



**AVALIAÇÃO DOS REGISTROS NO CARTÃO DE PRÉ-NATAL DA GESTANTE**  
**EVALUATION OF RECORDS IN PREGNANT WOMEN'S PRENATAL CARD**  
**EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS EN LA TARJETA DE PRENATAL DE LA EMBARAZADA**

Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos<sup>1</sup>, Andréia Patrícia de Sousa Brasil Abreu<sup>2</sup>, Tarcylla Gomes Campos<sup>3</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** avaliar os registros feitos pelos profissionais de saúde durante o pré-natal nos cartões das gestantes. **Método:** estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com delineamento transversal, feito em 241 cartões de pré-natal em uma maternidade pública de referência. Utilizou-se a análise estatística descritiva, a partir dos percentuais das variáveis e interpretados pelo confronto com a literatura e documentos oficiais sobre o pré-natal. **Resultados:** o registro da idade corresponde a 93,4%, idade média de 25 anos. Não havia registros nos campos de recém-nascidos vivos (61,8%), de recém-nascidos com peso <2.500kg (67,2%) e amamentação (77,2%). **Conclusão:** a maioria dos registros dos cartões foi feito por enfermeiros, mostrando uma assistência unilateral. Verificou-se que os registros encontrados nos cartões de pré-natal pesquisados são preenchidos de forma insatisfatória e incompleta, prejudicando a continuidade da assistência prestada, demonstrando a necessidade da valorização dos registros no cartão de pré-natal das gestantes pelos profissionais da saúde. **Descritores:** Enfermagem; Consulta Pré-Natal; Cartão de Triagem.

**ABSTRACT**

**Objective:** to evaluate the records made by health professionals during prenatal care on pregnant women's cards. **Method:** a descriptive, quantitative, cross-sectional study of 241 prenatal cards in a public reference maternity hospital. The descriptive statistical analysis was used, based on the percentages of the variables and interpreted by the comparison with the literature and official documents on prenatal care. **Results:** the age register corresponds to 93.4%, mean age of 25 years. There were no records in the fields of live newborns (61.8%), newborns weighing <2,500 kg (67.2%) and breastfeeding (77.2%). **Conclusion:** most of the card records were made by nurses, showing unilateral care. It was verified that the records found on the prenatal cards surveyed are filled in an unsatisfactory and incomplete manner, impairing the continuity of the care provided, demonstrating the need for the valuation of the records on the prenatal card of the pregnant women by health professionals. **Descriptors:** Nursing; Prenatal Care; Triage Card.

**RESUMEN**

**Objetivo:** evaluar los registros hechos por profesionales de la salud durante el período prenatal, en las tarjetas de las mujeres embarazadas. **Método:** estudio descriptivo de un enfoque cuantitativo, con delineamiento transversal, hecho en 241 tarjetas prenatales en una maternidad pública de referencia. Se utilizaron análisis de estadística descriptiva, a partir de porcentajes de las variables e interpretada por la confrontación con la literatura y documentos oficiales sobre atención prenatal. **Resultados:** el registro de edad corresponde a 93,4%, promedio de edad de 25 años. No había ningún registro en los campos de los recién nacidos vivos (61,8%) de los recién nacidos pesa 2.500 kg (67.2%), < y lactancia (77.2%). **Conclusión:** la mayoría de los registros de las tarjetas fue realizada por enfermeros, mostrando una ayuda unilateral. Se ha verificado que los registros encontrados en las tarjetas de prenatales investigados, son rellenos de forma insatisfactoria e incompleta, poniendo en peligro la continuidad de la asistencia prestada, demostrando la necesidad de la evaluación de los registros en la tarjeta prenatal de las embarazadas por profesionales de la salud. **Descritores:** Enfermería; Atención Prenatal; Tarjeta de Triaje.

