

Assistência pré-natal segundo registros profissionais presentes na caderneta da gestante

Prenatal care according to professional records present in the pregnant's book

Asistencia pre-natal segundo registro profesional presentes en la caderneta de la gestante

**Lígia Laura de Sousa Castro^I, Isabelly Gomes de Oliveira^{II}, Raylla Araújo Bezerra^{III}
Leilane Barbosa de Sousa^{IV}, Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos^V
Lydia Vieira Freitas dos Santos^{VI}**

Resumo: Objetivo: descrever a assistência pré-natal segundo registros profissionais presentes na caderneta da gestante. **Método:** estudo quantitativo, realizado com puérperas de uma maternidade filantrópica, localizada em um município do interior do Estado do Ceará. Os dados sociodemográficos foram coletados em entrevista e as informações do pré-natal por meio da caderneta da gestante. Os dados foram analisados com base na estatística descritiva. **Resultados:** participaram 52 puérperas que possuíam de 15 a 40 anos. Observaram-se falhas no registro de informações do pré-natal, sendo as mais graves no que diz respeito aos exames laboratoriais e à avaliação nutricional da gestante. **Considerações Finais:** faz-se necessário uma mudança na conduta dos profissionais, por meio de qualificação acerca da assistência pré-natal e acompanhamento frequente por parte dos gestores de saúde do município, pois por meio do registro correto das informações obtidas durante a consulta é possível realizar acompanhamento adequado durante o parto e puerpério.

Descritores: Cuidado pré-natal; Avaliação em enfermagem; Saúde materno-infantil; Enfermagem

Abstract: Objective: to describe the prenatal care according to the professional records present in the pregnant's book. **Method:** a quantitative study carried out with puerperal women of a philanthropic maternity located in a municipality in the interior of the State of Ceará. The sociodemographic data were collected in an interview and

^I Enfermeira. Pós-graduada em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Barreira, Ceará, Brasil. E-mail: ligialaura@live.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9469-9988>

^{II} Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: isa_belly_oliveira@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0022-0981>

^{III} Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: lalah.zinha3@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2781-7817>

^{IV} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Bacharelado em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, Ceará, Brasil. E-mail: leilane@unilab.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0266-6255>

^V Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: saiwori.anjos@uece.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7559-8471>

^{VI} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Bacharelado em Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, Ceará, Brasil. E-mail: lydia@unilab.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4277-7486>

prenatal information through the pregnant's book. Data were analyzed by descriptive statistics. Results: 52 women between 15 and 40 years old participated of study. There were flaws in the recording of information, the most serious being related to laboratory tests and nutritional evaluation of the pregnant woman. **Final Considerations:** a change in professional conduct is necessary, through qualification about prenatal care and frequent follow-up by the municipal health managers, since by recording the information obtained during the consultation it is possible to carry out adequate follow-up during childbirth and puerperium. **Descriptors:** Prenatal Care; Nursing Assessment; Maternal and Child Health; Nursing

Resumen: Objetivo: describir la asistencia prenatal según registros profesionales presentes en la caderneta de la gestante. **Método:** estudio cuantitativo, realizado con puérperas de una maternidad filantrópica ubicada en un municipio del interior de Ceará. Los datos sociodemográficos fueron recolectados en entrevista y las informaciones del prenatal por medio de la caderneta de la gestante. Los datos fueron analizados por estadística descriptiva. Resultados: participaron 52 puérperas entre 15 y 40 años. Se observaron fallas en el registro de información, siendo las más graves relacionadas con los exámenes de laboratorio y la evaluación nutricional de la gestante. **Consideraciones finales:** se hace necesario un cambio en la conducta profesional, por medio de cualificación acerca de la asistencia prenatal y acompañamiento frecuente por parte de los gestores municipales de salud, pues por medio del registro de las informaciones obtenidas durante la consulta es posible realizar un seguimiento adecuado durante el parto y el puerperio.

Descriptor: Atención Prenatal; Evaluación en Enfermería; Salud-Materno-Infantil; Enfermería

Introdução

A assistência pré-natal é ofertada no Brasil para assegurar uma gestação de qualidade e a redução de riscos para o binômio mãe-filho. Esta deve ser baseada na humanização, configurando-se, assim, como um serviço que ofereça à mulher os subsídios necessários para que ela se sinta segura durante esta fase de sua vida, desde os exames essenciais até as informações necessárias para a promoção da saúde da mulher e do bebê.

