciar a gravidez com maior satisfação, além de receber acompanhamento e a devida avaliação da evolução de sua gestação.

Historicamente, a experiência da gestação e do parto foi de domínio exclusivo das mulheres que tinham como auxiliares as parteiras, comadres, religiosas ou mulheres experientes da família (PERROT, 2003 apud SILVA, 2012).

No tocante a saúde materna e infantil na primeira metade do século XX, em particular nos países desenvolvidos, houve avanços dos conhecimentos relativos à prática médica obstétrica e neonatal, que resultaram na redução significativa da mortalidade materna e infantil (SILVA, 2012).

Entretanto, No Brasil, em 2014, foram registrados 1.552 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos, com destaque para as regiões Sudeste, com 540 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos. A elevada taxa de mortalidade materna viola os direitos humanos femininos, e a sua alta prevalência incide-se em comunidades com poucos recursos econômicos e sociais (MARTINS; SILVA, 2018).

Em 1986 foi lançado o manual de pré-natal de baixo risco, posteriormente denominado de assistência pré-natal, que propõe que a assistência ocorra em uma unidade básica de saúde, designada como principal porta de entrada do sistema de saúde. (VIELLAS et al., 2014).

A operacionalização do PSF ocorre mediante a composição da equipe multiprofissional que atue numa área definida. As ações básicas a serem efetuadas pelos profissionais que fazem parte do PSF estão descritas nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) e constam de atenção a determinados grupos populacionais de acordo com suas características e necessidades de saúde, destacando-se, nesse programa, a atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal (DUARTE; ANDRADE, 2006, ANDRADE; VERSIANE, 2013).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o ponto de atenção estratégico para melhor acolher as necessidades das gestantes, inclusive assegurar um acompanhamento longitudinal e continuado, particularmente durante o período da gestação (BRASIL, 2013).

Segundo Costa *et al.* (2013), o pré-natal é um dos mais completos conjuntos de procedimentos clínicos e educativos, oferecidos a um grupo populacional específico, que tem o intuito de promover a saúde e identificar precocemente problemas que possam trazer riscos para a saúde da gestante e do concepto, além de diagnóstico e tratamento adequado das complicações que possam vir a ocorrer nesse período, com amplo potencial de impacto sobre a morbimortalidade materno-infantil.

O objetivo do acompanhamento pré-natal, portanto, é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive atingindo aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

. De acordo com Cabral *et al.* 2010, a realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é encarada como a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

Na primeira consulta de pré-natal deve ser realizada uma anamnese detalhada, atentando para os aspectos sócios epidemiológicos das gestantes, antecedentes familiares e pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos (BRASIL, 2012).

Dentre as condutas temos: interpretação dos dados colhidos na anamnese e interpretação com resultados dos exames solicitados, correlacionando-os, tratamento das alterações encontradas nos exames e encaminhamento quando necessário, prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico, orientações sobre o ganho de peso e alimentação saudável, incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê, orientações sobre os sinais de risco e a importância de serem notificados, auxílio da equipe multidisciplinar, estimulando as condutas com outros profissionais, prática de ações educativas, de maneira individual e também

coletiva e o agendamento das próximas consultas (BRASIL, 2013; COREN-GO, 2013).

As anotações deverão ser desempenhadas tanto no prontuário da unidade (Ficha Clínica de Pré-Natal) quanto no Cartão da Gestante e o preenchimento da ficha de cadastramento da gestante no Sis-PreNatal (BRASIL, 2013; SOUSA; MENDONÇA; TORRES, 2012).

Segundo Garcia, et al. (2018) a atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher no período gravídico é especificamente essencial na atenção ao pré-natal de risco habitual. Os autores ressaltam a importância da capacitação do profissional de enfermagem em relação às competências essenciais em obstetrícia para que permaneçam atualizados com base nas melhores evidências científicas, adotando assim, uma postura ativa.

4.2.1 Exames de Rotina do Pré-natal de Risco Habitual

O Pré-Natal é conhecido como o período que antecede o nascimento de um bebê, desde a sua pré-concepção, até o parto. Durante esse processo, são realizadas orientações, o profissional deve conhecer e sanar as dúvidas das gestantes, solicitar exames laboratoriais e procedimentos previamente estabelecidos incluindo explicar sobre todas as sorologias e as suas patologias abrangentes (NUNES, 2012).

Para muitas mulheres a consulta de pré-natal, apresenta-se como uma oportunidade única que possuem para investigar seu estado de saúde; assim, deve-se considerá-la também como uma oportunidade para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação da sua saúde. (CAVALCANTE et al., 2016).

Os exames complementares servem de suporte para o raciocínio clínico, e os motivos para solicitação devem ser explicados de forma clara à gestante. Deste modo, faz-se necessário realizar aconselhamento pré e pós-teste, informando benefícios e riscos, bem como avaliar o conhecimento e expectativas da gestante quanto aos resultados obtidos (BRASIL, 2012)

Durante a assistência de pré-natal, são requeridos exames e procedimentos básicos, de extrema importância e valor, com a realização dos mesmos, torna-se possível diagnosticar doenças, de maneira efetiva e funcional,

reduzindo os riscos maternos ou de exposição fetal neste período, podendo citar patologias como a AIDS, sífilis, dentre outras tantas, nos possibilitando intervir, de maneira precoce, principalmente com relação a patógenos que ultrapassem a barreira placentária e possam atingir o feto. Estes exames devem ser realizados no mínimo duas vezes durante toda a gestação, a saber: no primeiro e último semestre (AMARAL, 2016).

Em relação aos exames complementares, devem ser solicitados na primeira consulta os seguintes exames: Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto (se for Rh negativo); Glicemia de jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Teste rápido diagnóstico anti-HIV; Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg); Exame de urina e urocultura; Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional; Citopatológico de colo de útero (se necessário); Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica); Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica); Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica) (BRASIL, 2012).

Os protocolos nacionais recomendam, quanto aos exames de rotina, a realização de duas sorologias para sífilis e HIV, bem como a repetição dos exames de glicemia e de urina. (BRASIL, 2014).

A não realização desses exames está diretamente relacionada às taxas elevadas de transmissão vertical da infecção por sífilis e HIV e a ocorrência de óbitos perinatais evitáveis, apontando problemas na qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2017).

A proporção de gestantes com registro de resultados de exames ainda é baixa. Embora o problema possa ser apenas de registro dos resultados, há também a possibilidade de falhas na execução dos exames por falta de insumos específicos, equipamentos danificados, demora no retorno do resultado, extravio das amostras, entre outros (DOMINGUES et al., 2012).

4.2.2 Procedimentos clínico-obstétricos realizados pela gestante de risco habitual

Para um acompanhamento pré-natal adequado, é necessário que a equipe de saúde realize correta e uniformemente os procedimentos técnicos durante

o exame clínico e obstétrico. Caso contrário, ocorrerão diferenças significativas, afetando a comparação e a interpretação dos dados. Cabe aos profissionais de saúde promover a capacitação dos demais membros da equipe, visando a garantir que todos os dados colhidos sejam fidedignos (BRASIL, 2016).

O atendimento pré-natal deve ser organizado para atender as reais necessidades por intermédio do conhecimento técnico científico e dos recursos que estão disponíveis. Além disso, é importante assegurar a continuidade do cuidado, acompanhando o retorno da mulher e do bebê no pós-parto (DOMINGUES, 2015).

A realização das consultas pré-natais de gestantes de risco habitual devem ser realizadas tanto pelo médico como pelo enfermeiro, e as consultas de enfermagem devem ser intercaladas com a consulta médica, conforme preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (2011) é recomendado o início precoce da assistência pré-natal no primeiro trimestre gestacional (8 a 12 semanas), sendo fundamental para a prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV, diagnóstico de gravidez tubária, controle da anemia, manejo da hipertensão arterial e do diabetes dentre outras morbidades.

A identificação antecipada desses agravos é de extrema importância para que os procedimentos clínicos preconizados pelo PHPN possam ser efetivados de forma mais eficiente, cumprindo assim o seu objetivo de detectar precocemente gravidez de risco, bem como permitir intervenções rápidas e eficazes em situações de risco para mãe e filho (BRASIL, 2011).

Os procedimentos clínicos que devem ser realizados na gestante incluem tanto a anamnese, como a realização do exame físico. É indispensável à realização dos seguintes procedimentos: avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, registro dos movimentos fetais, realização do teste de estímulo sonoro simplificado, verificação da presença de edema, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica, exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher e com a idade gestacional (BRASIL, 2012).

Segundo Lima et al. (2014) a verificação da pressão arterial (PA) nas consultas às gestantes é indispensável para avaliar os riscos relacionados à hipertensão arterial, que se faz presente em 5 a 10% das gestantes, sendo

responsável pelo alto índice de morbimortalidade materna e perinatal. Em relação aos óbitos decorrentes de eclâmpsia, hemorragia cerebral, edema agudo de pulmão, insuficiência renal aguda e coagulopatias correspondendo a 35% das causas de mortalidade materna,

Durante a gestação, a finalidade do controle da verificação da PA é proteger a mãe de hemorragia cerebral, efeitos nocivos da hipertensão, reduzir a prematuridade, manter perfusão uteroplacentária evitando hipóxia, crescimento intrauterino retardado (CIUR) e óbito perinatal. Com relação ao exame físico do abdome, é possível verificar anormalidades fisiopatológicas por meio de técnicas de inspeção, percussão, palpação e ausculta (LIMA, DAVIM, SILVA, et al., 2014).

Os componentes mais importantes que precisam ser incluídos na primeira visita pré-natal, no exame físico são os seguintes: peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireoide, das mamas, dos pulmões, do coração, do abdome e das extremidades. Nas visitas subsequentes, torna-se obrigatório aferir a altura uterina, pesar a gestante, mensurar a pressão arterial, verificar a presença de palidez em mucosas, a existência de edemas e auscultar os batimentos cardíacos fetais. A ausculta dos batimentos cardiorfetais e altura uterina são indispensáveis para identificar a vitalidade do feto, crescimento físico e distúrbios nutricionais da mãe que podem atingir o crescimento do bebê, deve-se avaliar também as mamas para lactação (BRASIL, 2012).

As consultas subsequentes podem ser direcionadas e específicas, registrando as queixas da gestante, reavaliando o risco gestacional, realizado exame físico direcionado, verificação da situação vacinal, avaliação dos resultados dos exames complementares, atualização do cartão da gestante e da ficha de pré-natal, com cálculo e registro da idade gestacional, aferição do peso e cálculo do IMC e avaliação do ganho de peso gestacional e monitoramento nutricional, aferição da pressão arterial na técnica correta, palpação obstétrica e medida da altura uterina, pesquisa de edema, exame ginecológico (mamas e toque, se necessário), ausculta dos batimentos cardíacos fetais, registro de movimentos fetais, teste de estímulo sonoro (COREN-GO, 2013).

Entretanto, a realização de exames no pré-natal deve ser cautelosa, visto que os exames a serem feitos devem apresentar comprovação científica dos seus benefícios, a fim de diminuir ao máximo o uso desnecessário de tecnologias sem qualquer benefício devidamente confirmado, devendo priorizar dessa forma os

procedimentos mais simples e que possuem eficácia comprovada para promover a saúde materno-infantil (GONÇALVES et al., 2009).

