

SAÚDE E AMBIENTE

V.8 • N.2 • 2020 - Fluxo Contínuo

ISSN Digital: 2316-3798

ISSN Impresso: 2316-3313

DOI: 10.17564/2316-3798.2020v8n2



## CADERNETA DA GESTANTE: AVALIAÇÃO DOS DADOS PERINATAIS

PREGNANT'S RECORD: EVALUATION OF PERINATAL DATA

CADERNETA DE LA GESTANTE:  
EVALUACIÓN DE LOS DATOS PERINATALES

Yara Lima da Costa<sup>1</sup>

Dayla Brito Nicácio<sup>2</sup>

Alba Maria Bomfim de França<sup>3</sup>

Aldrya Ketly Pedrosa<sup>4</sup>

Maria Anilda dos Santos Araújo<sup>5</sup>

Adriana de Lima Mendonça<sup>6</sup>

## RESUMO

Este trabalho teve por objetivo avaliar o preenchimento dos dados perinatais contidos na Caderneta da Gestante de puérperas, que tiveram seu parto realizado em uma maternidade de referência para alto risco em Alagoas. Estudo de caráter descritivo, delineamento transversal, com abordagem quantitativa com uma amostra de 72 cadernetas/cartões da gestante. Foi verificada baixa adesão ao preenchimento das 24 variáveis estudadas, apesar disto foi possível quantificar aquelas que tiveram preenchimento, as não preenchidas e as incompletas. Foi possível identificar diferenças altamente significativas ( $p$ -valor  $\leq 0,0001$ ) riscos como obesidade, raça/cor negra, idade  $>35$  anos, estado civil “nenhum” foram identificados no pré-natal. Constata-se o uso inadequado do instrumento e déficit da gestão de saúde do estado.

## PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem; Controle de formulários e registros; Assistência pré-natal.

## ABSTRACT

This study aimed to evaluate the completion of perinatal data contained in the Maternity Booklet of puerperal women, who had their birth performed in a reference hospital for high risk in Alagoas. Descriptive study, cross-sectional design, with a quantitative approach with a sample of 72 handbooks / cards of the pregnant woman. There was a low adherence to filling in the 24 variables studied, although it was possible to quantify those that were filled in, those that were not filled out and those that were incomplete. It was possible to identify highly significant differences ( $p\text{-value} \leq 0,0001$ ) risks such as obesity, race / black color, age > 35 years, marital status “none” were identified in prenatal care. There is an inadequate use of the instrument and a deficit in the state’s health management.

## KEYWORDS

Nursing; Control of forms and records; Prenatal care.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la cumplimentación de los datos perinatales contenidos en el Cuadernillo de Maternidad de puérperas, a quienes se realizó el parto en un hospital de referencia de alto riesgo en Alagoas. Estudio descriptivo, diseño transversal, con abordaje cuantitativo con una muestra de 72 manuales / cartillas de la gestante. Hubo una baja adherencia al cumplimentado en las 24 variables estudiadas, aunque fue posible cuantificar las cumplimentadas, las no cumplimentadas y las incompletas. Fue posible identificar diferencias altamente significativas (valor de  $p \leq 0,0001$ ) riesgos como obesidad, raza / color negro, edad > 35 años, estado civil “ninguno” fueron identificados en la atención prenatal. Hay un uso inadecuado del instrumento y un déficit en la gestión sanitaria del estado.

## PALABRAS CLAVE

Enfermería; Control de formularios y registros; Asistencia prenatal.

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal abrange um conjunto de cuidados e procedimentos que ajuda a preservar a saúde da gestante e do concepto, acolhendo, prevenindo, na detecção precoce das complicações próprias da gestação e no tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes. Tais cuidados devem ser realizados com a gestante da 12ª semana de gestação até 42º dia após o parto. No período pós-parto a mulher é considerada puérpera e a assistência avalia a saúde desta e do recém-nascido (DOMINGUES *et al.*, 2015; VIELLAS *et al.*, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde para a efetivação de um pré-natal de qualidade, faz-se necessário, além de outras garantias, que as informações sobre o acompanhamento dessas mulheres sejam registradas em prontuários, na Caderneta da Gestante, incluindo o preenchimento da Ficha Perinatal e o cadastro das gestantes no Sistema de Informação sobre o pré-natal (SISPRENATAL), abordando a história clínica perinatal, as intercorrências e as urgências/ emergências que requeiram avaliação hospitalar (BRASIL, 2012).

