

# ANÁLISE DA QUALIDADE DOS REGISTROS DURANTE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

*Data quality review during prenatal care*

Artigo Original

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a qualidade dos dados da assistência pré-natal registrados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Município de Jijoca - Ceará. **Métodos:** Tratou-se de uma pesquisa quantitativa documental, na qual foram analisadas 71 fichas obstétricas das gestantes que realizaram pré-natal em 2006. As variáveis estudadas compreenderam aquelas obtidas pela análise da qualidade dos dados do preenchimento da ficha obstétrica padrão referente aos aspectos socioeconômicos, antecedentes familiares, obstétricos e pessoais e os dados relacionados à gravidez em curso. **Resultados:** Das 71 fichas analisadas, em 70 (98,6%) destas os dados socioeconômicos estavam preenchidos de maneira satisfatória. Os dados referentes aos antecedentes de morbidade familiares e pessoais, além dos antecedentes ginecológicos e obstétricos das gestantes estavam completos em 100% (71) das fichas. Referente aos dados da gravidez atual coletados na anamnese da primeira consulta, detectou-se que 47 (66,2%) foram devidamente preenchidos, enquanto em 24 (33,8%) das fichas faltavam dados importantes como a estatura e o peso das gestantes. Do total de fichas obstétricas, apenas em 60 (84,5%) havia registros de todos os exames laboratoriais obrigatórios do 1º trimestre e destaca-se que em somente 43 (60,6%) das fichas verificou-se o preenchimento adequado dos exames do 3º trimestre. Detectou-se ainda que somente em 6 (8,5%) das fichas havia dados relativos à curva altura uterina/idade gestacional. **Conclusão:** Neste estudo, verificou-se o preenchimento adequado das fichas, no entanto, encontrou-se um número elevado de não preenchimento ou de forma incompleta no tópico referente aos gráficos de peso/idade e curva uterina/idade.

**Descritores:** Cuidado Pré-Natal; Avaliação em Enfermagem; Gravidez.

## ABSTRACT

**Aim:** To review the quality of prenatal care data registered by the professionals from the Family Health Strategy (ESF) in Jericoacoara city – Ceara State – Brazil. **Methods:** This was a quantitative and documental study, in which were analyzed 71 obstetric records of pregnant women who underwent prenatal care in 2006. The studied variables comprised those obtained by data quality review of standard obstetric records regarding to socioeconomic aspects, family history, personal and obstetric and the data related to current pregnancy. **Results:** Among the 71 obstetric records reviewed, in 70 of them (98.6%), the socioeconomic data were completed satisfactorily. The data concerning the history of familiar and personal morbidity, besides obstetric and gynecological history of the pregnant women were 100% (71) complete. Referring to the data of current pregnancy collected during the anamnesis of the first medical appointment, it was detected that 47 (66.2%) were filled in properly, while in 24 (33.8%) of them there were missing important data, such as height and weight of the pregnant women. From all obstetric records, in only 60 (84.5%) there were the registers of all laboratory tests compulsory for the first trimester of pregnancy and it's highlighted that only 43 (60.6%) of the records were filled in properly regarding the lab tests of the third trimester. It was yet verified that in only 6 (8.5%) of the records there was information related to the curve of uterine height/gestational age. **Conclusion:** In this study, the adequate filling of obstetric records was observed, although we found a great number of lack or of incomplete registers in the topic related to the graphs of height/weight and the curve of uterine height/gestational age.

**Descriptors:** Prenatal Care; Nursing Assessment; Pregnancy.

Alison Alves de Farias<sup>(1)</sup>  
Rita Neuma Dantas Cavalcante  
de Abreu<sup>(2)</sup>  
Eliane Magalhães de Brito<sup>(3)</sup>  
Thereza Maria Magalhães  
Moreira<sup>(4)</sup>  
Lucilane Maria Sales da Silva<sup>(4)</sup>  
Silvânia Maria Mendes  
Vasconcelos<sup>(5)</sup>

1) Prefeitura Municipal de Jijoca de Jericoacoara

2) Universidade de Fortaleza - UNIFOR - (CE)

3) Prefeitura Municipal de Fortaleza - (CE)