A avaliação clínica com investigação detalhada e adequada dos sintomas apresentados pela gestante e o minucioso exame físico são elementos pertinentes para determinar quadros leves, moderados ou graves de alterações no organismo materno. A inspeção de pele e mucosas é considerada informação significativa, a qual orienta quanto à presença de anemia, situação prejudicial tanto para a gestante quanto para o feto (LIMA, DAVIM, SILVA, et al., 2014).

Sendo assim, diante do exposto têm-se a necessidade de promover a sensibilizar os profissionais que acompanham a gestante, acerca da necessidade de aprimorar a qualidade dos registros feitos no cartão da gestante e no seu prontuário, bem como encorajar maior adesão por parte dos mesmos aos protocolos recomendados para as consultas, a fim de garantir melhorias na atenção ao pré-natal (ANVERSA et al., 2012).

4.2.3 Atividades Educativas durante o Pré-natal

O objetivo do acompanhamento pré-natal é garantir o desenvolvimento da gestação, possibilitando o parto de um recém-nascido saudável, sem impactos para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas, individuais e em grupos ou atividades em sala de espera (BRASIL, 2016).

A criação de espaços de educação em saúde durante o pré-natal é de extrema importância, afinal, nestes espaços as gestantes podem ouvir e comentar sobre suas vivências além de consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias (BRASIL, 2012).

Acolhimento e escuta qualificada são atitudes que as gestantes esperam dos profissionais que atendem o pré-natal. Tais componentes, caracterizadas como tecnologias leves, fazem o diferencial do cuidado. Essas ações são importantes para o fortalecimento das relações interpessoais e ainda são recomendadas pelo MS na estratégia Rede Cegonha (GONÇALVES et al., 2013).

É necessário que a equipe de saúde esteja sensibilizada para a importância das orientações junto à gestante, permitindo que as mesmas não abandonem o acompanhamento durante o pré-natal. Facilita ainda, esclarecer aspectos como aleitamento materno, sinais de trabalho de parto, alimentação saudável, norteando as mulheres sobre os cuidados que devem ter com sua saúde e com o recém-nascido durante esse período (ORTIGA, CARVALHO, PELLOSO, 2015).

Um ponto primordial para manter essa relação entre as orientações oferecidas no pré-natal e as práticas aplicadas durante o parto, é o diálogo entre as gestantes e os profissionais de saúde, pois servirá como uma preparação efetiva para a maternidade. É nesse ponto que a consulta de enfermagem se torna primordial, constituindo um meio legítimo de informações sobre os aspectos técnicos e tecnológicos do parto, as repercussões positivas à sua saúde e ao recém-nascido (COSTA *et al.*, 2013; LAMY; MORENO, 2013).

A realização de atividades em grupo, rodas de conversa ou até mesmo palestras educativas, são metodologias utilizadas pelo enfermeiro que fazem toda a diferença no dia-a-dia. Estas ações de saúde podem ser qualificadas como uma extensão da consulta de pré-natal, desenvolvendo um espaço de discussão e permitindo assuntos comuns como o desenvolvimento da gestação, alterações corporais e emocionais, alimentação, higiene, parto, amamentação, puerpério, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar (BRASIL, 2012).

Com a finalidade de encorajar a inserção das gestantes no pré-natal estas atividades abrangem não somente a gestante, mas toda a comunidade, podendo ser realizadas em sala de espera enquanto aguardam por atendimento, ou com data pré-agendada, favorecendo a cobertura a população de gestantes e assegurando o acompanhamento, a continuidade no atendimento, bem como se destaca a necessidade de estimular a interação do companheiro e/ou dos familiares da gestante em todo o ciclo gravídico-puerperal (DUARTE; ANDRADE 2006).

O Ministério da Saúde, neste sentido apresenta múltiplas práticas educativas para serem aplicadas junto às gestantes e suas famílias, dentre as quais se destacam as dramatizações, discussões e trocas de experiências entre os componentes do grupo (BRASIL, 2005).

As palestras tradicionais não são recomendadas, visto que não possuem um cunho problematizador necessário ao período perinatal e devido a linguagem

técnica com que geralmente são proferidas, não favorecem o desenvolvimento da educação em saúde, dificultando assim a comunicação e, conseqüentemente, o entendimento das gestantes (CABRAL, 2010, BRASIL, 2012).

As atividades de educação em saúde constituem-se de um espaço para discussão informal, sejam elas individuais ou em grupo, favorecendo o surgimento de temas sugeridos tanto por parte dos profissionais de saúde quanto por solicitação de gestantes e acompanhantes, em uma relação de horizontalidade. Esse processo deve ser desencadeado por profissionais, em especial as (os) da enfermagem, visando melhorar a saúde individual e coletiva, além de contribuir para a construção da autonomia e da liberdade reprodutiva (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Para Dias et al. (2015) as gestantes entendem que é importante adquirir conhecimentos durante o pré-natal para que seja assegurado uma gestação, parto e puerpério sem complicações. Deste modo é imprescindível que o enfermeiro seja habilitado para oferecer uma assistência eficaz e contínua junto à gestante, intensificando a implementação de ações educativas, visando garantir uma assistência completa e contínua ao longo de todo período gestacional.

Os profissionais da saúde devem assumir o papel de divulgar informações verídicas e com respaldo científico sobre o tema, para isso devem buscar atualizações em relação aos procedimentos básicos realizados durante a consulta de pré-natal e principais dúvidas da população, como compromisso ético e profissional junto à sociedade (APS, et al, 2018).

O acolhimento, o trabalho de educação em saúde e o cuidado humanizado na UBS garantem uma relação baseada no diálogo entre os profissionais e usuárias, portanto, são fundamentais para uma assistência de qualidade para as gestantes (SILVA, ANDRADE e BOSI, 2014).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Pesquisa

Esta pesquisa é um recorte de um projeto de pesquisa maior intitulado “Retratando a assistência do pré-natal em São Luís – MA”, desenvolvida pelo Núcleo de Estudo, Pesquisa e Educação em Saúde da Mulher – NEPEM, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, cujo objetivo geral é avaliar a assistência pré-natal às gestantes de risco habitual, atendidas na Atenção Básica de Saúde em São Luís – Maranhão.

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. O estudo descritivo tem como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecimento de relação entre variáveis, uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Esse tipo de estudo busca descrever um fenômeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos (GIL, 2008).

A pesquisa quantitativa trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, tais como porcentagem, a média, o desvio padrão, o coeficiente de correlação e as regressões entre outros. Em razão de sua maior precisão e confiabilidade, os estudos quantitativos são mais indicados para o planejamento de ações coletivas, pois seus resultados são passíveis de generalização, principalmente quando as amostras pesquisadas representam com fidelidade, a população onde foram retiradas (FONTELLES *et al.*, 2009).

5.2 Local e período da pesquisa

A pesquisa foi realizada nos Distritos Sanitários (Itaqui-Bacanga, Centro e Bequimão) do Município de São Luís – MA, no período de maio de 2017 a maio de 2018. Tendo em vista abarcar a realidade da população escolhida, 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 (APÊNDICE A).

A Ilha de São Luís está localizada no centro do litoral maranhense, com latitude 2°20'00"LS a 2°45'00"LS, longitude 44°01'21" LnW a 44°24'54" LnW. Situa-se ao Norte do Estado, onde se limita com o Oceano Atlântico; ao Sul com o Estreito dos Mosquitos, que a separa do continente; a Leste com a Baía de São José e a Oeste com a Baía de São Marcos (RIOS, 2001).

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 6.574.789 habitantes (IBGE, 2010).

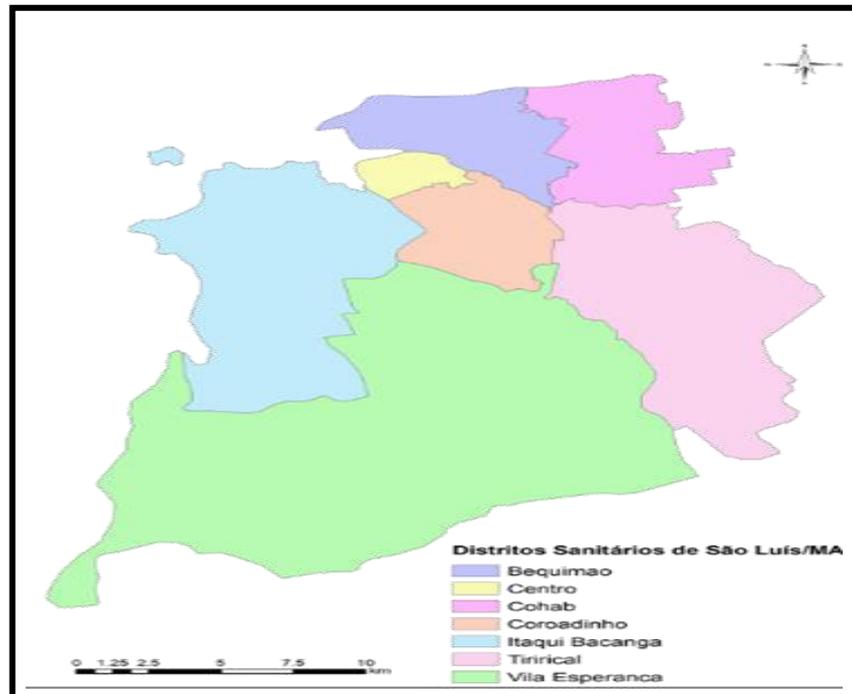
Figura 1 - Mapa da Ilha de São Luís/MA, 2018



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-MA, 2018



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

5.3 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa, 113 gestantes que realizaram pré-natal nas unidades selecionadas.

Para seleção da amostra foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão: gestante de qualquer faixa etária, com idade gestacional mínima de 30 semanas, que tenha realizado no mínimo três consultas de pré-natal, portando a caderneta ou cartão de gestante e possuindo prontuário na Unidade de Saúde. A amostra foi representada por todas as gestantes entrevistadas de acordo com as estratégias de coleta de dados.

5.4 Estratégias 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 C) 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.

A coleta de dados foi realizada nos dias e horários da semana que ocorreram as consultas de Pré-natal nas unidades selecionadas.

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, extraídos da caderneta da gestante e preenchidos no formulário de coleta de dados referentes aos:

- a) Dados socioeconômicos e demográficos da gestante (idade, estado civil, raça/cor, bairro de residência, renda familiar, escolaridade e ocupação). Perfil Obstétrico (Número de gestações, partos, abortos, partos normais e cesarianos, nascidos vivos, nascidos mortos, se realizou pré-natal na última gestação e consulta com enfermeiro).
- b) Dados relativos aos procedimentos mínimos: procedimentos clínicos – obstétricos, exames de rotina realizados pela gestante e participação em atividades educativas.

5.5 Análise dos dados

As informações obtidas por meio do instrumento de caracterização da participante do formulário de coleta de dados foram revisados e digitados em planilhas eletrônicas no programa da Microsoft (Word e Excel versão 2010).

A análise quantitativa dos dados foi realizada por meio de cálculos das frequências absolutas e percentuais de todas as variáveis, sendo apresentadas em tabelas e gráficos.

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 registro dos procedimentos clínico-obstétricos, a realização de exames de rotina e participação em atividades educativas, dentre outros aspectos relevantes para avaliar a qualidade da atenção pré-natal.

5.6 Aspectos Éticos e Legais

A pesquisa que originou o presente estudo, obedece às normas referidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA. Após, aprovação no CEP/UFMA, sob Parecer de nº 1.999.550 (Anexo B), foram solicitadas as autorizações formais da SEMUS (Anexo C) para execução da pesquisa nos estabelecimentos de saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Colegiado do Curso de Enfermagem (Anexo D).