O funcionamento da Caderneta da Gestante é entendido após o conhecimento do instrumento que a antecedeu, o Cartão da Gestante. Este surgiu em 1988 e tinha seu enfoque em dados clínicos, sem espaço adequado para resultados de exames laboratoriais, informações insuficientes que dificultam o estabelecimento de vínculo com a gestante e baseado em um modelo que focava a assistência ao processo reprodutivo da mulher, apontando para indicadores de morbimortalidade materno infantil, mas não considerava, por exemplo, as condições de gênero, bem como não continha instruções para as gestantes e seu parceiro (BRASIL, 2000; MICUSSI, 2014).

Já a Caderneta da Gestante é um instrumento de acompanhamento do pré-natal dirigido aos profissionais de saúde e mulheres gestantes que fazem seu pré-natal em rede pública e usam dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). O documento inclui, além de informações educativas e de interesse para a gestação, uma ficha de acompanhamento do pré-natal para registrar as consultas clínicas e odontológicas, os resultados dos exames e vacinas, contempla as diretrizes de boas práticas na assistência ao pré-natal, parto e nascimento e as propostas da Estratégia da Rede Cegonha, devidamente alinhadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2018a).

A ficha perinatal, incluída na Caderneta da Gestante, é um instrumento de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade em que deve conter os principais dados do acompanhamento da gestação, do parto, do puerpério e do recém-nascido (BRASIL, 2006). Contempla ainda dados de identificação da gestante e informações pessoais, tipo de gravidez, antecedentes clínicos e familiares, antecedentes obstétricos e dados da gestação atual, exames, vacinas e informações do parto e do recém-nascido (BRASIL, 2018a).

Contudo, para que a Caderneta da Gestante possa contribuir em uma assistência de qualidade à mulher no período gravídico-puerperal é essencial uma utilização adequada, o que inclui o registro correto e completo das informações (BRASIL, 2012). Nas buscas para embasamento teórico desta pesquisa percebeu-se a ausência de artigos que avaliassem a qualidade da assistência ao pré-natal por meio da Caderneta da Gestante.

Desta forma questiona-se: Como está sendo realizado o preenchimento dos dados perinatais da Caderneta da Gestante em Alagoas? O objetivo foi avaliar o preenchimento dos dados perinatais contidos na Caderneta da Gestante de puérperas que tiveram seu parto realizado em uma maternidade de referência para alto risco em Alagoas. Este estudo resulta de um trabalho de conclusão de curso.

## 2 METODOLOGIA

Estudo de caráter descritivo, delineamento transversal, com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por Cadernetas/Cartões da Gestante de mulheres em período puerperal internas em uma maternidade pública de referência estadual para o alto risco gestacional, localizada em Maceió-AL.

Realizou-se cálculo da amostra do estudo e foi analisado o número de puérperas atendidas na maternidade em questão, notificadas no Sistema de Internação Hospitalar (SIH) do Departamento de informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de janeiro a dezembro de 2017, que foi de 3014 puérperas (BARBOSA, 2014; BRASIL, 2018b). Além disto, foi considerado para o cálculo o nível de confiança de 95 % ( $= 0,05$ ), erro amostral 5% e valor padrão ( $Z_{1/2}=1,96$ ) e percentual máximo de 5%. A partir do cálculo foi adotado N de 72 cadernetas/cartões da gestante.

Para tanto, foram considerados como critérios de inclusão no estudo: cadernetas/cartões da gestante de puérperas que tiveram seu parto em uma maternidade de referência para o alto risco e maiores de 18 anos. O critério de exclusão foi: cadernetas/cartões da gestante com informações ilegíveis e/ou fisicamente incompletas.