<sup>1</sup>Enfermeira Mestre, Especialista em Enfermagem Obstétrica/UFPI, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [tatianaenfermeira@yahoo.com.br](mailto:tatianaenfermeira@yahoo.com.br); <sup>2,3</sup>Enfermeiras, Faculdade Santo Agostinho. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [andreyazed@hotmail.com](mailto:andreyazed@hotmail.com); [tarcyllacampos17@gmail.com](mailto:tarcyllacampos17@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo biológico, que envolve a mulher o homem, seus familiares, a comunidade em que a gestante se engloba e os profissionais de saúde, que agem como coadjuvantes no processo gravídico puerperal.<sup>1-2</sup>

A assistência pré-natal está associada à redução da mortalidade materna e infantil, assegurando a saúde tanto da mãe quanto do feto ou recém-nascido, através da prevenção, identificação e diagnóstico precoces de eventos indesejáveis.<sup>1,4</sup>

O cartão da gestante é uma fonte primária de informação para avaliar os cuidados prestados durante a assistência ao pré-natal, utilizadas para registrar todas as intervenções realizadas com a gestante. É um documento de uso obrigatório nos serviços de saúde e deve ser mantido sempre disponível para o adequado acompanhamento, devendo ser atualizado a cada consulta, permitindo a integração da atenção primária com profissionais da atenção hospitalar.<sup>1</sup>

Observa-se uma grande desvalorização em relação ao preenchimento adequado dos registros no cartão da gestante, gerando um prejuízo da assistência pré-natal, impedindo a análise da relação entre as alterações obstétricas e a qualidade pré-natal ofertada, podendo levar à repetição de procedimentos e intervenções, já que procedimento não registrado é procedimento não realizado.<sup>1,5</sup>

O interesse por esse estudo surgiu da constatação da escassez de publicações científicas referentes à importância do cartão da gestante, como instrumento da avaliação do processo gestacional, e por meio da observação sobre as consequências ocasionadas pelo não preenchimento dos registros no cartão da gestante, afetando o trabalho de parto e parto, que pode ser irreversível tanto para a mãe como para o bebê, contribuindo para a conscientização dos profissionais de saúde na continuidade da assistência, por meio dos registros adequados no cartão da gestante. Assim como, orientar os gestores para que estes possam ofertar cursos de aperfeiçoamento para os profissionais que realizam a assistência pré-natal. Melhoria do preenchimento do cartão de pré-natal visando uma maior qualidade no acompanhamento do período gestacional com uma abordagem qualificada e humanizada.

Este estudo apresenta como objetivos:

- Avaliar os registros feitos pelos profissionais de saúde durante o pré-natal, nos cartões das gestantes.

- Identificar os registros nos campos de identificação, aspectos sociodemográficos, antecedentes familiares, pessoais e obstétricos

- Verificar as anotações das consultas de pré-natal e dos exames registrados no cartão da gestante

- Associar as variáveis sociodemográficas com os antecedentes obstétricos e da gestação atual.

## MÉTODO

Estudo descritivo, de abordagem quantitativa com delineamento transversal, com 241 cartões de pré-natal das gestantes assistidas em uma maternidade pública de referência estadual, localizada no bairro Ilhotas em Teresina-Pi.

Os critérios para participação no estudo foram: gestantes admitidas na maternidade onde o estudo foi realizado, maiores de 18 anos e que aceitaram participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu de outubro a novembro de 2014, com todas as gestantes admitidas na maternidade e que atendiam aos critérios de inclusão. Primeiramente, as gestantes foram comunicadas sobre o objetivo no estudo e que seu cartão de pré-natal seria analisado para efeito de pesquisa, após a aceitação da participação no estudo, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por escrito. Em seguida, foi realizada a coleta de dados, pelo preenchimento de um formulário, de acordo com os dados preenchidos nos cartões de pré-natal analisados. O formulário abordava os seguintes dados: dados pessoais, familiares e obstétricos, anotações realizadas no cartão e exames solicitados durante as consultas, além de outros dados anotados no cartão.

Após a coleta de todos os dados, utilizou-se a análise estatística descritiva a partir dos percentuais das categorias de respostas variáveis e interpretados através do confronto com a literatura e com documentos oficiais sobre o pré-natal.