Toda mulher, durante a gravidez, tem direito aos diversos exames obrigatórios dessa fase, à imunização e a um exame clínico e gineco-obstétrico de qualidade, como preconiza o Ministério da Saúde do Brasil. Tais condutas tornam possível a prevenção ou identificação de intercorrências e seus tratamentos precoces.¹ Como exemplo, o baixo peso ao nascer que nas últimas décadas tem tido redução de seu número por meio da realização de um pré-natal de qualidade. Além de outros benefícios, o pré-natal tem sido responsável pela detecção e

tratamento de morbidades, compartilhamento de informações e a promoção de práticas como o aleitamento materno.²⁻³

Com isso, o cuidado pré-natal fornece a oportunidade para a prestação de um cuidado integral e individualizado, atendendo às necessidades de saúde do binômio mãe-filho.⁴ Além disso, se configura como uma prática não onerosa, capaz de promover a saúde física e mental das mulheres, principalmente daquelas pertencentes a grupos vulneráveis, que por si já enfrentam disparidades na busca pela saúde.⁵

No Brasil, a consulta pré-natal é ofertada gratuitamente nos serviços de Atenção Primária da Saúde (APS) e pode ser conduzida por médicos e enfermeiros.¹ Estes profissionais frequentemente realizam rodízios em busca de um atendimento interdisciplinar.

Visando auxiliar na comunicação entre os profissionais envolvidos na assistência pré-natal e na recordação das informações referentes às consultas anteriores, as mulheres têm direito à Caderneta da Gestante, um documento desenvolvido para o registro das informações da mãe e do bebê durante a gestação, proporcionando o acompanhamento do desenvolvimento fetal e dos exames solicitados. O registro das informações de forma adequada proporciona a continuidade do cuidado prestado ao binômio mãe-filho.⁶ Portanto, é relevante avaliar como os profissionais vêm realizando os registros nas cadernetas das gestantes, bem como a sua qualidade, a fim de detectar possíveis lacunas, como a falta de anotações imprescindíveis para a continuidade do cuidado por uma equipe multidisciplinar, desde o atendimento nos serviços de APS até o momento do parto na maternidade referenciada.

Considerando essa problemática, foi formulada a seguinte questão de pesquisa: os registros realizados durante assistência pré-natal asseguram informações completas que garantem um serviço de qualidade? Assim, o presente estudo teve por objetivo descrever a assistência pré-natal segundo registros profissionais presentes na caderneta da gestante.

Método

Estudo descritivo de caráter quantitativo, realizado entre dezembro de 2014 e abril de 2015 em uma maternidade filantrópica de um município localizado no interior do Estado do Ceará, responsável por receber parturientes residentes no próprio município e em municípios vizinhos. A população do estudo é configurada por puérperas, sendo a amostra composta por todas aquelas que se encontravam no alojamento conjunto da instituição no momento da pesquisa. Foram excluídas as que não possuíam caderneta da gestante.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário contendo questões que englobavam tanto as características sociodemográficas das puérperas e os dados existentes na caderneta da gestante. Em seguida, ocorreu a avaliação e registro de informações presentes nas cadernetas. Deste modo, a coleta consistiu-se em dois momentos: primeiramente os dados foram obtidos por meio de uma fonte primária composta por entrevistas com as puérperas, em que foi possível aspectos inerentes ao perfil sociodemográfico das participantes, como renda, anos de estudo, ocupação, dentre outros e, em seguida, obtidos por uma fonte secundária composta pela avaliação das cadernetas das gestantes, com o objetivo de se verificar o registro de informações da assistência pré-natal das participantes. A coleta foi realizada de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã e tarde.

Os critérios do Programa de Humanização do Parto e Nascimento abordados nesse estudo foram: a realização de, no mínimo, seis consultas ao longo da gestação; realização de todos os exames básicos na primeira consulta e na 30^a semana gestacional, imunização contra o tétano, Hepatite B e Influenza e a realização de atividades educativas. Não foram abordados no estudo a realização da primeira consulta até a 20^a semana gestacional, pois, de acordo com novas diretrizes do Ministério da Saúde, a primeira consulta deve ser realizada antes da 12^a semana. A necessidade de realização de, no mínimo, uma consulta durante o puerpério também não foi alvo de investigação, pois a pesquisa se destinava a descrever a assistência pré-natal.

Os dados obtidos por meio da entrevista e das cadernetas da gestante foram tabelados no programa Microsoft Excel versão do pacote Office 2010, para a análise da frequência dos registros. Adotou-se como parâmetro para classificação dos índices de registro os seguintes valores: $\geq 70\%$ (adequado); entre 50% e 70% (intermediário); $\leq 50\%$ (baixo).