Os dados foram coletados no período de maio a junho de 2018, com as cadernetas/cartões que atendiam aos critérios inclusão. Primeiramente, as puérperas foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, assim como o respeito à identidade delas e dos profissionais que assistiram- as, depois o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por escrito foi lido e ofertada uma cópia para elas. Em seguida, a coleta de dados foi realizada com o preenchimento de um formulário, construído para fins deste estudo, de acordo com os dados encontrados nas cadernetas/cartões de pré-natal analisados.

O formulário abordava as seguintes variáveis: estado civil, raça/ cor, instrução, grupo sanguíneo, grau de risco, tipo de gravidez, antecedentes obstétricos, antecedentes familiares, antecedentes clínicos, exames, vacinas, suplementação, dados do parto e nascimento, idade, peso, altura, Índice de Massa Corpórea (IMC), Data da Última Menstruação (DUM), Data Provável para o Parto (DPP), curva da altura uterina.

Os dados foram analisados com auxílio do programa estatístico Bioestat LE®, versão 6.5. Para análise das variáveis descritivas foram utilizadas a Média Aritmética e Erro Padrão da Média, além do cálculo das frequências percentuais. A fim de verificar os pressupostos paramétricos de Normalidade dos erros das variâncias, foi escolhido o teste de Liliefors e, uma vez atendidos tais pressupostos foi realizada a Análise de Variância (ANOVA) para determinação de diferenças significativas entre as variáveis. Em todos os casos foram considerados  $p$ -valor  $\leq 0,05$  como significativos, sendo considerados altamente significativos àquelas inferências com  $p$ -valor  $\leq 0,0001$ .

O estudo foi realizado com base nos princípios éticos para pesquisa com seres humanos propostos na resolução 466/12, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tiradentes (UNIT) – AL com coparticipação do Comitê de Ética e pesquisa da UNCISAL sob o Parecer nº 1. 805. 980.

### 3 RESULTADOS

Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão da amostra foram analisadas neste estudo 42 cadernetas e 30 cartões da gestante, alcançando assim o N total proposto de 72. A Tabela 1 mostra a distribuição percentual das variáveis perinatais que são comuns aos dois instrumentos investigados, segundo situação de preenchimento dos cartões e cadernetas das gestantes de Alagoas. Sendo as variáveis socioeconômicas em sua maioria informadas, apresentando frequências: raça/cor 69,44% (N=50), idade 40,28% (N=29), estado civil 72,22% (N=52), instrução 52,77% (N=38).

Tabela 1 – Distribuição percentual das variáveis perinatais investigadas, segundo situação de preenchimento nos cartões das gestantes e cadernetas das gestantes, Alagoas, Brasil, 2018. (N=72)

Variável	Não informada		Informada		Incompleta	
	N	%	N	%	N	%
Raça/ cor	21	29,17	50	69,44	0	0
Idade	24	33,33	29	40,28	19	26,39
Estado civil	19	26,38	52	72,22	1	1,38
Instrução	30	41,66	38	52,77	4	5,55
Peso	9	12,5	54	75	9	12,5
Altura	21	29,16	51	70,83	0	0
IMC	38	52,77	15	20,83	19	26,38
Grupo sanguíneo	17	23,61	52	72,22	3	4,16
DUM	12	16,66	61	84,72	0	0
DPP	17	23,61	54	75	1	1,38
Antecedentes Obstetrícia	14	19,44	30	41,66	28	38,88
Antecedentes familiares	29	40,27	33	45,83	10	13,88
Antecedentes clínicos	24	33,33	28	38,88	20	27,77
Dados de gestão atual	13	18,05	9	12,5	50	69,44

Variável	Não informada		Informada		Incompleta	
	N	%	N	%	N	%
Exame	20	27,77	16	22,22	36	50
Vacina	30	41,66	30	41,66	12	16,66
Suplementação	48	66,66	9	12,5	15	20,83
Ultrassonografia	21	29,16	26	36,11	25	34,72
Curva da altura uterina	34	47,22	17	23,61	21	29,16
Gráfico de acompanhamento nutricional	36	50	17	23,61	19	26,38
Dados do parto e nascimento	72	0	0	0	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

Constatou-se que as variáveis antropométricas peso e altura foram informadas na maioria da amostra com frequências de 75% (N=54) e 70,83 (N=51), respectivamente. Porém, o IMC (calculado a partir dessas variáveis) não foi informado com a mesma frequência, apresentando-se apenas em 52,77% (N=38) da amostra estudada.