O estudo foi realizado com base nos preceitos da Resolução 466/12, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade Santo Agostinho, sob o parecer de número 869.501/2014.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram coletados em 241 cartões de pré-natal das gestantes. Foram observados os registros referentes aos campos de identificação, aspectos sociodemográficos,

antecedentes familiares, pessoais e obstétricos, além das anotações feitas durante as consultas e os registros dos exames realizados durante o pré-natal. Foram associadas às variáveis sociodemográficas com os antecedentes obstétricos e da gestação atual.

No campo de identificação, a variável idade corresponde a 93,4% dos registros preenchidos nos cartões. No que se refere ao estado civil 88,4% encontravam-se preenchidos, 30,3% correspondentes a casadas e 35,7% correspondentes a união estável. A maioria das participantes apresentaram algum nível de escolaridade, correspondendo a 83,4% dos registros referentes à alfabetização.

Quanto ao preenchimento do campo sobre os antecedentes familiares, observou-se maior número de registros referentes à hipertensão arterial (89,6%) e diabetes (89,7%). Com

relação aos antecedentes pessoais, observou-se maior número de registros referentes à hipertensão (87,2%) e diabetes (87,5%).

Os antecedentes familiares devem ser observados e anotados, pois constituem um fator de risco não modificável e independente, além de demonstrarem uma predisposição para o desenvolvimento de algumas doenças, tais como o diabetes e a hipertensão arterial que é uma doença altamente prevalente, considerada o principal fator de morbidade e morbimortalidade de doenças cardiovasculares.<sup>7-8</sup>

Esses dados devem ser devidamente registrados, pois durante a anamnese é realizado o rastreamento e diagnóstico através da identificação de fatores de risco.

Tabela 1. Frequência dos registros no cartão da gestante. Teresina (PI), Brasil, 2014.

Variáveis	Sim		Não		Sem Registro	
	N	%	N	%	n	%
Nº Gestação	220	91,3	1	0,4	20	8,3
Nº Parto	120	49,8	63	26,1	58	24,1
Nº Aborto	55	22,8	104	43,2	82	34,0
Nº Parto Vaginal	75	31,1	62	25,7	104	43,2
Nº Parto Cesáreo	54	22,4	41	17,0	146	60,6

Verificou-se que 91,3% dos cartões apresentam o número de gestações registradas e 8,3% dos cartões não apresentam registro algum. Observou-se dentre os registros analisados, que apenas 22,4% apresentaram parto cesáreo, um dado relevante, já que, os índices de partos

cesáreos realizados no Brasil são elevados, mesmo com a melhoria do modelo da assistência ao parto e à saúde da mulher atual.<sup>8</sup> A OMS recomenda um número de 15% de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde.<sup>1</sup>

Tabela 2. Distribuição do número de gestações segundo faixa etária, estado civil e alfabetização. Teresina (PI), Brasil, 2014.

Variáveis	Nº gestações									
	0		1		2-3		4 ou +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Faixa Etária	17-25 anos	1	0,9	53	48,2	43	39,1	13	11,8	110
	26-32 anos	0	0,0	17	25,8	32	48,5	17	25,8	66
	33 ou mais	0	0,0	3	8,8	14	41,2	17	50,0	34
Estado Civil	Casada	1	1,4	29	40,8	24	33,8	17	23,9	71
	União Estável	0	0,0	23	28,7	35	43,8	22	27,5	80
	Solteira	0	0,0	17	37,0	23	50,0	6	13,0	46
	Outras	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Alfabetizada	Sem Registro	0	0,0	8	34,8	12	52,2	3	13,0	23
	Sim	1	0,6	63	34,8	81	44,8	36	19,9	181
	Não	0	0,0	2	33,3	2	33,3	2	33,3	6
Sem Registro	0	0,0	12	35,3	12	35,3	10	29,4	34	

Conforme tabela 2 encontra-se entre as faixas etárias de 17 a 25 anos maior prevalência de gestante com apenas uma gestação. Observou-se nas faixas etárias de 26-32 anos a ocorrência de 2-3 gestações por participantes (48,5%) e na faixa etária de 33 anos ou mais a ocorrência de 4 ou mais gestações por participantes (50%).

