



A importância do registro do acompanhamento do período gestacional para a neonatologia

*Ferkenia Milles dos Santos Lima¹; Cícera Cláudia Gomes Bitu Leandro²
Martha Maria Macedo Bezerra³*

Resumo: Para que a mulher grávida obtenha um acompanhamento gestacional de qualidade e apto a proporcionar melhores condições de desenvolvimento para seu filho, é preciso que ela frequente as consultas de pré-natal. A caderneta de acompanhamento da Gestação se trata de instrumento de registro e transmissão de dados colhidos durante o período gestacional da mulher e que são fundamentais para que seja possível conferir um acompanhamento completo ao recém-nascido logo após o parto. É importante que os profissionais possam participar continuamente de cursos de aperfeiçoamento para atuação na área de assistência pré-natal, pois o incentivo e melhoria do preenchimento desse documento é de grande valia, oportunizando um acompanhamento de maior qualidade e com uma abordagem mais qualificada para a gestante e o recém-nascido.

Palavras-chave: Neonatologia, Acompanhamento Pré-Natal, Caderneta da gestante.

The importance of recording the monitoring of the gestational period for neonatology

Abstract: For the pregnant woman to obtain a quality gestational follow-up and able to provide better development conditions for her child, she must attend prenatal consultations. The Pregnancy Monitoring Booklet is a tool for recording and transmitting data collected during the woman's gestational period and which are essential for it to be possible to provide complete monitoring to the newborn right after delivery. It is important that professionals can continuously participate in training courses to work in the area of prenatal care, as the incentive and improvement in filling out this document is of great value, providing the opportunity for higher quality monitoring and with a more qualified approach to the pregnant woman and the newborn.

Keywords: Neonatology, Prenatal Monitoring, Pregnant woman's handbook.

¹ Graduação em Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Vale do Salgado, Brasil. ainekref@hotmail.com;

² Graduação em pedagogia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú e graduação em história pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio.

³ Doutorado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina do ABC -Sao Paulo. Mestrado em Educação pela Universidade Estadual do Ceará. marthamacedo2016@gmail.com.

Introdução

No Brasil, orienta-se que esse acompanhamento gestacional deve começar tão logo a mulher descubra sobre sua gravidez. As consultas devem ser mensais até a 28ª semana da gestação, quinzenal da 29ª até a 36ª semana e semanal a da 37ª semana até o final da gestação.

Essa caderneta se trata de instrumento de registro e transmissão de dados colhidos durante o período gestacional da mulher e que são fundamentais para que seja possível conferir um acompanhamento completo ao recém-nascido logo após o parto. Esse documento reúne informações relevantes para o seguimento dos cuidados com a grávida e do seu bebê, razão pelo qual deve ser preenchido com cautela e atenção, bem como que deve ser motivado o seu uso pela gestante (SANTO *et al*, 2017).

A presença de um registro completo e confiável sobre a gestação da mulher permite uma abordagem direcionada as suas necessidades e de seu bebê no período do pós-parto, o que possibilita a tomada de decisões corretas para a preservação da saúde e bem-estar dos pacientes. Com isso, nota-se a importância desses registros para que o médico possa acompanhá-los da melhor forma possível.

O que antes ficava a cargo do destino, hoje pode ser diagnosticado com brevidade e resolvido em tempo hábil com o uso de medicamentos. Mesmo que com esse acompanhamento só possam ser detectadas e corrigidas pequenas alterações, muitas vezes essas são fundamentais para o nascimento de um bebê saudável (SALDANHA, 2014).

A medicina moderna tem contribuído muito para a diminuição da mortalidade perinatal, devido aos avanços da neonatologia, bem como pelos cuidados conferidos a grávida e ao feto durante o pré-natal. Isso pode ser facilmente notado na profilaxia da transmissão de HIV 1 e 2, da infecção neonatal por *Streptococcus B* e no aprimoramento da maturação pulmonar em fetos com risco de nascerem de forma prematura.

Na atual conjuntura, a dinâmica que usualmente se presencia em hospitais não oportuniza um prévio diálogo entre o obstetra e o pediatra responsável pela avaliação do recém-nascido. Nesse cenário, o Boletim de Saúde da Grávida se apresenta como instrumento importante, uma vez que se trata de documento responsável pela coleta, registro e transmissão de dados (SALDANHA, 2004).