As participantes da pesquisa foram informadas sobre os objetivos e demais aspectos da pesquisa e foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). As gestantes adolescentes foram convidadas a assinar o termo de assentimento e seus representantes legais o TCLE, assegurando sua 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.

6 RESULTADOS

A pesquisa analisou os registros dos procedimentos mínimos realizados pelas 113 gestantes de risco habitual, durante as consultas de pré-natal. Foram analisados o perfil socioeconômico-demográfico, obstétrico e os procedimentos clínicos e obstétricos, apresentados nas tabelas a seguir:

Tabela 1 - Perfil socioeconômico e demográfico das gestantes de risco habitual que realizaram consulta pré-natal em São Luís - MA, Brasil, 2018 (continua)

Variáveis	n	(%)
Idade		
15 a 19	18	16,0
20 a 24	34	30,0
25 a 29	36	31,9
30 a 34	18	16,0
35 ou mais	7	6,1
Total	113	100
Raça/cor		
Branca	8	7,0
Preta	19	16,9
Amarela	3	2,7
Parda	82	72,5
Indígena	1	0,9
Total	113	100
Estado civil		
Casada	27	23,9
União Estável	63	55,8
Solteira	23	20,3
Total	113	100
Distrito de residência		
Centro	42	37,1
Bequimão	20	17,7

Tabela 1 - Perfil socioeconômico e demográfico das gestantes de risco habitual que realizaram consulta pré-natal em São Luís - MA, Brasil, 2018 (conclusão)

Variáveis	n	(%)
Itaqui-Bacanga	42	37,1
Cohab	3	2,7
Coroadinho	1	0,9
Tirirical	1	0,9
Vila Esperança	3	2,7
Outro Município	1	0,9
Total	113	100
Renda Familiar		
Menos de 1 salário mínimo	25	22,1
de 1 a 2 salários mínimos	69	61,0
mais de 2 salários mínimos	19	16,9
Total	113	100
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	5	4,4
Ensino Fundamental Completo	7	6,1
Ensino Médio Incompleto	15	13,2
Ensino Médio Completo	71	63,0
Ensino Superior Incompleto	10	8,9
Ensino Superior Completo	5	4,4
Total	113	100
Ocupação		
Dona de casa	62	54,9
Estudante	14	12,3
Trabalha fora de casa/Trabalho remunerado	37	32,8
Total	113	100

As 113 gestantes participantes da pesquisa se encontravam com idade entre 15 e 35 anos ou mais. De acordo com a Tabela 1, 36 (31,9 %) das gestantes estavam na faixa etária compreendida entre 25 a 29 anos, 34 (30,0 %) estava entre 20 a 24 anos, 18 (16,0%) entre 15 a 19 anos, 18 (16,0%) entre 30 a 34 anos e apenas 7 (6,1%) estavam entre 35 anos ou mais.

Uma elevada parte das gestantes 82 (72,5%), se autodeclararam parda, 19 (16,9%) preta, 8 (7 %) branca, 3 (2,7%) amarela e 1 (0,9%) indígena .

Em relação ao estado civil, 63 (55,8%) das gestantes em estão em união estável, 27 (23,9%) são casadas e 23 (20,3%) solteiras.

Quanto ao distrito de residência, 42 (37,1%) das gestantes residem tanto no distrito Centro quanto no Itaqui-Bacanga; 20 (17,7%) moram no distrito sanitário do Bequimão; 3 (2,7%) no distrito sanitário Cohab e Vila Esperança; 1 (0,9%) no distrito Coroadinho e Tirirical; 1 (0,9%) em outro município.

Quanto à renda familiar, 69 (61 %) das gestantes possuem renda familiar de 1 a 2 salários mínimos; 25 (22,1%) menos de 1 salario mínimo; 19 (16,9%) mais de 2 salários mínimos.

De acordo com o grau de escolaridade, a variável com maior representatividade foi de gestantes com ensino médio completo 71 (63%); 15 (13,2%) ensino médio incompleto; 10 (8,9%) ensino superior incompleto; 7 (6,1%) ensino fundamental completo; 5 (4,4%) ensino fundamental incompleto e ensino superior completo.

Com relação à ocupação das gestantes no momento da entrevista, em sua maioria eram donas de casa 62 (54,9%), seguida das demais ocupações e/ou trabalho remunerado 37 (32,8%) e 14 (12,3%) eram estudantes.

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

Variáveis	n	(%)
Número de Gestações		
1	46	40,8
2	41	36,2
3	17	15,0
4	7	6,2

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

Variáveis	n	(%)
Número de Gestações		
5	1	0,9
6	1	0,9
Total	113	100
Número de Partos		
0	57	50,4
1	40	35,4
2	10	8,9
3	5	4,4
4	1	0,9
Total	113	100
Número de Abortos		
0	89	78,8
1	22	19,4
2	2	1,8
Total	113	100
Número de Partos Normais		
0	9	8,0
1	35	31,0
2	6	5,3
3	5	4,4
4	1	0,9
*Não se aplica (1)	57	50,4
Total	113	100
Número de Cesárias		
0	46	40,8
1	7	6,1
2	3	2,7
*Não se aplica (1)	57	50,4
Total	113	100

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

Variáveis	n	(%)
Número de Nascidos Vivos		
0	1	0,9
1	39	34,5
2	11	9,8
3	4	3,5
4	1	0,9
*Não se aplica (2)	57	50,4
Total	113	100
Número de Nascidos Mortos		
0	54	47,8
1	2	1,8
*Não se aplica (2)	57	50,4
Total	113	100
Realizou PN na última gestação?		
Sim	56	49,5
Não	11	9,8
*Não se aplica (2)	46	40,8
Total	113	100
Realizou consulta com enfermeiro?		
Sim	44	39,0
Não	12	10,7
*Não se aplica (2)	57	50,4
Total	113	100

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

Na tabela 2, foram avaliadas as características obstétricas das participantes. Observou-se que em relação ao número de gestações, 46 (40,8%) eram primigestas; 41 (36,2%) tiveram 2 gestações; 17 (15,0 %) tiveram 3 gestações; 7 (6,2%) 4 gestações e 1 (0,9%) tiveram respectivamente 5 e 6 gestações.

Além disso, 57 (51,0%) eram nulíparas, as primíparas tiveram um

percentual de 40 (35,4%), e 16 (13,9%) eram múltiparas.

A maior parte das entrevistadas 89 (78,8%) não sofreram nenhum tipo de aborto; 22 (19,4%) tiveram 1 aborto; e 2 (1,8%) sofreram 2 abortos.

Ao analisar o tipo de parto, um ponto positivo foi encontrado em que 47 (38,6%) das gestantes tiveram parto normal, e somente 10 (8,8%) foram submetidas à cesariana.

Dentre os partos ocorridos foi obtido um percentual 39 (34,5%) de 1 nativo e 57 (50,4%) de mulheres eram nulíparas ou primigestas. Em se tratando dos dados referentes aos filhos nascidos mortos 57 (50,4%) também eram primigestas ou nulíparas, 54 (47,8%) não tiveram natimortos, e uma baixa parcela de 2 (1,8%) tiveram 1 natimorto.

Outro ponto positivo foi que houve predominância das mulheres que realizaram pré-natal na última gestação 56 (49,5%); 11 (9,8) não realizou pré-natal na gestação anterior.

Em relação a gestação atual 44 (39,0%) das gestantes realizaram consulta com o enfermeiro e 12 (10,7%) não realizaram, seja por ter realizado consulta apenas com o profissional médico ou por não ter iniciado o pré-natal.

Tabela 3 - Registro dos procedimentos clínico-obstétricos realizados na consulta pré-natal das gestantes de risco habitual em São Luís- MA, Brasil, 2018 (continua)

Número de registros na caderneta das gestantes	n	(%)
Queixa		
Sem registro	15	13,3
Registro completo	57	50,4
Registro incompleto	41	36,3
Total	113	100
Idade gestacional		
Registro completo	96	84,9
Registro incompleto	17	15,1
Total	113	100

Tabela 3 - Registro dos procedimentos clínico-obstétricos realizados na consulta pré-natal das gestantes de risco habitual em São Luís- MA, Brasil, 2018 (continua)

Número de registros na caderneta das gestantes	n	(%)
Peso		
Registro completo	97	85,8
Registro incompleto	16	14,2
Total	113	100
IMC		
Sem registro	50	44,2
Registro completo	17	15,1
Registro incompleto	46	40,7
Total	113	100
Edema		
Sem registro	21	18,6
Registro completo	37	32,7
Registro incompleto	55	48,7
Total	113	100
Pressão arterial		
Registro completo	89	78,8
Registro incompleto	24	21,2
Total	113	100
Altura uterina		
Sem registro	9	8,0
Registro completo	50	44,2
Registro incompleto	54	47,8
Total	113	100
Apresentação Fetal		
Sem registro	32	28,3
Registro completo	64	56,7
Registro incompleto	17	15,0
Total	113	100
BCF		
Sem registro	2	1,8

Tabela 3 - Registro dos procedimentos clínico-obstétricos realizados na consulta pré-natal das gestantes de risco habitual em São Luís- MA, Brasil, 2018 (conclusão)

Número de registros na caderneta das gestantes	n	(%)
BCF		
Registro completo	81	71,7
Registro incompleto	30	26,5
Total	113	100
Movimentação fetal		
Sem registro	6	5,3
Registro completo	70	62,0
Registro incompleto	37	32,7
Total	113	100
Observação, diagnóstico e conduta		
Sem registro	41	36,3
Registro completo	38	33,7
Registro incompleto	34	30,0
Total	113	100

De acordo com a Tabela 3, estão identificados e representados os dados referentes ao registro dos procedimentos clínico-obstétricos realizados durante a consulta de pré-natal.

Verificaram-se, os registros na caderneta da gestante referentes às queixas das gestantes que aparecem com maior percentual 57 (50,4%) com registros completos, porém 41 (36,3%) estavam com registro incompleto e 15 (13,3%) se encontravam sem registros desta categoria totalizando (49,6%) com inadequação de registros.

Quanto aos registros da idade gestacional e peso, foram verificados 96 (84,9%) e 97 (85,8%) dos registros completos nas cadernetas seguidos de 17 (15,1%) e 16 (14,2%) sem registros respectivamente.

Em contrapartida, se tratando dos registros do Índice de massa corporal (IMC) encontravam-se sem registros 50 (44,2%) na caderneta da gestante seguidos de registros incompletos 46 (40,7%) e 17 (15,1%) registros em sua totalidade e completos.

No que se refere aos registros de edema, observou-se que houve

predomínio de cadernetas com registros incompletos 55 (48,7%), 37 (32,7%) registrados devidamente e 21 (18,6%) sem informação registrada acerca deste dado.

Em se tratando da pressão arterial das gestantes, foram feitos em 89 (78,8%) das cadernetas das participantes do estudo sendo que 24 (21,2 %) estavam incompletos.

Quanto aos registros da realização da medida da altura uterina em cada consulta analisada foi constatado, que 54 (47,8%) obtiveram registros incompletos, 50 (44,2%) registros completos e sem registros foram 9 (8%).