O resultado demonstra maior número de gestações entre mulheres com estado civil de

união estável e casadas, com total de 80% e 70% dos registros encontrados, respectivamente. Estudo demonstrou que o companheiro é bastante significativo na vida da gestante oferecendo apoio psicológico e financeiro.<sup>9</sup> A presença de companheiro está ligada a maior adesão ao pré-natal.

A tabela mostra que a maioria das mulheres é alfabetizada, totalizando 75,1% das participantes do estudo. A baixa

escolaridade materna pode predispor a gestante a situações de risco, por estar associada ao baixo peso ao nascer, à prematuridade, mortalidade neonatal, mortalidade infantil, assim como ao aumento no número de gestações.<sup>10</sup>

A pesquisa demonstrou que não haviam registros nos campos de RN nascidos vivos (61,8%), RN nascidos mortos (79,3%), RN com peso < 2.500kg (67,2%) e no campo sobre

amamentação (77,2%). Sendo o campo de RN com maior peso o que apresentou maior número de preenchimento, correspondendo a 99,2% dos cartões avaliados. Esses campos são de grande relevância para a avaliação do grau de risco da gestante, pois história anterior de RN de baixo peso e o número de nascidos mortos constituem fatores de risco conceptivo.<sup>1</sup>

Tabela 3. Média, desvio padrão, mínimo e máximo das variáveis idade, peso pré-gravídico, nº de consultas realizadas, estrutura, IMC, gestação, parto e aborto. Teresina (PI), Brasil, 2014.

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	25,28	6,032	17	42
Peso pré-gravídico	58,47	11,294	38	105
Nº de Consultas Realizadas	6,10	2,629	0	21
Estatura	1,5570	0,06489	1,33	1,75
IMC	27,30	12,86981	9,06	25,70
Gestação	2,43	1,578	0	9
Parto	1,31	1,424	0	8
Aborto	0,45	0,816	0	7

O conhecimento da idade materna é imprescindível para adequado acompanhamento pré-natal. Observou-se que a maioria das participantes eram jovens, com a média de idade de 25 anos, sendo 42 anos a idade máxima (Tabela 3). Esta média de idade é considerada ideal, pois constitui-se gestação de risco aquelas na qual idade materna inferior a 15 anos e superior a 35 anos.<sup>11</sup> Existe relação entre a faixa etária das gestantes e condições de saúde, daí a importância do registro da idade materna para prestação de assistência direcionada às reais necessidades das mesmas conforme sua idade, melhorando assim a qualidade da assistência pré-natal.<sup>12</sup>

Quanto ao estado nutricional pré-gravídico observou-se média de 58,47kg, estatura em média de 1,55cm, IMC adequado de 27,30. Dados da gravidez atual como estatura, peso pré-gravídico, indicam parâmetros para posterior avaliação da evolução da gravidez, pois o ganho de peso relaciona-se com o aumento de massa corporal, como também com o aumento de medidas relacionadas às alterações fisiológicas da gestação, aumento do peso por crescimento fetal, aumento do líquido amniótico, placenta, peso fetal, aumento do volume sanguíneo. O Ministério da Saúde<sup>1</sup> preconiza ganho de peso total conforme estado nutricional inicial da gestante, realizado de acordo com cálculo do IMC, no qual há a necessidade de saber o peso (kg) e a altura (m), por isso a necessidade do registro dessas duas informações. As mulheres que apresentam baixo peso devem ter um ganho ponderal de 12,5kg a 18kg, gestantes de peso adequado de 11,5kg a 16kg, mulheres com sobrepeso de 7kg a 11kg e gestantes obesas ganho menor igual a 7kg. A presença de registro de dado antropométricos para

avaliação nutricional no início da gestação é importante na detecção de riscos nutricionais e dá oportunidade para o profissional estabelecer intervenções nutricionais adequadas.<sup>1</sup>

Em relação ao número de consultas obteve-se uma média de 6,1 consultas realizadas, pode-se observar que houve um número adequado de consultas de pré-natal. Considerando-se a importância da assistência pré-natal, o Ministério da Saúde<sup>1</sup> preconiza um número mínimo de 6 consultas de pré-natal que devem ser intercaladas entre médicos e enfermeiros.