4) Universidade Estadual do Ceará - UECE - (CE)

5) Universidade Federal do Ceara - UFC - (CE)

Recebido em: 23/06/2008

Revisado em: 14/05/2009

Aceito em: 08/08/2009

## INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é o primeiro passo para a vivência da gestação, parto e nascimento saudável e humanizado. Todas as mulheres têm o direito constitucional de ter acesso ao pré-natal. Os objetivos principais dessa assistência são a proteção à maternidade e promoção de saúde das mulheres durante a gravidez, parto e aleitamento, e os cuidados a serem dispensados à criança<sup>(1)</sup>.

Constituem ainda propósitos básicos da assistência pré-natal: assistir psicologicamente a gestante; orientar os hábitos de vida; prepará-la para a maternidade; evitar o uso de medicação e de medidas que se tornem perigosas para o conceito; tratar os pequenos distúrbios habituais da gravidez; fazer a profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças próprias da gestação ou nela intercorrentes, e orientar sobre puericultura<sup>(2)</sup>.

Assim, a atenção pré-natal representa uma oportunidade para as mulheres receberem assistência adequada, um espaço onde possam expor suas dúvidas e sentimentos, serem ouvidas e esclarecidas. Constitui-se um exercício de promoção da saúde física e mental da gestante, mediante a identificação das alterações próprias da gravidez e os encaminhamentos necessários, a fim de evitar repercussões prejudiciais ao feto. É preciso se dispensar às gestantes um atendimento respeitoso, acolhedor e competente. Exige-se, portanto, grande responsabilidade dos profissionais de saúde<sup>(3)</sup>.

A primeira consulta pré-natal deverá contemplar aspectos importantes como a realização da história clínica e exame físico completo, solicitação de exames laboratoriais, ultra-sonografias e principalmente são dadas orientações sobre a saúde em geral. Durante todas as consultas, será essencial a monitoração do peso materno, pressão arterial, a medida da altura uterina (AU) e batimentos cardíacos (BCF). Um dado importante é a Data da Última Menstruação (DUM), fundamental para que o examinador possa calcular a Data Provável do Parto (DPP), bem como saber a idade gestacional do feto<sup>(1,2)</sup>.

A redução das taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal dependem, significativamente, da avaliação da assistência pré-natal, uma vez que a qualidade dessa assistência tem relação estreita com os níveis de saúde de mães e conceitos<sup>(4)</sup>.

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no Sistema Único de Saúde (SUS), partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e

Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe. Apesar da ampliação na cobertura, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, o fato de a hipertensão arterial ainda ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil, e o fato de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas<sup>(1)</sup>.

No Ceará, estudo realizado em 2001, na 4ª microrregião de saúde do Estado (Baturité) e na Secretaria Estadual de Saúde (SES-CE), revelou excelente cobertura da população por equipes de Programa Saúde da Família (PSF). Contudo, ainda foram evidenciados obstáculos importantes a uma boa qualidade do pré-natal, como: um percentual significativo de gravidez na adolescência, que deve ser trabalhado em uma etapa anterior, com a garantia de serviços de planejamento familiar; e a ausência de padronização na dinâmica das consultas médicas e de enfermagem, o que merece uma reflexão a respeito de a assistência ser oferecida por médicos e enfermeiros, intercalando consultas e adotando a prática de interconsulta, embasados por protocolo, em uma perspectiva do trabalho em equipe, tendo-se a compreensão de que consultas médicas e de enfermagem não se sobrepõem<sup>(4)</sup>.

Sabe-se, portanto, que a qualidade do pré-natal garante resultados decisivos e relevantes. O acompanhamento inadequado é tão prejudicial quanto a ausência do pré-natal, pois não basta que a mulher seja acompanhada pelo profissional de saúde, é preciso que assistência seja periódica e que o especialista esteja atento às demandas da gestante<sup>(5)</sup>.

As anotações realizadas pelo médico, como também pelo enfermeiro, deverão ser registradas tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante. Em cada consulta, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal<sup>(1)</sup>.

A ficha obstétrica tem sido utilizada como um instrumento da assistência pré-natal. Entretanto, para a eficácia de seu uso, o registro de todas as avaliações de forma abrangente e racional é importante, por facilitar a comunicação de informações entre as equipes de assistência, visto que os profissionais da atenção primária envolvidos nessa assistência nem sempre são os mesmos. Além disso, trata-se de um instrumento para avaliação e evolução da gravidez.

A qualidade dos dados registrados pelos profissionais representa um ponto crítico, que necessita ação contínua de monitoramento e investimento institucional, para que a informação fornecida seja mais verdadeira possível e capaz de atender às necessidades de análise, gestão e planejamento, pesquisa clínica, processos legais e outros<sup>(6)</sup>.

Reforçando a grande responsabilidade profissional que envolve o preenchimento dos registros, salienta-se que não basta o registro banal, descuidado e automatizado dos resultados obtidos, sendo necessária uma análise crítica desses dados e sua inter-relação com o quadro clínico para que haja adequada interpretação.

O interesse pelo tema surgiu durante as consultas de enfermagem no pré-natal e puerpério em uma Unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), onde foi observado o elevado número de gestantes que realizam acompanhamento mensal. Também não havia, no município, dados sobre a avaliação da assistência pré-natal prestada pelos profissionais de saúde, com isso seria interessante o desenvolvimento de um estudo deste tipo.

Assim, decidiu-se realizar esse estudo com o objetivo de analisar a qualidade dos dados da assistência pré-natal registrados pelos profissionais de uma unidade de saúde da família do Ceará.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva, de natureza quantitativa, realizada em fichas de pré-natal de gestantes de um município litorâneo do Ceará, que tem cinco unidades de atenção básica à saúde da família para assistir os moradores de suas zonas rural e urbana. São atendidas na área referente à saúde da mulher, por meio de consultas pré-natal e puerpério, planejamento reprodutivo e prevenção do câncer ginecológico e de mama; saúde da criança, pela puericultura; e assistência a doenças crônicas degenerativas, transmissíveis ou não. A unidade da sede foi escolhida por ser o local de trabalho de um dos autores da pesquisa.

A população deste estudo recaiu sobre universo das gestantes da referida unidade que concluíram sua assistência pré-natal em 2006, totalizando 71 fichas.

O instrumento de coleta de dados constituiu-se de um *check-list*, por meio do qual se fez análise da qualidade pelo preenchimento ou não dos quesitos contidos na ficha obstétrica padrão. Essa se encontrava subdividida em: dados socioeconômicos; antecedentes familiares, pessoais e obstétricos, dados da gravidez atual (peso, altura, data da última menstruação, data provável do parto e estado vacinal), das consultas pré-natais (pressão arterial, altura uterina e batimentos cardíacos), resultados de exames laboratoriais realizados no primeiro e terceiro trimestres gravídicos - hemoglobina/hematócrito (Hb/Ht), glicemia, VDRL, tipagem sanguínea, fator Rh e sumário de urina), bem como as curvas de peso e altura correlacionados com idade gestacional.

A coleta de dados teve realização entre agosto e outubro de 2007, por ocasião da realização de monografia de conclusão da Especialização em Enfermagem Clínica. Os dados obtidos foram agrupados e descritos com base em estatística descritiva pela frequência simples e percentual, sendo discutidos com base na literatura pertinente. A qualidade das anotações nas fichas recebeu o olhar de verificação pela sua completude ou não.

O estudo seguiu a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(7)</sup> e seu projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará - UECE, sob o número do protocolo 07290204-3.

A principal dificuldade foi na limitação da pesquisa aos dados já coletados, não permitindo sua ampliação e a facilidade do estudo se deu por se tratar de pesquisa com dados existentes, tornando factível o acesso aos dados.

## RESULTADOS

O preenchimento pelos profissionais de saúde dos dados contidos nas Fichas Obstétricas encontra-se na Tabela I.

Tabela I - Informações registradas pelos profissionais de saúde nas Fichas Obstétricas, Município Litorâneo do Ceará, 2006. (n=71)

Ítems das fichas obstétricas	N	%
Antecedentes de morbidade familiares e pessoais	71	100
Dados Socioeconômicos	70	98,6
Exames 1º trimestre	60	84,5
Gravidez atual	47	66,2
Exames 3º trimestre	43	60,6
Curva peso/idade gestacional	6	8,5

Avaliou-se todos os prontuários referentes ao seguimento pré-natal, totalizando 71 fichas obstétricas. Referente aos dados socioeconômicos das gestantes 70 (98,6%) estavam preenchidas de maneira satisfatória, em apenas uma (1,4%) identificou-se a falta do registro da idade da gestante.

Os antecedentes de morbidade familiares e pessoais estavam presentes nas anotações em todas as 71 (100%) fichas analisadas. Em relação aos antecedentes ginecológicos e obstétricos das gestantes, constatou-se que os dados estavam também completos na totalidade das fichas.

Em relação aos dados da gravidez atual (peso, altura, data da última menstruação -DUM, data provável do parto -DPP e estado vacinal), realizados na anamnese da primeira

consulta, detectou-se que em 47 (66,2%) foram preenchidos devidamente, enquanto em 24 (33,8%) das fichas faltavam dados importantes como a estatura de 22 gestantes e o peso de outras seis. Vale destacar que a DUM, DPP e estado vacinal das gestantes foram preenchidos pelos profissionais de saúde.

Neste estudo, observou-se o não preenchimento das fichas obstétricas de dados importantes como a data da consulta em uma das fichas, a pressão arterial em outra, a altura uterina em duas e os batimentos cardíofetais (BCF's) em três fichas.

Quanto ao preenchimento dos resultados dos exames laboratoriais realizados no 1º trimestre, do total de 71 fichas obstétricas, em 11 (15,5%) não haviam todos os exames de rotina do 1º trimestre devidamente anotados, apenas em 60 (84,5%) haviam registros de todos esses exames. Nos prontuários estudados, em dois não haviam resultados de Hemoglobina/Hematócrito (Hb/Ht), sete não demonstravam resultados de glicemia, três de VDRL e dois os resultados da tipagem sanguínea e fator Rh.

Quanto aos dados relativos aos exames obrigatórios de rotina a serem realizados no terceiro trimestre, em 43 (60,6%) foi verificado o preenchimento adequado das fichas, porém verificou-se que ocorreram falhas em 28 (39,4%) fichas obstétricas. Alguns resultados de exames não estavam expostos, como glicemia plasmática, num total de 28; VDRL em falha em 27 fichas; e de urina num total de 19 casos.

Ao verificar o preenchimento da curva peso/idade gestacional observou-se que 65 (91,5%) dos casos não estavam corretamente preenchidos. Detectou-se que somente em 6 (8,5%) das fichas havia dados relativos à curva altura uterina/idade gestacional.

## DISCUSSÃO

Sabe-se que o comportamento das características socioeconômicas relaciona-se direta ou indiretamente com outros fatores de risco para mortalidade neonatal precoce (características reprodutivas e biológicas maternas, condições da gestação, acesso e qualidade dos serviços de saúde e características do recém-nascido). Ao investigar as características socioeconômicas de gestantes, alguns autores<sup>(8)</sup> encontraram que, em comparação com as gestantes analfabetas, as portadoras de escolaridade superior a oito anos apresentaram percentuais maiores tanto da procura pelo pré-natal no primeiro trimestre, quanto da média de consultas.

A ausência do registro da idade de uma gestante constitui fator preocupante se levarmos em consideração que a idade materna inferior a 16 ou superior a 35 anos é um fator de

risco gestacional<sup>(9)</sup>. Assim, é necessário saber a idade da gestante, pois as possíveis complicações desfavoráveis dela decorrentes podem ser compensadas, mediante adequada assistência pré-natal e conduta obstétrica<sup>(3)</sup>.

O registro dos antecedentes de morbidade familiares e pessoais das gestantes é fundamental para o acompanhamento e a tomada de decisões sobre ações e procedimentos preventivos e terapêuticos em relação a doenças crônicas, doenças infecto-contagiosas e mesmo anomalias e malformações genéticas<sup>(10)</sup>.

A presença dos antecedentes ginecológicos e obstétricos na ficha da gestante permite principalmente o mapeamento de riscos aos quais a sua gravidez pode estar exposta e a possibilidade de melhorar as orientações e encaminhamentos em cada momento da gestação. A determinação de risco nem sempre é uma tarefa fácil face ao encadeamento de fatores intervenientes, tornando o registro de dados de suma importância.

Os dados da gravidez atual, incluindo estatura e peso anterior à gestação, indicam parâmetros para o posterior acompanhamento da evolução da gravidez, em especial no que diz respeito ao ganho de peso ponderal, considerando-se o índice de massa corpórea (IMC) anterior a gestação e a modificação deste nas demais consultas. Diante dos dados que demonstraram a ausência de dados importantes nas fichas obstétricas como: a data em que foi realizada a consulta, a pressão arterial, a altura uterina e os batimentos cardíofetais (BCF's), surge um questionamento: os dados estão sendo coletados e não registrados ou não há coleta dos mesmos?

O objetivo de verificar a pressão arterial a cada consulta pré-natal é detectar precocemente a doença hipertensiva da gravidez. Esta, constitui-se em uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal, por apresentar alto risco de morbidade e mortalidade para o binômio mãe-filho<sup>(11)</sup>.

Por meio da ausculta dos batimentos cardíacos fetais pode-se constatar, a cada consulta, a presença, o ritmo, a frequência e a anormalidade dos batimentos. As Normas da Assistência Pré-Natal<sup>(1)</sup> sugerem a ausculta de BCF entre a 7.<sup>a</sup> e 10.<sup>a</sup> semana de gestação, com auxílio do Sonnar Doppler e após a 24.<sup>a</sup> semana, com o estetoscópio de Pinnar.

Apesar do registro de 84,5% dos exames de rotina do 1º trimestre, considera-se este número baixo, tendo em vista que a cobertura deveria ser de 100%. Vale salientar que só a partir destes exames, o pré-natal realmente consegue alcançar com êxito que se propõe.

Resumidamente, esses exames servem para detectar possíveis alterações hematológicas (anemia, alterações da coagulação, incompatibilidade do fator Rh), diabetes, infecções simples, (como urinária), ou mais complexas,

(como sífilis), toxoplasmose, rubéola, hepatite B e C e também o HIV<sup>(2)</sup>. Por isto a grande importância de serem realizados, sendo escritos nos cartões das gestantes e prontuários para acompanhamento adequado.

O elevado percentual de ausência de registros dos exames obrigatórios no terceiro semestre pode estar ocorrendo em virtude da não solicitação desde ou de solicitação e não realização ou mesmo da realização e não anotação do exame no prontuário da gestante. Há ainda a possibilidade de não ter havido tempo para realização dos exames por motivo de ingresso tardio no pré-natal.

Uma análise<sup>(8)</sup> de 370 cartões de gestantes a termo internadas em uma maternidade constatou que, no momento da internação, 7% das gestantes não portavam a tipagem ABO-Rh. Não houve registros da dosagem de Hb/Ht em 21,6% dos cartões, do exame de urina tipo 1 em 30%, do VDRL em 23% e da glicemia em 31,1%. A testagem anti-HIV e o exame colpocitológico (Papanicolau) também não foram anotados em 34,1% e 91,4% dos cartões analisados, respectivamente.

Outra pesquisa<sup>(12)</sup>, referente aos procedimentos do pré-natal, encontrou ausência de avaliação da apresentação fetal e o não registro do exame para triagem de diabetes em 27,1% e 46,8% dos registros, respectivamente. Os autores enfatizam que estes dados são preocupantes pela possibilidade de estar sendo perdida a oportunidade de diagnósticos precoces e prevenção de complicações. No caso dos exames para a diabetes, a média de idade das mulheres e história reprodutiva pouco sugestiva, aliada à introdução de um método de rastreamento da doença de maior complexidade, podem explicar a baixa aceitação por profissionais e usuárias<sup>(12)</sup>.

Na nossa realidade observamos que, às vezes, as gestantes não realizam os últimos exames gestacionais por acomodação. Acredita-se que há falta uma conscientização das gestantes sobre a importância desses exames para a sua saúde e do recém-nascido.

O alto percentual de ausência de preenchimento correto da curva peso/idade gestacional leva à conclusão de que este item não está sendo reconhecido como um fator de importância no acompanhamento da gestação.

O ganho de peso durante a gestação expressa tanto o crescimento fetal quanto a expansão de tecidos maternos (placenta, tecido adiposo, útero e mamas), o aumento de líquido extracelular e do volume sanguíneo, e a formação de líquido amniótico. O aumento de peso excessivo durante a gravidez tem sido associado a maior incidência de complicações obstétricas. Ressalta-se também que a ausência de ganho ou a perda de peso podem estar

associados a um crescimento fetal insuficiente, e por isso o peso da gestante deve ser monitorado adequadamente no pré-natal<sup>(1,10,13)</sup>.

Vale lembrar que alta prevalência de obesidade é observada, principalmente na população feminina. Estudos têm apontado o ganho de peso excessivo durante a gestação como um dos fatores associados à obesidade em mulheres<sup>(14)</sup>.

O índice de apenas 8,5% de preenchimento da curva altura uterina/idade gestacional nas fichas obstétricas é preocupante, visto que a altura uterina é um parâmetro relevante para avaliação do crescimento fetal. O uso de uma curva-padrão de crescimento uterino permite correlacionar a idade gestacional calculada a cada consulta com as medidas obtidas e, situando-se no gráfico, ter uma visão da evolução da gestação e identificar desvios do desenvolvimento fetal<sup>(9)</sup>. Dentro de unidades de saúde que acompanham mulheres com pré-natal de baixo risco estes dados são importantes e podem ajudar muito na determinação ou confirmação da idade gestacional. Este fato ganha uma relevância bem maior se considerarmos que nestas unidades faltam recursos tecnológicos e aparelhagens sofisticadas.

## CONCLUSÕES

Neste estudo, verificou-se o preenchimento das fichas de forma adequada na maioria dos casos, no entanto, encontrou-se um número elevado, ou de forma incompleta no tópico referente aos gráficos de peso/idade e curva uterina/idade. Esta deficiência encontrada compromete a qualidade da assistência pré-natal, tendo em vista que fica-se sem dados para comparação de uma consulta para outra e, por meio do acompanhamento adequado do gráfico, pode-se evitar complicações no decorrer da gestação.

É necessária uma descrição mais detalhada dos resultados de exames pelos integrantes da equipe da Estratégia Saúde da Família. Cabe ressaltar que a qualidade do pré-natal envolve também outros fatores, não estando vinculada somente ao preenchimento das fichas, podendo ser objeto de outras pesquisas.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica da Saúde da Mulher. Assistência pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia Fundamental. 10ª ed. Guanabara Koogan; 2006.

3. Silva ET, Caetano JA, Silva ARV. Assistência Pré-natal de um serviço de atendimento secundário. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2006;19(4):216-23.
4. Moura ERF, Holanda Júnior F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(6):1791-9.
5. Nogueira MI. Assistência pré-natal: praticas de saúde a serviço de vida. São Paulo: Hucitec; 2000.
6. Baran M. Registros de saúde, Escola Politécnica Joaquim Venâncio. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(3):244.
7. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 196/96. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1996.
8. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Milani Coutinho L. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(10):717-24.
9. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em Obstetrícia. 4<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
10. Ministério da Saúde (BR). Assistência Pré-Natal: manual técnico. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde; 2006. 66p.
11. Oliveira SMJV, Persinotto MOA. Revisão de Literatura em enfermagem sobre hipertensão arterial na gravidez. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(3):214-22.
12. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(suppl.2).
13. Andreto LM, Sousa AI, Figueiro AJN, Cabral JEF. Fatores associada ao ganho de peso ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2401-9.
14. Oliveira AF. Estudo sobre validação das informações de peso e estatura em gestantes no município do Rio de Janeiro. 2001. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

**Endereço para correspondência:**

Silvânia Maria Mendes Vasconcelos  
Rua Barão de Aracati, 444.  
Fortaleza-Ceará.  
E-mail: silvania\_vasconcelos@yahoo.com.br