As variáveis que informam situação de prevenção clínica e diagnóstica como: grupo sanguíneo 72,22% (N=52), DUM 84,72% (N=61), DPP 75% (N=54), ultrassonografia 36,11% (N=26) tiveram situação informada na maioria da amostra como mencionado. Em oposição a esta situação de preenchimento está a suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso 66,66% (N=48) que apresentou maior frequência de não informação. Além disto, os dados da gestação atual 69,44% (N=50) e exames 50% (N=36) foram informados de forma incompleta, assim como as vacinas 41,66% (N=30) que apresentaram semelhança entre situação informada e não informada.

No que se refere aos antecedentes de interesse para a gestação, as variáveis foram informadas na maior parte da amostra. Os antecedentes obstétricos apresentaram frequência de 41,66% (N=30); os familiares 45,83% (N=33); os clínicos 38,88% (N=28).

Por outro lado, a variável relacionada aos dados do parto e nascimento 100% (N=72) não foi informada em toda a amostra. Ademais as variáveis que representam os gráficos de acompanhamento na maior parte da amostra não foram informadas: curva da altura uterina 43,22% (N=34) e o gráfico de acompanhamento nutricional 50% (N=36).

As variáveis da Caderneta da gestante e ausentes no Cartão da gestante também tiveram suas situações de preenchimento avaliadas. O Grau de risco obstétrico 69% (N=29) e a informação sobre a gravidez planejada 71,4% (N=30) na maior parte da amostra não foram informadas. Por outro lado, o tipo de gravidez 76,1% (N=32) foi informado na maioria das vezes.

Na Tabela 2 foi exposta a análise inferencial dos Cartões e Cadernetas das gestantes em relação a dados socioeconômicos e os gráficos de acompanhamento. Assim, as variáveis raça/cor, idade e

estado civil demonstraram  $p$ -valor  $\leq 0,0001$ , isto quer dizer que as diferenças entre as características delas foram altamente significativas. A raça/cor que se destacou foi a negra, a idade  $>35$  anos e o estado civil “outros”, isto foi possível identificar por meio das médias aritméticas e erro padrão demonstradas na Tabela 2.

Tabela 2 – Análise inferencial dos cartões e cadernetas das gestantes em relação dos dados socioeconômicos e curvas de acompanhamento, Alagoas, Brasil, 2018. (N=72)

Variável	Média (DP)	P-Valor(1)
<b>Raça/ cor</b>		
Branca	0,14 ( $\pm 0,04$ )	0,00001
Negra (Preta Parda)	0,52 ( $\pm 0,05$ )	
Amarela	0,02 ( $\pm 0,01$ )	
Indígena	0,01 ( $\pm 0,01$ )	
<b>Idade</b>		
<15 anos	0 ( $\pm 0$ )	0,00005
>35 anos	0,19 ( $\pm 0,04$ )*	
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	0,09 ( $\pm 0,03$ )	0,00001
Outras	0,04 ( $\pm 0,05$ )*	
<b>Curva da Altura Uterina</b>		
Acima do P90	0,19 ( $\pm 0,04$ )*	0,004
Abaixo do P10	0,04 ( $\pm 0,02$ )	
<b>Gráfico de acompanhamento nutricional (n=30)</b>		
Obesa	0,02 ( $\pm 0,04$ )*	0,002
Sobrepeso	0,05 ( $\pm 0,02$ )	
Baixo peso	0,04 ( $\pm 0,02$ )	

(1)Análise de variância: ANOVA; DP: desvio padrão.

Nota: Dados numéricos igual a zero não resultante de arredondamento.

Fonte: Dados da pesquisa.

As variáveis curva da altura uterina e gráfico de acompanhamento nutricional, relativas às curvas de acompanhamento, apresentaram diferenças significativas entre suas características, pois tiveram  $p$ -valor  $\leq 0,05$ . A curva da altura uterina acima do Percentil 90 (P90) teve maior média aritmética ain-

da que o erro padrão também seja um dos maiores, o mesmo aconteceu com a variável obesa relativa ao gráfico de acompanhamento nutricional.

## 4 DISCUSSÃO

Neste estudo foi possível identificar uma baixa adesão ao preenchimento do IMC, acompanhamento nutricional, curva da altura uterina, suplementação, dados da gestação atual, grau de risco obstétrico, informações sobre a gravidez planejada, mas a variável que obteve destaque porque em toda amostra não houve preenchimento foram os dados relacionados ao parto e nascimento. Outro ponto importante está na variável sobre a imunização que teve semelhança entre não preenchimento e preenchimento.

Apesar deste panorama ainda foi possível identificar fatores de risco como a obesidade, curva da altura uterina no percentil 90, a raça/cor negra, a idade >35 e o estado civil “outros” como predominantes. Para tanto, pode-se atribuir os achados ao fato de a coleta de dados ter sido realizada em uma maternidade de referência para alto risco.

O conhecimento do IMC e o acompanhamento nutricional, que evidencia baixo peso, sobrepeso e obesidade, indicam fator de risco gestacional, ou seja, pode levar a desfechos perinatais desfavoráveis como a evolução para a hipertensão gestacional, diabetes gestacional, macrossomia fetal, prematuridade, parto cirúrgico entre outros (BRASIL, 2012; SATO; FUJIMORI, 2012). No presente estudo as duas variáveis não foram preenchidas na maior parte da amostra, sugerindo que a identificação e controle do risco em nível de atenção básica foi deficiente.

A medida da altura de fundo de uterino associada as semanas de gestação e acompanhada curva de crescimento uterino gera indicadores, sugere exames diagnósticos, favorece referenciamento precoce para controle de riscos, isto se houver interpretação crítica dos percentis. A exemplo disto está o oligodrâminio, restrição de crescimento intrauterino em que medidas abaixo do percentil 10 pode indicar, assim como o polidrâminio e a macrossomia fetal em valores acima do P90 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2010).

O conhecimento do IMC e o acompanhamento nutricional, que evidencia baixo peso, sobrepeso e obesidade, indicam fator de risco gestacional, ou seja, pode levar a desfechos perinatais desfavoráveis como a evolução para a hipertensão gestacional, diabetes gestacional, macrossomia fetal, prematuridade, parto cirúrgico entre outros (BRASIL, 2012; SATO; FUJIMORI, 2012). No presente estudo as duas variáveis não foram preenchidas na maior parte da amostra, sugerindo que a identificação e controle do risco em nível de atenção básica foi deficiente.

O risco obstétrico que apresentou uma baixa adesão ao preenchimento, isto pode estar relacionado à orientação do Ministério da Saúde quando ele sugere que o risco obstétrico só pode ser confirmado após o parto e puerpério (BRASIL, 2012). Tal sugestão embasa-se no processo de modificações gravídicas fisiológicas e anatômicas que acontecem por todo ciclo gravídico-puerperal e exigem acompanhamento em todas as fases. Apesar de estas mulheres terem tido seus partos em uma maternidade referência para alto risco e não se encontrarem de alta o item pode ser preenchido na consulta puerperal até 42º dia de puerpério (BRASIL, 2012).



Outra variável que apresentou baixa adesão ao preenchimento foi a suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso. Em um estudo retrospectivo que avaliou a cobertura de sulfato ferroso entre as gestantes no Rio grande do Sul e suas características sociodemográficas com 2685 puérperas, 63% receberam suplementação, frequência relativa considerada baixa por se tratar de norma do Ministério da Saúde a suplementação até o terceiro mês após o parto (BRASIL, 2012; LINHARES *et al.*, 2017).

Ao considerar as consequências disto no ciclo gravídico puerperal como anemia ferropriva e avaliando o baixo preenchimento da variável suplementação neste estudo entendesse a impossibilidade de conhecer o estado real destas mulheres, e em casos de intercorrências, como hemorragias puerperais, não poderiam ser associadas a este fato, por outro lado tal variável pode estar registrada nos prontuários, trazendo uma problemática que seria a discordância nos registros de pré-natal.

Em epidemiológico seccional com 360 puérperas e seus respectivos cartões da gestante sob assistência pré-natal em que se propôs verificar a concordância entre os dados registrados no cartão da gestante e prontuários suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso apresentou tendência a um maior registro da informação no prontuário (McNemar = 70,8 e 69,8; respectivamente; valor  $p < 0,01$ ) (POLGLIANI *et al.*, 2014). Entende-se que a função do cartão de referência e contra referência torna-se deficitária então independentemente de os registros terem acontecido no prontuário ou não terem acontecido acompanhamento da suplementação o não registro é indicador que aponta baixa qualidade na assistência pré-natal.

Uma limitação do estudo foi o fato de haver dois instrumentos em uso, acarretando em um resultado não fidedigno da realidade da a imunização, pois se no cartão da gestante há espaço para preenchimento da vacina antitetânica, porém durante a gestação se faz necessária a identificação de outras vacinas como a hepatite B e a influenza, além disto o espaço limitado sem local adequado para informações como lotes, datas de cada dose na Caderneta da Gestante é possível colocar tudo isto e mesmo assim não foram preenchidas com a frequência esperada (BRASIL, 2012; BRASIL, 2018a). Uma sugestão seria o fornecimento regular de cadernetas e educação permanente para enfermeiro e médicos realizam assistência ao pré-natal.

## 5 CONCLUSÃO

Em uma amostra com 72 Cartões e Cadernetas das Gestantes e avaliadas 24 variáveis relativas aos dados perinatais foram encontradas 9 cartões ou cadernetas que tiveram 50% ou mais das variáveis informadas, sugerindo um uso inadequado de tal instrumento apesar disto foi possível identificar as variáveis de maior, menor e preenchimento incompleto, bem como identificar fatores de risco como obesidade, raça/cor negra, idade >35 anos, estado civil “nenhum”.

Um achado inesperado foi o fato das cidades de Alagoas inclusive a capital ainda fazerem uso do cartão da gestante, instrumento ultrapassado e tal uso incoerente com as estratégias, políticas em vigor, demonstrando déficit da gestão de saúde do estado que acarreta em consequências a qualidade da assistência à saúde materna e infantil e gastos hospitalares evitáveis.

## REFERÊNCIAS

- BARBOSA, F.T. **ABC da bioestatística**. 2. ed. Maceió: EDUFAL, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 4ed. 2018a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. 2018b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Manual técnico: Gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual técnico: Pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica - Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A assistência pré-natal: Manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam. Salud Públ.**, v. 37, p. 140-147, 2015.
- LINHARES, A. O. *et al.* Iniquidade na suplementação de sulfato ferroso entre gestantes no sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 20, p. 650-660, 2017.
- MICUSSI, F.A. **Cuidando do ninho da cegonha: implantação da caderneta da gestante em unidade de saúde da família**. 2014. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.
- POLGLIANI, R. B. S. *et al.* Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.**, v. 36, n. 6, p. 269-275, 2014.
- SATO, A.P.S.; FUJIMORI, E. Estado nutricional e ganho de peso de gestantes. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 1-7, 2012.
- VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 30, p. S85-S100, 2014.

---

**Recebido em:** 31 de Março de 2020

**Avaliado em:** 4 de Maio de 2020

**Aceito em:** 15 de Setembro de 2020

---



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

---

1 Enfermeira, graduada pelo Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: yara.limac@gmail.com

2 Enfermeira, graduada pelo Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: dayla-brito@hotmail.com

3 Enfermeira, doutoranda em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas pela Unit/AL, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da ESENFAR-UFAL. E-mail: albambf@hotmail.com.

4 Mestra em Ensino na Saúde; Enfermeira; Professora do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: aldryaketly@hotmail.com

5 Doutora em Biologia de Fungos; Bacharel em Ciências Biológicas; Professora do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: fungosanilda@hotmail.com

6 Mestra em Enfermagem; Enfermeira; Professora do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: adrianapnd@gmail.com



Este artigo é licenciado na modalidade acesso abertosob a Atribuição-Compartilha Igual CC BY-SA