A frequência de registros nos cartões referentes ao campo da gestação atual foi de 90% de preenchimentos relacionados à DUM (Data da última menstruação) e 85,5% relacionados à DPP (Data provável do parto). A DUM e a DPP são importantes na identificação da possibilidade de parto prematuro ou pós-datismo, esses dados permitem melhor planejamento quanto ao parto e puerpério.

O resultado do presente estudo mostrou inadequação de registros, assim como em um estudo realizado no município de Rio Branco-AC, que mostra em seus resultados a porcentagem de 94,12% de registros referentes DUM e 82,35% de registros referentes à DPP.<sup>13</sup>

No registro da variável sobre o fumo, 67,2% dos cartões não apresentaram registros. O registro desta variável é importante, pois o fumo está relacionado ao baixo peso pré-gestacional. Há uma grande preocupação dessa relação do fumo com a gestação, devido o mesmo estar associado ao retardo do crescimento intra-uterino e ao baixo peso do

recém-nascido, além de que o hábito de fumar acarreta riscos fetais decorrentes do amadurecimento placentário precoce, associado ao deslocamento prematuro da placenta e à redução do aporte nutricional,

ocasionando riscos ao desenvolvimento mental, intelectual e comportamental às crianças expostas ao fumo durante sua vida fetal.<sup>14-6</sup>

Tabela 4. Distribuição de variáveis referentes à primeira e à sexta consultas. Teresina (PI), Brasil, 2014.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
IG1	13,675	6,8180	3,0	39,0
PESO1	60,318	11,4735	19,5	100,0
IMC1	24,7935	4,47047	10,00	33,00
EDEMA1	1,91	0,294	1	2
AU1	18,000	7,1540	7,0	43,0
BCF1	146,750	10,2665	128,0	161,0
MF1	2,138	0,6688	1,0	3,0
PROF1	2,254	0,6051	1,0	3,0
IG6	31,304	5,0571	17,0	42,0
PESO6	67,480	12,2354	45,0	110,0
IMC6	28,6504	5,78318	18,40	44,10
EDEMA6	1,44	0,512	1	2
AU6	29,537	7,0032	20,0	83,0
BCF6	141,926	19,3455	1,0	176,0
MF6	1,462	0,8116	1,0	3,0
PROF6	2,145	0,7904	1,0	3,0

Observou-se que o início do pré-natal foi em média de 13,67 semanas de idade gestacional. O Ministério da Saúde<sup>1</sup> que recomenda o início do acompanhamento pré-natal até a 12ª semana gestacional, ainda no primeiro trimestre de gestação. O início adequado do pré-natal tem influências positivas no bom desenvolvimento da gestação, através de promoção da saúde e identificação precoce de fatores que possam causar riscos à mãe e ao concepto, garantindo ações que corroborem pra boa evolução da gestação.

Na avaliação dos registros das variáveis observadas sobre a primeira consulta, observou-se que: 90,9% dos cartões houve ausência de registros da variável referente ao edema. Foi avaliado a frequência de consultas realizadas por cada profissional (médico e enfermeiro) que prestaram a assistência pré-natal, com isso, observou-se que na totalidade dos cartões avaliados, na primeira consulta, 8,7% das consultas foram realizadas por médicos, 56,8% por enfermeiros e em 34% não haviam registros de identificação dos profissionais. Visto que médicos e enfermeiros possuem características específicas em suas consultas, recomenda-se que as consultas de pré-natal sejam intercaladas entre estes profissionais.<sup>17</sup>

Nos dados referentes à sexta consulta, podemos observar o não preenchimento de 93,4% das informações referentes à presença ou ausência de edema; 54,8% referentes à altura uterina; 71,8% referentes aos BCF; 52,2% de não registros da variável dos movimentos fetais. Quanto aos profissionais que realizaram a assistência na sexta

consulta, 14,9% foram médicos; 21,6% enfermeiros e 63,5% não continha registro de profissionais que realizaram o atendimento.

