



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JÉSSICA LISANDRA FARIAS DA SILVA

**ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS
OBSTÉTRICOS A PARTIR DO CARTÃO DA GESTANTE**

CAMPINA GRANDE
2013

JÉSSICA LISANDRA FARIAS DA SILVA

**ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS
OBSTÉTRICOS A PARTIR DO CARTÃO DA GESTANTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Esp. Divanda Cruz Rocha

CAMPINA GRANDE
2013

S586a Silva, Jéssica Lisandra Farias da.

Análise dos procedimentos clínicos obstétricos a partir do cartão da gestante [manuscrito] / Jéssica Lisandra Farias da Silva. – 2013.

29 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Esp. Divanda Cruz Rocha, Departamento de Enfermagem”.

1. Atenção à saúde. 2. Pré-natal. 3. Saúde Pública.
I. Título.

21. ed. CDD 618.24

JÉSSICA LISANDRA FARIAS DA SILVA

ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OBSTÉTRICOS A PARTIR DO CARTÃO DA GESTANTE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Estadual
da Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de Bacharel e
Licenciado em Enfermagem.

Aprovado em: 06 de agosto de 2013



Prof.^a. Esp. Divanda Cruz Rocha/UEPB
Orientadora



Prof.^a. Me. Aleksandra Pereira Costa/FCM
Examinadora



Prof.^a. Me. Malueska Luacche Xavier Ferreira de Sousa/UEPB
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela sua infinita misericórdia e bondade e pela vida a mim concedida.

À professora Me. Aleksandra Pereira Costa pela caminhada e conhecimentos compartilhados e a professora Esp. Divanda Cruz Rocha pela acolhida e amizade.

Aos professores da graduação pelo conhecimento construído.

À minha amada família, a minha mãe Maria de Lourdes Farias da Silva, ao meu pai José Nilton Pedro da Silva, ao meu irmão José Nilton Pedro da Silva Júnior e a minha irmã Jayara Lorena Farias da Silva.

Aos meus colegas de curso pela amizade e momentos de alegria.

As mulheres que fizeram parte deste estudo.

SUMÁRIO

1 ARTIGO: Análise dos procedimentos clínicos obstétricos a partir do cartão da gestante.....06

APÊNDICES

ANEXOS

1 ARTIGO

Análise dos procedimentos clínicos obstétricos a partir do cartão da gestante

RESUMO: A qualidade da assistência ao pré-natal perpassa por diversas facetas, dentre as quais o início precoce do mesmo e os registros dos procedimentos clínicos obstétricos realizados configuram-se como sendo elementares a essa prática. Este estudo objetivou analisar a cobertura dos procedimentos clínicos obstétricos, realizados no pré-natal, bem como comparar os procedimentos clínicos obstétricos realizados nos pré-natais iniciados no primeiro trimestre e após esse período; evidenciar a média de idade das gestantes que realizam a primeira consulta ainda no primeiro trimestre; identificar a idade gestacional em que o pré-natal foi iniciado. Consiste em uma pesquisa documental, com abordagem quantitativa, realizada entre os meses de maio e junho de 2012, no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA). Foram analisados 352 cartões de gestantes e puérperas, porém 349 foram estudados, com a utilização do formulário de captação de dados, contendo as seguintes variáveis: a idade da gestante, idade gestacional, medida da altura uterina, peso, aferição da pressão arterial, batimentos cardíaco-fetais e apresentação fetal. Os resultados apontam que o grupo de mulheres mais jovens, com idade média de 22,37 anos (DP= 6,82), procuraram mais tardiamente os serviços de saúde direcionados ao pré-natal. Os procedimentos clínicos obstétricos também foram comparados entre os grupos apresentados, onde dos 349 cartões de gestantes estudados, verificou-se significativa discrepância referente ao número de registros de tais procedimentos. Portanto, é possível concluir que mulheres mais jovens buscam assistência ao pré-natal quando já encontram-se em idade gestacional avançada, comprometendo a qualidade da assistência recebida, quando assim comparadas a mulheres com idade mais elevada.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde. Cuidado pré-natal. Qualidade da assistência à saúde. Sub-registro.

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde realizada no pré-natal compreende um dos pilares na prestação de saúde eficiente na atenção primária. O pré-natal visa preservar a saúde e o bem estar da gestante e do feto, bem como permite, quando realizado de forma satisfatória a profilaxia e/ou diagnóstico precoce de possíveis alterações que prejudiquem o desfecho esperado para o parto e puerpério seguros (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

Para Bonfim, Lopes e Peretto (2010) o pré-natal é um importante meio de diálogo, entre profissionais de saúde e a mulher, bem como um instrumento que possibilita o estudo de meios de enfrentamento de diversas problemáticas relacionadas à mesma. Pois, observa-se que durante o período gestacional e puerpério é quando a mulher está mais presente no âmbito institucional de saúde, favorecendo maior contato com os profissionais, possibilitando dessa forma a detecção de possíveis situações de risco.

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 denota a incompreensão dos profissionais que deveriam realizá-los da importância desse embasamento para a prática profissional segura, além da credibilidade credenciada ao serviço prestado (BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012).

De acordo com os autores supracitados, o registro por meio dos profissionais de saúde referente a diversos fatores no pré-natal, ainda é bastante deficitária e negligente, pois o tecnicismo e o despreparo quanto ao atendimento da importância dos registros e notificações, geram invisibilidade de múltiplos agravantes para o binômio mãe e filho.

As informações colhidas e procedimentos que devem ser realizados e registrados no cartão da gestante e prontuário são, quanto à anamnese: abordar os aspectos epidemiológicos e a história clínica da gestante, especialmente relacionados aos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos, obstétricos e da atual gravidez, além de ouvir suas dúvidas e anseios, deve-se registrar também a data da primeira consulta, fazer a requisição de exames laboratoriais, a exemplo da glicemia de jejum, sumário de urina, VDRL, teste anti-HIV, sorologia para hepatite B e toxoplasmose, verificação da tipagem sanguínea ABO-Rh e hemoglobina/hematócrito Hb/Ht; além dessas informações deve-se registrar vacinas e estado nutricional da gestante; quanto ao exame físico: recomenda-se verificar a pressão arterial, presença de edemas, medição da altura uterina, batimentos cardíaco-fetais, observação das mamas, cálculo da idade gestacional, peso da gestante e apresentação fetal (BRASIL, 2005).

Destarte, no ano de 2000 foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria GM/nº569 de 1/6/2000. O referido programa instituiu o número de consultas a serem realizadas no pré-natal, estas devem totalizar seis até o momento do parto, bem como a idade gestacional de ingresso, em que preconiza-se que a primeira consulta deva ocorrer até o quarto mês de gestação e os exames laboratoriais e ações de educação em saúde a serem desenvolvidas nesse período (BRASIL, 2002; ANVERSA et al., 2012).