A respeito dos procedimentos clínico e obstétricos, referentes a apresentação fetal, batimentos cardíofetais (BCF), movimento fetal verificou-se um maior percentual nos registros completos das cadernetas correspondentes a 64 (56,7%), 81 (71,7%) e 70 (62,0%) respectivamente.

Relacionado aos registros dos procedimentos mínimos a seguir observação, diagnóstico e condutas foi constatado que os profissionais que realizam consulta de pré-natal não realizaram o registro nas cadernetas em uma maior porcentagem de 41 (36,3%), em percentual médio está 38 (33,7%) com suas cadernetas registradas e em menor porcentagem estão com registros incompletos no percentual de 34 (30,0%).

Tabela 4 – Registro dos exames de rotina realizados pelas gestantes de risco habitual durante a assistência pré-natal em São Luís-MA, Brasil, 2018 (continua)

Variáveis	n	(%)
ABO-RH		
Sim	103	91,1
Não	10	8,9
Total	113	100,00
GLICEMIA EM JEJUM		
Sim	104	92,0
Não	9	8,0
Total	113	100,00
SIFILIS (Teste Rápido)		
Sim	36	31,9
Não	77	68,1
Total	113	100,00
VDRL		
Sim	96	85,0
Não	17	15,0
Total	113	100,00

Tabela 4 - Registro dos exames de rotina realizados pelas gestantes de risco habitual durante a assistência pré-natal em São Luís-MA, Brasil, 2018 (conclusão)

Variáveis	n	(%)
HIV/Anti-HIV (Teste Rápido)		
Sim	98	86,8
Não	15	13,2
Total	113	100,00
HEPATITE B-HBsAg		
Sim	99	87,7
Não	14	12,3
Total	113	100,00
TOXOPLASMOSE		
Sim	100	88,5
Não	13	11,5
Total	113	100,00
HEMOGLOBINA/HEMATÓCRITO		
Sim	96	85,0
Não	17	15,0
Total	113	100,00
URINA – EAS		
Sim	97	85,9
Não	16	14,1
Total	113	100,00
URINA - CULTURA		
Sim	62	54,9
Não	51	45,1
Total	113	100,00

Em relação aos dados referentes a tabela 4, foram identificados a seguir os registros referentes aos exames de rotina realizados pelas gestantes de risco habitual no 1º e 3º trimestres e que são solicitados conforme o período gestacional em que a gestante se encontra.

Na tabela 4, foi identificado que em sua pluralidade 103 (91,1%) das gestantes realizaram os exames de tipagem sanguínea (ABO-RH); e 10 (8,9%) não realizaram.

Também em sua maioria 104 (92,0%) das cadernetas da gestante analisadas havia o registro da realização da glicemia em jejum, sendo que 9 (8%) não haviam registros.

As sorologias apresentadas tiveram maior percentual de realização, as quais identificam-se 96 (85,0%) sorologia para sífilis (VDRL); 98 (86,8%) teste rápido para HIV/Anti-HIV; 99 (87,7%) HBsAg para Hepatite B; 100 (88,5%) toxoplasmose;

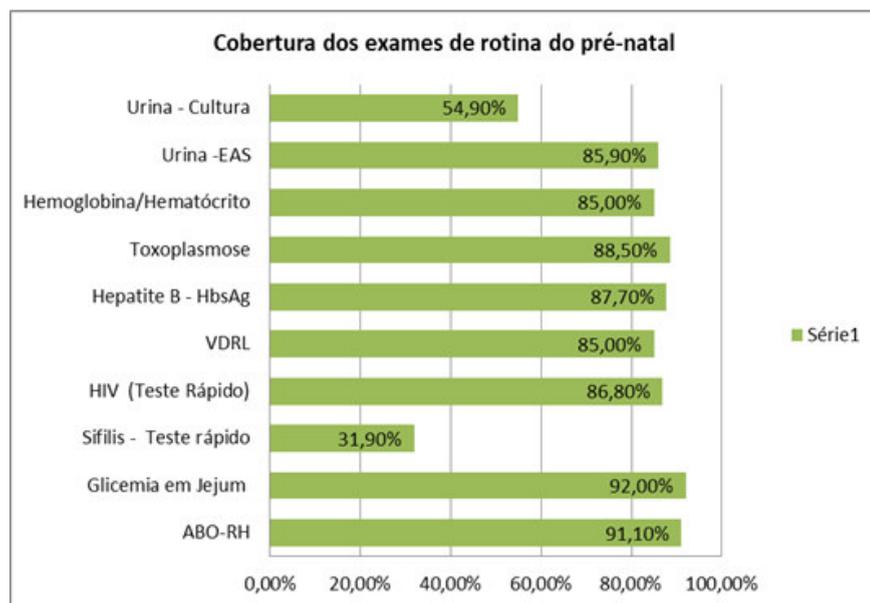
O registro da realização do exame de hemoglobina/hematócrito foi 96 (85,0%) e 17 (15,0%) não realizaram ou não foi registrado esse exame na caderneta da gestante entrevistada.

Em relação ao exame de urina – EAS 97 e também a urocultura obtiveram altos percentuais de realização (85,9%) e 62 (54,9%) respectivamente.

Porém dentre os exames analisados o teste rápido para Sífilis obteve um menor percentual na totalidade dos registros, já que 77 (68,1%) das gestantes não realizaram teste e apenas 36 (31,9%) fizeram referido exame.

No gráfico 1, verifica-se de forma abrangente a cobertura dos registros da realização dos exames de rotina do pré-natal pela gestante de risco habitual.

Gráfico 1 - Cobertura dos exames de rotina realizados pela gestante de risco habitual registrados durante o pré-natal em São Luís-MA, Brasil, 2018



No gráfico 2, estão representados os dados referentes a participação das gestantes em atividades educativas durante a gestação atual, observou-se então que 101 (89,4%) das gestantes entrevistadas não participaram de atividades

educativas e 12 (10,6%) em minoria, participaram de reuniões ou grupos de gestantes realizadas nas unidades de saúde ou visitas domiciliares.

Gráfico 2 - Participação das gestantes de risco habitual em atividades educativas durante a gravidez atual, em São Luís-MA, Brasil, 2018



7 DISCUSSÕES

Os resultados mostram a grande importância em analisar o registro dos procedimentos básicos realizados pela gestante de risco habitual, durante a assistência pré-natal, visto que por meio da análise da caderneta da gestante identificou-se a inadequação dos registros destes procedimentos, com a ausência de registros ou registros incompletos, comprometendo assim a qualidade da assistência prestada nas consultas e a continuidade do cuidado.

Inicialmente foi traçado o perfil socioeconômico e demográfico das gestantes como uma possibilidade para melhor visualização do grupo em estudo.

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

Nesta pesquisa, observou-se um predomínio de gestantes com idade entre 20 e 29 anos, correspondendo a 61,9% espelhando um perfil etário com predominância de gravidez em mulheres adultas jovens. Este dado revela que mesmo havendo mulheres nos dois extremos da idade (com 15 anos e idade superior a 35 anos), a prevalência dos casos se deu em mulheres com faixa etária oportuna a uma gestação saudável. No estudo de Dias et al. (2015) realizado com 18 gestantes na cidade de Janaúba-MG, identificaram prevalência de gestantes mais jovens, com idade entre 18 e 24 anos.

Outro dado relevante está no percentual de adolescentes grávidas que indicavam (16,0%) estando em um intervalo etário de 15 a 19 anos, apesar de ser baixo quando comparado às demais, traz uma preocupação, visto que é nesse momento que há a transição da infância para a adolescência. Sabe-se que essa fase é marcada por inúmeras transformações e quando somadas a uma gestação onde a adolescente ainda se encontra com imaturidade física, funcional e emocional, há uma maior chance de intercorrências na gestação devido à sobrecarga metabólica em seu organismo, como citam Anjos et al. (2014) em sua pesquisa.

Segundo o Ministério da Saúde, grávidas com idade menor que 15 anos e maior do que 35 anos, representam um fator de risco para gestação (BRASIL, 2012).

Com relação à raça/cor declarada pelas gestantes, a maioria das participantes são pardas e negras respectivamente, no entanto esta variável pode não ser tão fidedigna por se tratar de uma auto declaração.

Estudos indicam a associação da cor/etnia com as intercorrências gestacionais juntamente com a mortalidade infantil. A partir de pesquisas como esta, foi evidenciado que mulheres pardas e negras possuem maior predisposição para desenvolver hipertensão arterial sistêmica do que as brancas (ANJOS et al., 2014).

Com isso, faz-se necessário buscar a equidade na atenção, oferecendo uma assistência diferenciada a essa população, com acompanhamento mais frequente e detalhado por parte dos serviços de atenção pré-natal. É necessária a capacitação da equipe para identificação precoce das vulnerabilidades, no sentido de diminuir as desigualdades existentes no cotidiano dos serviços públicos de saúde principalmente relacionados às questões étnico-raciais.

Outro fator socioeconômico analisado nos registros foi o estado civil das entrevistadas, (55,8%) vivem união estável, e (23,9%) são casadas, portanto (79,7%) das gestantes possuem um companheiro. A situação conjugal encontrada foi similar à observada nos indicadores sociais do IBGE para o ano de 2010, com maior proporção de mulheres autodeclaradas casadas ou em união estável (BRASIL, 2012).

O número de mulheres que são casadas ou convivem com o seu companheiro neste estudo, é diretamente proporcional com os dados de um estudo realizado neste mesmo município, São Luís- MA, sobre o perfil epidemiológico das gestantes atendidas em consulta de Pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde onde foi evidenciado um contingente de (32%) de mulheres casadas, (50%) em uniões consensuais e apenas (16%) solteiras (SOUZA et al., 2013).

A participação e presença de um parceiro durante o período gestacional é fundamental para o bem estar da gestante como afirma Dias et al. 2018, pois este consegue auxiliar nos momentos de ansiedade, medos, preocupações, dar apoio emocional tranquilizando a mulher e a deixando mais confiante, além disso, pode oferecer mais preparo ao parceiro para participar de forma ativa nos cuidados com recém-nascido. Em contrapartida a ausência de um companheiro pode indicar um fator de vulnerabilidade para a mulher, tendo que desempenhar um papel de mãe solteira e provedora do lar, torna-se também vulnerável quando o companheiro está

presente, mas não apoia a gestação ou possuem um relacionamento conturbado e com violência.

As gestantes que possuem vínculo afetivo com seus companheiros/parceiros dividem os conhecimentos sobre a gestação e juntos passam a conhecer a assistência prestada durante o pré-natal. Dessa forma, no decorrer do atendimento é necessário que se valorize tanto as opiniões do pai, quanto as da gestante, pois ambos têm um papel significativo no pré-natal (BARRETO et al., 2013).

De acordo com ao distrito de residência, obtiveram o percentual de (37,1%) as gestantes que residem tanto no distrito Centro quanto no Itaqui-Bacanga.

Conforme o estudo de Farias (2014) realizado neste município apresentou que o Distrito Centro, um dos mais urbanizados, da cidade de São Luís, possui uma concentração de cobertura pré-natal de regular a insuficiente, sinalizando a necessidade de direcionamento das ações para saúde materno-infantil, com o objetivo de melhorar o indicador de cobertura pré-natal.

No Distrito Itaqui- Bacanga, assim como o Distrito Centro, apresentam-se aspectos diferenciais em relação às características da área, sendo importante desenvolver ações de promoção da saúde da mulher em parceria com as empresas como forma de assegurar melhorias nos índices de cobertura pré-natal.