O estudo obedeceu a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética sob número 33807014.0.0000.5576 e número do parecer 857.445. Assim, após apresentação dos pesquisadores, convite e explicação dos objetivos da pesquisa, as puérperas que aceitaram contribuir com a avaliação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes com idade inferior a 18 anos assinaram o Termo de Assentimento e seus responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento. Foram assegurados os direitos das participantes, como anonimato, ausência de ônus e a possibilidade de se retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Resultados

Participaram do estudo 52 puérperas entre 15 e 40 anos e, por meio da entrevista, constatou-se que 36 (69,2%) da amostra foi composta por agricultoras e donas de casa, e 27 (51,9%) eram solteiras, porém residiam com outros familiares. A respeito da escolaridade e da renda familiar das puérperas, verificou-se que 37 (71,1%) das mulheres tinha de 11 a 15 anos de estudo e 44 (84,6%) apresentou renda mensal entre um e dois salários mínimos.

Os dados obtidos no segundo momento da coleta por meio da caderneta da gestante estão apresentados na tabela a seguir:

Tabela 1 – Distribuição das puérperas de acordo com as características do pré-natal, Redenção, CE, Brasil, 2014 - 2015

| Variáveis | N | % |
|-----------|----|-----|
| | 52 | 100 |

| | | |
|---------------------------------------|----|------|
| IG na primeira consulta | | |
| Até 12s | 30 | 57,7 |
| A partir de 12s1d | 19 | 36,5 |
| Não registrado | 3 | 5,8 |
| Número de consultas | | |
| Até 5 | 10 | 19,2 |
| A partir de 6 | 42 | 80,8 |
| Ácido fólico | | |
| Sim | 44 | 84,6 |
| Não | 8 | 15,4 |
| Sulfato ferroso | | |
| Sim | 45 | 86,5 |
| Não | 7 | 13,5 |
| Imunização | | |
| Registrado | 50 | 96,2 |
| Não registrado | 2 | 3,8 |
| Profissional que realizou o pré-natal | | |
| Médico e enfermeiro | 42 | 80,8 |
| Só enfermeiro | 8 | 15,4 |
| Só médico | 2 | 3,8 |

*IG- idade gestacional.

A maior parte das entrevistadas atendeu aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde quanto à presença de registros relacionados a Idade Gestacional (IG) na primeira consulta e a necessidade de um mínimo de seis atendimentos para uma assistência pré-natal de qualidade. Também se evidenciou que a maioria das mulheres iniciou o pré-natal ainda no primeiro trimestre gestacional.

A suplementação com ferro e ácido fólico também foi realizada, de acordo com os registros, pela maioria das puérperas. Na variável de Imunização, 96,1% das entrevistadas tinham o registro dessa atividade, sendo que 75% atualizaram o esquema vacinal durante a gestação. Duas participantes (3,8%), não tinham registros sobre imunização.

Em todas as cadernetas havia o registro dos profissionais que prestaram atendimento, sendo que 80,8% das mulheres foram atendidas tanto por médicos como por enfermeiros. O registro de exames laboratoriais é apresentado na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das puérperas de acordo com o registro de realização dos exames laboratoriais, Redenção, CE, Brasil, 2014 -2015

| Variáveis | N | % | Variáveis | N | % |
|-------------------------------|----|------|---------------------------------|----|------|
| | 52 | 100 | | 52 | 100 |
| Hematócrito 1ª consulta | | | Coombs indireto | | |
| Registrado | 28 | 53,8 | Não é necessário | 49 | 94,2 |
| Não registrado | 24 | 46,2 | Não realizado | 3 | 5,8 |
| Hemoglobina 1ª consulta | | | Outros exames 1ª consulta* | | |
| Registrado | 28 | 53,8 | Registrado | 23 | 44,2 |
| Não registrado | 24 | 46,2 | Não registrado | 29 | 55,8 |
| Glicemia de jejum 1ª consulta | | | Hematócrito 30ª semana | | |
| Registrado | 33 | 66,5 | Registrado | 8 | 15,4 |
| Não registrado | 19 | 36,5 | Não registrado | 44 | 84,6 |
| Anti-HIV 1ª consulta | | | Hemoglobina 30ª semana | | |
| Registrado | 31 | 59,6 | Registrado | 8 | 15,4 |
| Não registrado | 21 | 40,4 | Não registrado | 44 | 84,6 |
| VDRL | | | Glicemia de jejum na 30ª semana | | |
| Registrado | 41 | 78,8 | Registrado | 10 | 19,2 |
| Não registrado | 11 | 21,2 | Não registrado | 42 | 80,8 |
| S. urina* 1ª consulta | | | Anti-HIV 30ª semana | | |
| Registrado | 24 | 46,1 | Registrado | 4 | 7,7 |
| Não registrado | 28 | 53,9 | Não registrado | 48 | 92,3 |
| Grupo sanguíneo | | | VDRL 30ª semana | | |
| Registrado | 49 | 94,2 | Registrado | 10 | 19,2 |
| Não registrado | 3 | 5,8 | Não registrado | 42 | 80,8 |
| Fator Rh | | | Urina 30ª semana | | |
| Registrado | 49 | 94,2 | Registrado | 9 | 17,3 |
| Não registrado | 3 | 5,8 | Não registrado | 43 | 82,7 |
| Coombs indireto | | | Outros exames 30ª semana* | | |
| Não é necessário | 49 | 94,2 | Registrado | 3 | 5,8 |
| Não realizado | 3 | 5,8 | Não registrado | 49 | 94,2 |
| Outros exames 1ª consulta** | | | | | |
| Registrado | 23 | 44,2 | | | |
| Não registrado | 29 | 55,8 | | | |

* Sumário de urina; **Citomegalovírus, HbsAg, Toxoplasmose, Rubéola, Ultrassonografia

Durante a primeira rotina de exames, houve uma taxa elevada de registros nos resultados das análises de grupo sanguíneo, fator Rh, *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), intermediária frequência de registros nos exames de Hemoglobina, Hematócrito, glicemia de

jejum, Anti-HIV e um baixo índice no sumário de urina. Totalizando esses valores, pôde-se observar uma variação no padrão de registro, que fica entre e intermediário e elevado. Quanto ao Coombs indireto, 49 (94,2%) não foram solicitados pelo fato de o fator Rh das gestantes era positivo, não havendo nenhum registro em 5,8% dos casos.

A solicitação de outros exames apresentou baixos índices (44,2%) de solicitação e registro. O Ministério da Saúde preconiza que durante a rotina de solicitação de exames obrigatórios, sejam solicitados mais exames como o de hepatite, citomegalovírus, rubéola, toxoplasmose para, assim, complementar a busca de possíveis doenças que podem afetar a saúde do feto.

Durante a segunda rotina de exames, que deve ser solicitada na 30^a semana de gestação, as puérperas apresentaram declínio nos índices de solicitação de todos os exames, quando comparados com os exames solicitados no início dos atendimentos. A tabela 3 apresenta os registros do exame físico das gestantes.

Tabela 3 – Distribuição das puérperas de acordo com as variáveis antropométricas, Redenção, CE, Brasil, 2014 - 2015

| Variáveis | N | % |
|---------------------------------|----|------|
| | 52 | 100 |
| Altura | | |
| Registrado | 47 | 90,4 |
| Não registrado | 5 | 9,6 |
| Peso pré-gravídico | | |
| Registrado | 43 | 82,7 |
| Não registrado | 9 | 17,3 |
| IMC*pré-gravídico | | |
| Registrado | 40 | 76,9 |
| Não registrado | 12 | 23,1 |
| Peso no final da gestação | | |
| Registrado | 41 | 78,8 |
| Não registrado | 11 | 21,2 |
| Ganho de peso de acordo com IMC | | |
| Registrado | 2 | 3,8 |
| Não registrado | 50 | 96,2 |
| IMC final da gestação | | |
| Registrado | 5 | 9,6 |
| Não registrado | 47 | 90,4 |
| BCF** nas consultas | | |

| | | |
|----------------------------------|----|------|
| Registrado em todas as consultas | 44 | 84,6 |
| Registrado em algumas consultas | 1 | 1,9 |
| Não registrado | 7 | 13,5 |
| P.A ^{***} nas consultas | | |
| Registrado em todas as consultas | 49 | 94,3 |
| Registrado em algumas consultas | 2 | 3,8 |
| Não registrado | 1 | 1,9 |

*IMC- índice de massa corporal; ** BCF- batimentos cardíofetais; ***P.A- pressão arterial.

No que tange aos dados antropométricos, observou-se um alto valor de registro na altura, no peso, no IMC antes da gravidez e no peso final da gestação. Discreta maioria de mulheres apresentou IMC adequado durante a gestação. Porém, pode-se observar uma redução de registro referente ao ganho de peso de acordo com IMC e na classificação do IMC no final da gestação.

Os dados referentes aos registros de batimentos cardíofetais (BCF) durante as consultas de pré-natal apresentam uma taxa elevada de 86,5% de preenchimentos. Entretanto, praticamente metade dos registros não continham a quantidade dos BCF. Quanto ao registro da verificação da pressão arterial, verificou-se que em apenas uma caderneta da gestante não havia essas informações. Não ocorreu análise dos registros referentes a Altura Uterina, presença de edema e movimentos fetais, pois estes dados não foram contemplados pelo instrumento utilizado na coleta, de modo que se configura como uma limitação do estudo.

Discussão

Pode-se observar que apesar das taxas terem variado entre elevada e intermediária, em relação à porcentagem dos registros da quantidade das consultas e da IG na primeira consulta pré-natal, a maioria das entrevistadas foram contempladas com as atividades de acordo com as propostas do Ministério da Saúde. Seguindo-se, assim, as práticas que estão classificadas nos dez passos para o Pré-Natal de qualidade na APS, o que também recomenda que, para um acompanhamento de qualidade, essas atividades primordiais do pré-natal devam ocorrer de forma detalhada e precoce.¹

Em relação ao índice elevado de puérperas que iniciou o acompanhamento após 12^a semana de gestação e realizaram menos de seis consultas, alguns autores em estudo similar no Brasil associaram esse atraso com a baixa escolaridade, o fato de a mulher viver sem companheiro, com maior número de gestações prévias, que não desejavam engravidar e a insatisfação com a gestação atual.⁷ O que corrobora com os dados obtidos no presente estudo, tendo em vista que a maioria das participantes relatou morar na região rural e serem múltíparas.

No geral notou-se um índice elevado em relação ao registro das suplementações, autores demonstram em seus estudos realizado no Rio de Janeiro, Botucatu, na região centro sul do Estado de São Paulo e Paraíba respectivamente, índices acima de 70%, o que nos mostra uma atenção voltada para a prevenção de anemia e problemas relacionados ao não uso dos suplementos.⁸⁻¹⁰ Durante a gestação a mulher tende a ter uma anemia fisiológica, que pode ser corrigida com a suplementação de ferro. Já o ácido fólico auxilia na prevenção de más formações do tubo neural do feto.¹¹⁻¹² Embora os registros sejam elevados, é importante que os índices de suplementação aumentem, cobrindo 100% das gestantes acompanhadas, pois essa suplementação é essencial, já que influencia tanto na saúde da mulher como do feto.

Em relação ao profissional que realizou a maioria das consultas de pré-natal, destacam-se o médico e o enfermeiro intercaladamente. Essa alta porcentagem pode ser explicada, tendo em vista que essa rotina é bastante comum nos serviços de APS. Um estudo realizado em Goiânia, indicou uma taxa de apenas 45,4% de consultas realizadas por médicos e enfermeiros.¹³ Já em pesquisa desenvolvida em várias regiões do Brasil,⁷ verificou-se que na Região Nordeste nota-se índices mais semelhante à realidade pesquisada em questão.

É importante que durante o acompanhamento pré-natal, a gestante seja assistida por uma equipe multiprofissional, ou seja, quando durante o acompanhamento existe a presença de mais de um profissional de nível superior na assistência. Essa variável, apresentada em uma análise qualitativa, mostrou que uma parcela considerável das usuárias entrevistadas teve acesso a uma

abordagem multiprofissional durante seu acompanhamento pré-natal, oportunizando contemplar diversos aspectos, como as características culturais e econômicas do binômio mãe e filho.¹⁴

Sobre os exames laboratoriais na primeira rotina, observou-se variação, porém com índice elevado referente à solicitação e registro dos exames obrigatórios preconizados pelo Ministério da Saúde. Em relação aos outros exames, evidenciou-se uma taxa de 44,2% de solicitação e registro, assim como relatado em outra pesquisa.⁸ Enquanto um estudo realizado em todo o país mostra um índice elevado de solicitação e realização na primeira rotina de exames.⁷ Sabe-se que são de extrema importância os registros laboratoriais, tanto para acompanhamento da saúde da gestante e do feto, como para nortear os profissionais que estão prestando assistência à gestante. O Coombs indireto é um exame importante, responsável por detectar anticorpos no organismo da mãe, sendo vital para o crescimento saudável do feto, portanto os profissionais devem estar atentos a isso.

Durante a segunda rotina de exames, evidenciou-se uma redução de solicitação e registro dos exames citados, fato que revela uma vulnerabilidade no acompanhamento da mulher. Estudos semelhantes realizados em todos os Estados do país, que abordavam registros dos exames laboratoriais, também houve não adequação à solicitação/realização dos exames laboratoriais de rotina (apenas 25,4% estavam adequados) e relatos de redução na segunda rotina.^{7,15}

Os baixos números possivelmente podem estar associados com a dificuldade de acesso aos laboratórios da rede pública, a demora dos laboratórios vinculados à Secretaria de Saúde Municipal em liberar os resultados dos exames e o início do pré-natal tardio retardando a solicitação de exames. Fato alarmante, pois a não realização ou demora dos laudos está diretamente relacionada às altas taxas de transmissão vertical da sífilis, do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e a ocorrência de óbitos perinatais evitáveis. Os exames laboratoriais são obrigatórios na primeira consulta da mulher e devem ser repetidos na 30ª semana gestacional.^{7-8,14,16}

A repetição dos exames na 30ª semana oferece aos profissionais informações clinicamente relevantes, pois há a possibilidade de indicar alterações não perceptíveis no início da gravidez. Essa etapa é tão importante quanto a primeira, principalmente nos exames de HIV e VDRL.

A baixa taxa de registro, muitas vezes, mascara uma alteração e doenças graves prejudiciais à mãe e ao feto, principalmente, em relação ao parto. A ausência dos registros e as baixas porcentagens em alguns exames é desvantajosa também para os profissionais, que não serão atualizados acerca da história clínica da usuária.

É importância que os profissionais que realizam o acompanhamento da gestante durante o pré-natal registrem altura, peso e IMC pré-gravídico, atualizando essas informações a cada consulta para que possa ser realizada uma avaliação do estado nutricional e do ganho da gestante. No que se referem aos parâmetros citados anteriormente e ao peso final da gestação, observou-se um alto índice de registro.

Contudo, pôde-se observar um baixo índice referente ao ganho de peso de acordo com o IMC e avaliação deste índice na gestação, em que apenas 3,8% das entrevistadas tiveram os dados registrados. Em estudo realizado em São Paulo com 712 gestantes, observou-se associação significativa entre a classificação do IMC inicial da gestante e classificação do peso do recém-nascido (RN) e entre classificação do ganho de peso total da gestante e classificação do peso do RN, sendo que nas gestantes com peso excessivo observou-se maior prevalência de RN com peso adequado, em contrapartida, gestantes com ganho de peso insuficiente tiveram 2,15 vezes mais risco de RN com peso insuficiente e 2,85 vezes mais risco de RN com baixo peso.¹⁷

Esses dados são importantes para o acompanhamento do ganho de peso do feto e a saúde do binômio mãe-filho. A ausência de registros impossibilita o acompanhamento desses parâmetros, pois quando ocorrem alterações no IMC, para mais ou para menos, é necessário que condutas sejam adotadas, podendo-se evitar alterações nos níveis glicêmicos e pressóricos, bem como na saúde do feto.

Ainda em vista da prevenção de agravos, sabe-se que a imunização é fundamental na proteção de algumas doenças de caráter grave na gestação, protegendo a mulher e, passivamente, o feto.¹ Foi notório nesse estudo que as puérperas realizaram esse cuidado de forma positiva.

Observou-se uma boa porcentagem em relação ao registro da atualização do esquema vacinal, em que a maior parte das mulheres realizou essa atualização durante o acompanhamento do pré-natal e apenas duas entrevistadas não tinham registro sobre imunização. Essa alta taxa de adesão à imunização reduz possíveis riscos, além de evidenciar uma boa conduta por parte do profissional em incentivar a gestante a atualizar seu esquema vacinal e a sua importância. Uma pesquisa acerca da qualidade da assistência de pré-natal retratou uma variação de 50 a 89% de registros de informação sobre o esquema de vacinação, um resultado menor do que o demonstrado no presente estudo.¹⁸

A realização do exame clínico-obstétrico durante a consulta de pré-natal é importante para o acompanhamento do desenvolvimento e da saúde do conceito, além de uma prática recomendada pelo Ministério da Saúde. Os dados referentes aos registros de BCF durante as consultas de pré-natal apresentaram uma taxa elevada, entretanto, 46,2% não apresentaram registros da quantidade de BCF, negligenciando possíveis alterações nesse parâmetro, além de estar realizando uma prática incompleta.