As prioridades do PHPN foram marcadas pela concentração dos esforços em diminuir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, além de dispor de medidas que melhorem o acesso, a cobertura e a qualidade do pré-natal ofertado, da assistência ao parto, puerpério e neonatal, bem como estender as ações já incorporadas na atenção às gestantes e o neonato (BRASIL, 2002).

Atualmente verifica-se que a avaliação da qualidade do pré-natal é feita através da contabilização do número de consultas e a idade gestacional no ingresso ao serviço de saúde,

no entanto estudos apontam importantes falhas que comprometem a qualidade do pré-natal, Anversa et al. (2012) e Moimaz et al. (2010) mostram dentre outros pontos que, o baixo percentual de gestantes que realizam os exames preconizados pela PHPN, a demora no retorno desses exames, bem como a desvalorização dos registros durante as consultas pelos profissionais, a má qualidade e a má conservação dos prontuários das gestantes, a ausência de informações sobre a saúde da mesma, e de dados importantes como a data provável do parto e idade gestacional incorretos, colaboram para as subnotificações e presença de informações errôneas.

Apesar dos diversos estudos que abordam a adequação da assistência pré-natal, dos fatores que estão implicados nesse processo e da relevância dos registros no cartão da gestante e prontuário, poucos tratam da relação entre os prejuízos do ingresso tardio ao pré-natal, com a ausência de dados importantes referentes à gestação no cartão da gestante.

Desse modo o presente estudo tem por objetivo geral: Analisar a cobertura dos procedimentos clínicos obstétricos, realizados no pré-natal; objetivos específicos: Comparar os procedimentos clínicos obstétricos realizados nos pré-natais iniciados no primeiro trimestre e após esse período; Evidenciar a média de idade das gestantes que realizam a primeira consulta ainda no primeiro trimestre; Identificar a idade gestacional em que o pré-natal foi iniciado.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

Atenção ao pré-natal

A assistência à saúde no Brasil até meados do século XIX dava-se de forma liberal e sem qualquer interferência por parte do Estado, seguindo esse modelo assistencial, a gestação e suas etapas configuravam com sendo apenas mais uma fase na manutenção da espécie, desprovida quase que totalmente de ação profissional que assegurassem o bem-estar materno-infantil (FORTE et al., 2004).

Assim, o Estado passa a interferir na expansão médica no Brasil somente a partir do século XIX, porém o pré-natal começa a ter contornos no início do século XX, chegando ao Brasil entre as décadas de vinte e trinta, tendo como foco a diminuição da morbimortalidade materna e posteriormente envolvendo a saúde fetal, referente ao processo do pré-natal, parto e puerpério. Ações mais contundentes no Brasil surgem com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, que nasce com o objetivo de unir o pré-natal, parto

e puerpério como partes integrantes de um único processo, garantindo a melhoria do acesso, da cobertura e acompanhamento dessas etapas da maternidade (BRASIL, 2002; COSTA e SOUSA, 2002; FORTE et al., 2004).

O Pré-Natal é o ato de acolher a mulher desde o início da sua gravidez, assegurando a saúde e o bem-estar de mãe e filho, bem como um parto e puerpério seguros, tal objetivo é alcançado a partir de ações clínicas que atendam às necessidades de cada mulher e de ações educativas, a fim de esclarecer, trazer conforto e segurança a mesma (BRASIL, 2005).

Para Piccinini et al. (2012), o pré-natal é um importante momento em que se deve oferecer além de procedimentos clínicos, apoio emocional e social à mulher, pois é no período da gestação que inicia-se o vínculo mãe-bebê, uma vez que, embora essa ligação ocorra de maneira intrínseca na mulher, fatores externos seguramente o influenciam, haja vista que a mulher gestante necessita desenvolver e manter alicerces que a ajudem a atingir o objetivo da maternidade.

É importante ressaltar, que o período da gestação é primordial para dá todo o suporte necessário para gestante e seus familiares, através de cuidados clínicos e emocionais, sob essa conjuntura o pré-natal torna-se uma prática indispensável, pois é no decorrer do mesmo que a equipe profissional deve assegurar a compreensão e adaptação da gestante e da sua rede de apoio, no que se refere às mudanças vivenciadas por esses, durante e após o período gestacional (BARBIERE et al., 2012).

O pré-natal além de garantir o êxito da gestação por uso de ações clínicas, deve contar com aspectos que assegurem a assistência integral, isto é, observar a mulher sob a ótica antropológica, social e econômica para que as ações desenvolvidas junto a essa mulher tenham os resultados esperados. Diante do exposto observa-se que o enfermeiro possui posição privilegiada, pois devido a sua proximidade com a paciente, o mesmo torna-se um importante elo de ligação entre a mulher gestante e a instituição de saúde (DUARTE, 2012).

A consulta do pré-natal de enfermagem, por sua vez, estrutura-se baseada nas normas instituídas pelo Ministério da Saúde, que propõe oferecer serviços especializados que assegurem a manutenção da saúde materno-fetal, cuja consulta deve abordar tanto aspectos clínicos, obtidos através da anamnese e exames, bem como aspectos educacionais e de observação, pois essa relação proximal existente entre profissional e paciente possibilita identificar ações que atendam não somente as necessidades biológicas de mãe-bebê, como também social e emocional (DUARTE, 2012; MARQUES et al., 2012).

Humanização e a relevância dos registros no pré-natal

A atenção obstétrica despendida à mulher deve ter como base a qualidade do atendimento, bem como sua humanização, a fim de que essa prática possa ser resolutiva e eficiente. Com isso, é necessário que os profissionais de saúde e os serviços ofertados acolham com dignidade a mulher e seu filho, tendo-os como sujeitos dotados de direito, bem como protagonistas das ações e não meros agentes passivos de atendimento (BRASIL, 2005).

Entende-se, portanto, que humanizar o atendimento a saúde é primordial para que a mulher sintam-se segura e bem assistida pelo serviço de saúde, ao qual está sendo submetida (PICININI et al., 2012).

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. (BRASIL, 2004, p. 6).

A Política Nacional de Humanização (PNH) aborda diversas diretrizes de como implantar e fazer presente a humanização em diferentes setores e serviços de saúde. Dentre as diretrizes elencadas para a atenção básica, têm-se a necessidade de articular os profissionais envolvidos no atendimento à saúde, de forma a organizar suas ações, a fim de garantir maior eficácia no atendimento (BRASIL, 2004).

Diante desse contexto, temos que a humanização do atendimento deve ser visto além do ato de acolher e ver o sujeito de forma holística, pois humanizar o atendimento interpassa pelos fatores da eficácia, em que há a necessidade da intercomunicação entre os setores e os profissionais, com isso têm-se a necessidade, bem como é direito do usuário ter registrado corretamente todos os dados referentes a ele, garantindo fidedignidade e qualidade do atendimento (BRASIL, 2004; BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012).