Com base nisso, o presente artigo objetiva ressaltar a importância desse documento, uma vez que ele representa um meio de comunicação entre o médico da gestante e o pediatra que irá analisar o bebê ao nascer. Além disso, comentaremos acerca da relevância de anotações de

qualidade nesse documento, para que ele contenha o registro dos itens que sejam essenciais para a análise médica.

A Caderneta da Gestante

Criada em 1988, trata-se de documento responsável por recolher diversas informações, da forma mais completa possível, da gravidez permitindo o acompanhamento e o fácil acesso as informações sobre a gestação de uma mulher. É ferramenta utilizada para a coleta e registro de dados, resultados de exames e demais procedimentos realizados, oportunizando, assim o adequado monitoramento da evolução da gestação (GONZALES, CÉSAR, 2019).

Assim, constitui instrumento essencial na coleta e transmissão de dados sobre a saúde da gestante e do bebê, que visa garantir a circulação das informações entre os profissionais envolvidos, desde os cuidados hospitalares primários, até o obstetra e o pediatra que irá avaliar o recém-nascido. Essas informações são fundamentais para que os profissionais da saúde possam tomar as decisões adequadas no sentido de garantir o bem-estar da mãe seu bebê durante a gestação e no período pós-parto (SANTO ET AL, 2017; GONZALES, CÉSAR, 2019).

Desde seu surgimento, a Caderneta da Gestão já sofreu diversas modificações. Inicialmente, em suas primeiras versões, dentre os dados anotados, estavam as características demográficas da gestante, histórico reprodutivo, possíveis morbidades existentes e o resultado de alguns exames clínicos e laboratoriais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988).

Várias adaptações correram desde então, sendo as mais relevantes as realizadas em 2015, que trouxeram uma grande reformulação desse instrumento. Houve a inclusão de informações sobre como ter gravidez saudável, sobre desenvolvimento do bebê, bem como sobre amamentação e direitos da mulher gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Em 2016, foram acrescentadas informações sobre como se prevenir e se proteger contra a dengue e sobre a prevenção e tratamento da sífilis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

É recomendado que a gestante sempre esteja com sua caderneta em suas consultas de pré-natal, realização de exames e demais procedimentos correlatos, cabendo aos profissionais da saúde a responsabilidade de registrar devidamente todos os dados necessários, a fim de garantir qualidade e continuidade da assistência e fluxo informacional entre os demais profissionais envolvidos no acompanhamento da gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Alguns estudos se ocuparam em verificar o quantitativo de mulheres que estão em posse da caderneta durante as suas consultas, exames e procedimentos, revelando que a ainda é baixo

o contingente de grávidas que apresentam o documento (GONZALES, CESAR, 2019). Outros, avaliaram quantas gestantes levam sua caderneta na ocasião de ingresso da grávida em trabalho de parto na maternidade, e o percentual encontrado varia de 72% a 99% (VIELLAS *et al*, 2014, DODE; SANTOS, 2009, CARVALHO; ARAÚJO, 2007, SANTOS *et al*, 2012, DOMINGUES *et al*, 2012).

No entanto, quando ao preenchimento desse documento, estudos relatam que nem sempre elas possuem todos os registros necessários. À título de exemplo, citamos o estudo de Valéria Conceição Passos de Carvalho e Thalita Velho Barreto de Araújo (2007), que analisou o pré-natal de usuárias do SUS na cidade de Recife/PE, verificando que apenas 36% das cadernetas havia registros sobre a sorologia anti-HIV (GONZALES, CESAR, 2019).

Assim, tem-se observado certa desvalorização quanto ao preenchimento dos registros da caderneta da gestante, o que significa um gerando um prejuízo para a assistência pré-natal, pois impede a devida análise e correlação entre as alterações obstétricas, o que afeta a qualidade do acompanhamento pré-natal e pós-parto a ser ofertado. Inclusive, isso, por vezes, ocasiona a repetição desnecessária de exames e intervenções, uma vez que procedimento não registrado é considerado como não realizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, GUS; FICHMANN; MEDINA, 2002).