Esses registros são essenciais para a avaliação do bebê e, na presença de alterações, o profissional deve encaminhar a gestante para um atendimento especializado. Os 13,9% não registrados, bem como os 46,2% que não foram anotadas as frequências dos batimentos, podem mascarar uma possível alteração e ocasionar complicações fetais. Porém, esses dados podem não ser fidedignos já que, na assistência, costuma-se verificar os batimentos a partir da décima sexta semana e, algumas vezes, os batimentos ainda não são audíveis pelo sonar, sendo verificados aproximadamente na vigésima semana.

Um estudo realizado em Fortaleza com 560 prontuários, obteve um índice semelhante ao presente estudo de satisfação referente a registro de BCF durante o acompanhamento (70,3% da adequação dos registros).¹⁵ No município de Rio de Janeiro, outro estudo apontou também uma alta taxa de registros, o mesmo revelou uma variação de 50 a 89% de registros de informação.¹⁸ Ambos evidenciam uma assistência ao pré-natal de qualidade devido aos elevados índices de preenchimento no que se refere aos BCF.

A aferição da pressão arterial também é uma atividade relevante de ser realizada para detectar alterações nos níveis pressóricos e evitar complicações durante a gravidez, tornando necessária a sua realização a cada consulta. Neste estudo, constatou-se um elevado número deste registro das puérperas em atendimento, variando em normotensa, oscilante e hipotensa, o que foi semelhante em outros estudos que abordaram taxas satisfatórias e um parâmetro como satisfatório, bom e excelente, em seus estudos realizados no Rio de Janeiro e em Fortaleza.^{8,14,18}

A finalidade da aferição dos sinais vitais é prevenir danos e detectar previamente acontecimentos que possam prejudicar a qualidade do cuidado, devendo ser realizada em todas as consultas.¹⁹ A ausência ou falhas em seu registro podem comprometer o cuidado prestado ao binômio mãe-filho e contribuir para o risco de comorbidades.

Apesar dos direitos das gestantes serem garantidos pelos programas do Ministério da Saúde, os registros de pré-natal no Brasil são ainda preocupantes, pois informações básicas que conferem grande influência para o desenvolvimento fetal e para a saúde da mulher não são registrados adequadamente. Entretanto, sabe-se que a subnotificação dos registros clínicos e obstétricos não significa que o procedimento não foi realizado. O registro é uma forma de garantir a continuidade do cuidado, pois serve de parâmetro para a evolução clínica e diagnóstica da assistência, além de ser fonte secundária para pesquisas, as quais fomentarão o conhecimento acerca daquela realidade,¹⁵ porém, os achados desse estudo e de outros que abordaram resultados semelhantes apontam fortemente para fragilidades na qualidade dos

registros realizados na assistência pré-natal no Brasil. Fato este que deve ser corrigido visto à importância do preenchimento completo dessas informações para um bom acompanhamento multiprofissional e caso necessário, intervenções precoces.

Considerações finais

Os resultados encontrados demonstram semelhança ao observado em outros estudos, com altos índices de falhas nos registros contidos na Caderneta da Gestante. Tal fato exerce influência no cuidado que o binômio mãe-filho deverá receber no parto e puerpério, requerendo mudanças urgentes na conduta dos profissionais responsáveis pelo pré-natal.

No âmbito dos exames laboratoriais, é necessário se investigar o tempo de espera para os resultados, fator que possivelmente compromete a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, e se encontra fora da competência dos profissionais que realizam a consulta pré-natal. Isto requer um diálogo com as esferas gestoras, no caso, a Secretaria Municipal de Saúde, responsável por firmar acordo com laboratórios que realizam a leitura dos exames. Desta forma, torna-se crucial conhecer a realidade vivida por estes profissionais, identificando estratégias que qualifiquem sua conduta a favor de um pré-natal de excelência, como preconiza o Ministério da Saúde do Brasil.

Este estudo tem por limitação o baixo número de participantes componentes da amostra. Apesar disso, notou-se uma constante nas falhas encontradas nos registros obtidos. O número reduzido de puérperas atenta também para o fato de estas permanecerem por pouco tempo na instituição, dificultando a coleta de dados.