Na avaliação dos registros dos exames realizados na primeira durante o pré-natal, foi observado, a partir da presença de registros encontrados nos cartões que 90% continham a informação da tipagem sanguínea e fator Rh, 89,2% sobre o exame de glicemia em jejum, 88% do anti-HIV, 87% hemoglobina e hematócrito, 85,5% VDRL, 83,4% Urina tipo I, 46,1% outros exames. O Ministério da Saúde recomenda a solicitação dos exames laboratoriais para o adequado acompanhamento gestacional, pois a solicitação de exames e análise dos resultados pelos profissionais de saúde em tempo hábil são essenciais na detecção de possíveis alterações, permitindo o diagnóstico precoce de doenças, favorecendo realização de tratamento e cura, evitando complicações para mãe e concepto.<sup>1</sup>

Dos dados referentes à vacinação antitetânica das gestantes observou-se que 52,3% receberam a vacina: 7,1% apenas a 1ª dose; 6,6% a 2ª dose; 18,7% a 3ª dose e 19,9% o reforço. A vacinação da gestante com anatoxina tetânica promove um nível de antitoxina para proteção de tétano obstétrico e acidental. A administração obrigatória da vacina antitetânica é importante para a prevenção do tétano neonatal, que se mostra como um problema de saúde pública na maioria dos países subdesenvolvidos.<sup>18-20</sup>

Dentre os resultados encontrados na avaliação da variável correspondente à vacinação contra hepatite B, 45, 2% dos cartões apresentaram o registro desta vacina,

sendo que 6,2% apenas a 1ª dose, 12,4% até a 2ª dose, 26,6% até a 3ª dose e 54,8% não apresentaram registro de vacinação. Por haver risco das gestantes não vacinadas contra hepatite B de contrair a doença e ou transmiti-la verticalmente, o PNI (Programa Nacional de Imunização) reforça a importância de que a gestante seja vacinada após o primeiro trimestre de gestação, independentemente da faixa etária. O esquema de vacinação deve ser seguido de acordo com os calendários de vacinação do adolescente e do adulto. O PNI recomendada às gestantes após o primeiro trimestre de gestação três doses com o intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira. A vacinação contra Hepatite B não oferece nenhum risco adicional ao feto.<sup>18-20</sup>

## CONCLUSÃO

A maioria dos cartões de pré-natal da gestante, apresentou um preenchimento satisfatório dos registros das variáveis correspondentes aos campos: identificação, aspectos sociodemográficos, antecedentes familiares, antecedentes pessoais e exames laboratoriais solicitados na primeira consulta de pré-natal da gestante, no entanto, na análise dos registros realizados no campo das variáveis dos antecedentes obstétricos, percebe-se que há uma enorme falta de preenchimento dos registros. No que se refere aos registros realizados a cada consulta, verificou-se inadequação do preenchimento da maioria das variáveis, destacando o registro dos batimentos cardíacos, do edema, da altura uterina e dos movimentos fetais.

A maioria dos registros dos cartões foi feito por enfermeiros, mostrando a assistência unilateral, pois, a gestante deveria receber cuidados e orientações multiprofissionais.

As falhas no preenchimento dos registros da variável vacinação mostraram que os profissionais não estão dando real importância ao devido preenchimento desta variável, pelo elevado número de cartões sem registro.

Os registros nos cartões de pré-natal não foram preenchidos satisfatoriamente, visto que estavam incompletos, prejudicando a continuidade da assistência prestada, demonstrando necessidade da valorização do registro de informações no cartão de pré-natal das gestantes por parte dos profissionais de saúde.

Vale ressaltar, a importância de ampliar os estudos acerca dessa temática, visto que as pesquisas com o foco no cartão de pré-natal da gestante são ainda muito insuficientes.