De acordo com recomendações emanadas por órgãos regulatórios do Brasil e da Organização Mundial de Saúde, os principais exames a serem realizados durante o período gestacional são os seguintes:

1ª consulta ou 1o trimestre	Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativa e parceiro Rh positivo ou não identificado) Hemograma completo Eletroforese de hemoglobina Glicemia de jejum Teste rápido ou sorologia para sífilis Teste rápido ou sorologia para HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Sorologia para hepatite C (para grupos de risco) Urina tipo I e urocultura Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (se for necessário) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica) Bacterioscopia de secreção vaginal se possível ou critérios de Amsel
2º Trimestre	Coombs indireto, se necessário Teste de tolerância oral a glicose com 75g de dextrosol, se glicemia 1o trimestre menor que 92mg/dl (preferencialmente entre 24 e 28 semanas) Repetir sorologia para toxoplasmose se negativa prévia Na medida da disponibilidade pode-se repetir a sorologia para a sífilis e HIV

3º Trimestre	Hb/HTC Coombs indireto, se necessário Sorologia para sífilis Sorologia para HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repetir exame de toxoplasmose se negativa prévia Urina I e urocultura Cultura vaginal e anal para <i>Streptococcus agalactiae</i> (entre 35 e 37 semanas de gravidez) se possível
--------------	--

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2017.

Destacamos dentre eles os seguintes exames: (i) tipagem sanguínea ABO e fator Rh; (ii) teste de Coombs; (iii) hemograma completo; (iv) verificação de possível diabetes gestacional; (v) rastreio da sífilis, (vi) toxoplasmose, (vii) HIV, (viii) hepatite B, (ix) bacteriúria assintomática; e (x) rastreio de estreptococo do grupo grupo B, por considerarmos como importantes para fins de prevenção e cuidado da mulher grávida e do feto.

Considera-se importante a identificação do tipo sanguíneo da mãe, com o objetivo de evitar que seja causada alguma doença hemolítica no recém-nascido¹. Ainda, é recomendado que seja realizado um hemograma completo a cada trimestre, pois os valores baixos de hemoglobina estão associados ao parto pré-termo, bem como ao baixo peso ao nascer (STEER ET AL, 1995)².

Como pode haver complicações perinatais decorrentes da exposição do útero à uma hiperglicemia descontrolada, o rastreio de Diabetes Gestacional (DG) também se faz necessário (POOLSUP, SUKSOMBOON, AMIN, 2014; CROWTHER, 2015). Por conseguinte, recomenda-se que seja realizado o teste de glicemia em jejum no início do pré-natal e sua repetição entre a 24ª e 28ª semana gestacional, momento em que também deverá ser realizado o exame de tolerância oral à glicose, para fins de rastrear a existência de diabetes (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010).

A sífilis também é considerada doença preocupante durante a gestação, principalmente porque o país está vivendo um período de aumento do quantitativo de casos dessa enfermidade.

¹ Segundo Rita Espírito Santo; Catarina Salgado; Sandra Valente; Joana Saldanha (2017): *Estima-se que 15% das mães sejam Rh negativas, sendo importante saber o grupo Rh, com intuito de oferecer profilaxia pré e pós-natal às mães Rh negativas. A existência de anticorpos maternos contra antígenos eritrocitários é frequente, podendo causar anemia aloimune. Estes anticorpos são maioritariamente anti-D, anti-c e anti-kell, podendo ocorrer contra outros antígenos. Assim, a Norma da DGS preconiza que, precocemente na gravidez seja identificado o grupo ABO e Rh da mãe e que seja realizado no 1º e 2º trimestre da gravidez, o teste de Coombs a todas as mães.*

² Rita Espírito Santo; Catarina Salgado; Sandra Valente; Joana Saldanha (2017), também comentam que: *“Os índices eritrocitários (VGM e HGM) devem ser analisados, grávidas com alterações ou provenientes de áreas endêmicas definidas pela Circular nº18 da DGS (...) devem realizar uma eletroforese das hemoglobinas, com intuito de rastrear portadoras de hemoglobinopatias.¹⁶ Uma contagem plaquetária <150000/µL ocorre em cerca de 8% das gestações, a maioria são de etiologia benigna (trombocitopenia gestacional), no entanto este valor tem de ser aferido e pesquisadas outras causas menos frequentes, mas mais graves para mãe e feto, como eclampsia, pré-eclâmpsia grave ou trombocitopenia imune.”*