Administrar e articular os serviços de saúde de forma consciente e inteligente está intimamente ligado com a obtenção de resultados eficazes na promoção da saúde direcionada à população, o que reflete diretamente na qualidade dos serviços oferecidos. Para administrar de forma a trazer resultados satisfatórios e auxiliar no delineamento de ações a serem desenvolvidas, é essencial o controle apropriado dos pacientes atendidos (MOIMAZ et al., 2010).

Avaliar, portanto, os sistemas de saúde é um importante meio para subsidiar o planejamento de ações desenvolvidas por gestores e profissionais nos serviços de saúde, cuja

ferramenta mais expressiva para essa avaliação é a informação, que deve ser condizente com a realidade do serviço, que por sua vez é coletada através do registro de informações pertinentes, das consultas e atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde. (MOIMAZ et al., 2010; ANVERSA et al., 2012).

A importância de registrar todos os dados referentes ao paciente sejam eles de aspecto biológico e social/emocional, em especial a mulher gestante, é que além de oferecer atendimento qualificado e humanizado, é possível inserir melhorias em quesitos pré-existentes, como também dispender maior atenção a fatores muitas vezes despercebidos, além de corrigir falhas no sistema de saúde. (BONFIM; LOPES; PERETTO, 2010; MOIMAZ et al., 2010).

Dessa forma, registrar os procedimentos realizados nas consultas de pré-natal no cartão da gestante e em seu prontuário, é um fator que qualifica a consulta realizada pelo profissional e conseqüentemente do serviço em que ele está inserido, haja vista que a qualidade da informação é inteiramente proporcional à qualidade da assistência. (BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012)

A rede cegonha e o programa de humanização no pré-natal e nascimento

A rede cegonha foi instituída pela portaria de nº 1.459, de 24 de junho de 2011, cuja rede é uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde, em que se baseia nos princípios da humanização na assistência direcionada a mulher, ao recém-nascido e a criança. Essa estratégia tem por objetivos obter um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e saúde da criança, desenvolver uma assistência que garanta o acesso a um pré-natal resolutivo, bem como visa diminuir a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011; BRASIL, 201?).

O PHPN foi criado pelo Ministério da Saúde por meio da portaria/GM n.º 569 de 01/06/2000, em que baseou-se na necessidade da criação de uma assistência apropriada à gestante, ao recém-nascido e ao período puerperal. O PHPN tem como foco, alinhar medidas que visem diminuir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, garantir o acesso, a cobertura e a qualidade do pré-natal, parto, puerpério e neonatal, bem como expandir medidas anteriormente incorporadas pelo Ministério da Saúde, e ampliar a capacitação dos profissionais de saúde em contato com esse processo e melhorar as unidades hospitalares destinadas a esse fim (BRASIL, 2002).

O acompanhamento das gestantes atendidas pela PHPN é feito através de um dispositivo elaborado especialmente para essa finalidade, esse dispositivo é o Sistema de

Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SIS Pré-Natal), que encontra-se disposto ao livre acesso da população pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que configura-se como sendo uma importante ferramenta para a realização de estudos que buscam aprimorar os serviços de saúde e suas interfaces (BRASIL, 201?; MOIMAZ et al., 2010).

O SIS Pré-Natal é um instrumento que visa monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal e puerpério oferecida pelo serviço de saúde a cada gestante e recém-nascido, permite também identificar fatores que indicam gravidez de risco, esse instrumento é alimentado mensalmente, por meio dos registros feitos pelos profissionais de saúde que atendem a gestante. É através desse instrumento que repasses financeiros são feitos e ações são planejadas para atender cada município, por meio desse, que registrar com fidedignidade todos os procedimentos realizados no pré-natal se faz tão primordial (BRASIL, 201?; MOIMAZ et al., 2010)

Entende-se, portanto, que o PHPN está alicerçado na humanização da assistência obstétrica e neonatal, primando em garantir melhoramentos no acesso, na cobertura e na qualidade dos serviços propostos para o pré-natal e puerpério seguros para mãe e filho, atentando para os aspectos da cidadania (BRASIL, 2002).

Para Andreucci e Cecatti (2011) o PHPN revelou-se como sendo uma proposta de máxima importância para a saúde pública no Brasil, ao propor ações básicas a serem desenvolvidas durante e após a gestação. Nesse contexto o SISPRENATAL também se revelou como uma importante ferramenta para a gestão do serviço, uma vez que permite acompanhar a adesão ao programa e o cumprimento dos objetivos traçados.

Para Domingues et al. (2012) o fato de adicionar o critério PHPN para avaliar a qualidade da assistência no pré-natal configura-se um avanço nesse ato de avaliar, haja vista que o referido programa preconiza a existência de outros fatores além do número de consultas a serem realizadas. Segundo o estudo efetivado pelos referidos autores na cidade do Rio de Janeiro, a adequação da assistência pré-natal ainda necessita de melhoramentos, diversos são os pontos abordados, no entanto, destaca-se a falta de registro como sendo um importante fator da inadequação do cuidado pré-natal.

Segundo o estudo de revisão sistemática realizado por Andreucci e Cecatti (2011) os dados presentes no SISPRENATAL que é o banco de informação do PHPN, aparentemente apresentam falhas no tocante ao registro dos procedimentos recomendados pelo programa, quando esses dados são assim comparados a diversas outras fontes de informação, revelando dessa forma possíveis subnotificações e a não veracidade do acompanhamento das gestantes.

O estudo de Chrestani et al. (2008) realizado nos municípios mais pobres da região Norte e Nordeste, em que essa escolha foi embasada segundo dados da UNICEF e Pastoral da Criança, mostrou que houve melhorias quantitativas e qualitativas no pré-natal realizado, no entanto, esse novo patamar ainda encontra-se muito inferior e com importantes metas ainda a serem alcançadas quando comparado a outras regiões do país.

O PHPN, dessa forma, apesar de está de acordo com ações recomendadas pela OMS para atenção pré-natal e ter sido criada há mais de uma década, ainda mostra-se pouco presente, de modo efetivo, no território nacional. Inicialmente houve grande aderência e apoio municipal ao programa, porém ainda é significativo o baixo alcance do montante de metas recomendadas pelo programa (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Entre os objetivos do PHPN está o fato de captar precocemente as gestantes, a fim de garantir às mesmas a realização adequada dos exames e condutas propostas. Faz parte desses objetivos a realização de anamnese da gestante e o cumprimento de procedimentos clínicos e exames laboratoriais, bem como o devido registro desses procedimentos e dados no prontuário e cartão da gestante respectivamente (BRASIL, 2002; 2005).