Ao se tratar da renda familiar, grande parte das gestantes entrevistadas possui renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, os resultados obtidos nesse estudo, são semelhantes ao estudo realizado por Peixoto et al. (2009) em que as mulheres possuem baixo poder econômico, visto que a maioria relatou renda de até um salário mínimo (90,9%) e algumas relataram que não tinham nenhum tipo de renda, o que é considerado um fator de risco para o aparecimento de complicações durante a gravidez e de terem filhos com baixo peso ou prematuros.

No estudo de Lima, Melo e Ferreira (2012), que buscou analisar os desafios enfrentados pelas gestantes no comparecimento as consultas de pré-natal em uma Unidade de Saúde no município de Serra Talhada-PE, realizado com 45 gestantes, identificaram prevalência de 38% de gestantes com ensino médio completo.

Para Souza et al., (2013) à medida que o grau de escolaridade vai diminuindo conseqüentemente há um menor conhecimento da gestante sobre o seu corpo e sobre as condutas que devem ser adotadas no estabelecimento de saúde,

porém, este fator não constitui a realidade da amostra desta pesquisa, uma vez que quase metade das mulheres possuía ensino fundamental completo.

Um fator importante a ser discutido é a ocupação das gestantes, cabendo aos profissionais da assistência pré-natal estarem informados sobre as formas de trabalho destas, orientando-as sobre os riscos referentes ao ambiente de trabalho. O maior índice de ocupação das gestantes, constatou que muitas eram donas de casa, e em relação as demais ocupações segundo o estudo de Silva et al., (2018) é importante observar que a maternidade transforma a vida da mulher nos aspectos físicos, emocionais e sociais, e que muitas delas têm que abdicar de sua formação profissional para cuidar dos filhos.

Associar a mulher ao seu contexto biopsicossocial é uma alternativa de estabelecer ações para melhoria da atenção pautada em reestruturações nos tipos de atendimento a essas mulheres, assim como propor e incentivar a adoção de medidas preventivas em saúde pública (MELO et al., 2010).

Quanto aos registros relacionados às características obstétricas, observou-se em relação ao número de gestações, que (40,8%) eram primigestas, (50,4%) nulíparas, (36,2%) estavam na segunda gestação, e 22% tiveram 3 ou mais gestações corroborando assim com Vasconcelos et al. 2017 que em seu estudo também obteve predomínio de gestantes que estavam na primeira ou na segunda gestação. No entanto, identificou-se um percentual considerável de gestantes que apresentaram multiparidade, podendo implicar a reflexão de que, muitas vezes, não há o planejamento necessário para as gestações, que são em sua maioria indesejadas, trazendo assim consequências em nível psicossocial para os envolvidos.

Além disso, a presença de curtos períodos entre uma gestação e outra, observado geralmente entre as múltiparas, podem gerar riscos clínicos e obstétricos.

A maior parte das entrevistadas (78,8%) não sofreram nenhum tipo de aborto; (19,4%) tiveram 1 aborto; e (1,8%) sofreram 2 abortos; se contrapondo ao estudo realizado para avaliar a importância do pré-natal para o nascimento de Ferreira et al. (2013), detectou que a maioria das mulheres (52,3%) eram múltiparas e em concordância com o presente estudo, detectou que (86%) não sofreram aborto.

Ao analisar o tipo de parto, (38,6%) das gestantes tiveram parto vaginal, porém esse percentual não atinge uma realidade total da situação do município de

São Luís referente à via de parto prevalente, pois não apresenta uma amostra total representativa.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, nos últimos 30 anos a sociedade internacional de saúde destaca que a taxa de cesariana quanto menor melhor e recomenda que estas, não variem acima de (15%). Nesta pesquisa, somente 10 (8,8%) foram submetidas à cesariana, estando de acordo com as recomendações da OMS (BRASIL, 2015).

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. A cesariana pode retardar a reabilitação da mulher, antecipação de iatrogenias, aumento da probabilidade de morbimortalidade materna–infantil, maior tempo de permanência no ambiente hospitalar, prejudicando o vínculo entre mãe e filho, além de altos custos para o SUS. (BRASIL, 2015).

As gestantes devem ser orientadas a escolher a via de parto mais adequada para a sua gestação, desde o acolhimento nas primeiras consultas de pré-natal, com as orientações do profissional de saúde, principalmente nas consultas como enfermeiro, que deve incentivá-la a optar pela via de parto normal devido a recuperação mais rápida, menos riscos para mãe e bebê, possuindo assim inúmeras vantagens para a parturiente.

A maioria das gestantes do estudo não tiveram filhos nascidos mortos em gestação anterior. Mesmo em baixa porcentagem de natimortos em gestação anterior, é relevante a discussão sobre a temática, visto que vários estudos já comprovaram a relação da mortalidade perinatal com a qualidade da assistência pré-natal. A presença de nascidos mortos em gestação anterior é considerada um comportamento de risco para mortalidade perinatal (FIGUEIREDO et al., 2012).

Um fator que contribui para a continuidade do cuidado e a adequação da qualidade do pré-natal se refere a realidade das gestantes com percentual elevado realizaram pré-natal na gestação anterior (49,5%). E positivamente durante a gestação atual (39,0%) das gestantes realizaram consulta de pré-natal com o enfermeiro. Segundo Matos (2013) as ações do enfermeiro incluem prevenção de doenças, promoção de saúde e tratamento de intercorrências, fundamentais para o desfecho positivo do ciclo gravídico.

São considerados procedimentos mínimos, ações de rotina realizadas na assistência pré-natal voltada á gestante de risco habitual na atenção básica, são os procedimentos clínico-obstétricos, exames de rotina e práticas de educação em saúde, preconizados pelo ministério da saúde (MS). É indispensável à realização destes procedimentos, sendo diretamente proporcional a uma assistência pré-natal de qualidade. (NUNES et al.,2016)

Um fator preocupante, observado neste estudo, é que a maioria das gestantes que realizaram o pré-natal não obtiveram registros de todos os procedimentos clínicos obstétricos ou estes se encontravam incompletos na caderneta da gestante.

Os registros das consultas na caderneta da gestante é uma ação importante para a assistência ao pré-natal nos serviços de saúde, para que o cuidado seja contínuo, com histórico completo da gestação, e assistência ao parto, promovendo a melhor tomada de decisão em situações adversas (SALES; SEMENTE; FERNANDES, 2013).

Segundo Niquini et al., (2012) a coleta dos dados vitais, das medidas antropométricas e o registros dos mesmos durante o pré-natal, pode assegurar a qualidade da assistência, além de proporcionar seguimento na atenção à gestante.

Ao se tratar dos registros das queixas das gestantes preenchidas na caderneta, apresenta-se um significativo percentual de preenchimento completo (50,4%), porém esta quantidade apresentada de registros não revela uma parcela tão significativa do total, visto que (49,6%) das cadernetas estavam com registros incompletos ou se encontravam sem registros desta categoria, resultando na dificuldade de visualização dos sinais e sintomas que a gestante apresenta pelos demais profissionais ou mesmo durante a chegada da gestante a maternidade, comprometendo a qualidade da assistência em ambos os níveis de atenção elevando os riscos de mortalidade materna-infantil.

No tocante ao registro e avaliação da idade gestacional e do peso materno, ambos estão em conformidade com os dados do estudo de Santos et al. (2013) que considera importante e delicada a relação entre o peso da gestante e o percurso gestacional, pois o ganho inadequado de peso, seja em excesso, seja em quantidade reduzida, interfere diretamente na saúde e bem-estar materno-fetal, uma vez que alterações nesse ponto podem gerar diversos problemas como o retardo do crescimento intrauterino do feto, complicações no

parto, hipertensão, diabetes gestacional, macrosomia fetal entre outras alterações.

Relacionado à variável citada acima, encontra-se de grande interesse a monitorização do índice de massa corporal, demonstrado no estudo que (84,9%) das cadernetas estavam com inadequação dos registros apresentando-se ausentes ou incompletos.

Para avaliar o IMC é requerida a aferição do peso e da altura, sendo em grande parte avaliados na triagem antes da realização da consulta de pré-natal normalmente pelo profissional técnico de enfermagem, devendo ser orientados pelos enfermeiros a realização destas medidas antropométricas. 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 (BRASIL, 2012).

Segundo Dias et al., (2018) em seu estudo que avaliou a adequação do processo de assistência pré-natal, evidenciou altos percentuais em relação a falta de registros de edema, que não tem sido considerado como um fator de risco para gestação, visto que este sinal está presente em 50 a 80% das gestações normais, isso explicaria portanto o percentual elevado nesta pesquisa de registros incompletos e ausência deste registro na caderneta.

Uma complicação que pode ser diagnosticada com realização dos procedimentos clínicos e obstétricos são as alterações hipertensivas, nesta pesquisa determinou a adequação dos registros da Pressão arterial na caderneta das gestantes (78,8%). Neste sentido, Barreto e Albuquerque (2012) consideram como sendo adequado o pré-natal que realizou a aferição da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal, em seu estudo foi observado como sendo adequado para esse ponto (97,7%) dos cartões de gestante.

Esse número torna-se significativo, pois antes das consultas é realizada a triagem, constituída pela aferição da PA, peso e altura, e algumas vezes quando disponível na unidade, o teste de glicemia, sendo rotina das unidades básicas de saúde, portanto é um dado que já esta disponível para o profissional de saúde nas consultas de pré-natal.

No tocante aos registros da realização da medida da altura uterina que é um procedimento simples, de baixo custo, indicado a ser realizado a partir da 12^a

semana gestacional, com a finalidade de avaliar o crescimento fetal bem como alterações que possam ocorrer durante esse período, nota-se que alguns autores divergem sobre o número de registros, considerando adequado quando essa variável foi registrada em seis ou mais consultas ou em cinco ou mais. Esses estudos encontraram prevalência de (85,1%) e (83,3%), respectivamente segundo Balsells et al. 2018. No presente estudo, a prevalência de registros completos foi de (44,2%), estando então abaixo do verificado pelos estudos supracitados.

Outra variável analisada que também apresentou maioria (56,7%) dos registros completos foi à apresentação fetal, 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.

Para os batimentos cardíaco-fetais, Brasil (2005) e Caminha et al. (2012), pontuam que fazer a ausculta dos BCFs (batimentos cardíaco-fetais) configura-se uma prática primordial para avaliar a vitalidade fetal, bem como o bem-estar do feto, essa prática tem por objetivo constatar a presença dos BCFs, a frequência, o ritmo e a normalidade desses batimentos, essa ausculta é possível a partir da décima ou décima segunda semana de gestação, em que são considerados como sendo normais a frequência desses batimentos entre 120 e 160 batimentos por minuto. Em se tratando da relevante importância deste procedimento, a maior parte dos registros de BCFs encontrava-se completos segundo os resultados desta pesquisa.

O estudo realizado por Silva (2013) considerou como sendo adequada a assistência de pré-natal que teve média de registro, referente aos BCFs, de quatro ou mais anotações, em seu estudo o autor compara dados do município de Juiz de Fora–MG, cujo estudo observa que 86,7% dos cartões de gestante continuam registros dos BCFs classificados como satisfatórios. O presente estudo mostrou que (71,7%) dos cartões de gestante foram considerados adequados.

Em relação à observação, diagnóstico e condutas foi constatado que não havia registros nas cadernetas, caracterizando uma porcentagem de (36,3%), implicando na interrupção da continuidade do cuidado às gestantes de risco habitual, acarretando em falhas nas condutas e orientações que poderiam ser obtidas através desses campos preenchidos.