Portanto, sugere-se que mais pesquisas de campo sejam realizadas.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2016 Aug 12]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área técnica da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [cited 2016 Aug 12]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)
3. Rasia ICRB, Albernaz E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev bras saúde matern infant [Internet]. 2008 Oct/Dec [cited 2016 Aug 12];8(4):401-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n4/05.pdf>
4. Barreto FDFP, Albuquerque RM. Discrepância entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. Rev bras ginecol obstet [Internet]. 2012 June [cited 2016 Aug 12];34(6):259-67. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n6/v34n6a04.pdf>
5. Gus I, Fichmann A, Medina C. Prevalence of risk factors for coronary artery disease in the brazilian state of Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2002 May [cited 2016 Aug 12];78(5):484-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v78n5/9378.pdf>
6. Misago C, Freitas P, Kendall C, Haneda K, Silveira D, Onuky D, et al. From 'culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience': changes in five municipalities in north-east Brazil. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2001 Nov [cited 2016 Aug 12];75(Suppl 1):67-72. [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(01\)00511-2/pdf](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(01)00511-2/pdf)
7. Carniel EF, Zanolli ML, Almeida CAA, Morcillo AM. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. Rev bras saúde matern infant [Internet]. 2006 Oct/Dec [cited 2016 Aug 12];6(4):419-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/09.pdf>

8. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com indicadores obstétricos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2001 July/Aug [cited 2016 Aug 12];17(4):1025-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5309.pdf>
9. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA, editors. *Rotinas em Obstetrícia*. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
10. Ceolin T, Casarin ST, Heck RM. Fatores associados ao planejamento familiar. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2008 [cited 2016 Aug 12];2(4): 378-84. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/323/pdf\\_3](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/323/pdf_3)
11. Cunha MA, Mamede MV, Dotto LMG, Mamede FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2009 Jan/Mar [cited 2016 Aug 12];13(1):145-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20.pdf>
12. Marano D, Gama SGN, Domingues RMSM, Souza Junior PRB. Prevalence and factors associated with nutritional deviations in women in the pre-pregnancy phase in two municipalities of the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2014 Jan/Mar [cited 2016 Aug 12];17(1):45-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n1/1415-790X-rbepid-17-01-00045.pdf>
13. Kroeff LR, Mengue SS, Schmidt MI, Duncan BB, Favoretto ALF, Nucci LB. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2004 Apr [cited 2016 Aug 12];38(2):261-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19787.pdf>
14. Saraiva Filho SJ, Moron AF, Bailão LA, Rizzi MCS, Nakamura MU. Repercussões do tabagismo na ultra-sonografia da placenta e a doplervelocimetria útero-placentária. *Rev bras ginecol obstet* [Internet]. 2006 June [cited 2016 Aug 12];28(6):340-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n6/31887.pdf>
15. Peixoto CR, Freitas LV, Teles LMR, Campos FC, Paula PF, Damasceno AKC. O pré-natal na atenção primária: O ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2011 Apr/June [cited 2016 Aug 12];19(2):286-91. Available from:
16. Mattos AG, Lacaz CS, Zacchi MAS, Gorga P. Proteção do recém-nascido contra o tétano pela imunização ativa da gestante com antitoxina tetânica: estudo original de 1953. *Rev paul pediatr* [Internet]. 2008 Dec [cited 2016 Aug 12];26(4):315-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n4/a02v26n4.pdf>
17. Santos Neto ET, Leal, MC, Oliveira AE, Zandonade E, Gamal SGN. Concordância entre informações do cartão da gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 Feb [cited 2016 Aug 12];28(2):256-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/05.pdf>
18. Vieira LJ, Oliveira MHP, Lefevre F. O uso da expressão "mal-de-sete-dias" por mães de crianças que morreram de tétano neonatal em Minas Gerais (1997-2002). *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2006 Jan/Mar [cited 2016 Aug 12];15(1):51-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a06v15n1.pdf>

Submissão: 12/07/2016

Aceito: 03/04/2017

Publicado: 15/07/2017

Correspondência

Tarcylla Gomes Campos

Rua 12, 340

Vila do BEC

CEP: 65632-160 – Timon (MA), Brasil