Procedimentos clínicos obstétricos

Os procedimentos clínicos que devem ser realizados na gestante englobam tanto a anamnese, como a realização do exame físico, esses procedimentos que devem ser realizados, são: determinação do peso e da altura, a fim de determinar o índice de massa corporal (IMC); medição da pressão arterial; inspeção da pele e das mucosas; palpação da tireóide e região axilar; ausculta cardiopulmonar; pesquisa de edemas; exame clínico das mamas, priorizando a amamentação; palpação obstétrica; medição da altura uterina; ausculta dos batimentos cardíaco-fetais; exames da genitália, quando necessário; exame especular e toque vaginal; avaliação dos movimentos fetais percebidos pela mulher e durante a palpação obstétrica e avaliar os exames laboratoriais requisitados (BRASIL, 2005).

Para Chrestani et al. (2008), dar início ao pré-natal ainda no primeiro trimestre permite entre outros pontos, que os procedimentos clínicos preconizados pelo PHPN possam ser efetivados de forma mais eficiente, cumprindo assim o seu intuito de detectar precocemente gravidez de risco, bem como permite intervenções rápidas e eficazes em situações de risco para mãe e filho.

Contudo, a realização de exames no pré-natal deve ser ponderada, haja vista 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 dessa forma priorizar procedimentos mais simples e que possuem eficácia comprovada para promover a saúde materno-infantil (GONÇALVES et al., 2009).

Procedimentos que requerem maior destreza dos enfermeiros e médicos, como o exame das mamas e o exame ginecológico, além de orientações a cerca da amamentação estão em acentuado declínio, e em contra partida a essa realidade está o aumento significativo de tecnologias, a exemplo da ultrassonografia, que não possui clara efetividade na prevenção de situações de risco para a saúde materno-infantil (CHRESTANI et al., 2008).

Gonçalves et al. (2009) também reforça essa ideia, ao afirmar que o uso dessas tecnologias como a ultrassonografia, mesmo sem ter sua eficácia comprovada é bastante utilizado no pré-natal, enquanto que o exame clínico das mamas e o exame colpocitológico do colo uterino são claramente menos presente, exames esses que são estipulados pelo Ministério da Saúde, como sendo essenciais para a qualidade e sucesso do pré-natal, haja vista que os referidos exames possuem comprovada eficiência em detectar possíveis alterações que comprometam a saúde de mãe e filho.

Diante do exposto têm-se, portanto, a necessidade de promover a sensibilização dos 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 estimular 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).

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

A presente pesquisa caracteriza-se como uma análise retrospectiva documental, com abordagem quantitativa dos dados. Segundo Silva e Menezes (2001) a pesquisa quantitativa caracteriza-se por considerar a quantificação de informações, para dessa forma serem classificadas e analisadas por meio de recursos e técnicas estatísticas. Para Gil (2002) a pesquisa documental é aquela que utiliza materiais que ainda não receberam tratamento analítico, entrando nesse grupo documentos que encontram-se em arquivos de órgãos públicos.

Cenário e tempo da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um Hospital “Amigo da Criança”, o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), uma maternidade referência para o município de Campina Grande-PB e regiões circunvizinhas, distante 130 km da capital do Estado, João Pessoa, durante os meses de maio e junho de 2012.

Segundo o IBGE (2009) Campina Grande conta com 231 estabelecimentos que prestam serviços de saúde, 77 dos mesmos são estabelecimentos públicos, do universo de 231 estabelecimentos supracitados, 04 prestam atendimento de emergência obstetrícia, sendo a maternidade Instituto Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) a maternidade pública de referência do município.

O ISEA oferece ainda partos de baixo e alto risco, pré-natal, atendimentos psicológicos, de fisioterapia e serviço social, UTI Neonatal, imunização, banco de leite humano, pediatria para nascidos na maternidade, tratamento odontológico para pacientes do pré-natal, planejamento familiar, e exames de ultrassonografia, raios x e laboratoriais.

Universo da pesquisa

A amostra da pesquisa foi selecionada através da análise dos cartões das gestantes, de puérperas que estavam internadas no alojamento conjunto da referida maternidade no período da coleta.

A população do estudo foi formada por 3801 cartões, relativos ao pré-natal de baixo risco, de todas as gestantes que foram inscritas no SISPRENATAL, ano de 2011, no município de Campina Grande-PB.

O tamanho amostral foi obtido, levando-se em consideração:

- a) Margem de erro de 5% ou 0,05;
- b) Confiabilidade de 95,0% = 1,96, na tabela normal;
- c) Tamanho populacional igual a 3.801 gestantes.

A forma de cálculo utilizada para o tamanho amostral, para cada item, foi:

$$n_0 = \frac{z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}^2}{\epsilon^2} \quad n_0 = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2} \cong 385$$

Onde:

n = tamanho amostral;

N = tamanho da população

z = valor da curva normal relativa á confiabilidade (1,96);

e = erro de 5,0% (0,05);

Verificação e fator de correção para amostras finitas.

A verificação é dada pela notação $\frac{n_0}{N} \leq 0,05$.

Verificação:

$$\frac{385}{100} = 3,85, \text{ como } 3,85 > 0,05 \text{ usa-se o fator de correção } n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Logo,

$$n = \frac{385}{1 + \frac{385}{3801}} \equiv 350$$

Ou seja, o tamanho mínimo da amostra necessária para validar a pesquisa, diante da população pesquisada, é de aproximadamente 350 cartões de gestantes. Vale ressaltar que a totalidade do universo intencional foi de 349 cartões

Critérios de inclusão e exclusão

Descreveremos, a seguir os pré-requisitos tomados como método de seleção para inclusão dos cartões da pesquisa na amostra.

Critérios de inclusão

- a) Cartões de Gestantes de puérperas que realizaram todo o pré-natal no município de Campina Grande-PB;
- b) Cartões de Gestantes de puérperas com parto a termo.

Crêterios de Exclusão

- a) Cartões de gestantes que apresentem dados ilegíveis;
- b) Cartões de gestantes que não tenham realizado todas as consultas de pré-natal em Campina Grande-PB.

Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados nos cartão das gestantes, através de um instrumento padronizado, o Formulário de Capta o de Dados, (APÊNDICE A), contendo as seguintes variáveis:

- a) Idade da gestante
- b) Idade gestacional
- c) Medida da altura uterina
- d) Peso
- e) Aferi o da Pressão arterial
- f) Batimentos C rdio-fetais
- g) Apresenta o fetal

Procedimento de coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio da consulta ao Cartão da Gestante, que estavam na posse das puérperas. Tendo em vista o tempo de permanência das puérperas após o parto ser de aproximadamente 48 horas, a coleta dos dados foi realizada em dias alternados, em horário aprazado com as enfermeiras do alojamento conjunto da referida maternidade.

No dia da coleta de dados, a pesquisadora selecionou os Cartões de Gestantes das puérperas que atendiam aos cr terios de inclusão. Mesmo sem realizar entrevista, a pesquisadora informou às puérperas sobre os objetivos da pesquisa.

Processamento e análise dos dados

Os dados da pesquisa foram registrados na forma de banco de dados do programa de informática SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para *Windows*®, versão 15.0, e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial bivariada. Para os procedimentos descritivos, foram apresentados as medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio-padrão).