Além da negligência profissional quanto às anotações, o baixo percentual de preenchimento pode estar associado à desvalorização do exame clínico pelo profissional.

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

De acordo com Cavalcante et al. 2016, o Programa de Humanização no Pré-Natal Nascimento, é critério fundamental para a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, em que está incluso a solicitação, e realização dos seguintes exames de rotina : Grupo sanguíneo e fator Rh (quando não realizado anteriormente); Sorologia para sífilis (VDRL); Urina tipo I; Hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht); Glicemia de jejum; Teste anti-HIV com aconselhamento pré-teste e consentimento da mulher; Sorologia para hepatite B (HBsAg), se disponível; Sorologia para toxoplasmose, se disponível; Colpocitologia oncótica, quando indicada.

A realização dos exames de rotina durante a gestação, segundo Hass et al. 2013 configura-se como um período oportuno para prevenir, identificar e corrigir as anormalidades que possam afetar a gestante e seu conceito, bem como instituir tratamento a doenças já existentes ou que possam ocorrer durante a gestação.

Neste estudo, foram identificados os registros na caderneta da gestante dos exames de rotina realizados pela gestante de risco habitual no pré-natal. É importante ressaltar que durante a consulta pré-natal, a solicitação, realização e registros desses exames de rotina são tão significativos para a saúde das mulheres no ciclo gravídico, pois, para muitas, é a única oportunidade que possuem de conhecer seu real estado de saúde.

Apesar de a frequência da solicitação dos exames na fase do pré-natal depender da assiduidade das gestantes às consultas e do retorno ao profissional com o resultado dos exames solicitados anteriormente, evidenciou-se no estudo que a grande maioria das gestantes teve sua assiduidade confirmada, porém os resultados dos exames não chegaram às mãos do profissional para que o mesmo pudesse intervir na situação de agravo reforçado no estudo de Cavalcante et al.,

2016.

No Brasil, o Ministério da Saúde e as principais diretrizes que orientam a assistência pré-natal recomendam a dosagem rotineira de Hematócrito e Hemoglobina, por acreditarem que os benefícios superam os eventuais riscos (AMORIM, MELO, 2009).

Porém, somente os exames que foram considerados como adequados se fossem realizados apenas uma vez (Tipagem sanguínea/Fator Rh, toxoplasmose e H.sag.) revelaram adequabilidade acima de (50%) segundo o estudo de Balsells et al., 2018, em concordância com o presente estudo em que a Tipagem sanguínea, hemoglobina/hematócrito, e exame de urina – EAS, apresentaram-se registrados em mais da metade das cadernetas, assim também como as sorologias que obtiveram maior percentual de realização, sorologia para sífilis (VDRL); teste rápido para HIV/Anti-HIV; HBsAg para Hepatite B; e toxoplasmose.

Apesar de apresentar um percentual considerável, o exame de urocultura apresentou-se em menor porcentagem em relação ao de Urina- EAS, estando em concordância com o estudo de Polgliani, Neto e Zandonade, (2014) verificando que quase metade dos prontuários não houve o registro dos resultados dos exames de cultura de urina. Esse percentual reflete a negligência dos profissionais quanto ao registro e torna-se preocupante ao considerar os altos índices de infecção urinária na gestação e a relação com o risco obstétrico no processo de assistência pré-natal.

Diante dessa implicação, surgem alguns fatores que possivelmente possam explicar a realização dos exames apenas uma única vez na gestação, tais como: a dificuldade de acesso aos laboratórios da rede pública, o tempo de espera elevado na liberação dos laudos e o início do PN tardio retardando a solicitação de exames.

É notório também que aconteçam imprevistos em relação à inadequação das estruturas e logística do funcionamento das unidades básicas de saúde que ofertam a assistência pré-natal, estas deveriam possuir um local específico na unidade para realização destes exames, facilitando a adesão das gestantes, e recorrendo aos dias de consulta, oportunizando também a facilidade que os profissionais podem obter agilidade na obtenção dos resultados.

O exame de rotina que mais se mostrou inadequado em seu registro foi o teste rápido para Sífilis com (68,1%) das gestantes que possivelmente não realizaram teste. A não realização desses exames está diretamente relacionada às

taxas elevadas de transmissão vertical da infecção por sífilis e a ocorrência de óbitos perinatais evitáveis, apontando problemas na qualidade da assistência prestada (LANSKY et al.,2014).

Uma vez que tais exames não são realizados quando solicitados, e a não obtenção desses resultados em tempo oportuno isso poderá ocasionar risco/danos à mãe e filho, impossibilitando a prevenção de agravos e intervenções precoces.

Consideram-se práticas de educação em saúde como procedimento mínimo imprescindível para a mulher durante a gestação. Nesta pesquisa foi verificada a participação das gestantes de risco habitual em atividades educativas durante a gravidez atual, obtendo um resultado alarmante de que (89,4%) das gestantes não participaram de nenhum tipo de atividade de educação em saúde, grupos de gestantes, ou mesmo palestras na unidade básica de saúde que frequentam para atendimento de pré-natal.

As atividades educativas são atividades prioritárias para um pré-natal de qualidade, segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM) e assim como o presente estudo, (83,6%) das entrevistadas do estudo de Cardoso e Silva, 2012 afirmaram não ter participado de atividades educativas durante a gestação.

Quanto à participação das gestantes às ações educativas, o MS afirma que no período gestacional deve ocorrer a troca de diferentes vivências entre gestantes e profissionais de saúde. A partir desse intercâmbio de experiências e conhecimentos, é possível haver a compreensão do processo de gestação. Por outro lado, o setor saúde deve estar aberto para as mudanças sociais e cumprir de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde (BRASIL, 2006; OLIVEIRA, BARBOSA e MELO 2016).

As gestantes são o foco principal do processo de aprendizagem de acordo com o estudo de Amaral et al., (2016), porém é preciso atuar, também, juntamente aos companheiros e familiares, pois estes podem se tornar importantes aliados no cuidado à gestante, devendo promover também o envolvimento dos homens discutindo a sua participação responsável nas questões da saúde sexual, reprodutiva e nos cuidados com o bebê.

Enfatizando essa temática o estudo de Quental et al., 2017 em que as orientações referem-se, geralmente, ao tipo de parto e suas vantagens, cuidados destinados ao bebê, incentivo às terapias não farmacológicas no manejo da dor,

além da importância em estimular participação do acompanhante. É notável o predomínio tradicional com palestras. Observou-se ausência da abordagem de temas relacionados à sexualidade na gestação, pega correta da mama e estímulo à prática de atividades físicas nos períodos gestacional e puerperal.

Além disso, é importante salientar que mesmo quando acontecem essas orientações, se dão de forma pontual, que por vezes são insuficientes para responder as dúvidas destas mulheres. Portanto, destaca-se a necessidade de aprimorar as ações educativas no intuito de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência e diminuir as vulnerabilidades decorrentes da falta de informações no período gravídico-puerperal.

Tomasi et al., 2017 em seu estudo aponta que menos de um quarto das gestantes realizou exame físico apropriado e pouco mais da metade receberam todas as orientações preconizadas, considerando assim que tais ações dependem quase que exclusivamente da atitude dos profissionais de saúde. O desafio possivelmente parece ser compreender os motivos pelos quais essas ações não estão sendo integralmente disponibilizadas à população-alvo.

Muitas das unidades de saúde onde foi realizada esta pesquisa, as gestantes se encontravam sem a caderneta da gestante, utilizavam um cartão resumido ou a ficha do Sis prenatal como o cartão da gestante, não havia espaço suficiente para as devidas anotações, prejudicando a análise dos registros, já que eram diferentes da caderneta da gestante preconizada pelo ministério da saúde.

Caracterizando os resultados expostos, pode-se analisar que há um número considerável de mulheres com prontuários sem anotações e cartões de acompanhamento não preenchidos ou incompletos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa revelam que as ações essenciais preconizadas pelo Manual de Normas Técnicas para Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde, foram desenvolvidas, entretanto algumas foram realizadas em menor frequência.

Considera-se que conhecer o perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico das gestantes participantes da pesquisa, podem auxiliar gestores e profissionais de saúde a direcionar ações de promoção da saúde que amenizem os riscos identificados neste estudo, que podem contribuir para intercorrências gestacionais, e por vezes dificultar o acesso da gestante ao serviço de saúde e a informações adequadas.

Sobre os exames de rotina, foi identificado o registro destes, especificamente no 1º e 3º trimestres, em menor frequência os testes rápidos para sífilis e o exame de urocultura que são essenciais para que o ciclo se encerre e a gestante tenha uma melhor qualidade da assistência prestada no pré-natal, visando à diminuição da morbimortalidade e promoção da saúde materno-infantil.

A caderneta da gestante é um documento indispensável para o acompanhamento do pré-natal e parto. Em contrapartida foi verificado que os procedimentos clínicos e obstétricos não foram devidamente registrados pelos profissionais nas cadernetas das gestantes, a citar o IMC, altura uterina, edema e registro das queixas, observações e diagnóstico, que precisam ser valorizados, pois estes podem revelar achados com impacto direto na saúde do binômio mãe-filho.

Quanto aos fatores que influenciam negativamente a assistência pré-natal, evidenciou-se a lacuna existente no que se refere à participação das gestantes em atividades educativas, seja pela falta de adesão ou pela não disponibilidade nos serviços de saúde.

A qualidade do pré-natal somente será garantida à medida que os profissionais realizarem as atividades assistenciais individuais concomitantemente com ações educativas, havendo a necessidade de implantar, implementar e intensificar o processo educativo às gestantes, permitindo assim que o conhecimento produzido na gestação seja objetivado em promoção da saúde.

A deficiência nos registros das condutas nas cadernetas das gestantes durante a consulta de pré-natal pode afetar o cuidado prestado, e dificultar a comunicação entre profissionais, não permitindo que a unidade de referência receba as informações necessárias para o atendimento.

A realização e o registro dos procedimentos básicos durante o pré-natal, não exigem que a estrutura física seja refinada e repleta de materiais, porém é essencial o comprometimento e entendimento dos profissionais sobre a importância da realização dos referidos procedimentos para haja um desfecho positivo para a gestante.

Fica evidente por intermédio desta pesquisa, a complexidade do processo de assistência pré-natal ofertados à gestante de risco habitual, atestando a influencia da realização adequada dos procedimentos básicos, uma vez que existem diversos agentes e fatores envolvidos na promoção dessa assistência.

A partir do que já foi discutido, pode-se constatar que a assistência Pré-natal ainda está muito longe de se tornar integral e igualitária. Portanto é preciso rever a assistência pré-natal para que seja priorizada, organizada e qualificada, de forma que possa atender às necessidades da gestante na busca para prevenção de possíveis riscos e intervenções precoces, para uma gestação saudável e consequente diminuição das taxas de morbimortalidade materna e neonatal.