Segundo o Ministério da Saúde (2017, p. 08), entre 2010 e 2016 as taxas de incidência da sífilis aumentaram muito, inclusive da congênita e do percentual de detecção em gestantes quase triplicaram, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4, respectivamente. Em razão disso, entende-se que é necessário a realização do teste laboratorial de detecção de doenças venéreas³ tanto no 1º, quanto no 3º trimestre da gravidez (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010; DE SANTIS *et al*, 2012, ALEXANDER *et al*, 1999).

Gravitas com toxoplasmose estão suscetíveis ao aborto, restrição de crescimento intrauterino, nascimento prematuro e/ou toxoplasmose congênita, que pode ensejar microftalmia, microcefalia, retardo mental, pneumonite, lesões oculares, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e/ou, ainda, calcificações cerebrais. Em razão da seriedade das consequências que essa enfermidade pode ocasionar no feto, recomenda-se a realização da sorologia de toxoplasmose de forma trimestral, para que seja possível realiza a profilaxia e o tratamento, se necessário (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, é igualmente importante que seja rastreada a existência do HIV e de hepatite B na gestante, pois o seu tratamento pode diminuir a possibilidade de transmissão vertical da enfermidade para o feto. Assim, deve-se ser realizado os testes para essas doenças no início do acompanhamento da grávida, e a repetição da sorologia anti-HIV entre a 28ª e 30ª semana.

A bacteriúria assintomática é a presença persistente de colônias bacterianas no trato urinário, sem sintomas de infecção urinária⁴. Na gestante, pode aumentar o risco de complicações na gravidez, como: parto prematuro, recém-nascido com baixo peso, pielonefrite aguda, dentre outras. Em razão disso, é importante que seja rastreada a possível existência dessa doença na mulher grávida desde o início, por meio de exames de urocultura.

Por fim, ressaltamos a importância do rastreio de estreptococo do grupo B, por meio de cultura específica anovaginal, a ser realizado entre a 35ª e 37ª semana, preferencialmente. Essa bactéria pode ocasionar danos graves ao recém-nascido, motivo pelo qual é preciso rastreá-la para que seja realizado o tratamento com antibióticos, visando prevenir a infecção do neonato.

Além disso, os órgãos oficiais sugerem que sejam realizados exames de (i) colpocitologia oncológica, que pode ser realizado em qualquer trimestre; exame do conteúdo

³ O teste é chamado de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), e serve para identificar pacientes que possuam sífilis (Fonte: <https://www.healthline.com/health/vdrl-test>).

⁴ Segundo a *National Collaborating Centre for Women and Children Health*, estima-se que ocorra em cerca de 2-5% de todas as gestações, e se associe a partos pré-termo e um maior risco de pielonefrite

vaginal, se possível antes da 20^a semana, para fins de verificar se existe alguma vaginose bacteriana⁵; e (iii) ultrassonografias, a serem realizadas da seguinte forma: ultrassonografias obstétricas até a 12^a semana para fins de verificar se é uma gestação múltipla; entre a 18^a e 22^a semana, realização de ultrassonografias morfológicas para verificar se há alguma malformações, cromossomopatias e para localização placentária; e, por fim, ultrassonografias adicionais apenas serão realizadas no último trimestre se necessário, dependendo de suspeita clínica.

A caderneta também traz espaço destinado a anotação do calendário vacinal, para que seja registrado a ministração das vacinas que são recomendadas durante a gestação, quais sejam: vacina contra tétano e difteria; tríplice viral, contra sarampo, caxumba e rubéola; vacina recombinante, contra hepatite B (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2017).

Como foi possível observar, a caderneta da gestante possui informações importantes que inclui: a qualificação da gestante, seu histórico médico, antecedentes resultados de exames, procedimentos realizados e intercorrências que tenha ocorrido; o que demonstra a importância desse documento para o acompanhamento da grávida do início da gestação até o parto, uma vez que essas informações são essenciais para que os profissionais cuidem e tratem de forma correta dela e do seu bebê.

A importância do preenchimento correto e de qualidade da Caderneta da Gestante para a neonatologia

O pré-natal se trata de acompanhamento gestacional que visa a redução da mortalidade materno-infantil, uma vez que oportuniza que seja cuidado da saúde da mãe e do bebê, por meio da aplicação da medicina preventiva e da identificação precoce de eventos indesejáveis, permitindo que sejam tratados o mais breve possível (SANTOS; ABREU; CAMPOS, 2017).

No processo de vigilância gestacional, é importante que a gestante seja acompanhada desde a ciência da gestação até o pós-parto, motivo pelo qual o pediatra precisa que os dados

⁵ Se a bacterioscopia não estiver disponível, realizar diagnóstico presumido, através do exame especular, pela positividade de pelo menos 3 dos 4 critérios de Amsel: 1) corrimento branco-acinzentado; 2) medida do pH > 4,5 com fita apropriada aplicada a 2-3 cm do intróito vaginal, na parede lateral da vagina; 3) liberação de aminas com odor de peixe no teste com hidróxido de potássio a 10% adicionado a uma amostra do conteúdo vaginal; 4) visualização de clue cells (células-alvo) à microscopia (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2017)

da caderneta estejam devidamente preenchidos, para fins de orientar a observação do recém-nascido pelo neonatologista.

Como é difundido pela literatura médica, os antecedentes do recém-nascido são baseados no histórico familiar e gestacional. Com base nisso, é preciso que os pormenores do antecedentes do bebê estejam corretamente preenchidos, como forma de fornecer um documento com informações de qualidade para a análise do pediatra e sua adequada observação e avaliação do recém-nascido.

Assim, a caderneta da gestante configura fonte primária de informação sobre os cuidados prestados pela assistência pré-natal, onde devem estar registradas todas as intervenções e procedimentos realizados na gestante. Consiste em documento cujo uso é considerado obrigatório nos locais de acompanhamento gestacional, e que deve ser mantido sempre atualizado e devidamente preenchido desde a atenção primária até a hospitalar, como forma de integrar os profissionais que participam da assistência pré-natal, bem como para servir de apoio para o neonatologista (SANTOS; ABREU; CAMPOS, 2017).

A utilização correta da caderneta pela gestante e pelos profissionais da saúde evita o atraso na profilaxia de doenças preveníveis ou no tratamento de enfermidades já instauradas. Ainda, evita a repetição desnecessária de exames, bem como permite que sejam tomadas decisões adequadas a depender do quadro clínico apresentado pela grávida.

Dessa forma, como esse documento é instrumento de integração e de comunicação entre os diversos profissionais da saúde que atuam no acompanhamento da gravidez da mulher, do parto e do período do pós-parto, é importante que ele detenha informações corretas e completas. Isso é necessário para que seja oferecido um documento com qualidade suficiente para guiar a atuação de todos os profissionais envolvidos no processo, mesmo que eles não tenham participado de todas as etapas passadas, como é o caso do neonatologista, que acompanha a criança no momento do pós-parto.

Nesse contexto, sem dúvidas, uma caderneta preenchida de forma completa e pormenorizada, possibilitará que o profissional neonatologista observe com mais atenção possíveis fragilidades da criança, conferindo-a o direcionamento e tratamentos necessários e adequados as suas necessidades em particular.

Considerações Finais

As consultas médicas de pré-natal se tratam de momentos voltados para a promoção da saúde, prevenção e orientação da gestante, devendo ser realizado de forma integral e cautelosa. Nesse cenário, a caderneta da gestante consiste em instrumento importante, pois guarda as informações sobre o histórico de saúde da grávida, bem como sobre tudo que ocorreu durante seu período gestacional.

Um pré-natal em assistido proporciona o desenvolvimento adequado e com menos complicações para a grávida, com um parto seguro e o nascimento de um bebê sem problemas de saúde. Este tipo de acompanhamento é oferecido em serviços de saúde especializados para tanto, salvo exceções relacionadas a gravidez de risco, por exemplo, em que a assistência é realizada em hospitais.

Com base nos estudos citados neste trabalho, a literatura tem ressaltado a importância de um maior incentivo, tanto das grávidas quanto dos profissionais de saúde, em relação a valorização, incentivo de uso da caderneta, bem como de um preenchimento pelos profissionais envolvidos com mais precisão e qualidade, uma vez que se trata de documento informacional e essencial para que possam ser tomadas decisões em prol da saúde da mulher grávida e do seu bebê.

Nesse contexto, é importante que os profissionais da saúde envolvidos no acompanhamento pré-natal saibam da importância do preenchimento correto de todas as informações exigidas na caderneta, pois esse é o único meio de se elaborar um documento de qualidade, capaz de integrar todas as envolvidas nesse acompanhamento, bem como de orientar devidamente as medidas a serem tomadas. A partir disso, é possível não só otimizar a oferta de cuidados, mas também contribuir para a redução da morbimortalidade materno-infantil.

Contudo, apesar das recomendações proferidas pelos órgãos oficiais do país e pela OMS, nota-se em estudos disponíveis que é baixo o quantitativo de gestantes que levam sua caderneta para as consultas, exames e demais procedimentos; bem como que muitas se encontram parcialmente preenchidas, o que pode ser um problema decorrente da má utilização do documento pela gestante ou pelos profissionais da saúde.

Outrossim, conforme comentado, nem sempre os profissionais preenchem todos os dados na caderneta, o que não pode ocorrer. Dessa forma, é importante que seja incentivado o uso da caderneta da gestante, para que seja aumentado o número de documentos preenchidos, bem como que se estimule a observância do que está sendo registrado, para que o documento

seja de qualidade e efetivamente útil para o acompanhamento médico-hospitalar da gestante e seu bebê.

Deve-se ressaltar que o registro de informações errôneas na caderneta é capaz de afeta o trabalho de parto, causando danos irreversíveis para a mãe e/ou para o recém-nascido. Então, a conscientização sobre a importância do registro adequado da caderneta se faz necessário, para que a assistência a grávida e seu bebê possa ser dada de forma correta e completa.

Nesse sentido, parece ser importante que os gestores ofereçam cursos de aperfeiçoamento para os profissionais que atuem nessa área de assistência pré-natal, pois o incentivo e melhoria do preenchimento desse documento é de grande valia, oportunizando um acompanhamento de mais qualidade e com uma abordagem mais qualificada para a gestante e o recém-nascido.

Frente a notória importância da caderneta da gestante, é preciso que seja estipulada uma uniformização em seu preenchimento, bem como estimulado o correto preenchimento do documento por todos os profissionais envolvidos no acompanhamento gestacional. O objetivo final é poder apresentar informações sólidas e confiáveis à todos os envolvidos no processo, principalmente aqueles que apenas atuam nas etapas finais da gestação e pós-parto, como é o caso do neonatologista, que precisa desses dados para poder cuidar corretamente do recém-nascido.

Referências

ALEXANDER, James; SHEFFIELD, Jeanne; SANCHEZ, Pablo; MAYFIELD, John; WENDEL, George. Efficacy of treatment for syphilis in pregnancy. **Obstetrics & Gynecology**, v. 93, 1999.

CARVALHO, Valéria Conceição Passos de; ARAUJO, Thália Velho Barreto de. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.7, 2007.

CROWTHER, Caroline A.; HILLER, Janet E.; MOSS, John R.; MCPHEE, Andrew J.; JEFFRIES, William S.; ROBINSON, Jeffrey S. Effect of Treatment of Gestational Diabetes Mellitus on Pregnancy Outcomes. **The New England Journal of Medicine**, v. 352, 2005.

DE SANTIS, Marco; DE LUCA, Carmen; MAPPA, Ilenia; SPAGNUOLO, Terryann; LICAMELI, Angelo; STRAFACE, Gianluca; SCAMBIA, Giovanni. Syphilis Infection during Pregnancy: Fetal Risks and Clinical Management. **Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology**, 2012.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. **Exames Laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco**. Norma nº 037/2011. 2013.

_____. **Diagnóstico e Conduta na Diabetes Gestacional**. Norma nº 7/2011. 2011.

DODE, Maria Alice Souza de Oliveira; SANTOS, Iná S. Validade do auto relato de diabete mellitus gestacional no pós-parto imediato. **Caderno de Saúde Pública**, v.25, 2009.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; DIAS, Marcos Augusto Bastos; LEAL, Maria do Carmo Leal. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, v.28, n.3, mar, 2012.

GONZALES, Tatiane Nogueira; CESAR, Juraci Almeida Cesar. Posse e preenchimento da Caderneta da Gestante em quatro inquéritos de base populacional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.19, n.2, abr/jun, 2019.

GUS, Iseu; FICHMANN, Airton; MEDINA, Cláudio. Prevalence of risk factors for coronary artery disease in the brazilian state of Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 78, n.5, may, 2002.

MARTINS, Maria de Fátima da Silva Vieira. O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão. **Revista brasileira de enfermagem**, v.67, n.6, nov/dez, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde**. 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>>. Acesso em 26/11/2019.

_____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF; 2013.

_____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em 26/11/2019.

_____. **Caderneta da Gestante**. Brasília: 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderneta_gestante.pdf>. Acesso em 26/11/2019.

_____. **Assistência pré-natal. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil**. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Brasília: 1988.

_____. **Pré-natal**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/pre-natal>>. Acesso em: 26/11/2019.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN AND CHILDREN HEALTH. Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. **Clinical Guideline**. 120-2, 180-202, mar, 2008.

POOLSUP, Nalinee; SUKSOMBOON, Naeti; AMIN, Muhammad. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta- analysis. **Plos One**, v.9, 2014.

PORTELA, A. Ainda Saúde Materna-para quando? **Saúde Infantil**, v. 14, 1992.

_____. Saúde Materna – para quando? **Saúde Infantil**, v.10, p. 213-217, 1988.

REMOALDO, Paula Cristina Almeida; MARINHO, Antônio José da Silva. O Boletim de Saúde da Grávida- para quando a sua completa utilização? **Saúde Infantil**, v.19, 1997.

SALDANHA, Maria Joana. Utilidade do Boletim de Saúde da Grávida para a avaliação do recém-nascido. **Acta Paediatrica**, v. 35, n.1, 2004.

SANTO, Rita Espírito; SALGADO, Catarina; VALENTE, Sandra; SALDANHA, Joana. Qualidade dos registos no Boletim de Saúde da Grávida: a importância para o neonatologista. **Nascer e Crescer**, v.26, n.1, mar, 2017.

SANTOS, Tatiana Maria Melo Guimarães dos; ABREU, Andréia Patrícia de Sousa Brasil Abreu; CAMPOS, Tarcylla Gomes. Avaliação dos registos no cartão de pré-natal da gestante. **Revista de enfermagem da UFPE**, v.11(Supl. 7), jul, 2017.

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos Santos; LEAL, Maria do Carmo; OLIVEIRA, Adauto Emmerich; ZANDONADE, Eliana; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Caderno de Saúde Pública**, v.28, 2012.

_____. Registo do boletim de saúde da grávida - 18 anos de evolução. **Acta Paediatrica**, v.45, 2014.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Pré-natal e puerpério manual técnico**. 2017. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas-manuais-da-linha-de-cuidado-da-gestante-parturiente-e-puerpera/manual_de_consulta_rapida.pdf>. Acesso em: 26/11/2019.

_____. **Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP - Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério**. 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicooi.pdf>. Acesso em: 26/11/2019.

STEER, Philip; ALAM, M Ash; WADSWORTH, Jane; WELCH, Anne. Relation between maternal hemoglobin concentration and birth weight in different ethnic groups. **BMJ**, v.310, 1995.

VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; THEME FILHA, Mariza Miranda; COSTA, Janaina Viana da; BASTOS, Maria Helena; LEAL, Maria do Carmo Leal. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.30, 2014.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

LIMA, Ferkenia Milles dos Santos; LEANDRO, Cícera Cláudia Gomes Bitu; BEZERRA, Martha Maria Macedo. A importância do registro do acompanhamento do período gestacional para a neonatologia. **Id on Line Rev.Mult.Psic.**, Outubro/2020, vol.14, n.52, p. 332-343. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 12/09/2020;

Aceito: 16/09/2020.