Os procedimentos de inferência estatística, por sua vez, foram realizados por meio dos testes t de *Student*, Qui-Quadrado (χ^2) e cálculo do coeficiente V de Cramer. O teste t identifica diferenças entre grupos, enquanto o χ^2 permite estimar se há associação entre variáveis; o V de Cramer identifica a força desta associação. Para a escolha destes testes, foi observada a distribuição dos dados e considerado o efetivo amostral.

Posicionamento ético

Em conformidade com a Resolução 196/96, o acesso ao local de pesquisa foi feito mediante a autorização prévia da direção, por meio de um termo assinado pela mesma (ANEXO A).

Após a aprovação do projeto de pesquisa pela CAAE – 02244912.9.0000.5175 e pelo CEP do CESED (Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento), (ANEXO B), o estudo foi desenvolvido levando-se em consideração os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Por ser uma pesquisa documental, nos Cartões da Gestante de puérperas que estavam no alojamento conjunto da referida maternidade, foi utilizado o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (APÊNDICE B). Os registros dos dados nos cartões foram tratados com privacidade e confidencialidade, preservando integralmente o anonimato das usuárias.

Para demonstrar o comprometimento da pesquisadora, foi apresentado o Termo Compromisso do Pesquisador, onde se incubem da responsabilidade da pesquisa (APÊNDICE C).

RESULTADOS

Conforme a distribuição da amostra avaliou-se a idade das gestantes e a idade gestacional em que as mesmas ingressavam no serviço de saúde, e os procedimentos clínicos

obstétricos realizados nas gestantes que foram ($p < 0,001$), com exceção do registro da apresentação fetal ($p = 0,03$).

Do universo estudado observou-se que a idade média da gestante que iniciou o pré-natal no primeiro trimestre foi maior do que a idade daquela que não o iniciou no referido período, com média de $M=25,38$ anos ($DP= 7,16$) e $M=22,37$ ($DP= 6,82$) anos, respectivamente.

Nesse estudo foi possível observar que o grupo de mulheres mais jovens, com idade média de $22,37$ anos ($DP= 6,82$), procuraram mais tardiamente os serviços de saúde direcionados ao pré-natal, chegando ao mesmo com idade média gestacional de $20,45$ semanas ($DP=5,50$), isto é, quando já estavam na metade do segundo trimestre de gestação. O grupo de mulheres com idade média mais elevada, com $25,38$ anos ($DP=7,16$), procurou precocemente dá início ao seu pré-natal, com idade média gestacional de $9,85$ semanas ($DP=2,40$).

Os procedimentos clínicos obstétricos também foram comparados entre os grupos apresentados, onde dos 349 cartões de gestantes estudados, verificou-se significativa discrepância referente ao número de registros de tais procedimentos.

Foi observado, que a gestante que iniciou seu pré-natal no primeiro trimestre de gestação, teve em média dois registros a mais em seu cartão de gestante de procedimentos obstétricos realizados, quando assim comparado com aquelas gestantes que deram início ao seu pré-natal após o primeiro trimestre, assim ilustrados na tabela 2.

Na tabela 2 é possível observar os números de registros referentes a seis variáveis. Quanto à altura uterina, podemos observar diferenças importantes entre os grupos apresentados, em que o grupo de gestante que iniciou o pré-natal ainda no primeiro trimestre teve média de registro para essa variável de $5,34$ ($DP= 1,77$), enquanto que o grupo que não iniciou o pré-natal nesse período teve média de $4,01$ ($DP= 1,89$). Referente à idade gestacional, observamos também uma expressiva diferença do registro para esse cálculo, uma vez que o grupo que deu início ao pré-natal no primeiro trimestre teve média de $6,79$ ($DP= 1,61$), enquanto que o grupo que iniciou tardiamente o pré-natal teve média de registro de $4,62$ ($DP=1,89$). O peso também apresentou relativa diferença entre os dados, em que o grupo de gestante que iniciou o pré-natal precocemente teve média de registro para essa informação de $6,80$ ($DP=1,68$), enquanto que o grupo que não o iniciou precocemente teve média de $4,57$ ($DP=1,79$).

Para a pressão arterial também observamos expressiva diferença entre as médias analisadas, em que o grupo que iniciou o pré-natal no primeiro trimestre teve média para esse

ponto de 6,89 (DP=1,70), enquanto que o grupo que iniciou tardiamente o pré-natal teve média de 4,60 (DP=1,84). Os batimentos cardíaco-fetais também obtiveram significativa diferença entre os dados, cujas médias do grupo que deu início precocemente ao pré-natal e o grupo que o iniciou tardiamente, foi respectivamente de 5,15 (DP=1,76) e 3,79 (DP=1,81). Quanto a apresentação fetal a média dos grupos não mostrou-se tão expressiva quanto aos dados supracitados, uma vez que o grupo de gestante que iniciou o pré-natal no primeiro trimestre teve média de 1,76 (DP=2,04) e o grupo que iniciou tardiamente o pré-natal apresentou média de 1,31 (DP=1,77).

Tabela 1 - Distribuição da amostra da idade da gestante e gestacional em função de ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre

Variáveis	Iniciou 1 ^o T		Não iniciou 1 ^o T		Val. inferenciais	
	M	DP	M	DP	T	P
Idade da gestante	25,38	7,16	22,37	6,82	3,78	<0,001
Idade gestacional	9,85	2,40	20,45	5,50	20,03	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa: ISEA, 2012

Tabela 2 - Avaliação dos procedimentos clínicos obstétricos em função de ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre

Variáveis	Iniciou 1 ^o T		Não iniciou 1 ^o T		Val. inferenciais	
	M	DP	M	DP	t	P
Nº registros de altura uterina	5,34	1,77	4,01	1,89	6,51	<0,001
Nº registros idade gestacional	6,79	1,61	4,62	1,89	10,73	<0,001
Nº registros de peso	6,80	1,68	4,57	1,79	11,49	<0,001
Nº registros pressão arterial	6,89	1,70	4,60	1,84	11,63	<0,001
Nº reg. batimentos cardíaco-fetais	5,15	1,76	3,79	1,81	6,79	<0,001
Nº reg. apresentação fetal	1,76	2,04	1,31	1,77	2,14	0,03

Fonte: Dados da pesquisa: ISEA, 2012

DISCUSSÃO

Neste estudo, o início do pré-natal tardio mostrou-se similar ao observado por diversos outros autores. Para Santos et al. (2009) esses dados são esperados, uma vez que mulheres muito jovens, ou seja, que recém saíram da adolescência possuem maiores chances de terem o pré-natal deficiente em ações e registros.

A adolescência é um período do desenvolvimento humano ainda bastante controverso, uma vez que diversas entidades atribuem idades variadas para delimitar a adolescência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a adolescência é o período que compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos, a Organização das Nações Unidas (ONU) considera adolescência o período dos 15 aos 24 anos, no âmbito nacional, o Estado brasileiro segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera a adolescência o período dos 12 aos 18 anos, no entanto, em casos excepcionais esse limite de idade pode se estender até os 21 anos, frisa-se que para o Ministério da Saúde do Brasil a faixa etária de grande interesse de políticas públicas de saúde compreende dos 10 aos 24 anos. Mediante o exposto, o termo adolescente e adulto jovem é considerado cada vez mais pertinente para indivíduos até os 24 anos de idade (EISENSTEIN, 2005).

O presente estudo aponta, assim como o realizado por Caminha et al. (2012), que gestantes jovens tendem a procurar tardiamente dá início ao pré-natal. Os autores anteriormente citados mostram que (64,3%) das gestantes jovens, realizam a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação, esse índice é considerado baixo, pois segundo os autores esse resultado impede o acompanhamento adequado do pré-natal, bem como dificulta a tomada de importantes ações em tempo hábil.

Para Sass et al. (2011) a busca tardia pelo atendimento à saúde, a fim de dá início ao pré-natal é um fator bastante presente entre as adolescentes e mulheres jovens, uma vez que o ingresso com idade gestacional avançada e a falha de adesão das mesmas ao decorrer do pré-natal são bem evidentes, quando comparadas a mulheres com idade mais elevada

Quanto ao número de consultas, Costa et al. (2010) revela que a quantidade de consultas realizadas durante o pré-natal pode muitas vezes ser o reflexo do período de início desse, em que a qualidade e adesão ao pré-natal estão diretamente relacionadas com a iniciação precoce do mesmo, o que irá contribuir decisivamente para alcançar o número de consultas esperado.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde através do PHPN preconiza que a primeira consulta de pré-natal aconteça até o quarto mês de gestação, pois iniciando o pré-natal até esse período proporciona tanto para a mulher como para o serviço de saúde que a acolhe o tempo necessário para a realização de todas as condutas pertinentes para assegurar uma gestação segura e saudável, bem como o parto e puerpério seguros (BRASIL, 2002).

O estudo realizado por Gravena et al. (2013) também mostra que jovens gestantes tendem a realizar menos de quatro consultas de pré-natal do que gestantes com idade mais avançada, onde diversos são os fatores que implicam essa realidade, a exemplo do nível de instrução dessas mulheres, condição social, a presença do parceiro, maturidade psicológica dessas gestantes entre outros pontos, o referido estudo também aponta o esquecimento como

sendo o principal motivo para o não início precoce do pré-natal, bem como maior irregularidade no comparecimento as consultas

Segundo Chrestani et al. (2008) e Anversa et al. (2012), assim como este estudo, observa que o início tardio do pré-natal gera entre outros pontos negativos, a menor quantidade de registros no cartão da gestante e em seu prontuário, cujos dados configuram-se essenciais para a descoberta precoce de situações que ponham em risco a saúde materno-fetal.

Outro fator preocupante, revelado pelo presente estudo, é que a maioria das gestantes que realizaram o pré-natal não obtiveram registros de todos os procedimentos clínicos obstétricos durante o pré-natal.

Na análise dos dados, presentes na tabela 2, referentes aos procedimentos clínicos obstétricos, é possível observar que importantes registros para uma boa assistência de pré-natal apresentam expressiva diferença entre os grupos de gestantes, em que o número de registro da idade gestacional, peso da gestante e pressão arterial foram os dados que mais apresentaram diferença entre os grupos, uma vez que o grupo de gestante que iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, possui mais registros para essas variáveis, em relação ao grupo que não o iniciou nesse período.

Para Paiva e Freire (2012) a medição da altura uterina configura-se como sendo uma importante ferramenta no auxílio ao pré-natal de qualidade, pois esse dado além de simples e de baixo custo, proporciona com eficácia observar o desenvolvimento intrauterino, bem como suas alterações, isto é, retardo em seu crescimento, gestações múltiplas, alterações no volume do líquido amniótico, mola hidatiforme e possíveis erros no cálculo da idade gestacional a partir da data da última menstruação.

O estudo realizado por Barreto e Albuquerque (2012) considerou como sendo adequado o pré-natal que se iniciou até o quarto mês de gestação e com no mínimo seis consultas realizadas, o referido estudo mostra que 85,1% dos cartões de gestante por eles estudados, apresentaram média de registro para altura uterina considerada adequada, ou seja, que foi verificado em todas as consultas.

O estudo de Coutinho et al. (2010) considera o pré-natal adequado, quando esse possui cinco ou mais registro da altura uterina, o referido estudo apontou que 81,3% dos cartões de gestantes estudados apresentaram-se adequados. O presente estudo encontra-se, portanto, com média semelhante ao observado pelos autores anteriormente citados.

Para Domingues et al. (2012) calcular corretamente a idade gestacional durante o pré-natal, é uma importante prática que auxilia o acompanhamento do crescimento fetal e

consequentemente o bem-estar do feto, uma vez que esse dado apresenta a possibilidade de identificar alterações do seu desenvolvimento saudável.

O estudo realizado por Anversa et al. (2012) considera como sendo adequada a assistência ao pré-natal que possui cinco ou mais registros relacionados a idade gestacional, o referido estudo realizado em Santa Maria - RS mostra que 67% dos cartões de gestante por eles estudados foram considerados adequados. Para Domingues et al. (2012), 79,7% dos cartões de gestante estudados apresentaram cinco ou mais registros do cálculo da idade gestacional. O estudo agora realizado, também evidencia que as gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre possuem média semelhante às pesquisas supracitadas, no entanto as gestantes que iniciaram o pré-natal tardiamente encontram-se com média inferior ao discutido.

Quanto ao peso da gestante, Santos et al. (2013) 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 intrauterino, complicações no parto, hipertensão, diabetes gestacional, macrosomia fetal entre outras alterações.

O estudo efetivado por Domingues et al. (2012) no município do Rio de Janeiro – RJ, mostra o alto número de registro do peso da gestante em seu cartão de pré-natal, pois observou-se que 96,3% desses cartões obtiveram seis ou mais anotações dessa variável. O estudo de Anversa et al. (2012) mostra uma porcentagem bem menor do que a pesquisa anteriormente citada, com 71% de registros com cinco ou mais anotações sobre o peso no cartão da gestante. Contudo, o presente estudo mostra que as gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre possuem valores semelhantes ao encontrado pelos autores anteriormente citados, porém as gestantes que iniciaram o pré-natal após o primeiro trimestre possuem essa média inferior.

Referente a pressão arterial, para Chaim, Oliveira e Kimura (2008) monitorar a pressão arterial na gestação mostra-se um importante meio de auxiliar o diagnóstico precoce de situações que ponham em risco a saúde e o bem-estar materno-fetal, pois essa prática possibilita detectar possíveis alterações nesse ponto, as graves alterações que podem decorrer do aumento da pressão arterial são: a hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia; e as alterações fetais que podem surgir são: o retardo do crescimento intrauterino, prematuridade e baixo peso ao nascer.

A pesquisa realizada por Vettore et al. (2011) em que o autor considera como sendo muito bem registrado a anotação dos dados em todas as consultas de pré-natal, os referidos autores apontam que 95% dos cartões de gestantes por eles investigados continham anotações da pressão arterial em todas as consultas realizadas.

Na mesma direção, 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.

De fato, nosso estudo confirma uma adequação quando comparado às referidas pesquisas para o grupo que iniciou o pré-natal precocemente, porém com média para esse registro menor quando relacionado ao grupo que iniciou tardiamente o pré-natal.

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.

O estudo realizado por Coutinho et al. (2010), 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 continham registros dos BCFs classificados como satisfatórios.

O estudo efetivado por Barreto e Albuquerque (2012) em que considerou como sendo adequado o pré-natal que realizou a anotação dessa variável em todas as consultas em que era possível fazer essa ausculta, o referido estudo mostrou que 72,6% dos cartões de gestante foram considerados adequados.

O estudo agora realizado, encontra-se consonante com os estudos anteriormente citados, quando comparado ao grupo de gestante que iniciou precocemente o pré-natal, porém apresenta-se com média de registros inadequados quando comparado ao grupo que iniciou tardiamente o pré-natal.

Quanto à palpação obstétrica, realiza-la é considerada uma prática básica e primordial na atenção ao pré-natal, uma vez que esse procedimento permite identificar a apresentação fetal, que pode indicar partos com possíveis distorcias. A apresentação fetal pode ser facilmente identificada a partir do terceiro trimestre de gestação, que pode ser cefálica ou

pélvica, além de possibilitar observar a quantidade de líquido amniótico. (BRASIL, 2005; CAMINHA et al., 2012).

O estudo efetivado por Coutinho et al. (2010), classifica como adequada a assistência de pré-natal que tem média de registro para apresentação fetal de duas ou mais anotações, o autor em seu estudo pontua a baixa anotação para esse ponto, visto que 35% dos cartões de gestante continham esse registro considerado adequado. O presente estudo apresenta índices inferiores ao dos autores supracitados, uma vez que em nenhum dos grupos estudados a média de dois ou mais registros para essa variável foi observada.

A atual pesquisa encontra-se consonante também com o estudo realizado por Anversa et al. (2012), pois o estudo desses autores apontam que unidades que apresentaram gestantes que deram início ao pré-natal precocemente expuseram mais registros de procedimentos clínicos obstétricos efetivados, do que as unidades que tinham maiores índices de gestantes que deram início tardiamente ao pré-natal.

Neto et al. (2012) apontam, assim como a hodierna pesquisa, que instituições de saúde que apresentam menores registros de consultas de pré-natal também apresentam menos dados em diversos aspectos, referentes aos procedimentos clínicos realizados. Contudo sua pesquisa baliza que também é comum a falta de registros naquelas unidades que apresentaram maior número de consultas, alertando dessa forma para a falha profissional no desempenho dessa função.

Diante do exposto as informações que deixam de ser colhidas em decorrência do início tardio do pré-natal, revelam-se uma importante falha a ser corrigida, pois é no pré-natal que identificações relevantes são feitas, a fim de promover a saúde materno-infantil e detectar precocemente situações que apresentam risco de vida para mãe e filho, bem como é nesse período que ações contundentes podem ser tomadas para assegurar a gestação, o parto e o puerpério seguros (GRANGEIRO, DIÓGENES, MOURA, 2008; COSTA et al., 2010).

CONCLUSÃO

São múltiplos os fatores que interferem e/ou contribuem para a qualidade e o sucesso do pré-natal, relevantes pontos aqui abordados, estão diretamente relacionados com a adesão das gestantes às consultas que devem ser realizadas nesse período, a fim de garantir a gestação livre de graves intercorrências, o parto e puerpério seguros e de qualidade.

Dentre as variáveis que estão implicadas nesse processo, podemos destacar o ingresso tardio no serviço de saúde, uma vez que pudemos analisar através deste, que as gestantes mais

jovens iniciaram o pré-natal quando já encontravam-se na metade do segundo trimestre de gestação, e como é sabido tal fator compromete decisivamente a qualidade do pré-natal, pois além de acarretar menores índices de consultas preconizadas pelo PHPN, essa prática interfere na realização de procedimentos clínicos obstétricos nos períodos adequados, em que tais procedimentos são determinantes para a detecção precoce de situações de risco para mãe e filho.

A referida problemática também trás consigo outro ponto relevante, que é a deficiência de registros decorrente do ingresso tardio ao pré-natal, visto que foi analisado que as gestantes que iniciaram o pré-natal tardiamente continham menos registros em todas as variáveis estudadas em comparação as que o iniciaram precocemente, também como é de conhecimento, os registros do pré-natal possibilitam-nos analisar a adequação da assistência ao pré-natal ofertado pelos serviços de saúde, em que falhas nesse ato compromete a realização de estudos e ações que aprimorem o pré-natal, além de dificultar o alcance do aumento da cobertura e da qualidade do mesmo, que são importantes pilares do PHPN.

Ante o discutido podemos, portanto, compreender a necessidade de mais ações que promovam o pré-natal precoce, principalmente para aquelas mulheres mais jovens, bem como a sensibilização dos profissionais de saúde envolvidos no processo de assistência ao pré-natal, alertando-os da necessidade de registrar fidedignamente todos os procedimentos por eles realizados, especialmente no cartão da gestante, assim como em seu prontuário.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do programa de humanização do pré-natal e nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun. 2011.

ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégia saúde da família em município no sul do Brasil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.

BARBIERE, A. et al. Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. **Disturb Comum**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 29-39, abr. 2012.

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.

BONFIM, E. G.; LOPES, M. J. M.; PERETTO, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 97-104, jan/mar. 2010.

BRASIL. **Diretrizes gerais e operacionais da rede cegonha**. [S.I.]. [201?]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>. Acesso em: 14 jun. 2013.

_____. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 12 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada** - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.

_____. Ministério da saúde. **Guia de Preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança-SisPrenatal web**. [S.I.]. [201?].

_____. Ministério da saúde. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha**. [S.I.]. [201?].

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

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.

CAMINHA, N. O. et al. Gestação na adolescência: descrição e análise da assistência recebida. **Rev Gaucha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 81-88, ago. 2012.

COSTA, M. S.; SOUSA, T. O. **Adesão ao pré-natal: a reprodução de um conceito**. 2002. 40 p. Monografia (Curso de Enfermagem), Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2002.

COSTA, G. R. C. et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no estado do maranhão, brasil. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1005-1009, nov/dez. 2010.

COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde em município do sudeste brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 563-569, nov. 2010.

CHAIM, S. R. P.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; KIMURA, A. F. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 53-58, jun. 2008.

CHRESTANI, M. A. 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 Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1609-1618, jul. 2008.

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 Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012.

DUARTE, S. J. R. Motivos que levam as gestantes a fazerem o pré-natal: um estudo das representações sociais. **Cienc Enferm**, Concepcion, v. 18, n. 2, p. 75-82, ago. 2012.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, jun. 2005.

FORTE, E. G. S. et al. Satisfação quanto à consulta pré-natal após a implantação do programa de interiorização do trabalho em saúde. **Revista da UFG**, [S. L.], v. 6, n. especial, dez. 2004. Disponível em:

<file:///C:/Users/Pessoal/Documents/novo%20TCC/Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20quanto%20%C3%A0%20Consulta%20Pr%C3%A9-natal%20ap%C3%B3s%20a%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20do%20Programa%20de%20Interioriza%C3%A7%C3%A3o%20do%20Trabalho%20em%20Sa%C3%BAde.htm>.

Acesso em: 20 jun. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 4 ed. 2002.

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**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 290-295, out. 2009.

GRANGEIRO, G. R.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SisPrenatal. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 105-111, mai. 2008.

GRAVENA, A. A. F. et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 130-135, abr. 2013.

IBGE, 2009. Serviços de saúde, 2009. **Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Dados referentes ao município de Campina Grande, fornecidos em meio eletrônico. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php?codmun=250400&idtema=5&search=paraibalcampina-grandelservicos-de-saude-2009>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

MARQUES, A. G. B. et al. Características de gestantes atendidas em consulta de enfermagem ambulatorial de pré-natal: comparação de quatro décadas. **Rev Gaucha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 41-47, dez. 2012.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Sistema de informação pré-natal: análise crítica de registros em um município paulista. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 385-390, mai/jun. 2010.

NETO, E. T. S. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do sus da região metropolitana da grande vitória, espírito santo, brasil?. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1650-1662, set. 2012.

PAIVA, C. C. A.; FREIRE, D. M. C. Efetividade de curso de capacitação em medida da altura uterina para enfermeiros e graduandos de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 775-779, set/out. 2012.

PICCININI, C. A. et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicol Teor Pesq**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 27-33, jan/mar. 2012.

SANTOS, G. H. N. dos; et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 326-334, mar. 2009.

SANTOS, M. M. A. S. et al. Atenção nutricional e ganho de peso gestacional em adolescentes: uma abordagem quantitativa. **Cienc Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 789-802, fev. 2013.

SASS, A. et al. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. **Rev Gaucha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 352-358, jun. 2011.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. Método da pesquisa e elaboração de dissertação. **Rev Atual**, Florianópolis, 3 ed., 121 p., 2001. Disponível em: <<http://br.librosintinta.in/biblioteca/ver-pdf/projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%20da%20Pesquisa%203a%20edicao.pdf.htm>>. Acesso em: 25 jun 2013.

VETTORE, M. V. et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do sus no município do rio de janeiro, brasil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1021-1034, mai. 2011.

APÊNDICE A –Formulário de Captação dos Dados

FORMULÁRIO DE CAPTAÇÃO DOS DADOS NO CARTÃO DA GESTANTE

Nº DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: _____

DADOS IDENTIFICATÓRIOS:

1 Idade da gestante e Idade gestacional de início de pré-natal:

Idade da gestante _____

Idade gestacional _____

2 Procedimentos Clínicos Obstétricos:

Quantos registros de altura uterina _____

Quantos registros de idade gestacional _____

Quantos registros de peso _____

Quantos registros de pressão arterial _____

Quantos registros de batimentos cardíofetais _____

Quantos registros de apresentação fetal _____

APÊNDICE B - Termo de compromisso para a utilização dos dados

30

APÊNDICE C - Termo de Autorização para Pesquisa em Arquivos e/ou Documentos

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM ARQUIVOS E/OU DOCUMENTOS

Eu Francineide Maria José Ramos Vitor
responsável pelo arquivo e/ou documentos:

Da instituição Instituto de Saúde e Ambiente de Almeida (ISEA)

Declaro ser esclarecido que o trabalho intitulado Análise das ações preconizadas pelo Programa de Humanização (PHU) do SUS sobre o movimento de partir dos sujeitos nos
Apresenta os seguintes objetivos Análise, no acesso, exercícios preconizados, custos e
Foi-me garantido que: ações realizadas no âmbito do sistema de saúde no
processo imediato anteriores ao alojamento conjunto do ISEA.

- 1) Os dados serão usados unicamente para fins científicos; malandragem do ISEA.
- 2) Em nenhum momento da pesquisa os nomes dos participantes que constam nos arquivos e/ou documentos serão divulgados;
- 3) Poderei desistir de permitir o acesso aos arquivos e/ou documentos de qualquer momento, sem ser penalizado fisicamente, financeiramente e moralmente;
- 4) Ao final da pesquisa, se for do meu interesse ou da instituição, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador.

- Caso queira entrar em contato com o pesquisador responsável, poderei fazê-lo pelo número 8660-9600

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino esta autorização.

Campina Grande, 04/04/2011.

Francineide Maria José Ramos Vitor
Responsável pelo arquivo

Rebeca Pereira Costa
Pesquisador responsável

APÊNDICE C – Termo de compromisso do pesquisador

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Pesquisa:

Eu, Aleksandra Pereira Costa, portador do RG 770 377 – SSP/PI Comprometo-me cumprir integralmente o que orienta a Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Aleksandra Pereira Costa

ANEXO A – Termo de autorização institucional

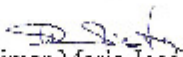


PREFEITURA DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA
CNPJ: 24.513.574/0003 - 93

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **Francimar Maria José Ramos Victor**, diretora do Instituto de Saúde Elpidio de Almeida - ISEA, em pleno gozo de minhas funções, autorizo **Aleksandra Pereira Costa**, aluna do mestrado em enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa intitulado: "*Análise das Ações Preconizadas Pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PIPNI), à Partir dos Registros no cartão da Gestante*".

Campina Grande, 04 de Abril de 2012.


Dra. Francimar Maria José Ramos Victor
Diretora Geral - ISEA

Rua Vila Nova da Rainha, 147 - Centro - 58400-220 - Campina Grande - PB - ☎ (083)3310-6356 FAX 3310-6388.



HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

ANEXO B – Termo de autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)



DECLARAÇÃO

Declaramos que o projeto intitulado “ANÁLISE DAS AÇÕES ESSENCIAIS PRECONIZADAS PELO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN), A PARTIR DOS REGISTROS NOS CARTÕES DAS GESTANTES”, que tem como pesquisador responsável ALEKSANDRA PEREIRA COSTA, registrado na Plataforma Brasil sob a CAAE nº 02244912.9.0000.5175, obteve no dia 02/05/2012, parecer favorável para sua realização, após análise do colegiado deste CEP.

Atenciosamente,

Chirlaine Cristine Gonçalves
Coordenadora CEP/CESED