Acredita-se que os dados observados poderão contribuir, ainda, para futuras discussões e adequações dos serviços de pré-natal, refletindo em melhorias concretas nas ações assistenciais, favorecendo o aumento de pesquisas da mesma temática e com dados para outras análises, portanto faz-se necessário à continuação desta pesquisa envolvendo os demais distritos da cidade de São Luís – MA.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. A; VERSIANE, C. **Atuação do enfermeiro saúde da família no pré-natal de risco habitual e na assistência oferecida à saúde da mulher gestante.** Revista Digital. Buenos Aires, Año 17, Nº 176, Enero de 2013. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd176/atuacao-do-enfermeiro-no-pre-natal>. Acesso em: 18 out 2018
- 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
- AMORIM, M. M. R; MELO, A. S.D.O. **Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1).** Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(3): 148-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032009000300008&script=sci_abstractn g=pt. Acesso em: 03 nov 2018
- ANJOS, J. C. S.; PEREIRA, R. R.; FERREIRA, P. R. C.; MESQUITA, T. B. P. P. P. **Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco.** Revista Paraense de Medicina. Revista Paraense de Medicina, v. 28, n. 2, abr-jun, 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n2/a4264.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2018.
- ANVERSA, E.T.R. et al. **Qualidade do processo da Assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil.** Cad. De Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.28, n.4, 2012.
- ALVIM, D. A. B; BASSOTO, T. R. P; MARQUES, G. M. **Sistematização as assistência de enfermagem à gestante de baixo risco.** Rev. Meio Amb. Saúde. 2007.
- APS, L.R.M. M, PIANTOLA, M.A.F, PEREIRA, S.A, CASTRO, J.T, SANTOS, F.A.O, FERREIRA,L.C.S. **Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica.** Rev Saúde Publica. 2018; 52:40
- BARRETO, F. D. F. P; ALBUQUERQUE, R. M. de. **Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado.** Rev Bras Ginecol Obstet, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 259-267, abr. 2012.
- BALSELLS, Marianne Maia Dutra et al . **Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual.** Acta paul. enferm., São Paulo, 2018 Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielophp?arttext&pid=S010321002018000300>>. Acesso em: 05 nov 2018

BEECKMAN, K.; LOUCKX, F.; MASUY-STROOBANT; DOWNE, S.; PUTMAN, K. **The development and application of a new tool to assess the adequacy of the content and timing of antenatal care.** BMC Health Serv Res, v 11:213, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 27 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1067, de 4 de julho de 2005.** Institui a política nacional de atenção obstétrica e neonatal. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/155neonatologia?Download=820:portaria-n-1067-2005Institui-a-politicaNacionaldeatencao-obstetrica-eneonatal>. Acesso em: 05 set 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 160p. Disponível em: <http://bibliofarma.com/manualtecnico-pre-natal-e-puerperio-atencao-qualificada-e-humanizada/>. Acesso em: 08 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 80 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 27 mar. 2018

BRASIL. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf. Acesso em: 08 ago 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção à demanda espontânea na APS.** Brasília, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 28, volume I, 2010 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília. Ed. do Ministério da Saúde; Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica; 32. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. **Mortalidade materna no Brasil**. Volume 43 No 1 – 2012. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43--1--pag-1-a-7---Mortalidade-Materna.pdf>. Acesso em: 14 Out 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Ações Programáticas e Estratégicas**. **Rede Cegonha. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. 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. – 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <pcdt_transmissao_vertical_miolo_pdf_67895.pdf> Acesso em: 15 set 2018

BRASIL. Ministério da Saúde/SVS - **Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)**. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2012/c18.def>>. Acesso em: 12 maio 2018.

BRASIL, Governo do Estado do Ceará, Secretaria de Saúde. **Informe Epidemiológico Mortalidade Materna**, Fortaleza, 2015. Disponível em:<www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins?1355%3Ainforme-mortalidade-matern>. Acesso em: 01 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. 1ª Ed. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, **Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais**. Bol Epidemiol. 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/abca18.pdf>. Acesso em 28 set 2018.

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.2000 a.p.112. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf>. Acesso em: 08 ago 2017.

CABRAL, A.C.V. et al. **Guia de bolso de obstetrícia**. São Paulo: Ateneu, 2010.

CABRAL, E. M. **Avaliação do cuidado a saúde das gestantes no contexto do programa de Saúde da família**. Universidade de Minas Gerais. Campo do meio 2010.

CARDOSO, M. O; SILVA, L.M.V. **Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007)**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, jul. 2012.

CARDOSO, L.S.M, et al. **Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional**. Rev Min Enfermagem. Belo Horizonte. 2013

CASSIANO, A.C.M. *et al.* **Saúde Materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde**. Revista do Serviço Público Brasília. Vol. 65, n.2, p.227-244, 2014.

CAVALCANTE, K. O. R. et al. **Exames de rotina no pré-natal: solução ou problema? Routine on prenatal examinations: solution or problema?** Rev Enferm UFPE. Vol.10, supl. 3, p.1415-22, abr. Recife, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Claudio/Downloads/11082-24517-1-PB%20(3).pdf>. Acesso em: 04 ago 2018.

CHRESTANI, Maria Aurora D. et al. **Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil**. Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, n.7, pp.1609-1618.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700016>. Acesso em 01 nov 2018

COSTA, Ana Maria. **Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil**. Revista Ciênc. Saúde Coletiva; vol.14 nº.4, Rio de Janeiro, uly/Aug. 2009. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400014>>. Acesso em 12 set. 2018.

COSTA, A.; AQUINO, E.L. **Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira**. In: COSTA, Ana Maria; MERCHAN-HAMANN, Edgar; TARJEK, Débora (Orgs.). *Saúde, equidade, gênero*. Um desafio para as políticas públicas. Brasília: Ed. UnB, 2000.

COSTA, C. S. C., et al. O. **Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 516–522, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf>. Acesso em: 17 out. 2018.

COSTA, N. S. **Expectativas, Percepções e Opiniões de Mulheres sobre o Atendimento Durante o Parto**. 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba. Disponível em:<<http://bdtd.ufft m.edu.br/handle/tede/218>> Acesso em: 12 set. 2018.

CRUZ, R. S. B. L. C; CAMINHA, M. F. C.; FILHO, M. B. **Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal**. Revista Brasileira de Ciência da Saúde. 18, n.1, p. 87-94, 2014. Disponível em:<<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/15780/11722>>. Acesso em: 03 out 2018.

DATASUS. Departamento de informática do SUS **Estatísticas vitais: óbitos maternos e nascidos vivos**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/Defto>

htm.exe?Sim/>. Acesso em: 08 ago 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.

DIAS, E. G. et al. **Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais.** Revista Saúde e Desenvolvimento| vol.12, n.10, 2018. Disponível em: <https://www.uninter.com/revista-saude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/viewfile/884/513>. Acesso em: 04 nov 2018

DIAS, E. G.; ALVES, J. C. S.; VIANA, J. M.; SANTOS, I. M.; SILVA, J. P. **Percepções sobre a gravidez em um grupo de adolescentes grávidas do município de Janaúba-MG.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v. 06, n. 02, p.1239-53, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18673/gs.v6i2.22466>. Acesso em: 31 out. 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al . **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, p. 425-437, Mar. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Nov. 2018. .

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; VIELLAS, Elaine Fernandes; DIAS, Marcos Augusto Bastos; TORRES, Jacqueline Alves; FILHA, Mariza Miranda Theme; GAMA, Silvana Granado Nogueira; LEAL, Maria do Carmo. **Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil** Rev Panam Salud Publica 37(3), 2015.

DONABEDIAN, A., 1992. **The role of outcomes in quality assessment and assurance.** QualityReviewBulletin, v.18, p.356-360. 1992.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S.M.O. **Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. Escola Anna Nery**, s. [L], v. 10, n. 1, p. 121-125. Abr. 2006

FARIAS, F. B.B de. **Indicador de cobertura pré-natal: uma análise espacial em São Luís/MA.** Ribeirão Preto, 2014. 126 p. : il. ; 30 cm

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.

FEITOSA R.M.M et al.. **Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas.** Rev Fund Care Online. 2017 jul/set; 9(3):717-726. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.717-726>. Acesso em: 29 out 2018.

FIGUEIREDO, P. P. et al. Infant mortality and prenatal care: contributions of the clinic in the light of Canguilhem and Foucault. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**, v. 20, n1, p. 201-210, 2012.

FONTELLES, M. J. et al. **Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa**. Amazonas, 2009. Disponível em: <https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>. Acesso 15 janeiro 2018.

FREITAS, G.L. *et al.* **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde**. Rev. Eletr. Enf. Vol.11, nº1 p.424-428, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 04 set 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. Atlas, São Paulo 2008

GOIAS. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás** / organizadores Claci Fátima Weirich Rosso et al. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. 2014.

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

GOMES, A.V.M et al. **Políticas públicas de atenção à saúde da mulher: uma revisão integrativa**. Rev. Interd. Ciên. Saúde, v. 4, n.1, p. 26-35, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/Downloads/4283-24089-1-PB%20(5). pdf. Acesso em: 12 set 2018

GONÇALVES, C. V. et al. **Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal. Uma Inversão de valores**. Rev Assoc Med Bras 2009; 55(3): 290-. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/3094/Avaliacao%20da%20frequencia%20de%20realizacao%20do%20exame%20fisico%20das%20mamas.pdf?sequence=1>. Acesso em: 31 out 2018

GONÇALVES ITJP, SOUZA KV, AMARAL MA, OLIVEIRA ARS, FERREIRA WFC. **Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem**. Rev Rene. 2013;

GUARDA, O.I.D. **Mortalidade materna no estado do Maranhão**. Dissertação, 2017. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/1356/2/OlivaniGuarda.pdf>. Acesso em 10 ago 2018

GUERREIRO, E. M., et al. **O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros**. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte. 16, n.3, julho 2012. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>>. Acesso em: 23 set. 2018.

HANDELL, I. B. S.; CRUZ, M. M.; SANTOS, M. A. **Avaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de Saúde da Família de município do Centro-Oeste brasileiro**. 2008-2009 Epidemiol. Serv. Saúde, v. 23, n. 1, p. 101-10, 2014.in

the Brazilian state of Maranhão: a retrospective study. Online braz j nurs [Internet], v.12, n.4, p. 854-6, 2013.

KOFFMAN, M. D; BONADIO, I. C. **Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 5, n. Supl, p. 523-532, dez. 2005.

LAMY, G.O.; MORENO, B. S. **Assistência pré-natal e preparo para o parto**. Rev. Omnia Saúde, v.10, nº2, pag. 19-35; 2013. Disponível em:<<http://www.fai.com.br/portall/ojs/index.php/omniasaude/article/view/456>>. Acesso em: 27 set. 2018.

LANDERDAHL, Maria Celeste et al. **A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde**. Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 11, n. 1, p. 105-111, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15.pdf>. Acesso em 14 jul 2018

LANSKY, S. F.A. A , SILVA, A. A , CAMPOS, D et al . **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido** . Cad Saúde Pública. 2014; 39(1): 192-207.

LIMA, L.F. C, DAVIM, R.M. B, SILVA et al. **Importância do exame físico da gestante na consulta do enfermeiro**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(6):1502-9, jun., 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/Revistaenfermagem/article/viewFile/9838/10039>. Acesso em: 01 nov 2018

LIMA, A. F.; MELO, A. M. A. A.; FERREIRA, M. A. **Pré-natal: um desafio para as gestantes acompanhadas nas unidades de saúde da família no município de Serra Talhada-PE**. Saúde Coletiva em Debate, v. 2, n. 1, p. 31-40, 2012.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

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

MARTINS, A.C.S.SILVA, L.S. **Perfil epidemiológico de mortalidade materna**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018; 71(supl1):725-31.