Conforme sejam identificadas as demandas na APS, sugere-se a realização de capacitação desses profissionais e seu acompanhamento frequente por parte dos gestores em saúde do município. Também sugere-se a realização de novos estudos que avaliem a assistência pré-natal do município, abrangendo também Unidades Básicas de Saúde que se encontrem em grandes

centros urbanos, a fim de se verificar se a realidade encontrada é específica do contexto de cidades do interior do Estado.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
2. Alibekova R, Huang J-P, Chen Y-H. Adequate prenatal care reduces the risk of adverse pregnancy outcomes in women with history of infertility: a nationwide population-based study. PLoS One [Internet]. 2013 [acesso em 2016 mar 10];8(12):e84237. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24358347>
3. Silva EP, Lima RT, Costa MJC, Batista Filho M. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 08];33(5):356-62. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v33n5/a07v33n5.pdf
4. Barreto CN, Ressel LB, Santos CC, Wilhelm LA, Silva SC, Camila Alves CN. Atenção pré-natal na voz das gestantes. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 08];7(5):4354-63. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11674/13851>
5. Gennaro S, Melnyk BM, O'Connor C, Gibeau AM, Nadel E. Improving prenatal care for minority women. MCN Am J Matern Child Nurs [Internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 08]; 41(3):147-53. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4851587/pdf/nihms744751.pdf>
6. Santos TMMG, Abreu APSB, Campos TG. Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 05];11(Supl 7):2939-45. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/8458/19206>
7. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [acesso em 2016 maio 12];30(Suppl 1):85-100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016
8. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [acesso em 2016 maio 11];19(7):1999-2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000701999&script=sci_abstract&tlng=pt
9. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2013 [acesso

em 2016 maio 11];21(2):546-53. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0546.pdf

10. Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2013 [acesso em 2016 maio 12];13(1):29-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000100004

11. Marqui PA, Kuroyanagi FL, Foss MS, Dobre NR, Souza DN, Lima E. Principais fatores da baixa adesão ao uso do ácido fólico. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde [Internet]. 2014 [acesso em 2019 mar 05];16(2):141-8. Disponível em: <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/download/516/486>

12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Diretriz: suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013.

13. Costa CSC, Vila VSC, Rodrigues FM, Martins CA, Pinho LMO. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2013 [acesso em 2016 abr 10];15(2):516-22. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf

14. Nogueira CMCS, Justino JMR, Tavares MIPL, Morais FRR. Caracterização da estrutura e do processo de trabalho na assistência ao pré-natal. Cogitare Enferm [Internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 04];21(4):01-10. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45886>

15. Balsells MMD, Oliveira TMF, Bernardo EBR, Aquino PS, Damasceno AKC, Castro RCMB, et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. Acta Paul Enferm [Internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 04];31(3):247-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000300247&lng=en

16. Lansky S, Friche AA, Silva AA, Campos D, Bittencourt DA, Carvalho ML, et al. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [acesso em 2019 mar 04];39(1):192-207. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>

17. Fonseca MRCC, Laurenti R, Marin CR, Traldi MC. Ganho de peso gestacional e peso ao nascer do concepto: estudo transversal na região de Jundiaí, São Paulo, Brasil. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2014 [acesso em 2019 mar 04];19(5):1401-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01401.pdf>

18. Vettore MV, Dias M, Vettore MV, Leal MC. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2013 [acesso em 2016 maio 12];13(2):89-100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292013000200002&script=sci_abstract&lng=pt

19. Lima LFC, Davim RMB, Silva RAR, et al. Importância do exame físico da gestante na consulta do enfermeiro. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2014 [acesso em 2019 maio 26];8(6):1502-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9838/10039>

Autor correspondente

Lígia Laura de Sousa Castro

E-mail: ligialaura@live.com

Endereço: Rua Francisco Pompeu de Almeida, Centro, Barreira, Ceará

CEP: 62795-000

Contribuições de Autoria

1 – Lígia Laura de Sousa Castro

Aquisição, análise e interpretação de dados, redação e revisão crítica.

2 – Isabelly Gomes de Oliveira

Aquisição, análise e interpretação de dados, redação e revisão crítica.

3 – Raylla Araújo Bezerra

Interpretação dos dados e redação do manuscrito.

4 – Leilane Barbosa de Sousa

Revisão crítica e redação.

5 – Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos

Interpretação, revisão crítica e redação.

6 – Lydia Vieira Freitas dos Santos

Concepção e planejamento do projeto de pesquisa, orientação, interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Como citar este artigo

Castro LLS, Oliveira IG, Bezerra RA, Sousa LB, Anjos SJSB, Santos LVF. Assistência pré-natal segundo registros profissionais presentes na caderneta da gestante. Rev. Enferm. UFSM. 2020 [Acesso em: Anos Mês Dia]; vol.10, e16: 1-18. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769231236>