MARTINELLI, K. G.; SANTOS, N. 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

MELO, Talita Cavalcante de et al. **Característica sociodemográfica de mulheres admitidas em unidade de referência para tratamento de alcoolismo em Alagoas**. Neurobiologia. v. 73, n. 4, 2010

NIQUINI, R. P.; BITTENCOURT, S. A.; LACERDA, E. M. A.; SAUNDERS, C.; LEAL, M. C. **Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete Unidades de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10, p. 2805-2816, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000028>. Acesso em: 02 nov 2016

NUNES, Helaine Aparecida de Faria. **Assistência ao Pré-natal de Baixo Risco na Estratégia de Saúde da Família e seus Desafios: uma revisão de literatura.** 2012.

NUNES, J.T. **Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015.** *Cad. Saúde Colet.*, 2016, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf> Acesso em: 20 out 2018

NUNES, A.D.S. *et al.* **Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde.** *Revista Brasileira em Promoção à Saúde.* Vol.30 n.3 p.1-10, jul/set. Fortaleza, 2017. Disponível em:< DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.6158>>. Acesso em: 10 out 2018.

OLIVEIRA, E.C.; BARBOSA, S. M.; MELO, S. E. P. **A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros.** *Revista Científica Facmais*, vol. VII n.3, p. 24-38, 2016. REZENDE, J. *Obstetrícia*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1962.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Administração da OMS.** Disponível em: <<http://www.who.int/governance/en/index.html>>. Acesso em: 17. Out .2015.

ORTIGA. E. P. D. F. CARVALHO. M. D. D. B. PELLOSO. S. M. **Percepção da assistência pré-natal de usuárias do serviço público de saúde.** *Rev Enferm UFSM* 2015 Out./Dez. 5 (4): 618-627. Disponível em: <file:///C:/Users/Daniela.DESKTOP-GKC1D13/Downloads/13230-97921-1-PB.pdf> Acesso em: 01 nov 2018

PAES, L.G.; MATTIONI, F.C.; SILVA, S.G.; SOARES, R.S.; DIAZ, C.; DANIELI,G.L.; SCHIMITH, M.D. **Educação em saúde: Ferramenta instigadora do cuidado integral e emponderamento.**2009. Disponível em: http://www.FórumMundialeducacao.org/IMG/pdf_EDUCACAO_EM_SAUDE_FERRAMENTA_INSTIGADORA_DO_CUIDADO.pdf. Acesso em: 13 set. 2018.

PEIXOTO. F. F. M.; OLIVEIRA, J. F.; PORTO, M. F. S. **O papel da cerclagem nas gestações múltiplas: revisão sistemática.** *Revista FEMINA*, v. 37, n. 10, p. 557-561, 2009.

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

PEREIRA, W.D. **Impacto da dimensão gestação saudável e segura do projeto cuidando do futuro nas ações de pré-natal e na redução da mortalidade infantil no município de Bacabal-ma.** 2014. Acesso em <https://tedebc.ufma.br/jspui/BitstReam/tede/1228/1/Dissertacao%20Wedia%20Duarte%20Pereira.pdf>. Disponível em: 14

nov 2018.

PERROT, Michelle. Os Silêncios do Corpo da Mulher. In: CARDOSO, Ângela Maria Rosas; SANTOS, Silvéria Maria Dos; MENDES, Vanja Bastos. **O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo?** Diálogos Possíveis. Universidade de Brasília, n. 11, p.142-159, jan/ jun, 2007. Disponível em: <www.fsba.edu.br/dialogospossiveis.> Acesso em: 18 de Ago. de 2018

PIO, D.A.M. **Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal.** Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.1, p.313-324, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00313.pdf>. Acesso em: 31 nov 2018

POLGLIANI, R. B. NETO, E.T, ZANDONADE, E. **Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36(6): 269-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n6/0100-7203-rbgo-36-06-00269.pdf>. Acesso em: 04 nov 2018

PORTO, P. N. **Características sociodemográficas e de saúde de gestantes como indicadores de vulnerabilidades.** Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, 2016.

QUENTAL LLC, NASCIMENTO LCCC, LEAL LC et al. **Práticas educativas com gestantes na atenção primária à saúde.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 12):5370-81, dez., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23138p5370-5369-2017>. Acesso em: 05 nov 2018

RAMOS, V.M.A, **Assistência da enfermeira obstétrica ao parto baseado em evidências.** 2016. 86 f. Disponível em: <http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2016/dissertacao-wania-maria-antunes-ramos>. Acesso em 02 out 2018

RIOS, L. 2001. **Estudos de Geografia do Maranhão.** 3ª ed. São Luís, Graphis.
RIOS, C. T.F, Vvieira, N. F. C.. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(2): 477-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>. Acesso em : 17 set 2018

SAUNDERS, R. B. Cuidado de Enfermagem durante a gestação. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O Cuidado em Enfermagem Materna.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

SALES, K. C.; SEMENTE, P. S. N.; FERNANDES. E. R. L. **Cartão da Gestante: um elo fundamental.** Revista Brasileira de Informações Científicas. v. 4, n. 3, p. 8-15. Jul./set. 2013.

SANTOS et al. **Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade?** Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits.v. 1, n.1, p.11-22, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Portal de São Luís. **Guia de distritos.** Disponível em: http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=1265> Acesso: 08 agosto de 2018

SERAPIONE, M. **Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional.** Revista Crítica de Ciências Sociais. v.85, p. 65-82, Jun, 2009. Disponível em: <<http://rccs.revues.org/343>>. Acesso em: 26 ago 2018

SILVA, E. C. A. C. D. **A Implantação do Acolhimento ao Pré-Natal na UBS Cajueiro Seco - Jaboatão dos Guararapes - PE./** Evellyn Christiny Amazonas Campelo da Silva. Recife: 2012. Disponível: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012/silva-ecac.pdf> Acesso em : 20 out 2018

SILVA, Andréa Lorena Santos et al. **Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas.** Revista Cubana de Enfermería, [S.l.], v. 30, n. 1, mar. 2015. ISSN 1561-2961. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/487/82>>. Fecha de acceso: 31 out. 2018

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. **Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica.** Saúde Debate | rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, Out-Dez 2014. Disponível em: acesso em: 01 nov 2018

SILVA et al. **Indicadores da Qualidade da Assistência Pré- Natal de Alto Risco em uma Maternidade Pública.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde.vol 22 Número 2 Páginas 109-116 2018 ISSN 1415-2177. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/31252/19559> Acesso em 03 nov 2018

SILVA, L.C.F.P. D et al. **Direitos humanos e a assistência à saúde da mulher no Brasil.** Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 84, jan 2011. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=8927&n_link=revista_artigos_leitura. Acesso em 28 nov 2018.

SOUSA, A. J. C. Q; MENDONÇA, A. E. O.; TORRES, G. V. **A Atuação do Enfemeiro no Pré-Natal de Baixo Risco em uma Unidade Básica de Saúde.** Carpe Diem: Revista Cultura e Científica do UNIFACEX. v. 10, n. 10, 2012.

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.** Disponível em:<http://www.Periódicoeletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/1919/2833> >Acesso em 09.08.2018.

TOMASI, E et al. **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais** . Cad. Saúde Pública 2017; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf>. Acesso em: 05 nov 2018

TREVISAN, Maria do Rosário et al. **Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul**. Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p.293-299, 2002.

VASCONCELOS, Aline Ávila et al. **Perfil das gestantes em situação de vulnerabilidade acompanhadas pela estratégia Trevo de quatro folhas, Sobral/CE**. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 19(3): 100-108 jul-set, 2017.

VIELLAS, E. F. et al. **Assistência pré-natal no Brasil**. Cad. Saúde Pública 30, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em 31 nov 2018

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDO E PESQUISA EM SAÚDE DA MULHER – NEPEM

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

Sua participação consistirá em responder às perguntas feitas pelas pesquisadoras, 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. O fato de a pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre suas experiências cotidianas, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos, o qual se justifica pelo benefício que este estudo trará para você e para outras mulheres. 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 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 E PESQUISA EM SAÚDE DA MULHER – NEPEM

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO DA ADOLESCENTE

Você está sendo convidada para participar da pesquisa **Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luís-MA**.

Este estudo 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.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

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 e em seguida dirá se nos autoriza ou não utilizar sua entrevista.

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 assentimento 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. O fato de a pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre suas experiências cotidianas, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos, o qual se justifica pelo benefício que este estudo trará para você e para outras mulheres. Se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa.

Mas há coisas boas que podem acontecer como, por exemplo, será um meio para você poder expressar seus sentimentos a respeito da assistência que você está recebendo e os seus relatos poderão contribuir para a melhoria dos serviços de pré-natal.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar você.

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.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

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

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

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

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

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

São Luís, ____ de _____ de _____.

Assinatura do menor

Assinatura do(a) pesquisador(a)

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

**APÊNDICE C – 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. Itaquí- Bacanga.
2. C. S. Embrião – V. Bacanga..
3. C. S. 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. Tibirio.

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. 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 2 ^a dose () Registro de 3 ^a dose () Registro de reforço	
79. Vacina Hepatite B? 1. Sim 2. Não Transcrever as informações: () Registro de imunizada () Registro de 1 ^a dose () Registro de 2 ^a dose () Registro de 3 ^a 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 13 ^a semana): _____	
84. Número de consultas no segundo trimestre (entre a 14 ^a e a 26 ^a semana): _____	
85. Número de consultas no terceiro trimestre (a partir da 27 ^a 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 CEP

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:** SÃO LUÍS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 1.999.550

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_790300.pdf	23/03/2017 00:33:16		Aceito
Outros	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)

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

ANEXO D - PARECER DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO DO CURSO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM
PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. TÍTULO: PROCEDIMENTOS MÍNIMOS REALIZADOS PELA GESTANTE DE RISCO HABITUAL DURANTE O PRÉ-NATAL, NA ATENÇÃO BÁSICA, EM SÃO LUÍS-MA.
Sugestão: Título extenso, sugiro retirar a localidade do estudo, deixá-lo somente na metodologia.

2. ALUNA: DANIELA DE SOUSA LIMA

3. ORIENTADORA: PROFA. DRA. LENA MARIA BARROS FONSECA.

4. INTRODUÇÃO: A introdução apresenta-se clara, objetiva e pertinente com a temática.

5. JUSTIFICATIVA: Adequada.

6. OBJETIVOS: Explicita-se de forma clara a justificativa para a realização do estudo no que concerne analisar a realização dos procedimentos mínimos durante a assistência pré-natal à gestante de risco habitual, na Atenção Básica, em São Luís-MA.

7. PROCESSO METODOLÓGICO: Apresenta descrição clara do tipo de estudo e metodologia proposta.

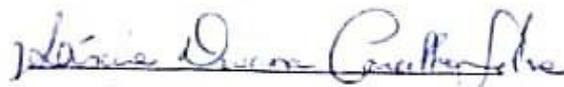
8. CRONOGRAMA: Adequado.

9. TERMO DE CONSENTIMENTO: Pertinente.

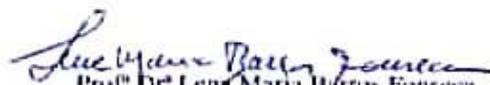
10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: Adequada.

11. CONCLUSÃO DO PARECER: O projeto de pesquisa atende aos requisitos fundamentais, sendo de parecer favorável à sua execução.

São Luís, 11 de abril de 2018.


Professora Relatora

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 1 / 1 / .
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 11 / 04 / 2018
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 1 / 1 / .


Profª Drª Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem